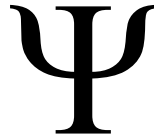




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Søvnvansker og deres korrelater i et utvalg asylsøkere i Norge:
en epidemiologisk studie***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Petter Franer

Vår 2003

Professor Inger Hilde Nordhus
Institutt for klinisk psykologi
Førsteamanuensis Ståle Pallesen
Institutt for samfunnspsykologi

FORORD

Denne hovedfagsoppgaven har kommet i stand som et samarbeidsprosjekt mellom Søvngruppen ved det Psykologiske Fakultet, Universitet i Bergen, og Psykososialt Team for Flyktninger: avdeling Vest.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til alle asylsøkerne og beboerne på asylmottakene som deltok i studien. Jeg håper at denne oppgaven kan fungere som et bidrag tilbake. Antagelig ikke for de som deltok i studien, men kanskje for de som kommer etter. Motivasjonen min for å gå i gang med dette prosjektet var å finne ut mer om asylsøkere, og forsøke å belyse noen aspekter ved deres hverdag. For ofte blir medias fokus på asylsøkere at de er kriminelle, eller at de er på jakt etter et billig feriealternativ. Denne oppgaven er i stedet en historie om hvilke problemer denne gruppen kan erfare.

En rekke personer som jobbet med asylsøkere var uvurderlige under datainnsamlingen. Jeg var avhengig av at andre kunne informere om prosjektet og distribuere testbatteriene for meg. Hjelperne var mottakspersonell, lærere og rektorer ved norskopplæringscenter og helsearbeidere ved mottaks og kompetansesenter for integrering av flyktninger og asylsøkere i Hordaland. Så å si alle jeg tok kontakt var begeistret for prosjektet og var villige til å hjelpe.

Takk til Svein Ramung for bidrag med kunnskap på asylsøkerfeltet, og for kontaktformidling med ulike instanser jeg jobbet med underveis. Gjennom Ramung og Psykososialt team ble det meste av kostnadene som lå i oversetting av instrumenter og reising dekket.

Jeg vil også takke Ingrid Kvestad for gjennomlesning og gode diskusjoner i siste fase av skrivingen. Til slutt vil jeg takke veilederne mine, Inger Hilde Nordhus og Ståle Pallesen. De bidro til å holde motet mitt oppe på tross av utfordringene jeg møtte underveis. I tillegg kom de nyttige råd og tips gjennom hele skriveprosessen.

Petter Franer, Bergen 02.05.2003.

ABSTRACT

Sleep problems and other symptoms of psychological distress were assessed in a sample of 137 asylum seekers living in reception centres for asylum seekers. Mean age of the sample was 34 years. The following instruments were used: the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Penn Inventory for Post Traumatic Stress Disorder (Penn Inventory) and the anxiety, depression and somatization sub-scales of the Symptom Check List – 90 – Revised (SCL-90-R). Poor sleep was reported by 88 % of the asylum seekers. High levels of distress were reported on the additional symptom measures as well. All symptom measures correlated well with sleep problems. The PSQI scores of the asylum seekers were contrasted with a Norwegian student sample and two samples from clinical populations. The sleep problems reported by the asylum seekers were generally greater than those of the Norwegian sample. The asylum seekers and the clinical samples had comparable scores on PSQI. Due to methodological challenges related to the study of asylum seekers, some caution in interpretation of the results is warranted. It is concluded that asylum seekers experience greater psychological distress than the normal population. Assessment of subjective sleep quality appears to give useful information about mental health problems of asylum seekers.

SAMMENDRAG

Søvnproblemer og andre symptomer på psykologisk belastning ble kartlagt for 137 asylsøkere og beboere på asylmottak. Gjennomsnittsalder for utvalget var 34 år. Følgende instrumenter ble benyttet: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Penn Inventory for Post Traumatic Stress Disorder (Penn Inventory) og angst, depresjon og somatiserings subskalaer fra Symptom Check List – 90 – Revised (SCL-90-R). Dårlig søvn ble rapportert for 88 % av asylsøkerutvalget. I tillegg ble høyt nivå av belastning rapportert for de andre symptommålene. Alle symptom mål korrelerte godt med søvnproblemer. PSQI skårer for asylsøkerne ble kontrastert med et norsk studentutvalg og to utvalg fra kliniske populasjoner. Asylsøkerne rapporterte jevnt over langt større søvnproblemer enn det norske studentutvalget. Asylsøkerne og de kliniske utvalgene viste likheter i søvnprofil. utfordringer knyttet til studier av asylsøker krever en viss forsiktighet i tolkning av data. Det konkluderes med at asylsøkere erfarer større psykologisk belastning enn normalbefolkningen. Kartlegging av subjektiv søvnkvalitet synes nyttig for å skaffe informasjon om asylsøkeres mentale helse.

| | |
|---|----|
| INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for studien | 1 |
| 1.3 Migrasjon..... | 2 |
| 1.4 Flyktninger og mental helse | 2 |
| 1.5 Asylsøkere | 3 |
| 1.5.1 Asylsøkerpopulasjonen..... | 3 |
| 1.5.2 Asylpolitikk i Norge og andre vestlige land..... | 4 |
| 1.5.3 Mental helse blant asylsøkere..... | 5 |
| 1.5.4 Asylsøkere i Norge..... | 6 |
| 1.5.5 Kunnskap om asylsøkere..... | 8 |
| 1.6 Søvn..... | 8 |
| 1.7 Søvn og søvnforstyrrelser..... | 9 |
| 1.8 Komorbiditet..... | 10 |
| 1.8.1 Angstlidelser..... | 10 |
| 1.8.2 Affektive lidelser | 11 |
| 1.8.3 Somatisering | 11 |
| 1.9 Kartlegging av søvn..... | 11 |
| 1.10 Kulturell validitet som utfordring i studie på asylsøkere | 12 |
| 1.11 Oppsummering | 13 |
| 1.12 Formål og hypoteser | 14 |
| 2 METODE | 15 |
| 2.1 Utvalg | 15 |
| 2.2 Instrumenter..... | 15 |
| 2.2.1 Demografisk spørreskjema | 15 |
| 2.2.2 Mål på subjektiv søvnkvalitet..... | 16 |
| 2.2.3 Mål på posttraumatiske stress-symptomer | 17 |
| 2.3.4 Mål på symptomer for angst, depresjon og somatisering..... | 17 |
| 2.3 Prosedyre | 18 |
| 2.4 Statistikk | 19 |
| 3 RESULTATER..... | 21 |
| 3.1 Reliabilitetsanalyser | 21 |
| 3.2 Generelle funn | 22 |
| 3.2.1 Prediktorer for dårlig søvn..... | 23 |
| 3.2.2 Mål på søvn korrelert med andre symptomsmål | 23 |
| 3.3 Signifikanstesting og kontraster | 24 |
| 3.3.1 Sumskår og subskalaer i mål på subjektiv søvnkvalitet..... | 24 |
| 3.3.3 Symptomskala for angst, depresjon og somatisering | 26 |
| 4 DISKUSJON | 29 |
| 4.1 Oppsummering av viktigste funn | 29 |
| 4.2 Spesifikke funn..... | 29 |
| 4.2.2 Søvn..... | 30 |
| 4.2.3 Posttraumatiske symptomer..... | 31 |
| 4.2.4 Angst, depresjon og somatisering..... | 32 |
| 4.3 Integrering av funn | 32 |
| 4.4 Søvn og symptomsmål som indikatorer på asylsøkeres mentale helse..... | 34 |
| 4.5 Mulige svakheter ved studien..... | 36 |
| 4.6 Avsluttende kommentarer | 37 |
| 5 REFERANSER..... | 39 |

INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for studien

Stadig flere mennesker søker asyl i Norge og i andre vestlige land (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995; Det Norske Utlendingsdirektoratett (UDI; 2002a). Mange asylsøkere har opplevd store belastninger før ankomst til vertslandet (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997; Sveaass & Hauff, 1997; Thonneau, Gratton og Desrosiers, 1990). I tillegg viser studier at faktorer knyttet til selve asylsøkerprosessen og livet i eksil kan oppleves som svært vanskelig (Berg & Lauritzen, 1999; Sinnerbrink et al., 1997; Steel & Silove, 2000). Konsekvensene av stressende livshendelser hevdes av Miller (1997) å være blant de største utfordringene innen feltet mental helse i dag.

I takt med økningen av asylanter utformer mottakerlandene strengere asylpolitikk (Joly, Kelly & Nettleton, 1997). For asylsøkerne kan følgene av den nye politikken innebære forverring av en allerede vanskelig situasjon (Burnett & Peel, 2001; Steel & Silvoe, 2000; Silove & Ekblad, 2002). Silove og Ekblad (2002) argumenterer derfor for at det er viktig å tenke utover kortsiktige mål om immigrasjonskontroll til et mer globalt perspektiv på mental helse.

Få vitenskapelige studier belyser asylsøkere og deres situasjon. Epidemiologisk kunnskap er nødvendig i planlegging og organisering av tjenestetilbud, og for å drive forebyggende arbeid (Nielsen, 1996). Fra flere hold etterlyses derfor mer kunnskap om asylsøkeres mentale helse og helsetjenestebehov (St.melding, 2000:17; Summerfield, 2001; Thonneau et al., 1990).

Fokus i denne studien er rettet mot forekomst av søvnvansker og korrelater til søvnvansker blant voksne asylsøkere og beboere på asylmottak. Barn og enslige mindreårige asylsøkere blir ikke omhandlet. Innledningsvis trekkes empiriske og teoretiske aspekter ved migrasjon og asylsøkere frem. Søvnvansker, deres korrelater, og kartlegging av søvnvansker blir behandlet i egen del av innledningen. Fokus er på gruppenivå, ikke hvordan individuelle forskjeller spiller inn. Terapi og behandling blir heller ikke vektlagt. utfordringer forbundet med krysskulturelle studier belyses.

1.3 Migrasjon

De siste 30 årene har over 70 millioner mennesker verden over forlatt hjemmene sine, hovedsaklig som følge av konflikter, forfølgelse, miljøkatastrofer eller arbeidsmangel. Økningen i dette tidsrommet har vært dramatisk. Fra noe under 3 millioner i 1976, har FNs Høykommissær for Flyktninger (United Nations High Commissioner for Refugees; UNHCR) i dag registrert omtrent 20 millioner flyktninger under sin beskyttelse. I tillegg antar man at det finnes mellom 20-25 millioner internt fordrevne flyktninger i verden (UNHCR, 2002a). De fleste som flykter på grunn av krig og forfølgelse søker tilflukt annet sted i hjemlandet. Av de som migrerer vil en del havne i fattige naboland, mens majoriteten vil reise lenger. I jakten på jobb og et bedre liv kommer mange av disse til vestlige land som asylsøkere.

Både flyktninger og asylsøkere er migranter, men deres status er forskjellig. Når en flyktning kommer til et vertsland har han per definisjon rett på beskyttelse, som følge av fare for forfølgelse i hjemlandet (Dette er i følge flyktningkonvensjonene av 1951, artikkel A (UNHCR, 2002b). En migrant som kommer til et vertsland og søker om status som flyktning, får status som asylsøker. Retten til å søke asyl er nedfelt i Verdenserklæringen om menneskerettighetene fra 1948, artikkel 14.1. (UNHCR, 2002b).

Stadige konflikter og miljøkatastrofer rundt omkring i verden, kombinert med en eksplosiv befolkningsøkning gjør at man antar at antallet flyktninger og asylsøkere bare vil øke i årene som kommer (Desjarlais et al., 1995).

1.4 Flyktninger og mental helse

Studier viser at flyktninger er i risiko for utvikling av mentale lidelser (Lavik, Hauff, Skrondal & Solberg, 1996; Ginsburg, 1994; Carballo, Julio & Zeric, 1998). Psykososiale problemer forekommer hyppigere blant flyktninger enn blant vertslandets befolkning (Miller 1997; Schrier, van de Wetering, Mulder & Selten, 2001; Van Velsen, Gorst-Unsworth & Turner, 1996). Den første studien på flyktninger i Norge ble utført 1957. Her fant man fem ganger større forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger enn blant normalbefolkningen (Eitinger, 1959).

Den økte forekomst av psykososiale problemer og mentale lidelser blant flyktninger forklares ofte i lys av pretraumer og postmigrasjonstressorer (Gorst-Usworth & Goldenberg, 1998; Kivling-Bodén & Sundbom, 2002; Lie, 2002).

Pretraumer er stressende livshendelser før og under reisen.

Postmigrasjonstressorer er stressorer man opplever i vertslandet. Risikofaktorer man kjenner fra samfunnspsykologien i forhold til utvikling og opprettholdelse av mentale lidelser og psykososiale problemer blir viktige i forståelsen av postmigrasjonstressorer. Gorst-Usworth & Goldenberg (1998) utførte en studie på flyktninger fra det tidligere Jugoslavia som var bosatt i Sverige. Dårlig sosial støtte, viste seg å være en bedre prediktor for depresjon enn hva traumefaktorer var. Lavik et al. (1996) fant blant en gruppe flyktninger ved en poliklinikk, at pretraumer og postmigrasjonsstressorer fungerte som uavhengige risikofaktorer for mentale lidelser. Arbeidsledighet og manglende mulighet for utdanning var de viktigste postmigrasjonstressorene.

