

1 Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	<i>Oppgavens faglige og samfunnsmessige relevans</i>	4
1.2	<i>Å være flyktning</i>	4
1.3	<i>Mitt utgangspunkt for valg av tema</i>	5
1.4	<i>Begrepsavklaring</i>	6
1.5	<i>Oppgavens struktur</i>	6
2	Fortellingen om Amal	6
3	Teoretiske perspektiver og begreper	10
3.1	<i>Smerte som opplevelse og erfaring</i>	10
3.2	<i>Smerteteori</i>	11
3.2.1	<i>Teorien om nevralt nettverk</i>	12
3.3	<i>Psykosomatiske smerter</i>	13
3.4	<i>Kulturelle og sosiale perspektiver på kropp og smerter</i>	14
3.4.1	<i>Den individuelle og den sosiale kroppen</i>	14
3.4.2	<i>Ulike kulturer kan ha ulik forståelse av sykdom</i>	14
3.5	<i>Traume og posttraumatisk stressforstyrrelse</i>	15
3.5.1	<i>Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)</i>	16
4	Tidligere forskning	16
4.1	<i>Sammenheng mellom PTSD og smerter</i>	16
4.2	<i>Postmigrasjon og smerter</i>	17
4.2.1	<i>Postmigrasjonsstress</i>	17
4.3	<i>Stress og smerter</i>	18
4.4	<i>Behandling, helsehjelp og møtet med helsevesenet</i>	18
5	Metode	20
5.1	<i>Metodisk tilnærming</i>	20
5.2	<i>Datamateriale: TR REFUGEES</i>	21
5.2.1	<i>Om intervjuene i TR-REFUGEES</i>	22
5.3	<i>Om deltakerne</i>	23
Tabell over utvalg		23
5.4	<i>Forskerrolle og refleksivitet</i>	24
5.5	<i>Om analysen</i>	25
5.5.1	<i>Lyttearbeid og transkripsjon</i>	25
5.6	<i>Analysestrategier fortolkning</i>	26
5.7	<i>Ethiske overveielser</i>	27
5.8	<i>Validitet, reliabilitet og begrensninger ved oppgaven</i>	29
6	Funn og analyse	30
6.1	<i>Smertenens uttrykk</i>	30
6.1.1	<i>Bekymringer, søvn</i>	31
6.1.2	<i>"Jeg får vondt bare jeg vasker en kopp, hva skal jeg gjøre?"</i>	32
6.2	<i>Smertene er koblet til fortiden</i>	32
6.2.1	<i>Å være fanget i krigen</i>	33
6.3	<i>Søken etter forklaringer på smerte; hvorfor hendte dette meg?</i>	34
6.4	<i>Postmigrasjonsstress</i>	35
6.4.1	<i>Språk, økonomi og stress</i>	35

6.4.2 Det er vanskelig å få jobb	36
6.4.3 Vanskelig å stadig måtte flytte	36
6.5 <i>"Jeg må fremstå som snill for å bli godtatt"</i>	36
6.5.1 Skam for hvordan livet har blitt	37
6.5.2 "Jeg ville vært en god mor"	38
6.5.3 Jeg er ikke verdt noe	38
6.5.4 Å være en del av et fellesskap	39
6.6 <i>Relasjoner</i>	39
6.6.1 Det relasjonelle aspektet ved smerte	39
6.6.2 Ensomhet og tanker om å dø	40
6.7 <i>Kvinnenes møte med helsevesenet</i>	40
6.7.1 Å ikke bli forstått	41
6.7.2 Kulturelle oppfatninger om sykdom	41
6.7.3 Språk og kommunikasjon	42
6.7.4 Opplevelse av tillit	43
6.7.5 Opplevelse av bedring	44
7 Diskusjon	45
7.1 <i>En helhetlig forståelse av smerter</i>	45
7.2 <i>Lidelsene har festes seg i kroppen</i>	45
7.3 <i>Smerte som mening- Hvorfor hendte dette meg?</i>	47
7.4 <i>Hvordan håndterer kvinnene smertene i hverdagen?</i>	49
7.4.1 Gjenopplevelse av hendelser	51
7.5 <i>Marginalisering og utenforskap</i>	51
7.5.1 Barrierer i samfunnet- Erfaringer med postmigrasjonstilværelsen	51
7.5.2 Tap av sosial tilhørighet, hvordan bygge opp et nytt liv?	53
7.5.3 Sosial marginalisering	53
7.5.4 Å være en del av et fellesskap	54
7.6 <i>Kvinnenes møte med helsevesenet</i>	55
7.6.1 Å ikke bli forstått- ulike sykdomsforståelser	55
7.6.2 Hva hadde kvinnene opplevd nytte av?	58
8 Oppsummering og konklusjon	58
8.1 <i>Implikasjoner for praksis</i>	60
8.1.2 Tidlig og helhetlig omsorg og behandling	60
8.1.3 Kompetanse på kultur og åpenhet for kulturelle forskjeller	61
8.1.4 En helhetlig forståelse av hjelpeapparatet	61
8.2 <i>Implikasjoner for videre forskning</i>	62
Litteraturliste	63
Liste over vedlegg	72

1 Innledning

Denne oppgaven handler om kvinner med flukt-og traumbakgrunn og smertelidelser, som har bodd lenge i Norge. Kroniske smerter er et utbredt helseproblem blant flyktninger (Lanzara et al., 2019; Morina et al., 2018; Opaas et al., 2020), og gjelder særlig mennesker med traumatiske erfaringer (Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2019). Vi vet at kvinner er særlig utsatt for å utvikle smertelidelser (Michaëlis et al., 2015; Zander et al., 2013).

Oppgaven diskuterer smerteopplevelsen knyttet til traume- og flukterfaring og eksiltilværelsen. Smerte utforskes som et komplekst fenomen, som blir påvirket av fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og økonomiske faktorer.

For å kunne hjelpe mennesker med kroniske smerter, må vi forstå hvordan smertene oppleves og hva som påvirker dem. Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan kvinner med traume- og fluktbakgrunn opplever sine fysiske smerter, slik at vi kan hjelpe dem bedre i helsevesenet. Materialet blir presentert på en måte som lar kvinnenes helse og smerte komme til uttrykk, slik de har snakket om det i dybdeintervjuer. Dette er gjort gjennom en enkeltfortelling som tar opp i seg fellestrekk ved kvinnenes smerteopplevelser, og ved hjelp av tematisk analyse, der jeg har stykket opp kvinnenes fortellinger i meningsbærende enheter.

Så vidt jeg har funnet er det få norske studier om dette temaet. Det er derfor behov for mer kunnskap. I denne oppgaven vil jeg sette kvinnenes egen forståelse av sine smerter i fokus. Temaet belyses gjennom følgende forskningsspørsmål:

- 1. På hvilken måte opplever kvinnelige pasienter med flukt- og traumbakgrunn sine fysiske smerter?*
- 2. Hvilke konsekvenser får smertene for kvinnene i hverdagen?*
- 3. Hvilke erfaringer har disse kvinnene i møtet med helsevesenet?*

Jeg vil avslutningsvis diskutere funnernes implikasjoner for helsearbeid.

Materialet i oppgaven er hentet fra det longitudinelle prosjektet "Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (TR-REFUGEES)" ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Prosjektet skulle undersøke hva som fremmer og hemmer bedring for flyktninger som kommer til behandling for

traumerelaterte plager i spesialisthelsetjenesten. Et funn i undersøkelsen var at mange av deltakerne hadde bodd lenge i Norge. Deretter ble de fulgt opp gjennom flere år for å se hvordan det gikk etter behandling på lang sikt. Undersøkelsen har vist hvor vanskelig det er å hjelpe disse menneskene til et bedre liv. I oppgaven analyserer jeg intervjuer av et klinisk utvalg som består av kvinnelige deltakere fra dette prosjektet. Kvinnene jeg har valgt å fokusere på har også sterke somatiske smerter. Blant kvinnene i oppgaven sliter de fleste fortsatt med psykiske og fysiske lidelser, og er ikke etablerte medborgere, inkludert i storsamfunnet. Det har blitt skrevet flere master- og hovedoppgaver med ulike tema og én doktorgrad ut fra dette prosjektet.

1.1 Oppgavens faglige og samfunnsmessige relevans

Forskning som handler om behandling av kroniske smerter inkluderer ofte ikke pasienter med fluktbakgrunn (Altun et al., 2021). Forskning viser at det er behov for mer kunnskap for å forstå smerter hos traumatiserte flyktninger (Strømme et al., 2020; Teodorescu et al., 2015). Kunnskap om levd erfaring og håndtering av kronisk smerte blant kvinnelige immigrant-pasienter er særlig lite forsket på (Michaëlis et al., 2015). Flere studier trengs også når det gjelder livskvalitet og mestring av hverdagslivet og daglig funksjonsevne for flyktninger (Bäärnhielm et al., 2017; Stammel et al., 2017). Det er umøtte behandlingsbehov og mangel på forebyggende tiltak for denne gruppen (Varvin, 2018b). I tillegg til at god behandling gir pasientene et bedre liv, har rask og riktig behandling også en samfunnsøkonomisk side (Opaas et al. 2022; Pavli et al. 2015; Strømme et al. 2020). Det er samfunnsøkonomisk ulønnsomt at personer går fra lege til lege på jakt etter hjelp for sine lidelser og plager (Jansen, 2020).

1.2 Å være flyktning

Ifølge FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) er definisjonen på en flyktning: ”*En flyktning er en person som har flyktet fra sitt hjemland og med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe*” (UNHCR, 2022).

Antall flyktninger globalt har nær doblet seg de siste 10 årene og ved slutten av 2021 var 89,3 millioner mennesker på flukt globalt (UNHCR, 2022). Også i Norge har antall personer med fluktbakgrunn økt. I 2022 var det 244 660 bosatte personer med fluktbakgrunn i Norge, det utgjør 4,5 % av befolkningen, og er en økning på 2,4 % fra året før (03810). Dette er mennesker med flukterfaring i videre forstand enn i definisjonen over. Denne gruppen

omfatter personer som selv har flyktet, som har fått asyl eller opphold på humanitært grunnlag, og familiegjenforente eller familieetablerte med disse. Regjeringen har bedt kommunene planlegge for å bosette ytterligere 35000 flyktninger i 2023 (Regjeringen, 2022).

Det å være flyktning, gjør en svært sårbar for påkjenninger i eksiltilværelsen. En har forlatt alt kjent, forlatt familie og venner, ofte opplevd grusomme hendelser, mistet mennesker en er glad i, og ofte reist langs en farefull fluktrute (Holt, 2019; Opaas, 2020; Varvin, 2015).

Internasjonal forskning viser at sammenliknet med befolkningen ellers, har mennesker med flyktningbakgrunn et høyere nivå av psykiske plager, de er mer utsatt for ikke-smittsomme sykdommer, og de har kortere levealder (Opaas, 2020). Dette viser hvor nødvendig det er å ha et godt og tilgjengelig helsetilbud til flyktningene som kommer til Norge. Det er ikke minst viktig å finne måter å ivareta flyktningene på som kan hjelpe dem på en bedre måte enn det vi får til i dag.

For at flyktninger skal kunne nyttiggjøre seg helsehjelpen som finnes, er det viktig at helsevesenet arbeider bevisst med å bygge ned barrierer. Undersøkelser blant fastleger tyder på at det ofte tar lang tid før mennesker med fluktbakgrunn forteller dem om traumene de har vært utsatt for, og at bare et fåtall av dem som blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern får et behandlingstilbud (Opaas, 2019). De som kom med i TR-REFUGEEES hadde fått et behandlingstilbud, men det har kanskje vært mange barrierer som har medvirket til at de hadde bodd så lenge i Norge, før de ble henvist. Barrierer for å motta helsehjelp kan også være kulturelle utfordringer og vansker med språk når hjelperens og pasientens bakgrunn er ulik (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Holt, 2019; Kale, 2007; Saadati og Hanssen, 2015). Det kan også være at en vegrer seg for å åpne opp det som er vanskelig hos fastlegen (Opaas, 2019). Andre barrierer kan handle om tilgangen til helsetjenestene og utfordringer knyttet til overføring av informasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten (Ekeberg & Abebe, 2021; Pavli et al. 2017).

1.3 Mitt utgangspunkt for valg av tema

Jeg er psykiatrisk sykepleier med bakgrunn fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Min motivasjon for å skrive om dette temaet var møter med flyktninger i Flyktninghelsetjenesten i en kommune på Østlandet. Mange av flyktningene jeg møtte slet med fysiske smerter og plager, de var preget av opplevelser fra krig og flukt, og av problemer i det nye landet. Jeg

opplevde ofte å komme til kort og ønsket å finne ut mer om denne problematikken, for bedre å kunne hjelpe dem.

1.4 Begrepsavklaring

Gjennom oppgaven bruker jeg de samme betegnelse som forskningsartiklene, teorien, og studiets forskere bruker, som psykolog, fastlege, sykepleiere etc. Behandlerne som kvinnene hadde i spesialisthelsetjenesten hadde ulik faglig bakgrunn. I oppgaven blir alle kalt *terapeuter*. Gjennom oppgaven for øvrig brukes *helsepersonell* eller samlebetegnelsen *helsearbeider* om hverandre. For å skille prosjektet TR-REFUGEES fra denne oppgaven, blir betegnelsen *oppgave* brukt om min master. Når det gjelder begrepene *somatisering* og *psykosomatisk* bruker jeg dem slik det blir brukt i teori og forskning.

1.5 Oppgavens struktur

Etter innledningen presenterer jeg i kapittel 2, fortellingen om Amal. Hennes fortelling gir et innblikk i kvinnenens liv med smerter. I kapittel 3 redegjør jeg for teoretiske perspektiver og kunnskap om kroniske smerter, smerteopplevelse, sykdomsforståelse og kultur. I kapittel 4 viser jeg kort til tidligere forskning om forekomst av kroniske smerter blant flyktninger. Sammen med teoretiske perspektiver og kunnskap representerer dette tolkningsrammen for analysen og diskusjonen. I kapittel 5 presenterer jeg metoden. I kapittel 6 presenterer jeg funn, før jeg går inn i diskusjon av resultatene i kapittel 7. I kapittel 8 sammenfatter og konkluderer jeg, ser på implikasjoner for praksis, og peker på temaer for videre forskning.

2 Fortellingen om Amal

”Jeg lever hele tiden vondt, hvorfor lever jeg?”

Jeg har valgt å presentere fortellingen om Amal tidlig i oppgaven fordi kvinnenens opplevelse av smerte raskt skal bli kjent for leseren, og for at opplevelsene skal komme tydelig fram i oppgaven, som utgangspunkt for analyse og diskusjon av fenomenet smerte. Fortellingen om Amal er satt sammen av erfaringene til ulike kvinner i datamaterialet.

Amal kom som flyktning til Norge for 15 år siden. Hennes bakgrunn inneholder mange traumatiske erfaringer. Oppveksten var preget av vold i hjemmet, der hun daglig ble mishandlet av en mannlig slektning. Hun ble også mobbet og slått på skolen. Amal har

opplevd å se sin venninne bli drept, hun har blitt truet på livet i hjemmet av soldater og har sett og opplevd mange andre grusomheter i krig. Som svært ung ble Amal tvangsgiftet til en mann som utøvde fysisk og psykisk vold mot henne. Hun gikk fra sin voldelige mann noen år etter at de kom til Norge, men kjenner på en utrygghet for at han vil dukke opp igjen.

Amal kjente på en lettelse da hun kom til Norge. *«Jeg har et sted å bo, kan kle på meg, sove, snakke, jeg har rettigheter, det hadde jeg ikke der (i familien i hjemlandet)»*. Samtidig har Amal utfordringer med å etablere seg i Norge. Det er vanskelig å lære seg språket og å få seg en jobb. Det er vanskelig å få gode relasjoner til naboene. Amal er bekymret for barnas framtid og hun er redd det skal skje dem noe når de er ute om kvelden. Når hun bekymrer seg blir hun anspent og får vondt i kroppen. Bekymringene for barna fører til diskusjoner og krangling hjemme. Det er vanskelig for Amal å skille mellom fortid og nåtid, og hun er redd for at barna skal oppleve fysisk og psykisk vold, slik hun har gjort. Amal er også bekymret for at barna skal se på henne som en belastning de vil bli kvitt.

Det er viktig for Amal å fortelle om det grusomme hun har opplevd og hun forteller ofte barna og søsknene sine om disse opplevelsene. Selv etter mange år i Norge trenger hun å snakke om dette. Hun klarer ikke å slutte å fortelle, selv om de sier de har hørt det før og ikke vil høre det igjen. *“Terapeuten er snill, jeg prater og hun snakker med meg og hun deler. Men det gjør ikke andre folk, ikke barna mine, ikke søstra mi, de hører ikke på meg. Når jeg snakker, lukker de ørene sine og går, og sier at de ikke vil høre på meg.”* Til tross for gode råd og veiledning fra terapeuten, er det vanskelig å få til en god samtaleform med barn og søsken.

På grunn av helseproblemene har Amal etter hvert blitt uføretrygdet, hun kan ikke jobbe. Amal og hennes to barn har det derfor svært trangt økonomisk. Familien har flyttet mellom ulike kommunale boliger, noe som bidrar til at Amal er sliten. Hun ønsker seg en mer stabil bosituasjon, og en leilighet som er lagt til rette for de fysiske plagene hennes, og som hun kan bo i så lenge hun trenger det.

På grunn av angst og smerter opplever Amal at hun ikke kan bevege seg fritt ute. Hun kjenner seg fanget i hjemmet. Livet utenfor hjemmet kjennes utrygt. Hver gang Amal går ut, får hun hjertebank og blir svimmel, det er for vanskelig. Hun er ofte redd for å bli drept. Når hun går ut for å handle mat, opplever hun at folk ser på henne og synes hun ser rar ut. Hun tenker at folk kan se på henne hva hun har opplevd og føler seg sårbar. Amal har lite kontakt med andre mennesker. Barna lurer på hvorfor hun ikke har kontakt med venner og familie slik hun hadde før. Men Amal orker ikke, det blir fort konflikter når hun er sammen med andre, og hun

blir sint og redd. Hun har kontakt per telefon med mor som bor i hjemlandet, og ønsker ikke kontakt med andre enn barna og mor, selv om hun har søsken som bor i Norge. Samtidig føler Amal seg ensom og gråter mye når hun er alene. *”Jeg er alene hele tida, er jeg”*.

Smertene til Amal hindrer henne i å utføre daglige gjøremål. Hun trenger hjelp til både husarbeid og matlaging. *”Jeg får vondt bare av å vaske en kopp, hva skal jeg gjøre?”*

Når Amal tenker på de vonde, traumatiske erfaringene hun har får hun smerter i kroppen. *”Jeg tenker altfor mye, hele tida. Jeg kan ikke flykte fra fortiden”*. Hun får vondt, og smertene flytter seg rundt i kroppen, det er vondt å gå og å bære. Hun har vondt i nakken, ryggen, det kjennes ut som om det brenner.

Jeg har veldig vondt, jeg har veldig vondt i hele kroppen. Jeg har vondt her og der (peker på kroppsdeler). Jeg tar mange tabletter, men smertene forsvinner ikke. Jeg får smerter her og der og i hodet, ja det er veldig vondt. Jeg har også mye vondt i magen, jeg har mye magesyre som gjør at jeg får smerter i magen. Særlig om natten blir jeg plaget med dette. Jeg vet ikke hva det er eller hva det skyldes. Men det gjør så vondt at jeg nesten ikke klarer å ligge.

Smertene påvirker søvnen. Hun sovner seint og sover dårlig, og har mareritt om det hun har opplevd. Smertene påvirker konsentrasjonen, noe som gjør hverdagen vanskeligere fordi hun glemmer mye. Hun blir sint på seg selv og sliten av å ha det slik.

Amal opplever at ingen kan forstå henne, og det hun har vært igjennom. Terapeuten og Amal har helt ulike livserfaringer, og de kulturelle forskjellene er store. *”Jeg tror ikke terapeuten kan hjelpe meg fordi vi er så forskjellige... Hun forklarer og forstår, men hun helbreder meg ikke. Jeg kan fortelle alt til henne, det letter litt der og da. Men jeg glemmer fort forklaringene hennes når jeg kommer hjem igjen”*. Amal opplever terapeuten som en støtte, men tror ikke hun kan kurere henne. Hun forteller at hun har vondt i kroppen mellom timene når hun tenker på situasjoner de har snakket om. Amal blir helt stiv og får en følelse av å ikke få puste, som om hun kommer til å kveles.

Amal opplever at det ikke finnes noen utvei, og at det ikke er noe hun selv aktivt kan gjøre for å påvirke sine smerter og sin situasjon. Hun ser for seg en framtid preget av psykiske og fysiske smerter. Hun tenker ofte på hvorfor traumene og smertene har rammet akkurat henne, det oppleves svært urettferdig og meningsløst. Hun leter etter svar, men har ikke funnet noen. *”Jeg mistet min barndom og ungdomstid, og nå jeg vet ikke hvordan jeg skal være.”*

Fortiden preger Amal. Hun vil smile, le, ha en jobb og gå til, og gjøre det hun har lyst til, både i og utenfor hjemmet. Men Amal har ingen andre avtaler enn med terapeuten. Hun har blitt oppfordret til å delta i turgruppe og bakegruppe, men hun orker ikke.

Amal opplever å ikke bli tatt på alvor av fastlegen ” *Jeg får paracet av legen, men legen forstår ikke, jeg har fremdeles problemer.* ” Hun opplever ingen effekt av tablettene, verken på hodesmertene eller de andre smertene i kroppen. Fastlegen foreslår attføring, men Amal er redd for nye mennesker og våger ikke å gå inn i et program som innebærer kontakt med nye mennesker på en arbeidsplass. Samtidig har hun problemer med å forstå hva legen sier. Heldigvis har hun en god relasjon med terapeuten. Amal har gått til fysioterapi noen ganger, men blir sliten av det og får vondt i kroppen, så hun sluttet etter noen timer. Hun blir grundig undersøkt på sykehus uten at legene finner noen fysisk sykdom, og hun føler derfor at legene ikke tror på henne, at de ikke tror at smertene hennes er virkelige. Det er viktig for Amal å finne forklaringer på smertene hun opplever, og kunne gi dem et navn. Å bli forstått og trodd på inngir tillit. Dette er en moralsk hjelp som også kan gi mening til smertene.

Jeg har vært hos mange leger fordi jeg har så vondt i kroppen. Men de sier, nei det er ingenting som feiler deg, vi fant ikke noe, du kan dra hjem. Jeg har også vært på sykehus. Der undersøkte de hodet mitt, nyrene mine, de førte en sånn slange inn i magesekken og kikket inn i tarmene. Alle undersøkelsene, alt var bra og negativt. Altså de sier: nei, du har ingenting. Men altså jeg har vondt, jeg har vondt i kroppen! Jeg føler på en måte at de ikke tror meg, at jeg lyver.. Og derfor, når jeg ser alle dem som ikke tror meg så orker jeg ikke å dra til dem heller.

Med en diagnose eller en fysisk forklaring hadde det vært lettere å forklare for leger, familie og venner hvorfor hun kjenner seg syk og har så mye smerter, og hun hadde sluppet å være så redd. Amal forteller at hun føler seg lat og dum fordi smertene hindrer henne i vanlig aktivitet. Fortvilelsen og smertene i kroppen har fått Amal til å tenke på å ta livet sitt flere ganger. ” *Jeg tenker hvorfor lever jeg, jeg lever hele tida vondt, hvorfor lever jeg?* ”. Hun føler hun ikke er verdt noe, og har lite håp for framtida.

Når Amal drar på ferie til et land nær hjemlandet, opplever hun ikke de samme smertene som hun gjør i Norge. Sist hun reiste dit følte hun seg sliten, men hadde ikke smerter i kroppen. Amal opplever å kjenne igjen det sosiale samspillet der, og varmen gjør godt for kroppen. Hun føler seg ikke så alene. Kontakten med hjemlandet og med kulturer hun kjenner er viktig

for henne. Det betyr også mye å høre på musikk fra hjemlandet mens hun sitter ute på verandaen hjemme i Norge.

3 Teoretiske perspektiver og begreper

Sentralt i denne fortellingen er hvor vanskelig det er for Amal å forstå sine smerter og hvor de kommer fra. Den viser også at hun ikke klarer å ta til seg den kunnskapen hun får. Hun glemmer råd og er svært usikker på om noen kan hjelpe henne. Hun ønsker å bli helbredet, men tror ikke det vil skje fordi hun og terapeuten er så forskjellige.

For å forstå dette nærmere går jeg nå inn i teoretiske perspektiver på smerte for å kunne gi en analyse av erfaringene som er presentert i fortellingen om Amal. Jeg er opptatt av konsekvenser for praksis og jeg tror at for å hjelpe kvinner som Amal må vi ha en bred teoretisk tilnærming. Derfor gir jeg en grundig gjennomgang av smertebegrepet. Jeg tror at vi som hjelpere kan lære av å se smertene gjennom et innenfraperspektiv, for slik å forstå hvordan smertene har overtatt kroppen.

Jeg vil i det følgende kort redegjøre for to innfallsvinkler til smerte. Den første er det fenomenologiske perspektivet, der en ser smerten som en subjektiv kroppslig erfaring. Den andre dreier seg om smerteteori i betydningen hvilke mekanismer som fører til smerte.

3.1 Smerte som opplevelse og erfaring

Fenomenologien søker å forstå hvordan smerten oppleves «innenfra». I motsetning til i smerteteoriene er en ikke opptatt av å forklare årsaksmekanisme bak smertene, det er den subjektive og kroppslige erfaringen som er det vesentlige. Fenomenologisk teori utfordrer den dualistiske forståelsen av kroppen ved å rette oppmerksomheten mot den subjektivt erfarende kroppen: Kroppen som vi både *har* og *er* (Merleau-Ponty, 1996, i Kale, 2007, s. 174).

”Det fenomenologiske perspektivet på smerte er derfor ikke et forsøk på å forstå smertens årsaker, men et forsøk på å forstå smertens opplevelsedimensjon, den subjektive og menneskelige dimensjonen ved det å leve med smerter” (Nortvedt & Nortvedt, 2001, s. 53-54).

Vanligvis tar vi kroppen for gitt. Det er først når en har smerter eller kroppen ikke fungerer som den skal at man blir oppmerksom på sin kropp (Merleau-Ponty, 1962/1996, i Nortvedt & Nortvedt, 2001, s. 68). Den kroppslige smerten får oss til å fokusere på kroppen, den tar oppmerksomhet og energi. Ved langvarige smertetilstander kan en derfor kjenne seg trøtt og utslitt (Honkasalo, 1998; Nortvedt & Nortvedt, 2001). Fordi smerten i kroppen krever

oppmerksomhet tar den fokus fra andre gjøremål og mennesker i menneskets livsverden. Livsverden er hverdagsverdenen, den verden hvert enkelt menneske lever i, og som er grunnlaget for de erfaringene vi gjør oss (Thoresen et al., 2020).

Opplevelsen av tid og rom endres når en har smerter (Honkasalo, 1998). Tid oppleves subjektivt. En blir opptatt av smerten som varer, og når smerten er fraværende tenker en ofte på når den vil komme tilbake. Rommet innskrenkes ved at en ikke orker eller har kapasitet til å ta inn det som finnes rundt en, da smertene tar all plass (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Smerten endrer personens naturlige væremåte. Det kan bli anstrengende å være imøtekommende og vennlig (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Sosial omgang innskrenkes. En kan bli mindre tålmodig, og det kan være vanskelig å se og tåle andres smerte på grunn av sin egen. Smerte er nært knyttet til angst. Angst ved smerte er ofte dobbel. En er redd for hva smerten er et forvarsel eller et tegn på, og en er redd for selve smerteopplevelsen (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

Smerte innskrenker alle aspekter ved menneskets livsverden (Honkasalo, 1998; Nortvedt & Nortvedt, 2001). Fokuset vårt blir flyttet fra verden, til det som er smertefullt ved den, og en blir opptatt av hvordan en kan forsøke å begrense smertene. Det kan være ved å unngå å få besøk, eller unngå å løfte tungt. Kroppen blir fokus for egen oppmerksomhet (Råheim, 2002). Andre inntrykk, opplevelser og erfaringer overskygges av smerten. Den innskrenker kroppslig bevegelse, konsentrasjon, sanselighet og tanker. Smerten tar fra personen initiativ og følelser. Smerten innebærer tap, tap av hverdagen slik den var, tap av opplevelser en pleide å like, tap av autonomi, en kan ikke gjøre det en vil lenger. Endringer i kroppen endrer ens livsverden (Råheim, 2002).

Kroppen formidler spontant en umiddelbar forståelse av smerte. En må ikke først reflektere over om en har vondt i et kne, for så å få bevissthet om at en faktisk har vondt. ”Kroppen er meg”, skriver Nortvedt og Nortvedt (2001, s. 59-60). ”Kneets smerte er smertefullhet ikke i kraft av min refleksjon, men fordi *jeg er mitt kne*. Kroppen er meg ... Derfor er også smertene meg, og ikke bare en del av meg” (Nortvedt & Nortvedt 2001, s. 59-60). I smerten kan en føle seg fanget av kroppen.

For å kunne hjelpe et menneske med smerter, må en forstå hva smerte som fenomen innebærer for den syke, og hvordan pasienten opplever smerten.

3.2 Smerteteori

Å definere smerte er vanskelig, siden smerte er en subjektiv erfaring. Smertedefinisjonen til den internasjonale smerteorganisasjonen, IASP, er endret etter hvert som forskningen på hva smerte er har utviklet seg. I 2020 kom følgende definisjon: *”Smerte er en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller som ligner den som er forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade”* (IASP, 2020).

En rekke underpunkter til definisjonen presiserer det subjektive aspektet ved smerte, og at smerteopplevelsen har sammensatte årsaker. Blant annet påpekes at ”smerte er alltid en personlig erfaring, påvirket i varierende grad av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer”. Økonomiske faktorer inngår også her. Også ifølge IASP skal erfart smerte alltid respekteres. Det pekes på at en gjennom erfaring lærer hva konseptet smerte innebærer. Disse presiseringene dekker godt det perspektivet jeg har på smerte i denne oppgaven.

Definisjonen er i tråd med det som kalles den biopsykososiale modellen. Modellen forklarer ifølge Espnes og Smedslund (2020) hvordan de ulike delene av et menneskes liv og kontekst griper inn i hverandre og påvirker personens helse. Forskningen (Altun et al. 2021; Sarpong & Opaas 2021) viser at dette samspillet er sentralt å forstå for å kunne gi god helsehjelp til flyktninger med smerteproblematikk.

Den biopsykososiale modellen ser på mennesket som en helhet som blir påvirket av medfødte faktorer som genetikk, fysiologi og immunforsvar, samt psykiske og sosiale faktorer. De sosiale faktorene kan være sosial støtte, økonomiske ressurser, og helseressurser som kunnskap om helse og tilgang til helsehjelp. De psykiske faktorene kan være stress, kognitive og psykiske helseressurser, helseforventning, personlighet og kultur. Modellen har også med en åndelig dimensjon som håp, mening (Espnes & Smedslund, 2020).

3.2.1 Teorien om nevralt nettverk

Teorier om kronisk smerte søker å forklare mekanismene bak fysiske smerter. Forskning har gitt stadig ny kunnskap om hjernens sentrale rolle i smerteopplevelsen. I 1965 la psykologene Ronald Melzack og Patrick Wall fram sin såkalte portteori (Gate Control Theory). Den forklarte hvordan hjernen kunne regulere smerteimpulser gjennom strukturer i ryggmargen, og at denne reguleringsmekanismen var påvirket av tankemessige og emosjonelle impulser. Teorien kunne derfor forklare hvordan tanker, følelser og kulturelle forskjeller kan påvirke smerteopplevelsene. Hjernen er ikke en passiv mottaker av signaler, men er med på å forme smerteopplevelsen.

På 90-tallet ble denne smerteteorien videreutviklet da Melzack presenterte teorien om nevralt nettverk (The neuromatrix theory of pain). Melzack (1999) beskriver her hvordan smerte blir påvirket av flere store systemer i hjerne og kropp som spiller sammen og påvirker hverandre. Blant annet er immunsystemet, det autonome nervesystemet og fordøyelsessystemet, involvert. Teorien beskriver hvordan smerte blir produsert av et system av nerveimpulser. Disse impulsene kommer fra et nettverk i hjernen beskrevet som kropp-selvet ("body-self-neuromatrix"). Alle har sitt egen unike nettverk i hjernen, formet av genetikk, sensoriske erfaringer og minner. Impulser som redsel, fokus og forventning påvirker også prosessen. Disse systemene av nerver kan bli trigget av smertefulle stimuli som ulykke eller skade. Men de kan også bli trigget av andre faktorer som kronisk stress. Denne teorien tilbyr derfor svar på smertelidelser uten kjent årsak, og åpner for nye innfallsvinkler til behandling av kroniske smerter, ved for eksempel å forsøke å gjøre noe med stress i pasientens liv (PainScale, 2017). Jeg forstår teorien slik at den er i tråd med et smertebegrep som også inkluderer ulike forhold i livet som på ulike måter kan påvirke nervesystemet, og føre til smerter. Det er ifølge Nortvedt og Nortvedt (2001) sannsynlig at smerteerfaringen lagres som et minne i hjernen, og at situasjoner som ligner de som frambrakte smerte kan bringe smerteimpulsene fram igjen.

3.3 Psykosomatiske smerter

Begrepet *psykosomatisk* omfatter den del av medisinen som ser på samspillet mellom psykiske og somatiske funksjoner eller symptomer. Somatisering er et vanskelig begrep å definere. Somatisering er ofte sett på som "en tendens til å oppleve og kommunisere somatisk lidelse som respons på psykososialt stress, og å søke medisinsk hjelp for disse plagene" (Lipowski, 1988, i Lanzara et al., 2019 s. 2). Samtidig kan det hevdes at begrepet somatisering baseres på et strengt skille mellom kropp og psyke, en dualisme, som kan være uheldig.

Ottesen Berg (2020) viser til Rohlof, Knipscheer og Kleber (2014), som hevder at det å skille mellom psyke og soma kan være grunnlaget for det som kalles "psykologisering" av fysiologiske utslag. Det er kun et fåtall av menneskene i verden som psykologiserer slik som oss i den vestlige verden. For en del pasienter kan antakelsen om somatisering oppleves krenkende og uforståelig, da de selv opplever smertene som hovedsaken, og dermed ønsker at smertene skal anerkjennes som det de er (Kale, 2007). Ottesen Berg (2020) viser til at nyere forskning finner en sterk sammenheng mellom traumelidelser og fysiologiske og biologiske endringer, og at disse endringene kan gi en rekke fysiske plager og sykdom.

3.4 Kulturelle og sosiale perspektiver på kropp og smerter

Kultur påvirker vår opplevelse av sykdom og hvilke årsaksforklaringer vi har.

3.4.1 Den individuelle og den sosiale kroppen

Det er, slik jeg har beskrevet smertebegrepet, ulike innfallsvinkler til en mer helhetlig tilnærming til kroppen. Scheper- Hughes og Lock (1987) ser på kroppen som en helhet, og sier at den kan forstås i tre perspektiver, et individuelt, et sosialt og et politisk. Den individuelt erfarte kroppen, inneholder det fenomenologiske perspektivet. Det handler om den naturlige biologiske kroppen som kan bli syk eller være frisk, og kan utføre helt basale funksjoner som å puste og bevege seg. Den sosiale kroppen er kroppen slik den er i samspill med andre. Dette begrepet beskriver hvordan våre erfaringer, kulturelle bakgrunn og historie vises og er i vår kropp i møte med samfunnet og andre mennesker. Det er med kroppen vi møter verden og hverandre. Det er derfor kroppen også har en sosial innflytelse på omgivelsene. Den politiske kroppen er kroppen som er utsatt for samfunnsmessig kontroll og makt (Scheper- Hughes & Lock, 1987).

Smerte har i lys av disse begrepene både et individuelt og et sosialt aspekt. Smerten er relatert til og reflekterer samfunnet rundt. Det er derfor nødvendig å kjenne det samfunnet og den sosiale sammenhengen pasienten er oppvokst i for å forstå hennes smerter.

3.4.2 Ulike kulturer kan ha ulik forståelse av sykdom

Kultur kan forstås som verdier, tenkemåter, atferds- og samhandlingsmønstre som er felles for en gruppe (Aambø, 2021). Forståelse av årsaker til sykdom og behandling av sykdom vil derfor kunne variere mellom ulike kulturer. De fleste flyktninger kommer fra kulturer der moderne medisin inngår i sykdomsforståelsen, men det er samtidig parallelle forståelser, slik det også kan være i vestlige samfunn (Varvin, 2018a). Det finnes for eksempel forestillinger om sykdom som en straff fra gud, dette er forestillinger som kan finnes i alle religioner (Hanssen, 2019). Et samfunns tenkning omkring helse og sykdom bestemmer hva deltakerne i en medisinsk samhandling, f.eks. sykepleier og pasient, forventer av hverandre. Derfor kan det være vanskelig når pasienten og sykepleieren har ulik kulturell bakgrunn, fordi forventningene omkring sosiale standarder for behandling og omsorg kan være forskjellig (Borchgrevink et al., 2019).

Ingstad (2007) mener at vår kulturelle kunnskap, våre erfaringer og hvordan andre reagerer på våre symptomer, gir oss innebygde oppskrifter på hvordan vi skal fortolke kroppslige symptomer. Både forståelsen og opplevelsen av psykiske så vel som fysiske symptomer er generelt sett tilegnet gjennom læring. Også mestring og tåleevne, og det å finne mening i lidelsen er ofte kulturelt innlært. Ulike kulturer kan ha ulike rangeringer av hvilke sykdommer som er mest akseptable. Helt fra vi var barn finner vi ut av hvilke symptomer vi legger vekt på, hvilke vi overser og hvordan vi formidler symptomene til andre. Symptomer utgjør derfor en kulturell kategori (Hanssen, 2019). Det er viktig å finne mening i sykdom. Mening kan være som et filter som kan være til hjelp for den som er rammet av sykdom og smerter (Ingstad, 2007). Når alle former for behandling er prøvd, uten at en blir bedre, kan det stå én forklaring igjen: guds vilje, og at en må slå seg til ro med sin skjebne (Ingstad, 2007).

En forskjell mellom vestlige samfunn og mange andre kulturer er at vestlige samfunn er individualistisk orientert mens andre kan være kollektivistiske. Dette vil også ha betydning for forventninger til helsehjelpen. I kollektivistiske samfunn er den plasseringen en har i gruppen det vesentlige, istedenfor at en betraktes som et uavhengig individ. Denne tankegangen er utbredt i samfunn der myndighetene ikke har etablert institusjoner for velferd og omsorg. Den enkelte er avhengig av familien for sin trygghet. Da blir det også naturlig å involvere familienettverk i sykdomsbehandling og vurdering av slik behandling (Aambø 2021).

Kleinman (1992, i Ingstad, 2007, s. 104) tar utgangspunktet i begrepet *motstand* (resistance) når han analyserer kroniske smertetilstander. Han hevder at det handler om motstand som en eksistensiell prosess, der individet reagerer med smerte på vanskeligheter livet byr på. Smerten kan også være uttrykk for motstand mot overmakt i form av traumatiske politiske hendelser.

3.5 Traume og posttraumatisk stressforstyrrelse

Et traume er i psykologisk forstand en skade basert på enkeltpersoners opplevelse av en hendelse (Anstorp & Benum, 2014). Det som kjennetegner et psykisk traume er at hendelsen overskrider den evnen individet har til mestring og tilpasning i hverdagen. Erfaringen av det som har skjedd sitter i kroppen uten at en nødvendigvis klarer å integrere erfaringen i minnet

(Anstorp & Benum, 2014). Varvin (2008) viser til undersøkelser som illustrerer at traumatisering er en prosess, og at det som skjer etter den traumatiserende opplevelsen er sentralt for hvordan det går med den det gjelder. Ut fra dette, er det rimelig å se posttraumatiske tilstander i et biopsykososialt perspektiv.

3.5.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

Når en har opplevd traumatiske hendelser kan en være plaget med gjenopplevelses-symptomer, altså å bli plaget med minner fra hendelsen. Unngåelsessymptomer, handler om å unngå ting som minner om hendelsen(e). Overaktiveringssymptomer innebærer å være mer på vakt, ansent og ukonsentrert (Nordanger, 2014). Hvis slike symptomer på posttraumatisk stress ikke blir roet ned og symptomene lager problemer for vanlig fungering, snakker vi om en posttraumatisk stressforstyrrelse (Nordanger, 2014). Mennesker som har opplevd langvarige og/eller ekstreme traumer hvor de er avskåret fra sosial støtte, for eksempel vold og overgrep i barndomshjemmet eller fengsling og tortur, står i fare for å utvikle kompleks PTSD. Det innebærer i tillegg til overnevnte symptomer, negative selvoppfatninger, vansker i relasjon til andre og store vansker med å regulere affekt (Nordanger 2014).

4 Tidligere forskning

4.1 Sammenheng mellom PTSD og smerter

Flere studier viser at smerter ofte har sammenheng med PTSD (Morina et al., 2017; Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2019). Dessuten spiller vanskelige levetilstander inn (Hynie, 2018; Li et al. 2016). Forskning om flyktninger og kronisk smerte viser at dårlig psykisk helse og fysiske smerter i mange tilfeller henger sammen og opptrer samtidig (Teodorescu et al., 2015). Flere av studiene peker i retning av at både psykiske, fysiske og sosiale forhold bør tas i betraktning når en legger opp behandling av disse pasientene (Hynie, 2018; Morina et al. 2017; Strømme et al., 2020; Teodorescu et al., 2015).

Rometsch-Ogioun El Sount et al. (2019) fant at flyktningpasienter med PTSD ofte hadde mange smertesymptomer. Oftest rapporterte pasientene om hodepine, ryggsmarter, og smerter i armer og ben. Smertesymptomene forekom oftere ved høyere alder, hos kvinner, og ved generelt vanskelige levekår. Sammenhengen mellom PTSD og smerter var mest tydelig blant

pasienter med smerter over hele kroppen. Også Morina et al. (2017) fant i en kvantitativ undersøkelse av 137 flyktninger og asylsøkere en sammenheng mellom smerter og andre somatiske symptomer, PTSD og vanskelige leveforhold. Forskerne understøtter at det brukes mye ressurser på behandling av denne pasientgruppen, og at bedre forståelse er viktig for å gi mest mulig effektiv behandling.