Kritikere har hevdet at studier på immigranter og flyktninger har hatt for mye fokus på problemer og sårbarhet knyttet til opplevde traumer. På tross av mulige opplevde traumer og andre vansker for disse gruppene, klarer de fleste seg bra (Silove & Ekblad 2002; Thonneau et al., 1990). Funn fra Lie (2002) sin longitudinelle studie over tre år peker likevel på alvoret ved problemer man kan finne i en flyktningpopulasjon. I undersøkelse fant Lie en økning i posttraumatiske stress-symptomer i en gruppe flyktninger bosatt i Norge. Både pretraumer og livet i eksil var her forklarende faktorer. Den økende migrasjonen vi ser globalt utgjør en økende utfordring for vertslandene i forhold til forebygging og ivaretaking av helse for flyktningene. Flyktninger blir slik en risikogruppe som bør få tilbud om offentlige helsetjenester (Williams & Berry, 1991).

1.5 Asylsøkere

1.5.1 Asylsøkerpopulasjonen

Majoriteten av asylsøknader fremlegges i land i Europa, Nord-Amerika og Australasia. I løpet av de siste 20 årene har over ni millioner søkt asyl i disse landene. Det årlige gjennomsnitt av asylsøkere økte med 151 % fra 225 000 i 1980-årene til 564 000 i 90-årene (UNHCR, 2002a). De samme tendensene gjenspeiler seg i Norge. Nærmere 95 000 asylsøkere kom til landet mellom 1991-2002, og nesten halvparten av

disse søknadene kom i løpet av de tre siste årene. Året 2002 var en foreløpig topp med 17 480 asylsøkere. Av de nærmere 18 000 som søkte asyl i Norge i 2002 fikk under to prosent innvilget asyl, mens rundt 15 % fikk opphold på humanitært grunnlag (UDI, 2002b).

To hovedfaktorer vil til en hver tid påvirke sammensetningen av asylsøkerpopulasjonen. Den ene faktoren er forhold i hjemlandet, som konflikt, naturkatastrofer, fattigdom og liknende. Den andre faktoren er asylpolitikken i vertslandet (Lie, 2002). På tross av dette finnes stabile trekk. De fleste asylsøkere kommer fra fattige land og mange har opplevd traumer. Det samme gjelder som nevnt for flyktninger. Silove (2002) påpeker denne likheten. Han begrunner det med at personer ikke forlater familie, eiendeler og levebrød uten at det er sterke grunner til det. Snarere ser det ut til at man venter til siste øyeblikk med å reise i håp om at situasjonen skal bli bedre, selv under alvorlig fare (Silove, 2002).

Det er en vesentlig forskjell mellom flyktninger og asylsøkere. Flyktningene kommer til et nytt, trygt land der de kan starte prosessen med å bygge et nytt liv. Asylsøkerne møter en rekke restriksjoner og usikkerhet med stadig trussel om å bli sendt hjem. Hos asylsøkere finner man nedgang i psykologisk fungering i stedet for den gradvise tilpasning som er vanlig for flyktninger. Silvoe, (2002) hevder mye av forklaringen ligger i restriksjonene asylsøkerne opplever.

1.5.2 Asylpolitikk i Norge og andre vestlige land

Organisasjoner som UNHCR har bidratt til at det eksisterer en internasjonal enighet om rettigheter og behov for mennesker som flykter fra krig. For asylsøkere er det imidlertid større variasjon i hvordan ulike land behandler dem. Silove, Steel & Watters (2000) problematiserer skillet mellom politiske og økonomiske flyktninger (asylsøkere), og at flyktningkonvensjonen kun spesifiserer obligatorisk beskyttelse for førstnevnte. De peker på at det kan være vanskelig å se hva som er flukt fra konflikt, og hva som er migrasjon fra fattigdom og vanskelige livsbetingelser. Problemet ligger i at borgerkrig, konflikter mellom etniske grupper, økonomisk underutvikling og fattigdom er nært knyttet opp mot hverandre. Silove et al. (2000) fokuserer videre på hvordan bevisbyrden i en asylsøknad ligger på asylanten. Denne skal fremme sin sak på tross av språk- og kulturelle barrierer, manglende kunnskap om internasjonal lov og juridiske

prosedyrer. I tillegg kommer det faktum at undertrykkende myndigheter selvsagt ikke dokumenterer planlagte forfølgelser av opposisjonelle.

Som nevnt har økningen av asylsøkere til vestlige land ført til at disse landene har innført strengere asylpolitikk. De nye lover og bestemmelser er gjerne konstruert for å hindre at asylsøkere kommer til landet for å få søkt asyl, for å vanskeliggjøre godkjenning som politisk flyktning, eller for å innskrenke friheten mens asylsøknaden behandles (Joly et al., 1997). Det er eksempelvis innført strengere grensekontroller og hardere straffer for de som tar med seg asylsøkerne (med eller uten viten) over grensen. En mer restriktiv tolkning av flyktningkonvensjonen av 1951, brukes for å begrense antallet personer som får status som politiske flyktninger (Joly et al., 1997). I Australia blir nesten alle som kommer til landet uten gyldig visum plassert i såkalte ”detention camps” (Silove, 2002) I Storbritannia får asylsøkere ikke lenger utbetalt støtte i form av penger, men rasjoneringskort som kun kan brukes i bestemte butikker og på bestemte varer (Burnett & Peel, 2001). En rekke regjeringer i Europa og Nord-Amerika, deriblant Norge, praktiserer også en politikk der asylsøkere blir spredt rundt om i landet, vekk fra de store byene (Joly et al., 1997). Begrunnelsen er at man skal slippe opphopninger og gettoliknende tilstander i storbyene, samt et håp om raskere integrering for de som får innvilget asyl eller opphold på annet grunnlag. Problemer knyttet til denne politikken kan være sosial isolasjon og et dårligere helsetilbud (Silove et al., 2000). To eksempler fra Norge den senere tid er bortfall av tilbud om norskopplæring med samfunnskunnskap for voksne asylsøkere, og produksjon av videofilmer som skulle vise hvor dårlig forholdene på norske asylmottak var.

1.5.3 Mental helse blant asylsøkere

Det finnes som nevnt få systematiske studier på mental helse og helsetilbud for asylsøkere i vestlige land. Studiene som er gjort indikerer, som blant flyktninger, høyere frekvens av opplevde traumer enn man finner i normalbefolkningen (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997; Silove, Steel, McGorry & Mohan, 1998; Thonneau, Gratton & Desrosiers, 1990), og at asylsøkersituasjonen kan bidra til å intensivere eller skape nye lidelser og problemer (Berg & Lauritzen, 1999; Sinnerbrink et al., 1997; Steel & Silove, 2000).