Søvnforstyrrelser er blant de vanligste symptomene hos flyktninger, og det kan forverre andre lidelser og føre til nedsatt funksjon (Bäärnhielm et al., 2017). Søvnproblemer rammet 88% av asylsøkere og flyktninger som fikk hjelp ved et senter som ga psykisk helsehjelp (Lies, 2017 sitert i Lies et al. 2019, s. 197). Søvnproblemer har ofte sammenheng med PTSD og kan påvirke smertelidelser. Utilstrekkelig søvn kan forverre smerter, samtidig som smerter kan føre til dårlig søvn (Lies et al., 2018). Lies et al. (2018) fant i sin kunnskapsoversikt om PTSD, smerter og søvn hos flyktninger, at søvnproblemene også hadde sammenheng med vanskelighetene flyktningene møtte i eksiltilværelsen.

Når det gjelder somatisering er den ifølge Lazara et al. (2019) og Zander et al. (2013), ofte assosiert med angst- og depresjonslidelser og er signifikant knyttet til traumatiske erfaringer, PTSD symptomer og postmigrasjonsproblemer. Ertegul (2020) viser til nevrologiske sammenhenger mellom depresjon og smerte, og mener at den vanligste triggeren for psykosomatiske lidelser er tap og separasjon. Li et al. (2016) finner at å være bekymret for familie i hjemlandet er assosiert med angst og somatisering blant flyktninger. Jansen (2020) understreker at somatisering er spesielt krevende å forebygge og behandle og krever store kostnader medisinsk, sosialt og økonomisk, for den det gjelder og for samfunnet.

4.2 Postmigrasjon og smerter

4.2.1 Postmigrasjonsstress

Å bli rykket opp med roten ufrivillig og måtte bosette seg i et land med en kultur som er svært ulik den en kjenner, er en svært stor påkjenning for flyktninger (Li et al., 2016). Ofte vil flyktninger ha energi i flukt- og ankomstfasen, og kjenne på en lettelse over endelig å komme i trygghet i et nytt land (Hanssen, 2019). Hvor lenge denne fasen varer varierer. Etter hvert vil det oppstå praktiske problemer i det nye, fremmede landet, slik som utfordringer med språk, kultur, jobb, økonomi og relasjoner. Det kan skape stress i tilværelsen. Flyktninger kan ofte miste sin sosiale identitet, være adskilt fra familie, være sosialt isolert og oppleve

diskriminering. De kan også bekymre seg for familie i hjemlandet. Dette påvirker flyktningers livskvalitet i høy grad (Li et al., 2016).

Ofte fokuseres det mest på pre-migrasjonsfaktorer når man i forskningen ser på psykisk helse blant flyktninger (Jannesari et al., 2020). Li et al. (2016) fant i sin kunnskapsoppsummering at økonomiske, sosiale og personlige stressfaktorer i postmigrasjonsfasen påvirker flyktingenes psykologiske funksjon. Disse faktorene har også betydning for kronisk smertelidelse (Althun et al., 2021) og vanskeliggjør og forstyrrer terapeutisk behandling (Bruhn et al., 2018). Også Hynie (2018) finner at postmigrasjonsproblemer har betydning for hvordan pre-migrasjonsfaktorer virker inn på psykisk helse, og at resiliensen flyktingene i utgangspunktet har, kan undergraves av postmigrasjonsproblemene flyktingene opplever i mottakslandet. Forskere i feltet (Hynie, 2018; Opaas, 2020) oppfordrer derfor til en mer helhetlig tenkning rundt flyktingene og til å se mer på problemer de har her og nå i de nye omgivelsene.

4.3 Stress og smerter

Når flyktingene er i en tilstand av konstant stress vil det kunne føre til eller forsterke fysiske helseproblemer. Dette er i tråd med smerteteorien til Melzack (1999) som viser hvordan nervesystemet som frembringer smertefølelse kan påvirkes av faktorer som kronisk stress.

Afari et al. (2014) fant at de som hadde opplevd traumatisering hadde 2,7 ganger så høy sannsynlighet for å utvikle funksjonelle lidelser. Forskerne foreslo at sammenhengen kan forklares ut fra den kroniske hyperaktiveringen som skjer under påvirkning av vedvarende stress. Dette fører da til at de fysiologiske og mentale prosessene en trenger for å håndtere stresset ikke fungerer. På den måten vil stress over tid, intens bekymring, angst og psykisk smerte ha effekt på flere kroppslige systemer og slik kunne forårsake fysisk sykdom (Afari et al., 2014). Afari et al. (2014) finner samtidig at traumatiserte personers tendens til å fokusere på potensielle trusler innenfra og utenfra, samt deres katastrofeberedskap påvirker smerteopplevelsen. Angsten for å få smerter gjør at personen vegrer seg for å være i aktivitet, noe som i sin tur er skadelig for helsen.

4.4 Behandling, helsehjelp og møtet med helsevesenet

Forskningen viser at tverrfaglighet, tillit, kulturell åpenhet og kompetanse er viktig for at helsevesenet skal kunne gi god hjelp til flyktninger med smerter (Althun et al., 2021; Strømme

et al., 2020; Teodorescu et al., 2015). Tverrfaglig behandling og sosial oppfølging av pasientene må skje i samarbeid, og de ulike partene bør inn på et tidlig tidspunkt for å sikre koordinering (Varvin, 2008).

En god og tillitsfull relasjon til behandler er svært viktig for pasienter med fluktbakgrunn (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Brandenberger et al., 2019; Varvin 2008). Fordi traumatiserte pasienter ofte har problemer med tillit, er det nødvendig å legge stor vekt på å bygge en allianse mellom behandler og pasient (Varvin, 2008). Det er viktig for pasientene å bli hørt, at behandleren er oppriktig interessert og har tid til dem (Bäärnhielm & Ekblad, 2000). Det betyr også mye at pasientene kjenner at de selv har kontroll over beslutningene om behandling, at de kan forstå valgene som må tas. Dette kan styrke pasientenes mestringstro (Brandenberger et al., 2019).

Det er ofte knyttet stigma til psykisk lidelse. Det vil derfor kunne være slik at flyktningen tolker opphavet til sine smerter som noe fysisk, og ikke psykisk (Perron & Hudelson, 2006). Helsearbeideren må kunne se sammenhengen mellom symptomer på PTSD og smerter for å kunne gi den hjelpen pasienten trenger (Morina et al., 2018). Siden traumatiske erfaringer kan være stigmatiserende og vanskelig å snakke om, er det viktig at helsearbeideren tar opp temaet på en god måte. Sykepleiere er ofte ikke godt nok utrustet til å kunne kommunisere godt og utvikle terapeutiske relasjoner i møte med pasienter med ulik språk- og kulturbakgrunn (Alpers & Hanssen, 2014; Shahzad et al., 2021). Studien til Alpers og Hanssen (2014) indikerte at både de somatiske og psykiatriske sykepleierne hadde utilstrekkelig kunnskap om sykdoms- og behandlingsforståelse utover den vestlige biomedisinske. De peker på behovet for å øke sykepleieres kulturelle kompetanse gjennom utdanning og praksis, for at pasientens helseutbytte skal bli bedre (Alpers & Hanssen, 2014). Kultursensitiv omsorg vil si å være oppmerksom på egne holdninger og egen kulturbakgrunn, samtidig som en i den grad det er mulig forsøker å forstå og tilpasse seg pasientens ønsker og behov (Aambø, 2021). Det er ifølge Holt (2020) viktig å være oppmerksom på at selv om et menneske kommer fra et bestemt land, med en bestemt kultur og religion, betyr ikke det at alle er like. Alle må møtes individuelt.

Undersøkelser tyder på at sykepleiere opplever det som vanskelig å forholde seg til de store forskjellene i hvordan pasienter fra ulike kulturer uttrykker lidelse og smerter (Alpers & Hanssen, 2014; Shahzad et al., 2021). Noen er svært uttrykksfulle og lager høye lyder, mens

andre er helt stille. Dette gjør sykepleierne usikre, redde for å gjøre feil og for å misforstå pasienten. Stereotypiske oppfatninger og lite kunnskap blant sykepleierne, samt for liten plass til kulturelt sensitiv omsorg i helsesystemet, spiller inn. Det har vist seg at det er store ulikheter mellom behandlingen som blir gitt til majoritet versus minoritetsbefolkningen (Alpers & Hanssen, 2014; Shahzad et al., 2021). Alpers og Hanssen (2014) viser til flere studier som finner at minoritetspasienter i større grad enn majoriteten får dårligere smertebehandling.

5 Metode

5.1 Metodisk tilnærming

Hensikten med denne oppgaven er å få mer og fordypet kunnskap om hvordan kvinner med flukt- og traumbakgrunn opplever sine fysiske smerter, hvilke konsekvenser smertene får for dem i hverdagen og hvilke erfaringer de har med helsevesenet.

En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming egner seg når en ønsker å få fram subjektive opplevelser, tanker og følelser, slik at en kan forsøke å gripe meningen i det som blir sagt. Et førstepersonsperspektiv med beskrivelse av levd erfaring er sentralt (Thoresen et al., 2020, s. 58). Jeg har søkt å lese og høre intervju materialet med en slik tilnærming. Gjennom analysen har jeg undersøkt smerte som fenomen og nærmet meg kvinnenes opplevelse av smerten uttrykt i dialog og samtale med forskerne.

Fenomenologi kan forstås som vitenskapen om hvordan det vi erfarer trer fram (Wifstad, 2018). Våre forventninger om hva og hvordan et fenomen er, er med på å bestemme hvordan fenomenet framtrer for oss (Wifstad 2018). Et sentralt begrep i fenomenologien er, som tidligere nevnt i kap 3.2, «livsverden», den verden vi tar for gitt, verden slik den umiddelbart framtrer for oss. Det er denne erfaringen en ønsker å fange i en fenomenologisk inspirert undersøkelse.

Studiet av menneskelige førstepersonserfaringer innebærer alltid en fortolkning. Det er derfor naturlig å se fenomenologi og hermeneutikk i sammenheng. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster og andre uttrykk. Malterud (2011 s. 44) sier at de ”kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger

i menneskelige uttrykk”. I fortolkning av tekster legger en vekt både på helheten i teksten og de ulike delene av den, forstått gjennom den hermeneutiske sirkelen. Delene kan forstås ut fra helheten og helheten ut fra delene. I arbeidet med de transkriberte intervjuene, gikk jeg først gjennom alle intervjuene for å få et overblikk over helheten, så gikk jeg flere ganger gjennom det enkelte intervju. Jeg la stadig merke til ny mening, slik at min forståelse av hva som ble uttrykt i intervjuene, utviklet seg.

Sentralt i hermeneutisk fenomenologisk forskningsmetode er forskerens forforståelse. Det vil si at man som forsker bringer med seg forutsetninger, forutinntatte meninger og holdninger i møtet med det en skal undersøke. Det gjelder da at forskeren er seg bevisst denne forforståelsen, og så langt det lar seg gjøre klarer å legge den til side for å kunne utvikle ny kunnskap.

Metoden er den konkrete framgangsmåten en velger for å samle inn eller skape data som er egnet til å belyse forskningsspørsmålet, og framgangsmåten en benytter for å analysere dataene (Thoresen et al., 2020). Jeg har søkt å bruke et innenfraperspektiv for å få fram nyanserte og detaljerte beskrivelser av fenomenet, smerte. Min fortolkning av kvinnes livsverden utgjorde grunnlaget for fortellinger, som ga en inngang til å studere smerten som fenomen. Med utgangspunkt i dette perspektivet, valgte jeg tematisk analyse, inspirert av Brown og Clarke (2006), som analyseverktøy. Ved hjelp av denne metoden fikk jeg god oversikt over (det for meg) store datamaterialet. Tematisk analyse er en fleksibel metode som kan brukes uavhengig av teoretisk utgangspunkt. Ved hjelp av denne metoden kunne jeg stykke kvinnes fortellinger opp i meningsbærende enheter, som presenteres i analysedelen av oppgaven.

Jeg har valgt å presentere tema tidlig i oppgaven ved hjelp av en fortelling, da fortellinger nettopp har den egenskapen at den kan skape sammenhenger og gi mening til hendelser (Johannessen et al. 2018). Fortellingen samler opp i seg typiske erfaringer og opplevelser fra de ulike kvinnene i studien. Språket i sitatene er bearbeidet for leserens forståelse.

5.2 Datamateriale: TR REFUGEES

Deltakerne i oppgaven var henvist spesialisthelsetjenesten for behandling av traumerelaterte plager. Disse ble rekruttert til forskningsprosjektet TR-REFUGEES i årene 2006 til 2009, og fulgt opp med intervjuer i flere år- for en del helt fram til 2019. Prosjektet var i regi av NKVTS, og prosjektleder var Marianne Opaas. Flyktninger som skulle begynne i behandling ble spurt om de ville delta i forskningsprosjektet, og 54 flyktninger valgte da å delta. Av disse var det 19 kvinner. Av de 19 kvinnene ble de 11 med lavest skår på indikatoren for fysisk helse, Physical health, Quality of life Bref (QOL-Bref; WHOQOL Group, 1998), Physical health, strategisk valgt ut av Marianne Opaas som deltakere til min oppgave. Ti av de elleve kvinnene ble inkludert i min analyse. Disse ble valgt ut med bakgrunn i lyd kvalitet på intervjuene og om de har eller har hatt smerteproblematikk, som de forteller om i intervjuene.

5.2.1 Om intervjuene i TR-REFUGEES

Deltakerne ble intervjuet ansikt til ansikt. En av intervjuerne var psykologspesialist, og den andre var spesialist i psykiatri. Begge har lang erfaring med flyktninger i terapeutisk sammenheng.

Kvalitative intervjuer er ikke en enkel innsamling av data, kunnskapen produseres i samspillet mellom intervjuer og informant. Derfor er relasjonen mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet av stor betydning for hvilken kunnskap som kommer fram underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuet bør ikke være standardisert og mekanisk, og er avhengig av relasjon, tillit og trygghet mellom deltakeren og intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2009). Med disse deltakerne som hadde opplevd krig og hadde traumatiske erfaringer med seg, var det svært viktig at intervjuerne hadde erfaring med flyktninger i liknende situasjoner og kunne ivareta det som måtte komme opp av følelser og reaksjoner underveis.

Intervjuene fant sted i perioden 2006-2019. Studien ble gjort som en kombinasjon av kvalitative intervjuer og en kvantitativ innsamling av data. Intervjuene, som utgjorde hoveddelen, var semistrukturerte, og var lagt opp som en samtale mellom intervjuer og den som ble intervjuet. Den kvantitative delen ble også gjort ved hjelp av spørsmål fra forskerne, men da ble standardiserte skjema brukt. De standardiserte spørreskjemaene kartla deltakernes livskvalitet på flere områder. De kartla traumatiske hendelser og PTSD-symptomer, depresjon- og angstsymptomer (Opaas et al., 2020). Disse målingene ble gjort flere ganger underveis i studien for å se om det var endringer i livskvalitet og symptomer hos deltakerne (Opaas et al., 2020). Deltakerne ble intervjuet med ulike intervaller.

I TR- REFUGEES studien nådde 96% av deltakerne over grenseverdien for en mulig PTSD og 98% for depresjon, ut fra spørreskjemaene som ble brukt. Av dem hadde 41 % hatt samtaler i psykisk helsevern tidligere (Opaas, Wentzel-Larsen og Varvin, 2022). Mitt inntrykk er at kvinnene i oppgaven også led av PTSD og depresjon.

5.3 Om deltakerne

Kvinnene kom fra ulike land i Europa, Afrika og Asia. Alle informantene hadde flyktet fra krig og forfølgelse. De hadde blant annet opplevd at familiemedlemmer ble bortført, torturert og/ eller drept. De hadde opplevd at soldater brøt seg inn der de bodde. De hadde selv vært ofre for mishandling, terror og bombeangrep. De hadde opplevd at mennesker og steder de trodde var trygge ble farlige over natten. To av deltakerne hadde også opplevd grov vold og mishandling fra omsorgspersoner fra de var barn.

De ti kvinnelige deltakerne i oppgaven var mellom 28 og 58 år gamle, med en gjennomsnittsalder på 41 år. Tiden de hadde vært i Norge varierte mellom 1 og 19 år med en gjennomsnitts botid i Norge på 9,5 år. Bare tre av de ti kvinnene kunne snakke norsk. Deltakerne hadde skolegang fra 0 til 13 år med et gjennomsnitt på åtte år fra sitt hjemland. Bare én av kvinnene var i jobb eller utdanning ved siste intervju. Samtlige av kvinnene hadde barn, antall varierte fra ett til fire eller flere barn. Alder på barna varierte fra seks år og til voksne. Én av kvinnene var ugift, sju var gift og to var skilt. De fleste av kvinnene trengte eller ønsket tolk.

Tabell over utvalg

Fiktivt navn	Alder	Ant. år i Norge	Ant. barn	Sivil status	Opprinnelse
Ines	41	18,0	3	gift	Midtøsten
Maya	31	1,0	3	gift	Østeuropa
Amina	46	6,0	4 eller flere	gift	Østeuropa
Aysha	53	15,5	4 eller flere	skilt	Østeuropa

Fatima	35	10,0	1	gift	Midtøsten
Shadia	45	4,0	4 eller flere	gift	Østeuropa
Zahra	58	8,0	2	gift	Østeuropa
Aya	34	7,0	2	gift	Midtøsten
Lyn	28	6.5	2	ugift	Afrika
Amal	43	19,0	2	skilt	Midtøsten

5.4 Forskerrolle og refleksivitet

Forforståelse er de erfaringene og holdningene jeg har med meg inn i forskningsprosessen. Refleksivitet innebærer at jeg er bevisst på og overveier betydningen av mine egne erfaringer og holdninger, og ser på data med åpenhet (Thoresen et al, 2020).

Jeg er psykiatrisk sykepleier med bakgrunn i primær- og spesialisthelsetjenesten. De siste årene har jeg jobbet i Flyktningshelsetjenesten for bosatte flyktninger i en kommune på Østlandet. I Flyktningshelsetjenesten fattet jeg interesse for den særlig vanskelige situasjonen mange flyktninger med smerteproblematikk lever i og med. Her møtte jeg flere som slet med smerter og som hadde gått igjennom grundige utredninger uten å få svar på hvorfor de hadde så vondt. De hadde alle traumatiske erfaringer fra hjemlandet og utfordringer knyttet til postmigrasjon som språk, ensomhet, savn, dårlig økonomi og utenforskap. Jeg hadde kjent på usikkerhet på hva jeg kunne gjøre for å hjelpe dem med å takle, godta, og leve med smertene sine. Jeg hadde undret meg over hva det var i tankegang og bakgrunn som gjorde at mange ikke gjorde det de ble anbefalt av helsepersonell i Norge? Jeg undret meg over hva kommunikasjonen mellom meg og mennesket jeg hadde foran meg manglet for at jeg skulle kunne hjelpe vedkommende på best mulig måte. Jeg hadde erfaringer om at tverrfaglig samarbeid ofte manglet. Dette erfaringsgrunnlaget hadde jeg med meg da jeg gikk inn i datamaterialet fra intervjuene, og jeg var bevisst på at det ville kunne prege mine forventninger til hva jeg kunne finne. Jeg har forsøkt å ha en refleksiv holdning gjennom hele forskningsprosessen, ved å være bevisst på egen forkunnskap og holdninger og forsøke å legge dette til side ved tolkningen av data. Det er likevel umulig å være helt upåvirket av egen bakgrunn.

Å høre kvinnene fortelle med sine egne stemmer om de grusomhetene, den vold og tortur de har opplevd, berørte meg sterkt. Noen ganger måtte jeg ta pauser i lyttingen fordi historiene var så sterke. Jeg fikk et dypere innblikk i traumene disse kvinnene hadde vært utsatt for, både i nære relasjoner og gjennom krig. Det ble også tydeligere for meg hvilke barrierer kvinnene opplevde, både i sin egen kropp og i samfunnet, barrierer som sto i veien for bedre helse og et bedre liv.

Forskeren må tydeliggjøre måten hun har jobbet med data på og hvordan hun har kommet fram til sine resultater. Redegjørelse for refleksjonene underveis i prosessen er en viktig del av dette (Thoresen et al. 2020). Av den grunn gjorde jeg refleksjonsnotater underveis i analysearbeidet. Notatene var også viktige for i ettertid å kunne følge med på hvordan forståelsen utviklet seg.

5.5 Om analysen

5.5.1 Lyttearbeid og transkripsjon

Intervjuene ble registrert ved hjelp av lydopptak. Kvaliteten på lyden var av varierende kvalitet. Noen ganger var det svært vanskelig å høre hva som ble sagt. Til stede under intervjuet var det i tillegg til deltaker og forsker i mange tilfeller også tolk og noen ganger deltakerens ektefelle. Det kunne ta litt tid og kunne være krevende å få tak på hvem som sa hva, og om tolken tolket for ektefellen eller for deltakeren. Jeg spolte ofte tilbake og lyttet mange ganger for å være så sikker som jeg kunne bli på hva som ble sagt og på hvilken måte.

En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Ved enhver transkripsjon kan det være elementer av usikkerhet med tanke på pauser og hvor en legger trykk på ulike ord (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg registrerte og merket meg tonefall, pauser og gjentakelse av ord, der deltakeren snakket norsk. Dette ble også registrert under transkripsjonen. Det var ikke så lett å tyde når samtalen er på et annet språk, og språket formidles gjennom tolken. Men jeg prøvde så godt det lot seg gjøre å registrere tonefall, pauser og gjentakelse av ord, også da tolk ble benyttet. Men her er det da større mulighet for å ha transkribert uriktig.

Kvinnene ble intervjuet gjennom flere år. 38 intervjuer var allerede transkribert. Mens de resterende 33 intervjuene var i lydfilformat. Hver lydfil varte i ca 90 minutter. Jeg hørte også

på lydfilene som var transkribert, for å høre om igjen ord som var markert som usikre i transkripsjonen. Intervjuene som var i lydfilformat hørte jeg nøye gjennom, og jeg gjorde omfattende notater. De delene av intervjuene hvor det var snakk om smerter hørte jeg på flere ganger og transkriberte ordrett. Ett av intervjuene ble transkribert ordrett i sin helhet av meg. Til sammen ble det 71 word- og lydfiler. Jeg hørte på alle intervjuer og leste alle transkriberte intervjuer. Én av kvinnene ble utelatt fra utvalget på grunn av lyd kvalitet og fordi hun snakket lite om smerter i intervjuene. Da stod jeg igjen med 32 wordfiler og 33 lydfiler som utgjorde mitt materiale.

5.6 Analysestrategier fortolkning

Som analyseverktøy innenfor en fenomenologisk inspirert fortolkningsramme, har jeg som nevnt, brukt tematisk analyse, inspirert av Virginia Braun og Victoria Clarke (2006). Jeg har brukt en forenklet versjon av metoden, anbefalt av Johannessen et al. (2018). I tematisk analyse leter en, som i flere andre kvalitative analysemetoder, etter temaer i datamaterialet. Hvert tema utgjør en kategori hvor data med viktige likhetstrekk blir gruppert. Metoden er ikke styrt av teori og forhåndsbestemte kategorier, men tar utgangspunkt i empirien. Ofte vil en oppdage og utvikle forskningsspørsmålene underveis i analysen (Johannessen et al., 2018). Jeg begynte å lese gjennom materialet med én problemstilling i tankene, den gjaldt kvinnes opplevelse av smertene sine. Ettersom jeg gjorde meg kjent med materialet så jeg at spørsmål som gjaldt hverdagsliv og møtet med helsevesenet også var viktig.

Mitt utgangspunkt var å forsøke å fange opp innenfraperspektivet på smerte. Jeg leste tekstene og hørte lydfilene mange ganger, med blick for smerte som fenomen, for flukt- og traumeerfaringene og for problemene kvinnene møtte her i Norge. Målet var å få fram smerteopplevelsene slik de former kvinnes livsverden.

Stegene i analysen er gjort med utgangspunkt i presentasjonen av tematisk analyse i Johannessen et al. (2018). Jeg begynte med forberedelsen som innebar å få oversikt over data, bli kjent med materialet og begynne å se etter mening, mønstre og nyanser. Jeg hørte som beskrevet i punktet om transkripsjon flere ganger igjennom alle intervjuene som var gjort, og gjorde grundige notater. Neste steg var å begynne å kode. Koding dreier seg om å fremheve og sette ord på viktige poeng i datamaterialet (Johannessen et al. 2016). Det vil si å lage en

liste over relevante poeng/meningsbærende enheter. Hver gang jeg leste gjennom intervjuene på nytt oppdaget jeg nye poeng som jeg kodet. I denne kodeprosessen forsøkte jeg samtidig å tolke meningen i det som ble sagt.

Jeg skrev som sagt refleksjonsnotat ved endt arbeidsdag. Jeg reflekterte over hva meningen i det jeg merket meg kunne være. Jeg stilte meg kritiske spørsmål om min fortolking var sannsynlig, eller preget av egen forforståelse. Gjennom å skrive ned refleksjonene mine, kunne jeg også oppdage nye sammenhenger i materialet.

Etter at jeg hadde kodet grundig, begynte arbeidet med å sortere de kodete utsagnene i overordnede temaer eller kategorier. Kategoriene ble til ved hjelp av induktiv metode, der temaene ble utviklet ut fra teksten. Kategoriseringen innebar en sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet i hver av kodegruppene. Inndelingen av resultatkapittelet gjenspeiler disse overordnede kategoriene.

I arbeidet med analysen leste jeg fenomenologi, smerteteori, om postmigrasjon, den biopsykososiale modellen og om sykdomsforståelse sett med ulike kulturelle briller. Hele tiden dukket det opp nye felt å utforske teoretisk for å prøve å forstå og å finne mening i kvinnenens smerteopplevelse.

De sentrale temaene ble:

- Smertenes uttrykk og språk
- Mening (hvorfor skjedde dette meg? hva er årsaken til at jeg har fått disse smertene)
- Postmigrasjonsstress (sosiale, kulturelle, økonomiske faktorer)
- Relasjoner (familie og venner)
- Selvfølelse/identitet/tilhørighet
- Møtet med helsevesenet (relasjon og forståelse)

5.7 Etiske overveielser

Jeg har lagt vekt på å presentere kvinnene gjennom tekst på en etisk måte. Deltakerne i denne studien er en sårbar gruppe i kraft av å være kvinner, ha fluktbakgrunn og å bære på traumatiserende erfaringer. Sårbarhet ligger også i at jeg kan misforstå meningen i intervjuene. For å hindre dette har jeg blant annet kvalitetssikret med forskeren som har gjort intervjuene, da hun også er min bi-veileder. Ved hver veiledning ble min fortolkning

av det kvinnene uttrykte lagt frem, og vi så på hva meningen sammen. Hun kunne legge til og korrigere opplysninger. Hun hadde erfaringen det var å gjøre intervjuene, og kunne huske noe av stemningen, ved hjelp av sine notater.

Deltakerne underskrev et informert samtykkeskjema før intervjuene startet, og på nytt etter tre år, hvis de var villige til å fortsette studien. De hadde mulighet for å trekke seg når som helst underveis. De ble gitt skriftlig informasjon om studien på norsk, som ble oversatt av tolken og videre forklart av forskeren i et forberedende møte med hver ny potensiell deltaker. Det ble søkt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før forskningsprosjektet skulle starte, og etter tre år, da det ble besluttet å forlenge studien. Det ble også søkt spesifikt om tillatelse til at studenter kunne benytte materialet til hoved- og masteroppgaver. I 2020 ble det søkt om og gitt tillatelse til fortsatt bruk av materialet til ut 2025. NSD godkjenning: 199672, REK- nummer: 2012/465/REK sør-øst A, REK søknad om forlenging: 20911.

Intervjuene som utgjorde mitt forskningsgrunnlag var lagret på en kryptert minnepinne med passord og ble kun brukt på en kryptert datamaskin lånt fra NKVTS. Jeg jobbet kun hjemme med oppgaven, slik at sensitiv informasjon ikke kom på avveie. For å unngå gjenkjenning var det viktig at personene og deres historie ble anonymisert og håndtert på en varsom måte. I TR-REFUGEES studien ble alle deltakerne gitt en tallkode og hvert intervju hadde en egen kombinasjon av tall for anonymisering. Alle kvinnene i oppgaven er anonymisert og gitt fiktive navn.

For at deltakeren skal føle seg trygg nok til å fortelle om sensitive tema og dele av sitt liv er det viktig at forskerne som gjennomfører intervjuene inngir trygghet, tillit og respekt (Malterud 2017). Intervjuene til denne studien ble gjennomført av to svært erfarne klinikere og forskere som hadde god kjennskap til gruppen. Datainnsamlingen kan gi psykisk uro for deltakeren, da en går inn på vanskelige tema og hendelser i deltakernes liv (Malterud 2017, s. 212). Deltakeren ble informert om at det å snakke om traumatiserende erfaringer kan gi flere gjenopplevelser, mareritt og tanker om det de har opplevd, slik at deltakerne var klar over det på forhånd. Deltakerne gikk i behandling i psykisk helsevern hvor behandleren der visste at de ble intervjuet om det de hadde opplevd. Forskerne hadde god kommunikasjon med behandlerne hele veien.

5.8 Validitet, reliabilitet og begrensninger ved oppgaven

Validitet handler i samfunnsvitenskapene om hvorvidt studien måler det den skal måle, og om det ved en gjentakelse av studien er mulig å komme fram til det samme resultat (Thoresen et al., 2020). ” I fenomenologiske undersøkelser har en slik forståelse av validitet liten relevans ” (Thoresen et al., 2020, s.89). Validitet i denne typen studier kan i stedet ha å gjøre med mening, at en i studien forsøker å gripe den dypere meningen i det som blir sagt. Jeg forsøkte gjennom analyseprosessen å forstå meningen i det kvinnene fortalte ved å være åpen for deres opplevelser av sin livsverden og ha et bevisst forhold til min egen forforståelse. Med kommunikativ validitet menes at de ulike delene av en forskningsprosess er diskutert med andre med kunnskap om det som skal undersøkes. Prosjektleder Marianne Opaas var min biveileder og jeg rådførte meg med henne når det gjaldt tolkning av hva som ble sagt i intervjuene. Jeg ser at mine funn i oppgaven i stor grad samsvarer med og utdyper, resultatene i tidligere forskning på flyktningkvinner som lever med kroniske smerter. Jeg er likevel klar over at min forforståelse kan ha preget mine fortolkninger eller gjort meg ”blind” for aspekter ved det kvinnene formidlet i intervjuene.

Reliabilitet har med dataenes og resultatenes pålitelighet å gjøre (Kvale & Brinkman, 2009). I mitt arbeid med oppgaven vil det dreie seg om i hvilken grad min lytting og transkribering av intervjuene gjenga det som ble sagt på en riktig måte. I kapittelet om transkribering har jeg beskrevet hvordan jeg forsøkte å gjøre dette så nøyaktig og dekkende så mulig.

I kvalitative undersøkelser snakker en ikke om generaliserbarhet, men overførbarhet. Det er et mål at kunnskapen en oppnår gjennom undersøkelsen skal ha verdi utover den aktuelle studien, at funnene skal kunne ha en overføringsverdi til andre sammenhenger (Malterud 2017). Mitt ønske er at mine funn skal kunne belyse situasjonen for andre med flukt- traume og smerteproblematikk.

Spørsmål om smerteproblematikk var inkludert i intervjuene uten at det var et tydelig tema. En begrensning ved oppgaven er at siden jeg ikke selv var til stede under intervjuene, og derfor ikke hadde muligheten til å få utdypet spørsmål og svar om smerte til deltakerne i studien. Det er dessuten mye som skjer i en intervjusituasjon som dreier seg om kroppsspråk og stemning i rommet, som ikke kommer fram gjennom lydopptak. På grunn av lyd kvalitet kan informasjon ha gått tapt. Fordi jeg ikke snakker samme språk som deltakerne var jeg prisgitt tolkenes tolkning av det deltageren fortalte.

6 Funn og analyse

6.1 Smertenenes uttrykk

Aya: Jeg føler meg kvalm hele tida, det plager meg så hardt. Jeg kaster ikke opp, men er kvalm, kvalm, kvalm hele tiden, og plutselig får jeg vondt i hodet. En dag har jeg vondt i høyre side, så en dag i venstre, en dag bare her foran, og jeg vet ikke hva som er grunnen til at det blir sånn.

Kvinnene i datamaterialet snakket om de fysiske smertene de opplevde både spontant og på konkrete spørsmål fra forskerne. Da forskerne spurte kvinnene om hvordan de hadde det, ved begynnelse av hvert intervju, svarte mange av dem at de hadde vondt i kroppen. Så det ble tidlig klart for meg at smertene spilte en stor rolle i livet til de fleste av dem. Smertene påvirket kvinnenes livsverden.

Det første jeg merket meg var hvordan kvinnene snakket om smertene de opplevde, hvilke ord de brukte og hvor i kroppen de hadde smerter. De brukte ord som vondt, brennende, strammende. De beskrev smertene som lammende. Jeg skrev ned en liste over hvor i kroppen de fortalte at de hadde vondt. Da listen over vonde deler av kroppen var ferdig, ble det klart for meg at hele kroppen var representert, med hovedvekt på hode og rygg. De beskrev smerter i hodet, rygg, nakke, skuldre, armer, hender, bein, føtter, mage, nyrer og bryst. De fleste av kvinnene hadde vondt flere steder i kroppen. Smertene førte blant annet til kvalme og svimmelhet. Kvinnene var svært bekymret for hva smertene kunne skyldes.

Fatima: *”Jeg har så vondt jeg vet ikke hvorfor? Legene finner ingenting, hva kan det være? Jeg blir så redd, kanskje jeg skal dø?”*

De dagene smertene var på sitt verste, lå Zahra i sengen det meste av døgnet, det gjorde for vondt å reise seg. Hun ville bare være alene og slappe av. Hun hadde ofte migrene, og da orket hun ikke så mye lyd. Smertene vekket henne om natten også. Zahra kunne ønske hun kunne dra til et annet sted når hun hadde vondt i hodet. Når Zahra fikk smerter ble hun redd. Hun prøvde å unngå aktivitet og situasjoner som potensielt kunne gi henne mer smerte.

Etter et dødsfall i familien til Ines økte smertene i kroppen og migreanfallene kom oftere. Hodepinen var sterk og kom flere ganger i uken. Den kunne også komme om natten. Hun tilbrakte det meste av tiden hjemme der hun sov mye.

Shadia hadde vondt i kroppen nesten bestandig. Hun ønsket å jobbe, men smertene var så sterke at bare det å legge planer for dagen, var vanskelig. Smertene begynte i ryggen, men etterhvert ble det vondt i føttene og nakken også. Shadia trodde at grunnen til at det har blitt slik, var at hun hadde presset seg til å være i jobb for lenge. Hjemme var det vanskelig å både sitte og ligge, og døtrene hjalp henne med husarbeidet.

Fatima sa: *”Jeg har ofte hjertebank, da merker jeg at hele venstre arm og hånd var helt nummen. Når jeg har mer problemer, får jeg skjjelvinger, når jeg er redd for at barna kan være syke og sånne ting”*.

6.1.1 Bekymringer, søvn

Bekymring er både en konsekvens av smertene og en medvirkende faktor til sterkere smerter. Alle kvinnene fortalte om bekymringer som påvirket deres situasjon, de påvirket også smertene. Mange bekymret seg for fremtiden. *”Hvis man er frisk, så ordner alt seg. Hvis man er syk, har ingenting noen verdi egentlig”*, Fatima. Maya sa at hun har vært deprimert i mange år, men at det var verre nå. Hun mente at forverringen kom av bekymringene for helsen. Shadia var også bekymret for helseproblemene sine. Hun tenkte på hvordan de påvirket, ikke bare hennes liv, men også barnas. Helseproblemene påvirket også den økonomiske situasjonen, og førte til bekymringer. Amina var svært engstelig for datteren som var igjen i hjemlandet. Mannen til datteren ble arrestert og datteren slet økonomisk og var syk. *”Livet mitt er halvert fordi jeg mistet henne. Jeg får vondt i kroppen hver gang jeg tenker på henne, og jeg tenker på henne når jeg sover»*, sier Amina.

Flere i familien til Shadia og Maya var fremdeles savnet etter krigen, og kvinnene tenkte mye på dem i hverdagen. Ines var også alltid engstelig for de som var igjen i hjemlandet. Shadia fortalte om en slektning som ikke hadde fått oppholdstillatelse, dette gjorde at hun ikke klarte å slappe av. Hun sov dårlig, og fikk mer smerter etter at hun fikk vite dette. Amina var bekymret for hukommelsesproblemene som startet etter at hun kom til Norge.

For Aysha var også glemsomhet et stort problem i hverdagen, og hun var avhengig av komfyrvakt, så barna og mannen var veldig bekymret for henne.

Nesten alle kvinnene fortalte at de sov dårlig. Amina hadde vondt i skuldrene, nakken og armen, og fikk ikke sove på grunn av det. Hun hadde ofte mareritt, og fortalte at det kunne sitte i kroppen i flere timer etter oppvåkning. Ofte våknet hun flere ganger om natten. Noen av kvinnene sov på dagtid fordi nattesøvnen var så dårlig.

6.1.2 ”Jeg får vondt bare jeg vasker en kopp, hva skal jeg gjøre?”

Kvinnene hadde flere måter å forsøke å mestre smertene på. Mange forsøkte å unngå situasjoner og aktiviteter som fremkalte smerte. Når de opplevde smerte ble de reddet. Det var som om alle signaler kroppen ga, og som opplevdes som smertefulle, ble oppfattet og behandlet som stopp- signaler, de representerte fare. Som vist i fortellingen om Amal, ble de daglige aktivitetene begrenset til et minimum for å unngå smerter.

Kvinnene hadde også andre mestringsstrategier for å klare å leve med smertene sine. Aya gikk ofte til fastlegen for undersøkelse, det kjentes trygt. Hun syntes også det hjalp å be, da kjente hun seg bedre og roligere. Ofte lar hun seg ned og hvilte når smertene kom. Aysha tok smertestillende medisiner også, med varierende effekt. Fatima holdt seg for det meste hjemme, hun unngikk sosiale møter hvor hun ble sliten og fikk vondt i hodet. Zahra syntes det hjalp å være sammen med positive mennesker.

Mange unngikk aktiviteter som kunne føre til angst, fordi angsten ofte førte til smerter. Dette hindret noen av kvinnene i for eksempel å ta buss.

6.2 Smertene er koblet til fortiden

Som beskrevet i forskningskapittelet finner mye forskning at smerter og PTSD har en forbindelse. Opplevelsen av at smertene var koblet til traumatiske hendelser var et gjennomgående tema blant kvinnene.

Ines fortalte:

Jeg er bare syk hele tida, av og til har jeg vondt i brystet, jeg tar medisiner. Men jeg opplever uro, uro, jeg er redd. Jeg sover ikke om natta, uro, negative ting hele tida, krig, krig, sitter her (peker mot kroppen). Også har det blitt verre og verre, jeg har

vondt her (peker). Jeg har veldig vondt i ledd, jeg puster dårlig og har astma, jeg bruker inhalator.

Lyn sa:

Når jeg begynner å tenke mye på krigen, da får jeg vondt i hodet. Jeg kjenner at det er varmt i hodet, jeg kunne ikke forstå hva som skjedde, det føles ut som det brant, det var helt varmt inni meg.

Ines fortalte at hun fikk vondt i kroppen, som om kroppen visste hva som ville skje, før hun fikk en trist beskjed fra hjemlandet. Aysha hadde migrene, vondt i ryggen, hofter og håndledd. Hun beskrev det som om kroppen ventet på en ny katastrofe.

Kvinnene ble ofte redde når de opplevde smerter. Flere av dem koblet smerter direkte opp mot tanker om vold og overgrep. *”Jeg får smerter i håndledd og hjertebank når jeg får nyheter og blir stressa”*, Fatima. *”Jeg strammer når jeg er redd”*, Zahra.

Alle kvinnene fortalte at tanker, følelser og vonde minner hang sammen med smertene og plagene de opplevde i kroppen. Men selv om kvinnene uttrykte en forståelse for at smertene var koblet til traumer og vonde minner, stilte de spørsmål ved om disse opplevelsene kunne være den egentlige årsaken til smertene.

6.2.1 Å være fanget i krigen

Et flertall av deltakerne fortalte at de opplevde å være fanget i krigen, og at de var redde. Dette påvirket smertene deres. Amal tenkte mye på det hun hadde opplevd og beskrev det som en skygge som alltid ligger over henne.

Fatima satte ord på hvordan fortiden grep inn i nåtiden, og hindret henne i å komme videre: *”Det er vanskelig å ha problemer psykisk og fysisk. Den massakren jeg har opplevd har blitt en del av livet mitt. Når jeg går ute, er jeg redd noen vil komme bakfra å angripe meg”*.

Amina var frisk fram til krigen kom. Etter at mannen hennes ble arrestert, begynte hun å få hodepine og kjenne seg veldig sliten, og hun begynte å glemme mye. Selv om Amina nå lenge hadde vært i trygghet fra krig i Norge, var hun alltid redd. Hun ble skremt hver dag, for eksempel hvis noen hostet bak henne, eller det smalt i en dør. Aysha kunne plutselig glemme hvor hun skulle når hun var ute på gaten, da fikk hun angst og hjertebank. Det hadde skjedd flere ganger. De fleste av kvinnene var etter krigsopplevelser redde for menn de ikke kjente,

og de var redde for å gå ut alene, særlig i mørket. Amal var alltid redd for at noen skulle angripe henne på vei til jobben. Aysha var redd for å bli drept. Aya sa: «*Jeg kan ikke stole på (menn), Jeg vet ikke hva som er grunnen til at jeg er sånn..., fordi jeg er redd og tenker at alle disse problemene som jeg har, de kommer fra folk.*»

Zahra syntes det var vanskelig å ta buss. Hun hadde vonde minner om vold på buss i krig. ”*I hjemlandet kom folk med masker og slo sivile (på buss)*”, Zahra. Dette bidro til å gjøre henne isolert.

6.3 Søken etter forklaringer på smerte; hvorfor hendte dette meg?

Kvinnene opplevde at de ikke hadde påvirkning på smertene og sin egen situasjon. Lyn sa:

Hvorfor skjedde det meg, jeg begynte å tenke sånn, hvorfor kan ikke jeg ha gode ting i livet mitt..., men etterpå tenkte jeg at å tenke på den måten hjelper ikke, jeg må bare glemme, men noen ganger vil jeg bare gi opp.

Flere av kvinnene snakket om og var opptatt av hvorfor alt det grusomme de hadde opplevd skjedde med nettopp dem. Amal, Shadia, Aysha og Aya tenkte ofte på hvorfor de grusomme hendelsene i krig og forfølgelse har rammet dem. Det opplevdes svært urettferdig og meningsløst.