I Silove et al. (1997) sin studie av 40 asylsøkere tilknyttet engelskopplæring for fremmedspråklige i Australia, rapporterte 14 symptomer på posttraumatisk stresslidelse

(PTSD), mens 13 rapporterte symptomer på alvorlig depresjon. Postmigrasjonstressorer ble funnet å være blant annet ensomhet og lang asylsøknadsprosess. Steel, Silove, Bird, McGorry og Mohan (1999), fant at premigrasjonstraumer var knyttet til symptomer på PTSD, angst og depresjon blant tamilske asylsøkere i Australia. Vansker med å få et godt helsetilbud, og frykt for å bli sendt hjem fungerte som uavhengige postmigrasjonstressorer og risikofaktorer for symptomene som ble rapportert. De fleste av de 2099 asylsøkerne som deltok i en kanadisk helseundersøkelse viste tilfresstillende helse, men 18 % rapporterte å ha opplevd traumer (Thonneau et al., 1990). Blacwell, Holden og Tregoning (2002) fant i en kartleggingsundersøkelse på generelle helsebehov blant 397 asylsøkere bosatt i Sunderland og North Tyneside i Storbritannia, at de fleste rapporterte plager var antatt å være relatert til stress, nervøsitet og bekymring.

Bekymring over asylsøkeres manglende helsetilbud ser ut til å være gjennomgående for fagfolk som befatter seg med asylsøkeres mentale helse (Kisley, Stevens, Hart & Douglas, 2002; Roge 2001; Summerfield, 2001). Steel et al. (1999) sin studie indikerer at man bør ta disse bekymringene på alvor.

1.5.4 Asylsøkere i Norge

De fleste som søker asyl i Norge bor på asylmottak under ventetiden. Pr 24. januar 2003 var det 137 mottak spredt rundt i landet (UDI, 2003). Staten har ansvar for etablering og finansiering av asylmottak, mens driften av mottakene skjer kommunalt eller ved humanitære organisasjoner, privatpersoner og private selskap. (UDI, 2003). Tilbudet skal være ”nøkkernt, men forsvarlig” (St.melding nr 17, 200-2001). Hva dette innebærer er lite spesifisert, og det har blitt rettet kritikk mot mottakssystemet for at de statlige kravene er uklare, og at mangelen på konkrete og spesifiserte mål innebærer at det er vanskelig å sikre kvaliteten i mottaksdriften. I tillegg til innkvarteringen, får beboerne i mottak økonomiske bidrag til livsopphold. Det er mulig å ordne egen innkvartering, men dette medfører at man ikke får utbetalt den økonomiske støtten. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for helsetilbudet til asylsøkere som for befolkningen ellers. Asylsøkerer har et avgrenset medlemskap i folketrygden. Dette gjelder generelt sagt fra det tidspunktet asylsøknaden registreres til den er ferdig behandlet.

I 1999 kom rapporten *Mellom håp og lengsel - å leve i asylmottak* ut. Rapporten var laget på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet og UDI (Berg &

Lauritzen, 1999), som tok for seg å levekår og livskvalitet i norske asylmottak. Hovedkonklusjonene i rapporten var at levekårene i asylmottak er en tilleggsbelastning for mennesker som allerede er i en vanskelig situasjon. Lang ventetid, trang økonomi, manglende tilgang på arbeid og utilstrekkelige psykososiale forhold får til dels alvorlige følger for helsen og livskvaliteten til beboerne.

I forhold til helsetilbud rapporterte Berg & Lauritzen (1999) at pengestøtten asylsøkerne mottok var godt under minstegrensen for norske sosialklienter (se nr 17 2000-2001), noe som førte til at legetimer og viktige medisiner ble valgt bort for til fordel for mat. Røge (2001) kaller asylsøkeren ”den forsømte pasient”. I artikkelen kritiserer hun det tilfeldige og varierende helsetilbudet asylsøkerne mottar som følge av et dårlig regelverk.

Et nasjonalt psykososialt senter for flyktninger ble opprettet i Oslo i 1986. tilbudet ble utvidet med tre team andre steder i landet i 1991. Teamenes hovedoppgave er å drive kompetanseheving overfor andrelinjetjenesten i forhold til arbeid med asylsøkere og flyktninger (Statens Helsetilsyn, 1997). I et intervju med Svein Ramung, lederen for det psykososiale teamet på vestlandet, beskriver at de selv opplever at både helsevesenet og psykiatrien skyver ansvaret over på teamet for at de skal drive behandling (Ramung, 2002). Dette gir en pekepinn på hjelpebehovet for denne gruppen, og at intensjonene bak opprettelsen av psykososiale team ikke står i henhold til resultatene, Dette er også tydelig ut fra Røge (2001) sin oppfatning av situasjonen.

Regjeringen har satt i gang tiltak for å redusere ventetiden i mottakene, men flere forhold gjør det vanskelig å få den ned til ønskelig nivå. Dette gjelder blant annet vansker med å finne asylsøkeres identitet, deres rett til å anke ved avslag, og problemer med å finne bosted i kommunene etter at oppholdstillatelse er gitt. For søkere som ankom Norge i 2002 var gjennomsnittelig behandlingstid i UDI på 6 måneder, med stor variasjon avhengig av opprinnelsesland (Hesselberg, 2002). Gjennomsnittstid fra ankomst til et eventuelt endelig avslag via Utlendingsnemnda og effektivering av utreise, finnes det ikke tall på. Det er grunn til å anta at asylsøkere også i tiden fremover vil måtte bo på mottak i måneder og kanskje år før de blir bosatt i kommunene eller sendes ut av landet.

1.5.5 Kunnskap om asylsøkere

Spesielle utfordringer følger med å studere asylsøkere, og dette er antagelig noe av forklaringen på at det finnes så lite kunnskap om denne gruppen. Systematiske utvalg er vanskelig siden asylsøkere ikke er listet på velgerlister, telefonbøker eller andre tilgjengelige registre. På hjemmesidene til Statistisk Sentralbyrå finner man for eksempel kun informasjon om asylsøkere som del av samlebetegnelsen flyktninger. Asylsøkere som har blitt forfulgt av autoriteter tidligere, er forståelig nok forsiktige i forhold til forskere som undersøker bakgrunnen deres. Til slutt er det språk og kulturbarrierer som gjør innsamling av nøyaktig data vanskeligere, særlig dersom utvalget består av informanter fra forskjellige språkgrupper (Silove, Sinnenbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997).

Behovet for kunnskap om den psykiske helsen til asylsøkere og flyktninger er stort (St.melding, 2001). For å møte en gruppe på deres helsebehov, må man vite hva slags gruppe man står over for, hvor behovene ligger, og hva de består av. Epidemiologisk kunnskap om ulike sider ved en befolknings søvnkvalitet er nyttig for å bidra med et helhetlig bilde av befolkningens generelle mentale helse. God kunnskap om prevalens og relaterte risikofaktorer gir hypoteser og modeller som i neste rekke kan brukes i forebyggende arbeid (Nielsen, 1996).