Fatima og Aysha ga uttrykk for at de ikke kan gjøre noe med sin egen situasjon, det er opp til noe utenfor dem selv.

Fatima: Jeg har ikke gjort noe galt, jeg føler meg fanget.

Intervjuer: Føler du at du vil ha det som dette resten av livet?

Fatima: Det er ikke i mine hender.

Aysha: Jeg ser på meg selv som et offer. Jeg har ikke gjort noe galt

Intervjuer: Hvorfor har det ikke skjedd noe de siste 2 årene tror du?

Aysha: Jeg kan ikke forandre min situasjon, den er veldig vanskelig

De følte seg maktesløse overfor smertene og egen situasjon.

Lyn beskrev hvor vanskelig det er å legge opplevelsene av krig og grusomheter bak seg, og komme videre. Slike hendelser er det umulig å glemme uansett hvor mye en ønsker det, de er en del av din historie fortalte Amal. Hun opplevde ikke at hun har noen påvirkning på eget liv og hverdag. Alt styres av smerter og minner. Det følte ikke som om det er noe hun kan gjøre selv for å forbedre smertene eller sin egen situasjon. Hun var prisgitt andre, sin egen kropp og sitt eget sinn. Hun kunne ikke bevege seg fritt og følte seg fanget.

6.4 Postmigrasjonsstress

Smertene er koblet til hverdagen i Norge.

6.4.1 Språk, økonomi og stress

Alle kvinnene syntes det var frigjørende og en stor lettelse å komme til Norge. Barrierene og vanskene de møtte som fremmede i et nytt land, bidro likevel til de helseproblemene og smertene de strevde med.

”Jeg husker da jeg kom til Norge, jeg hadde aldri trodd jeg skulle leve og bo på et sted hvor det ikke er krig eller sånn.”, Zahra. ”Da jeg kom hit, jeg fikk noe, jeg er fri, jeg kan gjøre hva jeg vil, nå har jeg livet, jeg føler at jeg er i et land hvor ingen kan røre meg”, Lyn.

For mange startet de fysiske problemene først da de kom hit. Aya fortalte at hun fikk migrene og magesmerter etter ankomsten til Norge. Hun sa hun var redd for alt her, og syntes det var vanskelig å stole på noen. Selv om kvinnene lever i et fredelig land, har de krigen inni seg, og den forfølger dem i hverdagen. Krigen forfølger dem samtidig som det er vanskelig å bli integrert i det norske samfunnet.

Kvinnene hadde bodd i Norge i gjennomsnitt 9,5 år, og de fleste strevde fortsatt med å finne seg til rette. Den norske språkkunnskapen varierte. Enkelte kunne snakke noe norsk, men et flertall kunne ikke snakke språket eller forstå det godt nok enda. Det å ikke beherske det norske språket begrenset hvem kvinnene kunne være i kontakt med og hvordan de kunne gjøre seg forstått ute i samfunnet. Manglende språkkunnskap bidro også til å gjøre det vanskelig å komme ut i arbeidslivet

Kvinnene beskrev gjennomgående en vanskelig økonomisk situasjon. Amal fortalte at det var vanskelig å gå til butikken, ikke bare fordi det var smertefullt å bære handleposer, men fordi

de hadde så dårlig råd. Ines og hennes familie hadde problemer med økonomien fordi hun er ufør og mannen har arbeidsledighetstrygd. Shadia hadde ikke råd til å hente ut medisinerne hun trengte hver måned. Fatima måtte selge eiendeler for å få råd til sko til datteren. Flere av kvinnene hadde opplevd misforståelser i NAV- systemet, noe som hadde ført til usikkerhet i en vanskelig økonomisk situasjon. Det var vanskelig å forstå og å navigere i de ulike systemene. Den dårlige økonomien ga derfor grobunn for bekymringer.

6.4.2 Det er vanskelig å få jobb

I hjemlandet, frem til krigen kom, drev Aysha sin egen kafé, hun følte seg flink og gjorde en god jobb. Nå syntes hun det var vanskelig og flaut når venner spurte hvordan det gikk, siden hun ikke hadde jobb og var avhengig av økonomisk støtte. *”Jeg kunne ønske man fikk tilbud om jobb da man kom til Norge. Å lære språk er vanskelig. Jeg har prøvd flere jobber i Norge, det har ikke gått så bra”*. Å føle seg utenfor, skamfull og med lite aktivitet som kan fordrive tankene, bidro til at smertene ble forsterket for Aysha. Shadia presset seg til å jobbe selv om hun hadde svært vondt i ryggen, fordi hun så gjerne ville være i arbeid. Dette førte til at hun ble dårligere og fikk mer smerter.

Lyn fullførte videregående skole, tok høgskoleutdanning og fikk tilbud om jobb ved endt studietid, fortalte hun ved siste intervju med forskerne. Hun var stolt over dette, men allikevel usikker på om hun var god nok. Lyn var den eneste av deltakerne i studien som hadde hatt helse til å klare dette. Ni av ti deltakere i denne studien sto utenfor arbeidslivet og var avhengig av økonomisk støtte ved det longitudinelle studiets slutt.

6.4.3 Vanskelig å stadig måtte flytte

De fleste kvinnene var fornøyd med boligen sin. Men Amal og Fatima fortalte om bekymringer knyttet til bosituasjonen. Amal ønsket seg en leilighet som var lagt til rette for hennes fysiske plager, men først og fremst ville hun ha en bolig hun kunne bo i så lenge hun ønsket. Slik det var nå, må hun flytte med jevne mellomrom. Fatima bodde i en leilighet hun mente var helseskadelig og ønsket å flytte ut av byen til et rolig strøk hvor hun kunne ha en liten hage å stelle.

6.5 ”Jeg må fremstå som snill for å bli godtatt”

Flere av deltakerne fortalte at de opplevde seg som fremmede i møte med det norske samfunnet. Når Amal hadde vært ute og handlet, kjentes det som om hun har vært i en annen verden.

Ines sa:

Du har stor kjærlighet til ditt hjemland.. men her skal du være mer snill enn du er.. fordi jeg har reist fra et annet land.. kan jeg ikke være meg selv.. det er så mye jeg vil fortelle, men det er så vanskelig fordi jeg ikke kan snakke norsk godt... i hjemland er det vanlig å snakke med folk du ikke kjenner på for eksempel bussen, men her har du ikke lov til det.. man blir usikker, er du litt sint på meg, er du ikke glad? Du får veldig lite, men må gi alt.

Ines fortalte hvordan hun følte at hun må være ekstra snill hele tiden, for at folk skal tenke at hun var et bra menneske her i Norge. Ines hadde veldig lyst til å jobbe, men mistet jobben etter en sykemelding. Ines sier ”*Jeg kjenner det som jeg må være ekstra snill for å bli godtatt her, jeg må jobbe mye for å bevise hvem jeg er og hvordan jeg er*”

6.5.1 Skam for hvordan livet har blitt

Kvinnene opplevde et stort funksjonsfall og klarte derfor ikke å fylle rollene de hadde tidligere på grunn av smerter og plager. Shadia fortalte at døtrene måtte gjøre husarbeidet, da hun ikke klarte det lenger på grunn av smerter. Hos Zahra var det mannen som måtte stå for matlagingen nå, Zahra klarte det ikke fordi hun hadde så vondt i armer og hender. Aya og mannen kranget fordi hun ikke orket å gjøre noe i huset fordi hun var så sliten hele tiden. Rollen som blid, gjestfri kone og mor med god kapasitet hadde hun ikke lenger. Ines fortalte ”*Jeg bor sammen med familien, men jeg finner ikke noe liv, jeg skammer meg fordi jeg er trøtt og sliten og sånn.*” Zahra var også plaget med skyldfølelse overfor familien, hun klarer ikke følge opp sin syke datter slik hun gjorde før.

Zahra og Fatima viste energi ved latter og høyere stemmeleie når de snakket om hvordan livet var tidligere, før krigen. De hadde da en rolle i familien og i samfunnet. De var kjent med språket og de sosiale kodene. Før krigen, i hjemlandet, var Shadia kjent for å lage god mat, ha mye besøk av slekt og venner. Hun var den som hadde oversikt over familien og spilte en nøkkelrolle i det sosiale livet og i husholdningen.

6.5.2 ”Jeg ville vært en god mor”

Kvinnene fortalte at barna måtte hjelpe til mye hjemme, kvinnene hadde nok med seg selv og hadde ikke kapasitet, på grunn av sykdom og smerter, til å følge opp barna slik de mente de burde. Amal beskrev hvordan hun ikke klarte å slutte å fortelle barna hva hun hadde opplevd av fysisk og psykisk vold gjennom livet. Shadia beskrev hvordan hennes sønn måtte gå på sosialkontoret for henne, og at hennes tenåringsdatter måtte bli med henne til psykologen, siden hun ikke turde å gå selv.

Aya visste at hennes tilstand påvirker barna negativt.

Intervjueren spør: Barna merker godt forskjell når du hadde det bra og nå når det ikke er så bra?

Aya svarer: Ja. De sier, mamma jeg tror du blir syk igjen, du ser ut som du trenger sykehus igjen. Jeg sa nei, jeg trenger ikke sykehus. De sa, når vi ser på deg, orker du ikke å snakke med oss eller du orker ikke le eller smile eller sånn, du blir fort sur.

Intervjuer spør Hva ville du gjort hvis du var frisk?

Aya svarer: Jeg ville vært en god mor.

Lyn har blitt bedre og fortalte at barna hennes merker forskjell: ”Jeg merker at hun (datteren) ikke er redd lenger, hun er ikke bekymret for meg lenger, hun kan gå ut å leke med barn, hun ser normal ut, men før gikk hun ikke ut.”

6.5.3 Jeg er ikke verdt noe

De fleste av kvinnene kjente ikke seg selv igjen. Flere stilte seg spørsmål ved hvor livet deres var blitt av. Mange beskrev en maktesløshet overfor sin egen situasjon, og visste ikke hvordan de kunne bli bedre. Ines sier:

Men av og til så har jeg lyst til å gjøre frivillig arbeid, hjelpe noen. Å gjøre noe, å være noe. Å hjelpe andre. Å være noen, ikke bare sånn at ”dårlig, dårlig, dårlig”, jeg hater av og til hater jeg meg selv, fordi jeg er så dårlig. Fordi at alt sier ”dårlig, dårlig, dårlig”, det blir aldri bra. Hvor er mitt liv? Så lover jeg på natta at på morgenen skal jeg gjøre det og det og det, ..., jeg skal gå ut sammen med venninner, men på morgenen så er jeg syk, er jeg deprimert.. orker ikke å gjøre noe. Jeg tenker...”

Amina, Aysha og Aya hadde ofte tanker om å ikke være verdt noe. Dette var knyttet til tap av familiemedlemmer, tap av miljøet de forlot, tap av jobb/rolle, men også til at de ikke fikk til

noe her i Norge. Det å ha jobbet hardt, og mistet alt, har satt sine spor i Aysha. Aya fortalte at hun følte at hun ikke var flink eller god til noe, slik følte hun det hele tiden.

6.5.4 Å være en del av et fellesskap

Noen av kvinnene fortalte om at de har hatt glede av å delta i ulike former for fellesskap her i Norge. Aya var blitt bedre og fortalte om livet nå: *”Jeg var hjemme, bare sliten og trøtt hele tida.... Så jeg tenkte at hvis jeg går på norskkurs det er bra. Jeg glemte norsk helt fordi jeg er hjemme og ikke har kontakt med noen, så det er bra å gå på norskkurs.”*

Både Aya og Amina hadde begynt i grupper for kvinner i regi av frivillige organisasjoner. De hadde begge fått venninner der. I gruppa snakket de om saker de var opptatt av. Kvinnene i gruppa hadde flere ting til felles. Mange av dem hadde fluktbakgrunn, og de var kvinner i et nytt land. Lyn hadde fått mange venner og et fellesskap i et trossamfunn, det betydde mye for henne.

Når kvinnene fortalte om fellesskap de hadde tidligere, var det tydelig at det var et savn for dem. Aysha fortalte at hun følte seg lettere når hun dro til hjemlandet. Hun hadde to brødre som bodde der, det var godt å være i kjente omgivelser. Amal likte å høre på musikk fra hjemlandet. Det gjorde henne roligere og tok henne med til et sted som var kjent. Nær alle kvinnene hadde vært på besøk i hjemlandet eller nærområder. Enkelte ganger hadde de reist også når det var utrygt der. Hjemlengselen var stor for mange.

6.6 Relasjoner

6.6.1 Det relasjonelle aspektet ved smerte

Kvinnene i studien hadde, som beskrevet over, mange tapsopplevelser bak seg, de hadde mistet sitt samfunn, mange kjære, og storfamilien var spredt utover i flere land. Noen var igjen i hjemlandet, og det var mange å bekymre seg for. Kvinnene pleide å ha et stort sosialt nettverk, med venner og familie, nå var nettverkene deres blitt små. De fleste hadde få relasjoner fordi de var så sterkt preget av smerter og andre helseproblemer.

Intervjueren: Treffer du vennene dine noen gang?

Aya: Nei, de ringer til meg, de sier det er fint hvis jeg kommer (på besøk), men jeg orker ikke. Hvis de skal komme til meg, jeg kan ikke lage mat, det er vanskelig for meg (på grunn av smerter). Kanskje de tenker at jeg ikke vil treffe dem, kanskje de tenker at jeg hater dem. Men jeg hater dem ikke, jeg føler meg bare veldig sliten og trøtt, og når vi snakker sammen så får jeg mer vondt i hodet.

Samlivet i ekteskapet ble påvirket av kvinnenens smerter. Ines fortalte at samlivet med mannen var krevende, hun er ikke som hun var før. Mannen var også dårlig, og det var vanskelig hjemme. Når hun hadde ekstra vondt, overnattet hun hos en venninne noen dager. Av og til hadde hun det litt bedre der.

6.6.2 Ensomhet og tanker om å dø

Flere av kvinnene fortalte om sterk ensomhetsfølelse, og at denne påvirket smertene. Fatima fortalte at med én gang datteren hennes dro til skolen, kom tankene og smertene. Hun følte seg så alene. Datteren var den hun levde for. Flere fortalte at de har hatt tanker om å ville ta sitt eget liv. Shadia fortalte at hun besøkte barna sine når hun var ensom. Hun forteller:

Den beste medisinen er barnebarna. Jeg kjenner ikke på smertene da jeg er sammen med dem. Jeg kunne ønske jeg hadde det som før, at jeg hadde det bra. Jeg prøver alt jeg kan, derfor tar jeg medisiner og prøver å ta hver dag som den kommer.

Shadia visste ikke hva hun skulle gjort uten barna og deres familier. De hjalp henne med alt hun trengte. De bodde i nærheten og hun kunne besøke dem når hun ville.

Amal og Aya beskrev hvordan de alltid føler seg alene, uansett hvem de var sammen med. Aya: *”Jeg føler meg alene uansett om barna mine er med meg, mannen min er med meg eller jeg har noen venner rundt meg. Jeg har ikke familien min her. Jeg tror jeg kan dø.”*

6.7 Kvinnenes møte med helsevesenet

I fortellingen om Amal kom det frem at hun tror terapeuten ikke kan forstå henne slik at hun kan bli helbredet. Denne oppfatningen springer ut av en rekke faktorer, slike som kulturell tenkemåte, mangel på forklaringer som Amal kunne forstå, og mangel på utforsking av Amals egne tanker om hva smertene kunne komme av.

6.7.1 Å ikke bli forstått

Kvinnene hadde ulike erfaringer i sin kontakt med helsepersonell. Noen hadde gode erfaringer, men flere av kvinnene opplevde manglende forståelse i sitt møte med helsevesenet. De hadde i varierende grad tillit til helsepersonellens forståelse av smertene de lider av og den behandlingen de tilbys. Kvinnene var usikre på om helsearbeideren hadde funnet eller forstått årsakene til smertene de opplevde. De gikk dermed til stadig nye legetimer og ønsket nye utredninger.

Kvinnene beskrev hvordan de opplevde å bli møtt av fastlegen, og de fortalte om opplevelser på sykehus. Noen følte seg ikke forstått, da de ble møtt med paracet og andre tabletter for sine smerter uten at det hjalp dem. Shadia og Amal fortalte at de ble verre og fikk mer problemer etter at de opplevde at fastlegen ikke forsto dem.

Zahra fortalte:

Når det var behov for at hun (terapeuten) skulle hjelpe meg, har hun ikke gjort det (...) jeg har kommet hit fordi jeg har behov for hjelp, jeg har ikke kommet hit for bare å sitte. Hun har ikke forstått meg i det hele tatt, jeg ble behandlet som om jeg var et barn...Jeg har sagt til fastlegen at jeg har behov for å besøke en psykolog, men da må jeg bli forstått (...) man må ha tro på den man samtaler med.

Andre som Ines, fortalte at legene gjennom undersøkelsene på sykehuset ikke fant noen biologisk årsak til smertene hennes. Ines opplevde det som om legene ikke trodde på henne, noe som bidro til at hun mister tilliten til helsevesenet.

De opplevde også dårlig samarbeid mellom hjelperne, noe som førte til frustrasjon, og som kunne føre til en følelse av å ikke bli respektert og prioritert. Zahra sa at *"(...) terapeuten var ikke interessert i meg, hun ringte ikke sosialkontoret. (...) De trenger å samarbeide, det gjør de aldri"*.

Flere av kvinnene syntes det var vanskelig å vite hvor de skulle henvende seg med ulike problemer og oppgaver de trengte hjelp med. Noen av kvinnene spurte forskerne hvor de skulle henvende seg med ulike spørsmål.

6.7.2 Kulturelle oppfatninger om sykdom

Kvinnene er usikre på, eller kan ha en annen oppfatning enn terapeutene av hva som er årsakene til smertene deres, og hva som er god behandling. Det går ikke eksplisitt fram av det kvinnene sier hva slags sykdomsforståelse de har, men det går indirekte fram av det de sier.

Maya sier: ”lege sier muskelsmerter, men jeg vet ikke”.

Flere av kvinnene fikk råd fra sine terapeuter og leger om å bevege seg. De fortalte at de ble anbefalt å gå tur eller være i bevegelse av sine terapeuter og fastleger. Men da de opplevde å bli slitne, støle eller fikk plager av det, lot de det være. De så på disse ”bivirkningene” av treningen som et signal fra kroppen om å stoppe.

Aya sluttet å trene da hun opplevde stølhet. Dette oppfattet hun som å bli dårligere og å få mer smerter. Hun trodde ikke det hun kjente var forbigående som en naturlig del av det å begynne å trene.

Aya: Jeg orker ikke gå på trening, jeg har vært kanskje 2-3 ganger, også sluttet jeg med det.

Intervjuer: Har du sluttet med alt?

Aya: Ja, jeg er bare hjemme. Når det er litt deilig vær, jeg går ut en halv time, så blir jeg veldig sliten.

Amal og Fatima prøvde fysioterapi, men ble støle og slitne og opplevde derfor ikke treningen som hjelpsom. Shadia fulgte opp det som ble anbefalt av fysisk behandling og trening, men opplevde kortvarig eller ingen effekt.

Zahra var sterkt plaget med migrene, og et familiemedlem spurte under intervjuet om en operasjon i hodet kunne hjelpe for dette. Fatima ønsket å komme til en spesialist som kunne kurere smertene hennes. Det gikk også fram at noen av kvinnene var usikre på medisiner. Både Fatima og Aya sluttet med medisiner uten å konferere med legen. De følte seg friske og tenkte at de ikke trengte medisiner lenger. Aya var ensom og var redd for at medisinen hun hadde brukt hadde ødelagt henne. Hun sa:

Jeg føler at den medisinen jeg har tatt har ødelagt meg helt, så jeg tenker at jeg blir veldig svak og at hjertet mitt ikke tåler det, eller at den migrenen som plager meg kommer hele dagen, og det er kanskje en slags sykdom man ikke kan få hjelp for”.

6.7.3 Språk og kommunikasjon

Flere av kvinnene kunne noe norsk, men i samtaler med helsepersonell og med forskerne ville de ha tolk. Det var bedre å få fortelle på sitt eget morsmål. Kvinnene hadde ulike erfaringer

med bruk av tolk. Shadia hadde en fast tolk når hun hadde samtaler med sine behandlere, det er trygt. Maya hadde opplevd at tolken tolket alvorlig feil, og ville ikke ha denne tolken lenger. Aysha måtte ha med seg barna i konsultasjoner for å kjenne seg tryggere, de fulgte henne fordi hun var redd for å gå seg bort. Flere av deltakerne i denne oppgaven hadde med seg sin mann, for eksempel under legebepesøk og til samtaler med terapeut. De var med som støtte, men også for språklig hjelp.

6.7.4 Opplevelse av tillit

Aya hadde en psykisk helsearbeider som kommer til henne én gang i uka. Aya fortalte:

Jeg hadde mye vondt i hodet, hun ringte meg og spurte meg om vi kunne treffes, jeg sa nei, jeg er syk, jeg kan ikke. Tre onsdager ringte hun meg, jeg sa jeg er syk, jeg kan ikke. Så sist onsdag da hun ringte meg og sa hvis det er greit så kan jeg komme til deg. Hun kom hjem til meg for en time og neste uke skal vi kanskje gå en liten tur.

At terapeuten var fleksibel og kunne møte Aya der hun var, var viktig for henne.

Maya hadde også en trygg relasjon til terapeuten på poliklinikken. Hun fikk tillit til terapeuten fordi hun sørget for at hun ble innlagt på sykehus da hun hadde behov for det, og hun ble bedre av behandlingen ved sykehuset. Maya visste at terapeuten trodde på henne og forstod at hun var syk. De møttes nå bare én gang i måneden, men Maya kunne ringe henne om hun trengte det. Det kjentes godt å ha den muligheten.

Lyn ville først ikke prate om det grusomme hun hadde opplevd under krig og flukt.

Intervjueren spurte om hva det var ved terapeuten som gjorde at hun likevel klarte å snakke om det.

Lyn: Fordi hun gjorde det forsiktig, du kan snakke kanskje... det er bedre å snakke om det.. derfor drømmer du om det, hvis du begynner å prate om det, det skal bli litt bedre, hvis det ikke er noe sted, er det inni deg,... men du skal føle som du er klar for det, du må prøve å snakke litt, kanskje to ord, neste gang to ord, til slutt skal du føle at du kan åpne alt og snakke.

Lyn: Hun tvinger meg ikke til å snakke om det, hun viser meg grunner for hvorfor jeg må snakke om det, litt og litt, til slutt begynner jeg å fortelle hele historien uten hun spurte meg en gang.

Lyn: (...) etter jeg traff terapeut, og pratet med henne hver dag, jeg føler det går mer og mer over, så jeg føler meg mye bedre nå, fordi nå jeg føler at jeg har håp, men i tiden før hadde jeg ikke håp, jeg hadde ikke lyst til å leve.

Lyn følte seg ikke presset, terapeuten var forsiktig og tålmodig. Det var veldig viktig for Lyn at hun fikk bestemme selv når hun ville prate om det hun hadde opplevd. Terapeuten var tilgjengelig for henne da hun trengte det, det skapte en trygghet i Lys relasjon til henne. Hun hjalp Lyn til å se ting fra flere sider og hun oppmuntret henne til å gå på skolen. Samtidig ble kraften i kjærligheten til barna, troen på seg selv og motivasjonen for å komme ut av håpløsheten forsterket. Etersom Lyn fikk det bedre psykisk, og sosialt, ble smertene hun opplevde gradvis bedre.

Zahra og Fatima, opplevde at de fikk god hjelp av enkelte terapeuter. De fortalte at disse terapeutene møtte dem med forståelse, noe som hjalp dem å håndtere smerter og plager i hverdagen. Zahra fortalte at hun hadde samtale med en fra psykisk helsetjeneste i kommunen én gang i uken. De gikk tur eller pratet om det Zahra er opptatt av her og nå.

6.7.5 Opplevelse av bedring

Slik kvinnene opplevde det, var en god relasjon til terapeuten, det å bli tatt på alvor og kjenne seg forstått et godt utgangspunkt for bedring. Slik kvinnene opplevde De fortalte også om andre tiltak de hadde opplevd at fungerte for dem. Zahra ble bedre etter et rehabiliteringsopphold. Hun var blant annet plaget med fibromyalgi og artrose. Det ble gitt tverrfaglig behandling der hun var, med gymnastikk, samtale, trening i basseng, avslapping og lytting til musikk. Hun fikk en god relasjon til en fysioterapeut der. Samtidig i denne perioden skjedde det gode ting for familien hennes. Hun følte seg bedre etter oppholdet, og fortsatte med behandling med massasje og fysioterapi flere ganger i uken. Hun sa at: *”Jeg har blitt mykere i kroppen, og har møtt mange snille mennesker som vil hjelpe meg”*. Zahra hadde fremdeles vondt i ledd på fingrene og i beina, men det hjalp å trene. Selv om hun hadde vondt i beina, prøvde hun å gå. Hun ble nervøs når hun fikk vondt, men til tross for dette trente hun. Zahra lærte seg å leve med smertene etter rehabilitering og behandling hos en terapeut. Hun forstod at det krevde jevnlig behandling, trening både fysisk og mentalt for å holde seg så smertefri som mulig.

Lyn var blitt bedre og fortalte om hvordan hun opplevde smertene tidligere. *”Før hadde jeg vondt i hodet nesten hver dag, men nå er det bedre, kanskje noen ganger i måneden eller sånn”*. Lys smerter avtok, ettersom hun fikk psykologisk behandling, begynte å jobbe, gå på skole og ta del i et felleskap. Hun fikk venner og ble tatt godt imot i et trossamfunn. Hun fikk andre ting å tenke på, og levde et mer normalt liv. Da hun kom seg ut, ble hun bedre, dette i motsetning til kvinnene som ble mer og mer isolert hjemme, som Shadia og Amal, som opplevde at smertene tiltok med tiden.

7 Diskusjon

7.1 En helhetlig forståelse av smerter

Gjennom arbeidet med analysen, og jo mer jeg ble kjent med kvinnene i materialet ble det tydelig for meg at smertene dominerte kvinnenens livsverden og innskrenket alle aspekter ved den. Det gikk fram at den enkeltes forståelse av sine smerter hadde betydning for hvordan de klarte å håndtere situasjonen sin. Det ble også tydelig at smerteopplevelsene var knyttet til traumene de hadde med seg, samtidig som disse ble påvirket og kunne bli forsterket av problemene kvinnene møtte i postmigrasjonstilværelsen. Dette er i tråd med både teorier om mekanismene bak kroniske smerter, og den biopsykososiale modellen nevnt i teorikapittelet. Begge teoriene innebærer en helhetlig måte å forstå smerter på. De legger vekt på perspektiver som knytter sammen ulike faktorer, som kan påvirke smerter.

7.2 Lidelsene har festes seg i kroppen

Selv om kvinnene i studien har bodd i Norge i gjennomsnitt ca.10 år, viser fortellingene at mange av dem, fortsatt ikke opplever at de er trygge og frie her. Kvinnene ble intervjuet over flere år, og de fleste hadde mer smerter ved siste intervju enn ved første. Dette stemmer godt med Lanzara et al. (2019) som fant at jo lenger innvanderne hadde bodd i landet, jo mer somatiseringssymptomer hadde de. Smertene og lidelsen kvinnene i oppgaven bærer med seg fører til at de isolerer seg i stadig større grad. De er ikke koblet på det norske samfunnet. Noen er også svært begrenset i eget hjem og ligger til sengs eller i sofaen store deler av dagen på grunn av smerter og utmattete. Områdene å bevege seg på, og dermed inntrykkene de får, blir svært begrenset. De får mye tid til å tenke og til å kjenne etter i kroppen. Det fenomenologiske perspektivet på smerte legger vekt på hvordan smerten krever all

oppmerksomhet og virker inn på alle aspekter ved personens daglige aktiviteter. Dette går også fram av forskning på kroniske smerter (Hanssen, 2015). Flere av kvinnene sa at smertene først begynte etter at de kom til Norge, og det har tatt i gjennomsnitt 10 år før de har kommet i behandling (Opaaas et al., 2020). Ulike faktorer som traumatiske hendelser i krig og på flukt, sorg, tap, følelse av avvising, manglende forståelse og mangel på nettverk og støtteapparat utgjør vanskeligheter som fester seg i kroppen, som smerter. Dette gjør at kroppen blir begrenset. Varvin (2018a) hevder at hvis flyktningen ikke får hjelp til å bearbeide sine følelser, kan tilbaketrekning og isolasjon bli "løsningen" på problemene de opplever. Da blir flyktningen alene med sine følelser og smertene tar plass i kroppen (Varvin 2018a).

Smerte er ikke bare er kropp, men et uttrykk gjennom kropp. På denne måten blir kroppen symbol for den smerten som har blitt påført kvinnene gjennom krig og traumatiske hendelser. Kleinman (1992, i Ingstad 2006 s. 104-105) hevder som beskrevet i teoridelen av oppgaven, at kroniske smerter kan analyseres som to typer motstand. Motstand som eksistensiell prosess handler om at individet reagerer med smerte på livets vanskelige kår, som postmigrasjonsproblemer. Den andre typen motstand Kleinman refererer til er en motstand mot overmakt, dette rammer dem som har opplevd for eksempel traumatiske politiske hendelser.

Smerte kan sees som en del av kroppens beskyttelsessystem. Kvinnene i studien er redde for å utfordre smertene fordi de tolker smertene som stoppsignaler. Angst og smerter påvirker hverandre gjensidig. Fatima blir redd når hun får smerter, da strammer hun musklene, og smertene kan bli sterkere. Kvinnene tror smertene blir verre hvis de er i fysisk aktivitet, og slutter derfor å gjøre alle aktiviteter som kan gi dem smerter. Samtidig føler de seg utilstrekkelige fordi smertene begrenser hva de kan gjøre og hvor de kan være. Smertene gjør dem til fanger i egen kropp. Smertene vil kunne variere etter hvilken situasjon og sammenheng kvinnene er i. For eksempel forteller Shadia at når hun er på besøk hos sin datter, er barnebarna den beste medisinen. Hun forteller stolt at de sloss om å sitte på fanget hennes. I denne konteksten hvor Shadia er trygg og omgitt av trygge mennesker som trenger henne og vil henne godt kjenner hun ikke smertene. Når hun derimot er alene hjemme har hun mye vondt.

Smerten oppleves ukontrollerbar, og gjør det vanskelig å planlegge hverdagen og fremtiden. Kvinnene spør seg selv, hvorfor opplever jeg disse smertene? Amal har gått igjennom en grundig utredning på sykehuset, de finner ingenting galt i kroppen hennes. Dette gjør henne fortvilet og hun mister troen på at helsevesenet kan hjelpe henne. Det eneste hun har fått svar på er at det ikke er noe galt i kroppen hennes. Det synes hun er skremmende, da hun allikevel opplever sterke smerter. Amal har ikke, slik jeg forstår det, fått hjelp til å sette smertene i sammenheng med sitt eget liv, på en måte som gir mening for henne.

7.3 Smerte som mening- Hvorfor hendte dette meg?

Å forstå hvorfor en opplever smerte kan gi mening til smerten, og hjelpe til i helbredelsesprosessen (Ingstad, 2006). Kvinnene uttrykker med kroppen den smerte og lidelse de har opplevd i livet sitt. Flere av kvinnene snakket om selve livet som smertefullt, både psykisk, fysisk og sosialt. ”*Livet mitt er vondt*”, Fatima. Flere forskere, bl. a. Bäärnhielm (2011) finner at smerter ikke bare er forbundet med fysisk plage men med generell lidelse i livet, selve livet gjør vondt.

Bäärnhielm og Ekblad (2000) fant i en undersøkelse av tyrkiske kvinnelige pasienter at psykiske årsaker sjelden ble akseptert som en inngang til å bedre smerter, selv om det for noen ga mening å få et nytt perspektiv på smertene de opplevde. For mange, også nordmenn, er det mer stigma knyttet til psykisk lidelse enn til fysisk. Kvinnene i oppgaven kan ha en forståelse av psykisk lidelse som å ”være gal”. Lies et al. (2019) finner at noen kulturer og etniske grupper tenderer til å uttrykke følelsesmessige plager gjennom fysiske heller en psykiske symptomer fordi det er mer aksepterte lidelser.

Søken etter meningsinnholdet, hvorfor skjedde dette meg, er noe av drivkraften når mennesker rammes av sykdom, tar i bruk ulike erfaringer, kunnskaper og muligheter i forsøket på å mestre sin situasjon. Ingstad (2006) sier at mestringsprosessen dermed, i likhet med selve sykdommen, blir kulturelt formet. Ingstad (2006) hevder at hvis alle former for behandling av sykdom eller smerte ikke fører frem, er det som står igjen ”guds vilje”, det ble bare sånn. Rometsch et al. (2020) fant i en studie av yesidikvinner at religion, forstått som straff fra gud, eller andre mytiske forhold ble sett på som en mulig årsak til sykdom. Amal og flere av de andre kvinnene søker kanskje noe mer, noe som kan

forklare og sette smertene de opplever i sammenheng. Dette har ikke blitt undersøkt gjennom intervjuene, og ville muligens gitt inntak til hvordan kvinnene tenkte rundt betydningen av spiritualitet og religion som svar på smerten og hvorfor dette skjedde med dem.

Hvorfor er det viktig å forstå hva kvinnene selv mener er årsak til og forklaring på smertene? Når et menneske får symptomer, bruker menneskene rundt og personen selv forklaringsmåter som er tilgjengelig for dem ut fra deres kulturelle og personlige kontekst. Hvordan en forholder seg til sykdommen, kan dermed bli svært forskjellig ut fra hvilken oppfatning man har om sykdomsårsaken. Amal kommer til sykehuset og søker å finne somatiske årsaker til smertene i kroppen, og hun håper å kunne bli helbredet gjennom somatisk behandling. Det går ikke fram av intervjuene om Amal eller de andre kvinnene har fått hjelp til å forstå hvilke systemer i kroppen som kan være involvert ved smerte, og hvordan ulike faktorer derfor kan trigge dem. Forståelsen for at traumer kan lagres i kroppen som smerter er kanskje utilgjengelig for henne? Perron og Hudelson (2006) viser til en studie der det går fram at leger oppfatter at pasientene ikke er i stand til å se sammenhengen mellom psyke og kroppslige symptomer, og stilte spørsmål ved om kulturell bakgrunn kan hindre dem i å gjøre det. I et fenomenologisk perspektiv reflekterer den smertefulle kroppen *både* de grusomme opplevelsene fra krig og den vanskelige rollen i eksiltilværelsen. Wifstad (2018) påpeker at det ikke er en vegg mellom den personlige krenkelsen og kroppen. Personen er kroppen, og den "sjelelige" smerten kan derfor eksistere som en kroppslig smerte.

For å ta tak på individets forståelse av smerte og sykdom, er en god behandlingsmetode at pasienten forteller hele sin historie, og ikke bare forteller om noen spesielt traumatiske hendelser (Lies et al., 2019). Dette er slik jeg forstår det, det forskerne legger opp til at det skal være rom for i intervjuene. Kvinnene får fortelle om sine liv og sine fysiske og psykiske smerter og lidelser. På den måten får hendelsene en kontekst.

Flere av kvinnene ga uttrykk for at de trodde smertene delvis var knyttet til de traumatiske opplevelsene de hadde med seg fra hjemlandet og flukten. De var likevel ikke helt sikre på det. Flere av dem lurte på om smertene kunne skyldes en alvorlig sykdom legene hadde oversett. De synes det var skremmende å ha sterke smerter uten helt å forstå hvorfor. Å finne et navn på smertene kan være med på å gi dem legitimitet, selv om de kanskje ikke fører til behandlingsmuligheter (Ingstad 2006). Amal hadde ikke funnet noen forklaring på smertene

hun opplevde og følte seg maktesløs overfor sin egen situasjon. Flere av kvinnene i oppgaven har denne opplevelsen. De sier at de ikke har noen mulighet til å påvirke den smertefulle tilstanden de er i. De opplever at smertene skyldes noe utenfor dem selv. Tendensen til å fokusere på smerte kombinert med en negativ vurdering av egen evne til å hankses med smertene øker smerteopplevelsen. Det gjør også angst forbundet med smerte og opplevd hjelpeløshet (Keefe et al., 2004). Det er en ekstra belastning å ikke kjenne smertenes opphav, det kan føre til grubling og bekymring. Den stadige letingen etter svar på hva de lider av, er en belastning og grobunn for redsel og tap av kontroll. Kvinnenes forståelse av sine smerter sammenfaller i stor grad med det Perron og Hudelson (2006) fant i sin undersøkelse av asylsøkere fra tidligere Jugoslavia. Der gikk det fram at informantene trodde de fysiske plagene og traumatiske opplevelser hadde en sammenheng, men de utelukket likevel ikke at det også kunne være en fysisk årsak til lidelsene.

7.4 Hvordan håndterer kvinnene smertene i hverdagen?

Hvordan kvinnene håndterte smertene handlet om hvordan de forstod dem, og deres søken etter forklaring på dem. Forskning tyder på at personenes forståelse og tanker omkring sine smerter har større innflytelse på tapt funksjonsevne og fortvilelse, enn smertens intensitet i seg selv (Asghari et al., 2008). Personer som tror de kan ivareta og følge opp sine aktiviteter på tross av smertene, er mindre deprimerte og har mindre funksjonstap selv når smertenivået forblir konstant (Asghari et al., 2008). Også Saadati og Hanssen (2015) finner at funksjonstap og depresjon hos personer med kroniske smerter i stor grad påvirkes av personens egen vurdering av smertene. Amal opplever at hun ikke kan være i aktivitet, hun isolerer seg, og kroppen blir begrenset i større og større grad. Mens Zahra utfordrer smertene, og får et mer innholdsrikt liv på tross av smerter. Lyn blir mer eller mindre kvitt smertene sine etter behandling i psykisk helsevern. Dette er i tråd med den biopsykososiale modellen som viser at det er flere innganger til bedre helse. Biopsykososiale tilnærminger til kroniske smerter har understreket viktigheten av at pasienten selv tror hun kan klare å være i aktivitet til tross for smertene (Asghari et al., 2008). To av de tre kvinnene nevnt over fikk god helsehjelp, sosial støtte, de fikk håp for fremtiden, og tro på at de kunne få et bedre liv, i tråd med den biopsykososiale modellen. Smertene og bedringsprosessene må forstås helhetlig.

Mange av kvinnene forsøkte å håndtere smertene ved å unngå situasjoner og aktiviteter som kunne frembringe smerter. Dette gjorde at de også unngikk aktiviteter som kunne vært bra for dem. For eksempel å møte venner eller familie, gå på tur, trene eller å delta i aktivitetsgrupper. Kvinnene unngikk også steder og inntrykk (triggere) som kunne minne dem på traumatiske opplevelser. Kroniske smerter kan bidra inn i en ond sirkel der smertene påvirker ens psykiske tilstand og omvendt. Angst kan ofte føre til smerter. Mange av kvinnene unngikk derfor å gjøre aktiviteter hvor angsten kunne oppstå, som å ta buss. Dette kan også være en strategi for å unngå smerter. Teodorescu et al. (2015) mener at pasienter som lider av både kroniske smerter og PTSD må gjøres oppmerksomme på hvordan disse tilstandene påvirker hverandre gjensidig. På den måten vil en kunne gjenkjenne indre og ytre tegn på kronisk smerte og PTSD. Dette mener forskerne vil hjelpe pasienten til å tilegne seg mer fruktbare måter å håndtere smertene på, både når det gjelder måten de tenker på, og adferd knyttet til symptomer. Slik kan de lettere bryte sirkelen av gjensidig påvirkning. En måte å håndtere smertene på var å oppsøke lege ofte, fordi det gav trygghet og fordi de hadde et håp om at de kunne bli helbredet.

Søvnforstyrrelsene kvinnene hadde bidro til å gjøre det vanskeligere å fungere og å mestre hverdagen. Problemer med søvn kan forverre andre lidelser og svekke fungeringsnivået. Søvnforstyrrelser er knyttet til smerter og fysiske plager. Søvnforstyrrelser er blant de vanligste symptomene flyktninger kan slite med (Bäärnhielm et al., 2017). Livskvaliteten generelt blir svekket. Dårlig søvn gjør det vanskeligere å konsentrere seg om for eksempel å lære språk. Hvis en sover dårlig takler en stress dårligere, økt stress øker søvnproblemene og gir mer smerter.

Flere av kvinnene kjente at de ikke klarte å følge opp morsrollen. De klarte ikke å følge opp barna slik de gjorde før og slik de ønsket. Kvinnene fortalte at barna reagerte på oppførselen deres, og at de måtte tilpasse seg mors form. Mange av barna måtte hjelpe moren med husarbeid, følge henne til lege og til terapeut. Johansen og Varvin (2019) gjorde en kvalitativ studie med barna til foreldrene i TR-REFUGEEES studien. De fant at foreldrenes lidelse har påvirket barnas daglige liv og utvikling på ulike måter. Som unge voksne sliter flere av dem med ulike sykdommer og plager som de relaterer til en stressende barndom.

7.4.1 Gjenopplevelse av hendelser

Flere av kvinnene fortalte at de fikk smerter når de tenkte på de grusomme hendelsene de hadde opplevd, men at det også kunne være omvendt. De kunne gjenoppleve traumene når smertene kom. Dette støttes av Dahl et al. (2006) og Teodorescu et al. (2015) som finner at smerte kan være en stimulus som utløser invaderende gjenopplevelser hos pasienter som lider av PTSD og kroniske smerter. På samme måte kan slike gjenopplevelser utløse smerter hos pasienter som lider av begge tilstander (Dahl et al., 2006; Teodorescu et al., 2015).

Fenomenologien understreker hvordan angst og smerter er nært forbundet, kvinnene er redd for hva smertene kan bety og smertene er nært forbundet med gjenopplevelser. Kvinnene *er* kroppen sin, den representerer de vonde opplevelsene de henger fast i. Fordi Melzacks (1999) nettverk, ”kropp-selvet”, er formet av blant annet sensoriske erfaringer og minner, samt blir påvirket av impulser som redsel og fokus, kan en gjennom smerteteorien forstå hvordan smerter og gjenopplevelser kan henge sammen og forsterke og/eller trigge hverandre.

7.5 Marginalisering og utenforskap

7.5.1 Barrierer i samfunnet- Erfaringer med postmigrasjonstilværelsen

Borchgrevink et al. (2019) finner at problemene personer med fluktbakgrunn opplever her og nå, kan være like viktige for å forklare helseproblemer de kan ha, som erfaringene knyttet til krig og flukt. Dette kommer også fram i deltakernes fortellinger. Bare en av ti deltakere var i jobb eller skole ved siste intervju. Bare tre av ti kunne snakke norsk, selv om de hadde vært i Norge i flere år.