1.6 Søvn

Vedvarende problemer med søvn har en klart ødeleggende effekt på livskvalitet og psykologisk velvære. Vanlige effekter av søvnvansker er irritabilitet, spenninger, hjelpeløshet, prestasjonsangst og generell følelse av dysfori (Morin, 1993). Morin (1993) antar at den vanligste helseklagen etter klager på smerte er klager på søvn, mens Canals, Domenech, Carbajo & Blade (1997) hevder at søvnplager er det vanligste psykologiske helseproblem.

En måte å få kunnskap om en populasjons mentale helse vil være gjennom å belyse ulike sider ved deres søvn. Psykiatriske lidelser, psykososialt stress, ulike medisinske tilstander, nedsatt funksjonsevne som svekket arbeidseffektivitet, hjertekarsykdommer og økt dødelighet har alle vist seg å korrelere med søvnvansker (Ford & Kamerow, 1989). Ford & Kamerow (1989) ser muligheten for å bruke epidemiologisk kunnskap om søvnforstyrrelser som ledd i forebyggende helsearbeid. Ústün et al (1996)

fant i en stor studie i regi av Verdens Helse Organisasjon med deltagelse fra 15 land at søvnvansker fordelte seg ganske jevnt på tvers av kulturer, og at søvnvansker samsvarte med mentale lidelser og somatiske problemer. De konkluderer med at kunnskap om søvnvansker og hvordan behandle disse ser ut til å være nyttig i primærhelsetjenesten, og vil kunne bidra til å redusere lidelse både nasjonalt og globalt.

1.7 Søvn og søvnforstyrrelser

Insomni er det vanlige begrepet å bruke om søvnvansker. Insomni er i hovedsak problemer knyttet til innsovning, til å opprettholde søvnen og/eller i forhold til søvnens kvalitet. Symptomene føres gjerne over på dagtid i form av problemer som nedsatt sosial eller arbeidsmessig fungering og/eller misnøye/bekymring. Det finnes en rekke ulike former for insomni. En enkel måte å dele dem opp på er ved å kategorisere etter antatt etiologi (American Psychiatric Association, 1994). Ved sekundær insomni antar man at etiologien er annen mental lidelse, bruk av substanser eller en medisinsk tilstand. Primær insomni innebærer ikke slike antagelser. Insomni kan altså være sekundært som symptom til annen lidelse, og det kan opptre alene som diagnose. I tillegg kan insomni være en del av symptomklusteret til en diagnose og insomni kan være komorbid med annen lidelse (Harvey, 2001).

Den allsidige bruk av begrepet insomni gjenspeiler seg i prevalensstudier. Resultatene spriker fra 2 % til 48 % (Pallesen et al., 2001). Dette gjør sammenlikning mellom studier vanskelig. Mellinger, Mitchell, Balter Eberhard & Uhlenhuth (1985) fant i en stor studie på den amerikanske populasjonen at 35 % rapporterte insomni. En studie av insomni (basert på inklusjonskriteriene i Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4.reviderte utg.; DSM-IV) blant den voksne, norske populasjon indikerte en prevalens på 11,7 % (Pallesen et al., 2001).

På tvers av store forskjeller i prevalenstall på søvnproblemer viser forskning konsistente funn. Kvinner sover dårligere enn menn, og søvnproblemer øker med alder. I tillegg er dårlig søvn knyttet til emosjonell og somatisk belastning og til lav sosioøkonomisk status. (Morin, 1993; Pallesen et al. 2001).

Det er ikke gjort systematiske studier på flyktninger eller asylsøkeres søvn, og det er derfor vanskelig å tallfeste omfanget av søvnproblemer i disse gruppene. De få studiene som eksisterer tar typisk for seg søvnproblemer knyttet direkte til PTSD og flyktingers krigstraumer (Cernovsky, 1990), og hovedfokus er gjerne på barn

(Montgomery & Foldsprang, 2001). Erfaringer fra helsepersonell og forskere som er i kontakt med asylsøkere tilsier at søvnproblemer er regelen snarere enn unntaket for denne gruppen (Burnett & Peel, 2001; Summerfield, 2001).

1.8 Komorbiditet

Insomni knyttet til psykiske lidelser er den vanligste formen for insomni (Ford & Kamerow, 1989), og personer med søvnforstyrrelser har større sannsynlighet for å ha andre typer psykologiske problemer enn de som ikke klager over søvn (Mellinger et. al 1985). Stress, angst og depresjon er viktige faktorer knyttet til søvnklager (Karacan, 1983). En modell på det naturlige forløp til insomni, er angst som utløses av stressende livshendelser som resulterer i insomni og på sikt depresjon (Ware & Morin, 1997). I denne modellen ser vi også hvordan insomni kan skifte mellom å være symptom og diagnose. Søvnens sammenheng med psykiske lidelser gjenspeiles også i at insomni er et av de diagnostiske kriteriene for affektive lidelser som alvorlig depressiv lidelse og dystymi og for ulike angstlidelser som akutt stresslidelse, PTSD og generalisert angstlidelse (American Psychiatric Association, 1994). Somatiske symptomer er også sterkt forbundet med søvn og kan forårsake insomni (Morin, 1993).

1.8.1 Angstlidelser

Ford et al. (1989) fant i sin store epidemiologiske studie at angstlidelser var de vanligste psykiatriske lidelsene hos pasienter med søvnklager. Som regel antar man at det er angst som gjør at det vanskelig å sovne. (Ware & Morin, 1997). Søvnforstyrrelser ved PTSD har blitt karakterisert som et kardinaltrekk ved diagnosen, særlig mareritt (Ross, Ball, Sullivan & Carott, 1989). Det er vanlig å anta at hyperaktivering henger sammen med og/eller fører til søvnvansker hos personer med PTSD. Krakow et al. (2001) hevder at forholdet mellom PTSD og søvn er mer komplisert. De mener man må trekke inn kunnskap om søvnlidelser med somatisk etiologi for å forstå søvnens rolle i PTSD. I studien fant de sammenheng mellom somatiske plager som nattlig urolighet, snorking og pusteproblemer samt posttraumatiske stress-symptomer. Med bakgrunn i funnene argumenterer de for at man ved søvnklager forbundet med PTSD ikke bare bør utrede om mareritt, men også om snorking og kroppslig urolighet. De hevder også at man kan redusere de posttraumatiske stress-symptomene ved å redusere de somatiske tilstandene knyttet til søvnplagene.

1.8.2 Affektive lidelser

Av psykiatriske lidelser er det depresjon som oftest fører til kronisk insomni. Deprimerte kan ha problemer med å sovne, men det vanligste er at de viser problemer med å opprettholde søvnen i form av multiple oppvåkninger og tidlig (prematuro) endelig oppvåkning (Moorcroft, 1993). Lustberg og Reynolds (2000) summerer i en oversiktsartikkel over depresjon og insomni at insomni kan være et tidlig tegn på alvorlig depressiv lidelse. I tillegg finner de bevis for at søvnproblemene ofte opprettholdes etter at den depressive episoden er over. Vedvarende insomni knyttet til en depresjon øker også sjansen for at den depressive lidelsen opprettholdes (Lustberg & Reynolds, 2000)

1.8.3 Somatisering

Akutt og kronisk somatisk sykdom kan føre til søvnforstyrrelser. Disse kan komme som resultat av de underliggende symptomene, eller som følge av medikamentene eller andre tiltak for å lindre smerten. Omtrent enhver tilstand som gir smerte eller fysisk ubehag kan føre til insomni. Forstyrret søvn er ofte den første effekten av akutt smerte, og er en av de mest hemmende konsekvenser ved kronisk smerte (Morin, 1993). Søvndeprivasjon kan føre til økt smertesensitivitet. Dette kan sammenheng med det økte nivå av smerter og fysiske plager som klinisk engstelige og deprimerte pasienter rapporterer (Ware & Morin, 1997). En hypotese på insomni er at den stammer fra somatiserte spenninger og angst som frigjøres i fysiologiske kanaler (Morin, 1993).

1.9 Kartlegging av søvn

Den objektive gullstandard for søvnmåling er polisomnigrafi, der man måler søvn ved elektroencefalogram (EEG), elektrookkulogram (EOG) og elektromyogram (EMG). Instrumentene måler henholdsvis hjerneaktivitet, øyebevegelser og muskelaktivitet. Et annet objektivt mål på søvn er ved aktigrafi, som måler kroppslig bevegelse i løpet av natten. Objektive søvnmål sier noe om hvordan en person sover ut fra definerte standarder på hva søvn er. Dette gjelder for blant annet søvnlatens, antall oppvåkninger i løpet av natten, når siste oppvåkning skjer, prosentvis effektiv søvn og øyebevegelser.

Det finnes også en rekke subjektive søvnmål, der søvndagbøker og ulike selvutfyllingsskjemaer er det vanlige. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et

al., 1989) er et av de mest brukte og standardiserte kartleggingsmålene for subjektiv søvnkvalitet. PSQI har blitt brukt både på normalpopulasjoner (Buysse et al., 1989; Doi et al., 2001; Zeitlhofer et al., 2000) samt en rekke pasientgrupper med somatiske (Carpenter & Andrykowski, 1998) og psykiske helseproblem (Buysse et al., 1989; Doi et al., 2000; Lemke, Puhl, & Broderick, 1999), deriblant PTSD pasienter. Backhaus et al. (2002) fremhever PSQI sin nytteverdi som spørreskjema for å kartlegge søvnforstyrrelser på førstelinjenivå.

Det er svakheter ved både objektiv og subjektiv måling av søvn, og for å få et fullgodt bilde av søvnproblemenes karakter er det nødvendig med både subjektive og objektive mål, samt klinisk intervju. Bruk av elektronisk utstyr og søvnlaboratorier er ofte dyrt og medfører ulemper i forhold til tilgjengelighet. Objektive søvnmål vil heller ikke kunne definere personens opplevde søvnkvalitet, selv om målene vil kunne korrelere (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989). Subjektive søvnmål kan knyttes nærmere opp til søvnkvalitet. Et problem knyttet til subjektiv rapportering av søvn er ofte en systematisk underrapportering av søvnlengde hos personer med depresjon, angstlidelser og primær insomni (Morin, 1993). Subjektive søvnmål blir altså mindre nøyaktige enn objektive i forhold til for eksempel hvor mange timer en person egentlig sover. Til gjengjeld vil subjektive søvnmål uttrykke bedre hvordan personen selv opplever sin egen søvn. Som alle andre erfaringer vil vår opplevelse av søvn være farget av blant annet vår kulturelle bakgrunn.

1.10 Kulturell validitet som utfordring i studie på asylsøkere

Kultur utgjør en viktig kontekst for alle affektive opplevelser (Bashiri & Spielvogel, 1999). For eksempel vil depressiv lidelse og dysfori ofte arte seg og tolkes forskjellig i vestlige- og ikke-vestlige kulturer. Den samme belastningen som ofte beskrives i depresjonssymptomer i vestlige land, uttrykkes gjerne i form av somatiske klager i ikke-vestlige land (Bashiri & Spielvogel, 1999). Stamm og Friedman (2000) viser til at ulike kulturer uttrykker symptomer på ekstremt stress forskjellig, ved at det vil være mer innslag av somatisering enn angst hos mennesker fra såkalte tradisjonelle kulturer. De peker videre på indikasjoner på at PTSD kan være en risikofaktor for somatisk sykdom. Disse faktorene bidrar til at fysiske symptomer ofte er en viktig komponent av belastningen etter opplevde traumer i tradisjonelle kulturer. De foreslår videre at såkalt kompleks-PTSD (K-PTSD) beskriver traumeopplevelsen deres bedre (Stamm

& Friedman 2000). K-PTSD ble først foreslått som diagnose av Herman (1992), og var ment å gjelde for personer som har opplevd varige stressorer som for eksempel fangenskap og undertrykking. I diagnosen tar en høyde for en del av det særegne symptombildet man kan finne blant flyktninger og asylsøkere. Summerfield (2001) skriver i en redaksjonell kommentar om asylsøkerers og flyktningers mentale helse i Storbritannia, at den lille kunnskapen man har om disse gruppens mentale helse ofte stammer fra allmennleger. Legene forteller at problemene gjerne presenteres i somatisk språkdrakt, det vil si som ikke-spesifikke kroppslige smerter, hodepine, svimmelhet og svakhet.

De fleste psykometriske instrumenter er utviklet i vestlige kulturer og hovedsakelig brukt i populasjoner fra vestlige kulturer. Når disse instrumentene benyttes i studier på ikke-vestlige populasjoner, reises spørsmål om kulturell validitet. Quintana, Troyano & Taylor (2001) mener vi bør se på kulturell validitet som en underkategori av begrepsvaliditet. Kulturell validitet blir dermed sentralt i et krysskulturelt forskningsprosjekt.