Når flere av kvinnene kommer til Norge er de i en fase av livet hvor de har ansvar for små barn. Dette kan påvirke hvordan de kan følge opp introduksjonsprogrammet og eventuell psykisk eller fysisk behandling i denne perioden. Pashaei (2018) viser at kvinner oftere får en oppstyking av introduksjonsprogrammet fordi de tar permisjon på grunn av omsorg for barn. Dette kan påvirke kontinuiteten i språkopplæringen. Smerter, psykiske vansker og lite søvn, kan dessuten gjøre det vanskelig å konsentrere seg om denne. Hvis en også er lite ute i det norske samfunnet, får en lite språkstimulans. Manglende språkkompetanse kan igjen føre til redusert livskvalitet og føre til psykisk uhelse fordi en mister muligheten til å delta på ulike samfunnsarenaer, opplever utenforskap og svekket selvtillit (Holt, 2019). Fatima sier at hun kunne ønske hun kunne snakke bedre norsk, det er vanskelig å få sagt det hun har lyst til å si.

Kvinnene i denne oppgaven har bodd i Norge i mange år, kanskje har disse faktorene påvirket dem og vært en av mange barrierer som gjør livet vanskeligere. Dette påvirker smertene.

Noen av kvinnene hadde hatt jobb i hjemlandet, og de fleste hadde en mer gunstig økonomisk situasjon der. I Norge lever ni av de ti kvinnene på ytelser fra NAV. De har store økonomiske vanskeligheter. Dette er en stor overgang for dem. Flyktninger som opplever et stort fall i sosioøkonomisk status i det nye landet, kan oppleve dette som stress som igjen kan føre til dårlig helse (Li et al., 2016). Selv om det er trygt i Norge, er det vanskelig å leve på fattigdomsgrensen. Noen av kvinnene beskrev hvordan de hadde presset seg til å gå på jobb og til å følge opp behandling og tiltak. Dette er i tråd med forskning som viser at flyktninger og migranter ofte anstrenger seg ekstra mye for å strekke til i sitt arbeid (Saadati og Hansen, 2015). Saadati og Hanssen (2015) viser til iranske forskere som finner at sosiale, økonomiske og politiske påkjenninger påvirker opplevelsen av kroniske smerter. Perron og Hudelsons (2006) fant at flyktninger koblet smerter til fortiden samtidig som postmigrasjonsstress var med på å opprettholde dem.

Mange har mye å bekymre seg for i postmigrasjonstilværelsen. Bekymringer og usikkerhet rundt fremtiden, bidrar til smerter. Bekymring uttrykkes kroppslig og påvirker kvinnene generelt. Fatima får for eksempel smerter hver gang hun får en dårlig nyhet eller blir bekymret for barna. Bekymringene kvinnene har blant annet for familien, for fremtiden og sin egen helse skaper angst og stress. Dette bidrar ifølge smerteteoriene til smerter eller sterkere smerter (Melzack, 1999). Det er anerkjent at postmigrasjonsstress blant annet handler om bekymring, som igjen kan påvirke smerter (Hynie, 2018; Sarpong & Opaas, 2021).

Mange undersøkelser tyder på at det å bygge opp positive holdninger til flyktninger i landene som mottar dem, er avgjørende for livskvalitet og sosial integrering (Bäärnhielm et al., 2017). Varvin (2017) hevder at nåtidens fremmedfrykt i Europa gjør noe med hvordan flyktninger blir behandlet både sosialt og politisk. Dett gjelder særlig med tanke på muslimer. Varvin (2017) gjør oss oppmerksomme på at dette kan påvirke hjelpere i helsevesenet. Hvordan et samfunn anerkjenner det den traumatiserte personen eller gruppen har opplevd, og hvordan andre mennesker reagerer, betyr mye for bearbeidingen av traumet. Når flyktninger ankommer Norge, og i årene i etterkant er det viktig at de får hjelp til å bearbeide sine traumer.

7.5.2 Tap av sosial tilhørighet, hvordan bygge opp et nytt liv?

Det var en stor forskjell på den rollen kvinnene fortalte at de hadde hatt i hjemlandet før krigen brøt ut, og den de hadde nå. Dette var vanskelig for dem, og kunne føre til en følelse av å ikke ha verdi. De opplevde at de ikke strakk til og kunne gi det de ønsket til familie og venner, men også til samfunnet. Å bare være hjemme og ikke bidra, eller være til hjelp for noen er vanskelig. Li et al. (2016) finner at mange får endrede roller i familien når en må flykte til et nytt land og bosette seg der. Slike rollebytter innad i familien kan være svært vanskelig. Å ikke kunne bidra til fellesskapet kan kanskje føles ekstra tungt for kvinnene som er oppvokst i og vant til å leve i et kollektivistisk samfunn, hvor relasjonene og gruppefellesskapet i seg selv er målet, og hvor gjensidig avhengighet spiller en viktig rolle.

Kvinnene bærer med seg en virkelighet og et savn etter det som var. Flere av kvinnene fortalte at de reiste til hjemlandet eller områder i nærheten fordi savnet etter å være hjemme var så stort. I noen tilfeller risikerte de liv og helse. Varvin (2018a) beskriver hvordan flyktningene kan føle seg som den fremmede. Flyktningene blir stadig minnet på at de ikke helt hører til, men må likevel skape seg et hjem og et nytt liv. Å bære med seg et stempel som den fremmede kan påvirke den enkeltes identitetsfølelse. Følelsen av å ikke høre hjemme noe sted kan bli forsterket av grusomme menneskerettighetsbrudd de har opplevd i krig og på flukt (Varvin, 2018a). Når en samtidig har kroniske smerter kan det føre til at en føler seg ensom, redd, isolert og hjelpeløs, noe som kan gi dem nedsatt selvfølelse (Saadati & Hansen 2015).

7.5.3 Sosial marginalisering

Kroppen kan forstås sosialt. Den sosiale kroppen er kroppen slik den utfolder seg i samspill med andre. Gjennom den sosiale kroppen knyttes forbindelsen til samfunnet og andre mennesker (Scheper- Hughes & Lock, 1987). Smerte påvirker relasjoner, både relasjonen en har til seg selv og til andre mennesker. Mange av kvinnene fortalte om en dyp ensomhet de følte på selv om de var sammen med sine nærmeste. Alle kvinnene fortalte om vanskeligheter i relasjoner, de trakk seg tilbake når det ble for smertefullt og energitappende å være med andre mennesker, også med den nærmeste familien. Dette er i tråd med Saadati og Hansen (2014) som finner at smerteperioder fører til en sårbarhet og oversensivitet i mellommenneskelige situasjoner, og at en løsning da kan være å trekke seg mer tilbake. Å isolere seg sosialt blir en del av en ond sirkel. Som Amal og Fatima beskriver, er deres mestringsstrategi for å ikke få smerter og ikke bli så utslitte, å unngå sosiale sammenhenger

de pleide å like. Når en ikke får innspill og avledning fra andre mennesker, blir fokus rettet mot en selv. En frarøver seg muligheten til å høre en god historie, le og være del av et fellesskap.

Sosial smerte handler om avvisning eller utelukkning fra fellesskap en ønsker å være en del av (Eisenberger, 2012). Det er en nevrologisk overlapping mellom fysisk og sosial smerte. Dette forklarer hvorfor en finner en reduksjon av fysisk smerte ved sosial støtte, og at en følelse av å være frakoblet det sosiale ofte henger sammen med fysisk smerte (Eisenberger, 2012).

Sosial smerte er et biologisk fenomen bygget inn i hjernen og i kroppen, da tilhørighet til andre mennesker er svært viktig for de aller fleste (Eisenberg, 2012). Trusler mot tilhørighet til en gruppe i form av avvisning og marginalisering kan oppleves som trusler mot ens trygghet og utløser samme smerteproduerende mekanismer som ved fysisk smerte (MacDonald & Leary, 2005).

På den ene siden gjør smertene at kvinnene i mindre grad orker å være sammen med andre. Samtidig kan få relasjoner og ensomhet bidra til økte smerter. Selv om Amal isolerer seg fra både familiemedlemmer og samfunnet rundt, gjør det vondt å ikke føle tilhørighet, å være alene. Flere av kvinnene har prøvd å få kontakt med det norske samfunnet ved for eksempel å ta kontakt med en nabo og ved gjentatte jobbsøknader. Når dette ikke lykkes, blir det vanskelig, og de kan kjenne seg utstøtt.

7.5.4 Å være en del av et fellesskap

Å være en del av et fellesskap er, som nevnt ovenfor, viktig for de aller fleste mennesker. Tre av kvinnene fortalte om gode opplevelser i ulike fellesskap utenom familien her i Norge. Andre snakket om fellesskap de savnet fra livet de levde før de måtte flykte. Betydningen av sosial støtte og nettverk øker når man har reist fra alt som er kjent og skal tilpasse seg miljøet i et nytt land. Sosial støtte anses for å være en av de sentrale forutsetningene for mestring og overlevelse i vanskelige livssituasjoner (Sveaass et al., 2019). Mange flyktninger mangler denne sosiale støtten, noe som gjør dem mer sårbare for sykdom (Hanssen, 2019). I intervjuene med kvinnene er det en tydelig tendens til at de med et lite nettverk har mindre grad av mestringsfølelse ved smerter, og at de har generelt dårligere helse enn de kvinnene med et større nettverk i Norge.

Mennesker som har manglende sosial støtte, som synes det er vanskelig å navigere i helse- og sosialsystemene, og som ikke kan språket, er spesielt sårbare og har derfor økt risiko for

psykiske og fysiske helseplager (Stamnes, 2000; Sveaass et al., 2019). Dette gjelder, slik jeg ser det, kvinnene i denne studien. Å få dele sin historie i en gruppe hvor det er trygt og sammen med andre som har lignende erfaringer, kan gi et utløp for smerte og lidelse. Gruppefellesskap kan hjelpe kvinner til å føle seg hjemme og oppleve forståelse og mestring av sin situasjon (Hynie, 2018; Hanssen, 2015; Bunn et al., 2022; Sverre, 2016). Å delta i gruppefellesskap kan gi verdifull støtte når flyktninger opplever seg som marginalisert i et nytt land (Bunn et al., 2022). Dette gav Lyn og Aya uttrykk for.

7.6 Kvinnenes møte med helsevesenet

Det kvinnene forteller viser betydningen av at helsearbeiderne klarer å sette seg inn i pasientens situasjon, og at de forsøker å sette seg inn i deres livsverden. Forståelse, kompetanse og åpenhet for kulturelle og individuelle forskjeller er avgjørende for gode relasjoner som kan føre til bedring for pasientene.

7.6.1 Å ikke bli forstått- ulike sykdomsforståelser

Kvinnene i oppgaven hadde både positive og negative erfaringer med ulike terapeuter og andre typer helsepersonell. Kvinnene beskrev hvordan de opplevde å bli møtt av fastlegen, og de fortalte om opplevelser på DPS og på sykehus. Flere følte seg ikke forstått. De fortalte for eksempel at de ble møtt med paracet og andre tablettor for sine smerter uten at det hjalp dem, eller at saker de synes var viktige ikke ble fulgt opp av hjelperne. Ifølge Kale (2007) kunne mye lidelse og ressurser vært spart om helsevesenet var mer interessert og tok seg tid til å se helheten i pasientens liv.

Personens forståelse av sykdom påvirker i stor grad hvilke valg hun gjør for å ivareta sin helse, noe som kan ha stor betydning for hvordan hun opplever symptomene sine og hva slags behandling hun mener vil hjelpe. Personens tolkning av sykdommen kan også innvirke på den fysiske reaksjonen på medisinsk behandling (Hanssen, 2019; Ingstad 2006).

Forskjellen på vestlig og østlig sykdomsforståelse kan gjøre det vanskelig for kvinnene i møte med norsk helsevesen. Østlig medisin har et mer helhetlig syn på kroppen og det er ikke naturlig å psykologisere kroppslige opplevelser (Hansen, 2019; Ingstad, 2006). Flere studier finner at pasienter med en annen kulturell bakgrunn og deres familier kan ha en annen tro enn

vestlige helsearbeidere på hva som er best behandling for pasienten (Shahzad et al., 2021). Dette kan være en årsak til at kvinnene i varierende grad fulgte opp råd om fysisk aktivitet, sosiale arenaer og medisiner. Til tross for oppfølging fra terapeut, lege og utredninger ved sykehus er kvinnene redde for at de har en alvorlig uoppdaget sykdom. En tolkning av dette, kan være at kvinnene opplever sine smerter så kroppslig tydelige, at de ser det som usannsynlig at det ikke er en biologisk sykdom eller skade som ligger bak.

Hvis terapeuten forklarer denne typen smerter med at de er følelser som gir seg uttrykk i fysiske plager, er det ikke sikkert at pasienten kjenner seg igjen i dette, og det kan gi et dårligere utgangspunkt for relasjonen og dermed for behandlingen. Å få anerkjennelse for smertene og den situasjonen en befinner seg i, er avgjørende for å få en tillitsbasert relasjon til en terapeut. Varvin (2018b) påpeker at flyktninger som har opplevd traumatiske hendelser kan ha problemer med både å forstå og å gjøre seg forstått slik at smertene kommer til uttrykk gjennom ord. Terapeuten må se kropp og sinn i sammenheng, å ha en helhetlig tilnærming, for slik å møte pasienten på hennes premisser (Kale, 2007). Å ikke være enige om hva smerter skyldes og hvordan det bør behandles, kan være til hinder for en terapeutisk allianse.

Forskning sier at dersom helsearbeidere viser at de har noe kunnskap om en pasients kultur og/eller religion og hvilke konsekvenser den kan ha for hennes behandling og pleie, kan det gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt. Dermed kan det gjøre møtet med helsevesenet mer positivt (Alpers & Hanssen 2014; Hanssen, 2019). I fortellingene til kvinnene i denne oppgaven er det tydelig at følelsen av å bli forstått, å bli tatt på alvor, er grunnleggende for en god relasjon og tillit mellom pasient og helsearbeider. Dette er også et funn i flere studier (Bäänhielm 2011; Holt, 2019; Opaas 2020). Som nevnt i kapittel 4.4 viser forskning at de ulike kulturelle forståelsesrammene for sykdom og smerter ivaretas i varierende grad i helsevesenet (Alpers & Hanssen 2014; Brandenberger et al., 2019; Shahzad et al. 2021).

Smerteuttrykket er en form for sosial atferd, som uttrykker en indre opplevelse (Faleide & Lian, 2004). Faleide og Lian (2004), viser til Rey (1995) som påpeker at det er samfunnet som setter standarden for på hvilken måte det er sosialt akseptabelt å vise fram smerte. Kvinnene i oppgaven gav uttrykk for smerte både med ord og med lyder som ”stønning” under intervjuene. Hanssen (2019) påpeker at nasjonale og internasjonale studier viser at det kan være så vanskelig for helsearbeidere å forstå etniske minoritetspasienters smerteuttrykk,

at de kan avvise pasientens symptomer som overdrivelser. Om sykepleiere i psykiatrien dessuten forventer somatisering av psykisk uhelse, kan dette gjøre at de lukker øynene for andre årsaker til fysiske plager (Alpers & Hanssen, 2014).

Det sosiale nettverket er viktig når en opplever sykdom. I en kollektivistisk kultur er rådene fra familie og andre nære særlig viktig. Hvilke råd kvinnene fikk fra sin familie kom ikke klart fram fra datamaterialet. Men det gikk fram av det de fortalte at familien bidro til at det ble lagt til rette for at hun fikk hvile og ikke måtte gjøre aktiviteter som gjorde at hun fikk mer smerter. Det er viktig for helsepersonell å få en oversikt over hvem pasienten henvender seg til for å få råd og hvilke råd hun får. Å inkludere familie og venner i behandlingen kan bidra til å skape tillit mellom behandler og pasient med fluktbakgrunn (Brandenberger et al., 2019). Det kan også gjøre det enklere for pasienten å følge opp behandling mellom timene.

Å forstå sin egen lidelse og kunne tilføre egne oppfatninger om helse, for slik å være med på å ta beslutninger er viktig (Brandenberger et al., 2019). For at helsearbeideren og pasienten skal være enige om behandlingen, hvorfor den tilbys og på hvilken måte den er effektiv, samt å samarbeide om denne, er det nødvendig at helsearbeideren danner seg et bilde av pasientens forståelse av sykdommen. Flere av kvinnene er for eksempel usikre på hvordan medisinene de skal ta fungerer. Varvin (2008) beskriver manglende etterlevelse av å ta medisiner på anbefalt måte kan skyldes at pasienten ikke har fått god nok oppfølging med tanke på skepsis og redsel for å bli skadet av behandlingen de får. Om pasientene ikke forstår legens språk og forklaringer, kan det føre til misforståelser og en opplevelse av å ikke bli trodd på i helsevesenet (Baäänhielm og Ekblad, 2012). Dette var tilfelle for flere av kvinnene i denne oppgaven.

På grunn av kvinnenens opplevelser av svik og brudd i relasjoner til andre gjennom krig og flukt, kan det være vanskelig å få en tillitsbasert relasjon med en terapeut, og tro på at terapeuten og helsevesenet vil hjelpe dem (Varvin, 2018a). Ifølge Brandenberger et al. (2019) er det nødvendig at hjelperen og pasienten gjensidig utforsker hverandres forståelse av smertene. Det som ligger under ord og uttrykk må komme frem for å få tillit og en delt agenda, først da kan en komme frem til noe felles til tross for ulike perspektiver (Baäänhielm & Ekblad, 2000). Først når du har en relasjon bygget på tillit, kan kvinnene bli trygge på å dele sine opplevelser og lidelse (Rometsch et al., 2020).

For kvinnene var det viktig at terapeuten var fleksibel og kunne møte henne der hun var kognitivt og følelsesmessig, dette var nødvendig for å gi dem god helsehjelp. Hos fastlegen eller ved en konsultasjon på sykehuset har helsearbeiderne erfaringsvis dårligere tid, og ofte et stramt skjema å følge, da mange andre pasienter venter, eller de er bundet av tidsaspektet i pakkeforløp ved DPS. Dette kan være en utfordring i møte med disse kvinnene, som trenger tolk og tid til å forklare og forstå. En kunnskapsoppsummering om utfordringer knyttet til helsetjenester for flyktninger i høyinntektsland identifiserer kommunikasjon som en sentral utfordring (Brandenberger et al., 2019). Når helsepersonell og pasient snakker ulike språk, er det vanskelig å snakke sammen om symptomer, sykdom og behandling. I slike situasjoner kan det lett oppstå misforståelser. Deltakeren i denne oppgaven har opplevd dette flere ganger.

7.6.2 Hva hadde kvinnene opplevd nytte av?

Det var et bredt spekter av forhold som hadde betydning for om smertene ble bedre, borte eller ble til å leve med. Inngang til bedring sett i lys av den biopsykososiale modellen er ulike og kan være forskjellig. Levevilkår som boforhold, fellesskap, jobb, skole, at det går bra for barna og at økonomien er stabil er viktig. Andre forhold som kan medvirke til bedring er kontakt med familiemedlemmer, mindre bekymringer for venner og familie og en trygg tillitsbasert relasjon til en terapeut som gir god og tilpasset behandling. Zahra hadde god hjelp av et tverrfaglig rehabiliteringsopphold, god relasjon til en terapeut som gjorde at hun fulgte opp trening som behandling, samtidig som det skjedde positive ting for familien hennes. Tilliten mellom terapeut og pasienten kan føre til at det er større sannsynlighet for at pasienten følger opp anbefalt behandling. Funnene i denne studien viser at oppfølgingen må være tett og langvarig.

Lyn opplevde bedring gjennom behandling for traumatiske opplevelser, samtidig som hun gradvis fikk et mer vanlig liv med skole, jobb, venner og et fellesskap i et trossamfunn. Aya opplevde bedring ved å oppleve seg forstått og tatt på alvor av terapeuten sin. Hun tålte stadig mer, toleransevinduet hennes ble større. Hun hadde effekt av medisiner, og forholdet til mannen og barna ble bedre. I tråd med det Lyn opplevde, hevder Sarpong og Opaas (2021) at den viktigste oppgaven for landene og samfunnet som tar imot flyktninger, er å hjelpe dem med å komme tilbake til en normal hverdag og et normalt liv. Dette mener jeg er helt sentralt.

8 Oppsummering og konklusjon

I det følgende oppsummeres hvilke svar oppgaven gir på forskningsspørsmålene:

“På hvilken måte opplever kvinnelige pasienter med flukt- og traumbakgrunn sine fysiske plager og smerter?”

Smertene kvinnene opplevde var knyttet opp mot både tidligere traumatiske erfaringer og vanskeligheter etter at de kom til Norge. De leter etter mening med smertene de opplever og spør seg hvorfor skjedde dette meg. Kvinnene tolket smertene som kroppens stoppsignaler, og unngikk situasjoner som kunne føre til smerter. Flere var redde for at smertene kunne skyldes en farlig sykdom som legene hadde oversett, og var svært bekymret for dette. Redsel og usikkerhet gjør det vanskelig for dem å følge opp behandling som innebærer fysisk aktivitet, for noen var det også knyttet usikkerhet til medisiner og bivirkningene av dem. Smertene påvirket søvn og konsentrasjon. Smerte må altså forstås helhetlig.

”Hvilke konsekvenser får smertene for kvinnene i hverdagen?”