Oversetting og tilrettelegging av instrumenter for bruk i andre populasjoner innebærer en rekke utfordringer. Begrepet kulturell validitet er en påminnelse om at et psykometrisk instrument ikke har valide egenskaper i seg selv. Instrumentets validitet må ses i lys av det spesifikke utvalget og konteksten det er brukt i (Quintana, Troyano & Taylor, 2001). Kulturell validitet blir et uttrykk for om et konsept eller begrep betyr det samme i de ulike kulturelle kontekster det måles (Kleinman, 1995). Når et instrument oversettes til bruk på et utvalg med annet språk og kulturell bakgrunn er det flere faktorer som spiller inn for hvorvidt instrumentet vil være kulturelt valid i forhold til det nye utvalget. Språket må være semantisk likt (ikke kun leksikalsk) for å sikre at informanten forstår hva det blir spurt om i forhold til begreper og meningsinnhold. Man må ta høyde for at holdninger til selvrapporing vil kunne variere på tvers av kulturer. I tillegg vil det kunne være forskjeller i hvordan man forholder seg til bruk av skalaer (Quintana, Troyano & Taylor, 2001).

1.11 Oppsummering

Det har vært en sterk økning av asylsøkere til Norge og andre vestlige land i løpet av de siste 20 årene. Studier indikerer at mange asylsøkere har vært utsatt for traumatiske opplevelser før ankomst til vertslandet, og at en rekke faktorer knyttet til livet i eksil

både kan forsterke eksisterende belastningssymptomer, samt fungere som uavhengige stressfaktorer. Streng asylpolitikk ser ut til å kunne bidra til forverring av asylsøkeres livssituasjon. Få systematiske studier er gjort på asylsøkere og man vet lite om deres mentale helse og helsebehov. Mer epidemiologisk kunnskap om denne gruppen trengs for å kunne planlegge og sette i gang effektive forebyggende helsetiltak.

Søvn spiller en viktig rolle for menneskelig trivsel og velvære, og ved stress og belastning blir gjerne søvnen raskt rammet. Søvnproblemer knyttes også til en rekke somatiske tilstander og psykiske lidelser som kroniske smerter, angst- og affektive lidelser. Informasjon om søvnvansker og deres korrelater vil kunne gi et nyttig bidrag til kunnskap om psykisk helse i en asylsøkerpopulasjon.

En krysskulturell studie krever at man er oppmerksom på hvordan forskjellige kulturer opplever og presenterer ulike former for belastning og stress i utforming av et testbatteri. Populasjoner fra ikke-vestlige kulturer presenterer ofte symptomer i somatisk språkdrakt. Det synes derfor rimelig å inkludere mål på somatisering i tillegg til de tradisjonelle mål på angst og depresjon.

1.12 Formål og hypoteser

Formålet med denne studien er å få mer kunnskap om mental helse blant asylsøkere og beboere på asylmottak målt gjennom subjektiv søvnkvalitet og korrelater til søvnvansker.

Følgende hypoteser fremsettes:

Det er høy prevalens av søvnproblemer blant asylsøkere og beboere på asylmottak

Det forventes en høy sammenheng mellom rapporterte søvnplager og andre symptom mål på stress og belastning

2 METODE

2.1 Utvalg

Utvalget bestod av 137 personer, 101 var menn og 29 var kvinner (7 ubesvart). Gjennomsnittsalder var henholdsvis 33 år (SD = 8.17) og 36 år (SD = 9.77). Aldersforskjellen mellom kjønnene nærmet seg signifikant ($t = -1.89$, $df = 128$, $p = .06$). 128 av informantene var (n = 94) eller hadde vært (n = 34) asylsøkere, fire var overføringsflyktninger og fem svarte ikke på spørsmål om flyktningstatus. 50 % av informantene hadde vært i Norge mellom seks måneder og et år (kortest tid, to måneder/lengst tid, fire år).

Kriterier for deltagelse var at man hadde fylt 18 år og bodde på asylmottak og/eller var asylsøker. Totalt 146 skjemaer ble samlet inn (svarprosent omtrent 40 %). Ni av disse ble fjernet fordi personene ikke fylte kriteriene for deltagelse, eller på grunn av manglende data. 120 av deltagerne bodde fordelt på de åtte mottakene representert i undersøkelsen. Mottakene var lokalisert i Hordaland (Arna, Bulken, Vestlandsheimen, Sørfjordheimen, Heiane), Rogaland (Skude, Dale) og Sogn og Fjordane (Solbakken). 13 personer rapporterte annen form for husvære, og fire personer hadde ikke svart på dette spørsmål. Nærmere 40 etniske grupper fra 32 nasjoner var representert. De største gruppene kom fra Tsjetsjenia (26), Somalia (12), Russland (10), Iran (9), Irak (9), Bosnia (5), Ukraina (4) og Algeri (4).

2.2 Instrumenter

2.2.1 Demografisk spørreskjema

Det demografiske spørreskjemaet bestod av 19 spørsmål, der deltagerne svarte på spørsmål om blant annet kjønn, alder, opprinnelig hjemland, lengden på opphold i Norge, og hvilken flyktningstatus man hadde. Spørreskjemaet baserte seg på et anamneseintervju for helsepersonell i andrelinjetjenesten som arbeider med flyktninger. Skjemaet var utarbeidet ved Psykososialt senter for flyktninger, Universitet i Oslo (Jareg, 2000).

2.2.2 Mål på subjektiv søvnkvalitet

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1988) var et selvrapporteringsinstrument som målte ulike aspekter ved søvn i løpet av den siste måneden. Instrumentet bestod av 19 individuelle deler som dannet syv komponenter. Disse komponentene var subjektiv søvnkvalitet, søvnlatens (tid før søvn inntreffer), søvnvarighet (hvor mange timer man sover), søvneffektivitet (hvor lenge man sover i forhold til hvor lenge man ligger i sengen), bruk av sovemedisin, søvnforstyrrelser (om man har problemer med å sove gjennom hele natten på grunn av mareritt, vansker med å puste ordentlig eller liknende) og nedsatt daglig fungering. Summen av komponentskårene ga en global skåre (PSQI global) fra 0-21, der økende skåre indikererte økende problemer knyttet til søvn. Cut-off skåre fem på den globale skalaen ble brukt for å skille personer som sov godt fra de som sov dårlig. Skåre på fem eller over indikerte alvorlige problemer knyttet til minst to områder eller moderate vansker knyttet til tre områder (Buysse et al., 1988). PSQI har vist seg å ha gode psykometriske egenskaper i klinisk bruk (Backhaus, Junghanns, Broocks, Riemann & Hohagen, 2002; Buysse et al., 1988; Carprenter & Andrykowski, 1998), er oversatt til flere språk (Doi et al., 2001; Zeitlhofer et al., 2000), og er brukt som screeninginstrument for søvnvansker i befolkningen (Doi et al., 2001; Zeitlhofer et al., 2000).

Kun 40 % av besvarelsene for PSQI var fullstendige. I et av instrumentets spørsmål ble man bedt om å legge til informasjon utover de faste svarkategoriene, og eventuelt benevne intensiteten i henhold til den gitte skalaen fra null til tre. Ubesvart på dette spørsmål skulle kodes som null i henhold til Buysse et al. (1989). Mange i utvalget ga tilleggsinformasjon uten å gradere intensiteten av denne, og dette plasserte svarene i en mellomkategori. De var ikke korrekt besvart, men heller ikke ubesvart. Å gi verdien 0 for å ha bidratt med skriftlig informasjon uten å tallfeste denne, ville ha økt svarprosenten, men redusert målets nøyaktighet. Det ble besluttet å skåre nevnte tilfeller som ubesvart.