Smertene kvinnene opplevde tok stor plass i hverdagen. De hindret kvinnene i å leve det livet de ønsket, og påvirket alle sider ved deres liv, også deres familie og barn. Kvinnene ble i stor grad isolert på grunn av smertene og ble hindret fra å delta i felleskap som kunne gjort dem godt. Smertene gjorde at de ikke kunne jobbe, dette satte dem i en vanskelig økonomisk situasjon, som igjen førte til mer bekymring. Fordi smertene begrenser kvinnene i stor grad i hverdagen, gjør det noe med kvinnes opplevelse av seg selv. De får lav selvfølelse og føler selv at de har liten verdi. For å mestre et liv med kronisk smerte, må en akseptere smerten, lære seg å leve med den, og bygge et liv rundt den. Dette klarer de fleste av kvinnene i liten grad.

“Hvilke erfaringer har disse kvinnene i møtet med helsevesenet?”

Kvinnene har ulike erfaringer med helsevesenet. Mange av dem opplevde å ikke bli forstått, særlig når det kom til forståelse av smertene de levde med, noe som gjorde situasjonen deres vanskeligere. Mange av dem opplevde at smertene ikke ble anerkjent og mistet derfor tillit til at helsevesenet kunne hjelpe dem. De fleste kvinnene forstod ikke, eller fikk kanskje ikke nok hjelp til å sette smertene i sammenheng med erfaringene i sitt eget liv. Flere fortalte at de opplevde å ikke bli trodd på, da det etter omfattende utredninger ikke ble funnet biologiske årsaker til plagene deres. Noen av kvinnene fikk en god relasjon til terapeuten sin, dette gjorde at de i større grad utfordret smertene, turte å stole på at de kunne mestre dem, og at smertene ikke var så farlige. Disse kvinnene ble mer aktive, mindre isolerte, og hadde det

generelt sett bedre. Livsverdenen deres endret seg og ble ”større”. Det som var viktig i relasjonen med terapeuten var tillit, respekt for hverandre, felles forståelse, fleksibilitet, tro og håp om at det kom til å gå bedre, og at de kunne stole på behandlingen.

8.1 Implikasjoner for praksis

Så vidt jeg kjenner til, er det ikke gjort denne typen studier på kvinnelige pasienter med flukt- og traumbakgrunn som har levd lenge i Norge. Det unike ved TR-REFUGEES studien er nettopp at en får følge med kvinnene over tid. I og med at det er økende antall av flyktninger globalt og i Norge som trenger hjelp og behandling i helsevesenet, er det viktig at vi gir individuelt tilpasset behandling til riktig tid. Selv om disse kvinnene har levd lenge i Norge, er de ikke blitt en del av det norske samfunnet, og de fleste isolerer seg i større grad fra det. Dette tilsier at den hjelp, støtte og behandling kvinnene har fått i løpet av disse årene i liten grad har hjulpet dem.

8.1.2 Tidlig og helhetlig omsorg og behandling

Flyktninger trenger tidlig tilgang til bearbeiding av traumer etter at de kommer til Norge. Det er samtidig viktig at flyktningenes negative følelser og problemer med et normalt liv, ikke bare tolkes i lys av psykologiske lidelser og traumer. De helseproblemene de opplever kan også være reaksjoner på post-migrasjonstilværelsen (Sarpong & Opaas, 2021; Hynie, 2018). En mer helhetlig tilnærming til smerteplager hvor kroppen sees i en psykologisk, sosial og kulturhistorisk kontekst er nyttig, og kommunikasjonen må legge vekt på de mellommenneskelige aspektene ved alle lidelser (Kale, 2007). Både den psykiske og den fysiske smerten kan være et uttrykk for den samme indre opplevelsen av savn, fortvilelse, sorg, tristhet i kombinasjon med kroppslige plager. Helsearbeideren må vise sin aksept for at smertene i kroppen er reelle selv om en ikke finner biologiske årsaker til dem, og hun må sette smertene inn i en større kontekst for at personen det gjelder skal forstå dem. Det er viktig for helsearbeiderne å være klar over at de først kan forstå plagene til pasienten ved å ta del i pasientens livsverden (Bäänhielm & Ekblad, 2000). Det er viktig å finne meningen som plagene har for pasienten, samtidig må en vite noe om identiteten til mennesket en har foran seg, for å kunne finne ut av hva problemet er og hvordan det kan gripes an og forstås (Kirmayer & Sartorius, 2007). Kvinnene beskriver seg selv ofte i relasjon til familien, ikke bare i relasjon til seg selv. Det kan derfor være viktig å involvere hele eller deler av familien i behandling. Sett i et forebyggende perspektiv er det viktig at disse kvinnene får hjelp og støtte

til å få det bedre, også med tanke på hvilke konsekvenser deres sykdom og plager har for barna deres. På grunn av kvinnenes flukt- og traumeopplevelser, vanskeligheter i eksiltilværelsen og med ansvar for barn i en etableringsfase, må perspektivet på hjelp og støtte, skolegang og språkopplæring til disse kvinnene være lenger enn det er i dag.

8.1.3 Kompetanse på kultur og åpenhet for kulturelle forskjeller

Det trengs større grad av flerkulturell kompetanse hos helsearbeiderne, slik at de blir bedre til å forstå og tolke disse pasientenes sykdoms- og smerteopplevelse og hvordan dette uttrykkes. Hansen (2019) foreslår å bruke kulturell datainnsamling som metode for å skape gode forutsetninger for et vellykket samarbeid mellom pasient og behandler. Kulturell datasamling vil si en systematisk gjennomgang av pasientens holdninger, tro, kunnskaper og sykdomsattferd. Dette er omfattende og en kan ikke forvente at alle helsearbeidere skal gjøre dette. Men å benytte den åpne holdningen når en møter pasienten er det viktigste, fordi en gjensidig forståelse er grunnlaget for tillit og en terapeutisk allianse. Jeg stiller spørsmål ved om dette gjøres i stor nok grad ved sykehus, legekantor, DPS og ved øvrige helsetjenester.

8.1.4 En helhetlig forståelse av hjelpeapparatet

Flere av kvinnene snakket om et manglende samarbeid mellom ulike instanser i helse- og sosialsektoren. Det er viktig at helsehjelp er lett tilgjengelig, og at ulike institusjoner innad i helsevesenet samarbeider for å oppnå god informasjonsflyt slik at ikke informasjon blir borte underveis. Mange ganger er pasientene usikre på hvor de skal adressere ulike problemer. Det kan føre til misforståelser og hjelperen kan bli oppfattet som en som ikke vil hjelpe pasienten. Dette støtter tankegangen om en mer helhetlig forståelse av hjelpeapparatet. Hvis helse- og sosialtjenestene i større grad fungerer som *ett* hjelpeapparat kan vi spare tid og tilby bedre hjelp tidligere (Watters, 2001 i Sarpong & Opaas, 2021 s. 4096). På den måten blir de komplekse utfordringene disse menneskene har, møtt på en helhetlig måte (Sarpong & Opaas, 2021). Denne måten å tenke på er i tråd med den biopsykososiale modellen. Å ha en fast helsearbeider å forholde seg til, som en koordinator og navigatør mellom instansene, kan være med på å forebygge misforståelser, usikkerhet og sikre flyt i systemet. Det er en økt oppmerksomhet i det psykologiske fagfeltet på hvordan strukturelle og sosiale forhold kan føre til forskjeller i psykisk helse, og at vi som utfører helsetjenester må øke vår kompetanse omkring disse forholdene for å kunne gi likeverdige helsetjenester (Ottesen- Berg, 2020). Slik jeg ser det, er helsevesenet og sosialvesenet organisert på en måte som fører til en

fragmentering av tjenester. Dette kan gjøre det vanskelig å samarbeide tett nok for å kunne hjelpe på en helhetlig måte. Som vist i Opaas et al. (2020) kan en kanskje ikke klare å fjerne alle symptomer på psykisk og fysisk lidelse ved behandling, Men mange kan i større grad lære seg å mestre sine symptomer å få et bedre liv.

8.2 Implikasjoner for videre forskning

Ut fra resultatene i denne oppgaven foreslår jeg følgende med tanke på videre forskning: Det trengs studier på hvordan helsevesenet kan møte pasienter med fluktbakgrunn på en bedre måte, og som kan undersøke hva som skal til for at dette møtet skal fungere bedre for pasientene. Det trengs systematiske studier som ser på hva kvinnene selv opplever at har hjulpet dem. Studier på gruppebehandling og likepersonsarbeid hadde vært interessant å undersøke nærmere. Det er også behov for studier som kan undersøke om en tverrfaglig tilnærming, der skole, helse- og sosialvesen jobber sammen på en helhetlig måte, kan gi bedre effekt for pasienter med fluktbakgrunn.

Litteraturliste

Aambø, A. (2021). *Innvandrerers helse og helsetjenestens ansvar*. Gyldendal Damm Akademisk.

Afari, N., Ahumada, S. M., Johnson Wright, L., Mostoufi, M. S., Golnari, G., Reis, V. & Cuneo, J. G. (2014). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* 2014 January; 76(1): 2-11.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>.

Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses`self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today* Volume 34, Issue 6, June 2014, pages 999-1004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>

Anatorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I Anstorp, T. og Benum, K. (red.) *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. (s. 19-38). Universitetsforlaget.

Altun, A., Brown, H., Sturgiss, L. & Russell, G. (2021). Evaluating cronic pain interventions in recent refugees and immigrant populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 105 (2021)1152-1169. [Htttps://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.021](https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.021)

Asghari, A., Julaeiha, S. & Godarsi, M. (2008) Disability and Depression in Patients with Cronic Pain: Pain or Pain-Related Beliefs? *Arch Iranian Med* 2008; 11 (3): 263-269

Bäänhielm, S., Laban, K., Schouler-Ocak, M., Rousseau, C. & Kirmayer, L. J. (2017). Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcultural Psychiatry* 2017, Vol. 54(5-6) 565-574.
<https://doi.org/10.1177/1363461517747095>

Bäänhielm, S. (2011). The meaning of pain: A cultural formulation of a Syrian woman in Sweden. *Transcultural Psychiatry* 49(1) 105-120. <https://doi.org/10.1177/1363461511427781>

Bäänhielm, S. & Ekblad S. (2000) Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24: 431-452, 2000.

Borchgrevink, M. C., Sveaass, N., Lie, B. & Dybdahl, R. (2019). Etikk og menneskerettigheter i psykososialt arbeid med flyktninger. Lien, L., Dybdahl, R., Siem, H., Julardzija, I. & Bakke, H. H. (Red). *Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse og livsmestring* (s. 44-57). Universitetsforlaget.

Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B. & Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries – the 3C model. *BMC Public Health* 19:755
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101

Bruhn, M., Rees, S., Mohsin, M., Silove, D. & Carlsson, J. (2018). The Range and Impact of Postmigration Stressors During Treatment of Trauma-Affected Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 206(1):p 61-68, January 2018.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000774>

Bunn, M., Marsh, J. & Haidar, A. (2022). Sharing stories eases pain: Core relational processes of a group intervention with Syrian refugees in Jordan. *The Journal for Specialists in Group Work*, 47:2, 110-132, <https://doi.org/10.1080/01933922.2021.2000084>

Dahl, S., Dahl, C.-I., Sandvik, L. & Hauff, E. (2006) Kroniske smerter hos traumatiserte flyktninger. *Tidsskrift Norske Lægeforening* nr 5, 2006; 126: 608-10

Eisenberger, N.I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature reviews Neuroscience* Volume 13, p.421-434 <https://doi.org/10.1038/nrn3231>

Ekeberg & Abebe, (2021). *Psykiske plager og lidelser*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>

Ertegrul A. (2020). Psychosomatic pain. Cakmur H. (red.) Effects of Stress on Human Health (37-52).

https://books.google.no/books/publisher/content?id=_Bb9DwAAQBAJ&hl=no&pg=PA51&img=1&zoom=3&sig=ACfU3U090EM9yXmP5OkHqsbSSXSEYHePCA&w=1280

Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2020). Helsepsykologi. Gyldendal Akademisk.

Faleide, A. O. & Lian, L. B. (2004). Symptom og mening. Moderne psykosomatisk tankegang. Fagbokforlaget.

Hanssen, I. (2019). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. (4. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Honkasalo, M.-L. (1998). Space and Embodies Experience: Rethinking the Body in Pain. *Body & Society*. Vol. 4(2): 35-57.

Holt, K. (2019). Kultur, migrasjon og traumer. Hva trenger hjelperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet? Gyldendal

Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2018, Vol. 63(5) 297-303.
<https://doi.org/10.1177/0706743717746666>

International association for the study of pain (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2.pdf

Ingstad, B. (2006). Medisinsk Antropologi. En innføring. Fagbokforlaget.

Jannesari, S. Hatch, S. Prina, M. & Oram, S. (2020). Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* (2020) 22:1055-1064
<https://doi.org/10.1007/s10903-020-01025-2>

Jansen, G.B. (2020). Two Patient Cases Illustrating the Importance of Addressing Physical and Mental Trauma as a Cause of Pain in Refugee Women. *Front Sociol.* 2020; 5:12.
Doi:10.3389/fsoc.2020.00012

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg.). Abstrakt Forlag.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., Rasmussen, E. B. (2018). Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. Universitetsforlaget.

Johansen, J. D. & Varvin, S. (2019). I tell my mother that...sometimes he didn't love us- Young adults' experiences of childhood in refugee families: A qualitative approach. *Childhood* 2019, Vol. 26(2) 221-235. <https://doi.org/10.1177/0907568219828804>

Kale, E. (2007). Hvordan smerte kommer til uttrykk i psykiatrien. Aambø, A. (Red.), *Smerter Smerteopplevelse og atferd* (s. 166-182). Cappelen akademisk forlag.

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. & Perri, L. C. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of science. *The Journal of Pain*. Volume 5, Issue 4, May 2004, Pages 195-211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>

Kirmayer, L & Sartorius, N. (2007). Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine* 69(9):p 832-840. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b002c>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Lanzara, R., Scipioni, M. & Conti, C. (2019) A Clinical-Psychological Perspective on Somatization Among Immigrants: A Systematic Review. *Front. Psychol.* 9:2792.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02792>

Li, S. S. Y., Liddell, B. J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep* (2016) 18: 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>

Lies, J. Jones, L. & Ho, R. (2019). The management of post-traumatic stress disorder and associated pain and sleep disturbance in refugees. *BJPsych Advances*, vol.25, 196-206 <https://doi.org/10.1192/bja.2019.7>

MacDonald, G. & Leary, M. R. (2005). Why Does Social Exclusion hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202-223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*. Volume 82, Supplement, 1999 pages S121-S126. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00145-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00145-1)

Michaëlis, C., Kriatiansen, M. & Norredam, M. (2015). Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;5:e008075. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008075>

Morina, N., Kuenburg, A., Schnyder, U., Bryant, R. A., Nickerson, A. & Schick, M. (2018). The Association of Post-traumatic and Postmigration Stress with Pain and Other Somatic Symptoms: An Explorative Analysis in Traumatized Refugees and Asylum Seekers. *Pain Medicine* 2018; 19: 50-59 <https://doi.org/10.1093/pm/pnx005>

Nordanger, D. Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. Anstorp, T. & Benum K. (Red.). *Traume-behandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 39-51). Universitetsforlaget.

Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2001). Smerte fenomen og forståelse. Gyldendal Akademisk.

Opaas, M. (2019). Med traumer i bagasjen; Vanskeligheter de første årene i Norge. I R. Dybdal, I. R., Julardzija, I., Siem, H., Lien, L. & Bakke, H. (Red.), Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring (s.121-139). Universitetsforlaget.

Opaas, M. (2020). Flyktninger med traumarelaterte plager- En kunnskapsoversikt. Ottesen Berg, A. & Holt, K. (Red.), Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid (s. 89-111). Gyldendal.

Opaas, M., Wentzel-Larsen, T. & Varvin, S. (2020). The 10-year course of mental health, quality of life, and exile functioning in traumatized refugees from treatment start. PLoS ONE 15(12): e0244730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244730>

Opaas, M., Wentzel-Larsen, T. & Varvin, S. (2022). Predictors of the 10 year course of mental health and quality of life trauma-affected refugees after psychological treatment. European Journal of Psychotraumatology, 13:1, 2068910, DOI: 10.1080/20008198.2022.2068910

Ottesen Berg, A. (2020). Det vanskelige blikket innover. Kultur og kontekst- psykologens kompetanse i praksis- bevisstgjøring, kunnskap og kommunikasjon. Ottesen Berg, A. & Holt, K. (Red.). Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid (s. 25-41). Gyldendal.

Pashaei, V. (2018). Introduksjonsprogrammet og flyktningkvinner- Hva fungerer? En komparativ case-studie av implementeringen av introduksjonsprogrammet i Haugesund og Fredrikstad kommune. (Masteroppgave). Institutt for statsvitenskap. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/66776/MA_Pashaei_DUO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pavli, A. & Maltezos, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. International Society of Travel Medicine, 2017, 1-8 doi: 10.1093/jtm/tax016

Perron, N. J. & Hudelson, P. (2006). Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Family Practice* 2006, 7:10
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-10>

PainScale (2017). Neuromatrix Theory of Pain.
<https://www.painscale.com/article/neuromatrix-theory-of-pain>

Regjeringen. (2022, 25.11). Pressemelding.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-ber-kommunene-bosette-35-000-flyktninger-i-2023/id2948463/>

Rometsch, C., Denkinger, J.K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Gibbons, N., Pham, P., Zipfel, S. & Junne, F. (2020). Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced violence by the "Islamic State" (IS). *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109931>

Rometsch-Ogioun El Sount, C. Denkinger, J.K., Windthorst, P., Nikendeim C., Kindermann, D., Renner, V., Ringwald, J., Brucker, S., Tran, V. M., Zipfel, S. & Junne, F. (2018). Psychological Burden in Female, Iraqi Refugees Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State": The Perspective of Care Providers. *Front. Psychiatry* 9:562.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00562>

Rometsch-Ogioun El Sount, C., Windthorst, P., Denkinger, J., Ziser, K., Nikendei, C., Kindermann, D., Ringwald, J., Renner, V., Zipfel, S. & Junne, F. (2019). Chronic pain in refugees with posttraumatic stress disorder (PTSD): A systematic review on patients' characteristics and specific interventions. *Journal of Psychosomatic Research* 118 (2019) 83-97. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.014>

Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi- innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 25, 2002; 122

Teodorescu, D.-S., Heir, T., Siqveland, J., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2015). Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway:

a cross-sectional study. *BMC Psychology* (2015) 3:7 <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0064-5>

Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.

Saadati, M. & Hanssen, I. (2015). 'Disse smertene plager min sjel': En kvalitativ intervjustudie av iranske kvinner i Norge. *Nordic Journal of Nursing Research* 2015, Vol. 35(1) 38–44. <https://doi.org/10.1177/0107408314560479> njn.sagepub.com:

Sarpong, S. P. & Opaas, M. (2021). Forced Migration and the Quest for Normality: Post-Migratory Experiences of Traumatized Iraqi Refugees in Norway. *Journal of Refugee Studies* Vol. 34, No. 4. <https://doi.org/10.1093/jrs/feab024>

Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol 1, No. 1. pp. 6-41.

Shahzad, S., Ali, N., Younas, A. & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses`and nursing students`experiences. *Journal of Professional Nursing* 37 (2021) 1119-1131. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>

Stamnes, J. H. (2000). Social support, social network and health. Presentation of findings, and integration of accumulated knowledge in the clinical field. *Vård i Norden* 4/2000. Publ. No. 58 Vol. 20 No. 4 PP 23-27

Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L. S., Wenk-Ansohn, M. & Böttche, M. (2017) Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: Symptom courses and predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1377552, <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377552>

Strømme, E. M., Haj-Younes, J., Hasha, W., Fadnes, L. T., Kumar, B., Igland, J. & Diaz, E. (2020) Health status and use of medication and their association with migration related

exposure among Syrian refugees in Lebanon and Norway: a cross-sectional study. *BMC Public Health* (2020) 20:341 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8376-7>

Sveaass, N., Reichelt, S. & Berg, B. (2019). Samtaler med familier som gjenforenes i eksil. Bakke, H. H. (Red.), *Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse og livsmestring* (s. 204-223). Universitetsforlaget.

Sverre, B. L. (2016). *Migrasjon og helse – En etnografisk studie av eldre pakistanske kvinner i det norske samfunnet. (Doktorgradsavhandling)*. Universitetet i sør-øst Norge, Drammen.

Tabell: 03810 Statistisk sentralbyrå, *Personer med flyktningbakgrunn, 2022*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>

UNHCR The UN Refugee Agency, (2022, 16. juni). *Global Trends Forced Displacement in 2021*. <https://www.unhcr.org/media/40152>

Varvin, S. (2008). *Flyktninge-pasienten*. Universitetsforlaget.

Varvin S. (2015). *Flukt og eksil* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2017). Our Relation to Refugees: Between Compassion and Dehumanization. *The American Journal of Psychoanalysis* 77, 359-377 (2017)

Varvin, S. (2018a). *Flyktningers psykiske helse*. Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2018b). Refugees, their situation and treatment needs. *Int J Appl Psychoanal Studies*. 2018;15:174-186. <https://doi.org/10.1002/aps.1585>

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.

Zander, V., Müllersdorf, M., Christensson, K. & Eriksson, H. (2013). Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2013; 41: 799-807. <https://doi.org/10.1177/1403494813492033>

WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 28:551–558.

Liste over vedlegg

REK godkjenning: S-06195

REK godkjenning søknad om forlenging: S-06195

NSD vurdering: referansenummer: 199672

Klausulering

ROS skjema