For PSQI er det ikke beskrevet andre prosedyrer for manglende data (uotver leddet beskrevet ovenfor) enn å fjerne ufullstendige besvarelser fra utvalget (Carpenter & Andrykowski, 1998). Da denne metoden ville ført til eksklusjon for mange i dette utvalget, ble manglende data i stedet erstattet med individuelle gjennomsnittskårer på

komponent- og globalskårenivå. Nedre grense for å bli inkludert var at minst 50 % av leddene som utgjorde hver enkelt komponent var besvart. Videre måtte man ha skåre på minst fire av de syv komponentene for å bli inkludert i beregning av globalskåre. Denne tilnærming førte til globalskårer for 94 % av utvalget.

2.2.3 Mål på posttraumatiske stress-symptomer

Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (Penn Inventory; Hammarberg, 1992) var et selvrappoteringsinstrument som måler alvorlighetsgrad av symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD) i løpet av den siste uken. Instrumentets 26 ledd besto alle av fire utsagn som målte hvorvidt et PTSD symptom var til stede, samt eventuell grad, frekvens og intensitet. Ut fra hvert av de 26 leddene fikk man en individuell skåre på en skala fra 0-78, der økende skåre indikerte økende problemer knyttet til traumer. Cut-off skåre på 35 kan brukes for diagnostisering (Hammarberg, 1992). Penn Inventory var basert på DSM-III og DSM-III-R kriteria for PTSD og inkluderte de tre symptomgruppene intrusjon, unngåelse og hyperaktivering. Penn Inventory har vist seg å være et godt screeninginstrument for generell mental helsetilstand etter traumer (Creamer & Chaffer, 1995; Scragg, Grey, Lee, Young & Turner, 2001).

Samme prosedyre ble benyttet for beregning av sumskårer for Penn Inventory som beskrevet for PSQI. Minimum 13 av de 26 leddene måtte være besvart for å ikke bli ekskludert. Dette førte til at 91 % av utvalget ble representert ved sumskårer for Penn Inventory.

2.3.4 Mål på symptomer for angst, depresjon og somatisering

Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977) var et selvrappoteringsinstrument som kartla psykologiske symptomer i løpet av de siste syv dager. Instrumentet bestod av ni skalaer som mål på primærsymptomer og 3 globale indikasjoner på belastning. I denne studien ble symptomskalaene angst, depresjon og somatisering benyttet, og de bestod av henholdsvis 10, 13, og 12 ledd. Hvert ledd ble skåret på en 5-punkts belastningsskala fra 0 "ikke i det hele tatt" til 4 "veldig mye". Flere studier har konkludert med at SCL-90-R viser tilfredsstillende reliabilitet og validitet (Derogatis, 1992), og det er utviklet normative norske data for instrumentet (Vassend, Lian & Andersen, 1992).

Beregning av råskårer og hvordan forholde seg til manglende data for symptomskalaene i SCL-90-R, ble utført i henhold til Derogatis (1983) sin manual. Leddene for den enkelte symptomskala ble summert og deretter dividert på antall besvarte ledd. Råskåre for symptomskalaene ble dermed beregnet for 82 % av utvalget, mens 84 % av utvalget ble beregnet for symptomskalaen depresjon. Testbatteriet i norsk versjon er gjengitt i helhet i Appendiks A.

2.3 Prosedyre

Testbatteriet ble oversatt til 10 språk. Den norske og engelske versjonen ble oversatt av prosjektgruppen. Standard prosedyre for tilbakeoversetting ble benyttet. Testbatteriene på samtlige andre språk ble oversatt fra norsk. Tilbakeoversetting ble her ikke benyttet av tidsmessige årsaker, og grunnet vansker med å skaffe nok kyndige personer for hver språkgruppe. Den persiske (farsi) versjonen ble oversatt ved Psykososialt senter for Flyktninger; avdeling Vest. Tolketjenesten i Bergen stod for oversettelse til arabisk, russisk, somali, serbisk/kroatisk/bosnisk, kurdisk (sorani), tamil og fransk.

Rekruttering til undersøkelsen var opprinnelig tenkt å foregå kun via asylmottak. Arna statlige asylmottak var det første som ble kontaktet. På mottaket bodde 85 personer (20 kvinner og 65 menn) i målgruppen. Det ble gjort avtale med mottaksleder om å lage en informasjonsplakat på de aktuelle språkene som så skulle henges på en felles informasjonstavle. Informasjonsplakaten er gjengitt i sin norske versjon i Appendiks B. Mottaksleder gikk også aktivt ut og oppfordret beboerne til å delta i prosjektet. Ved denne fremgangsmåten meldte to stykker sin interesse. Den lave oppslutningen førte til endring i fremgangsmåte. Et nytt informasjonsskriv ble laget, og mottaksleder fortalte ut fra dette om prosjektet på et allmøte. Se Appendiks C. Denne gang var interessen større, omtrent 25 (20 menn og 5 kvinner) personer møtte opp og sa seg interesserte i å delta. Testbatterier ble sendt til mottaket for distribuering og utfylling. Kun 6 personer (7 %) endte opp med å delta ved Arna asylmottakmottak.

Strategien med å bruke mottak var både tid- og ressurskrevende, og den ga lav oppslutning. Det ble derfor besluttet å benytte flere tilnærminger for rekruttering av forsøkspersoner. En fellesnevner var at det ble tatt kontakt med personer som på en eller annen måte jobbet med den aktuelle gruppen. Folk med denne typen arbeid fant vi i tillegg til asylmottak på norskopplæringscenter og helsestasjoner. Noen ganger ble relasjonen etablert ved personlig oppmøte på arbeidsplassen (for eksempel Florø

norsksenter, Breistein asylmottak og Helsetjenesten for flyktninger i Bergen Kommune). I andre tilfeller forble kontakten telefonisk (for eksempel Dale- og Solbakken voksenopplæringscenter). Alle fikk det reviderte informasjonsskrivet som beskrev prosjektet nærmere. Kontaktpersonene formidlet videre informasjon om prosjektet til aktuelle informanter og delte ut og tok i mot ferdig utfylte testbatterier. Norskopplæringscentrene rapporterte generelt høyere svarprosent enn både mottak og helsestasjonen (fra mellom 50 % – 100 % for førstnevnte og 7 % – 33 % for sistnevnte), og det er fra skolene de fleste i utvalget er rekruttert ($n = 111$). Den totale svarprosenten utgjorde som nevnt omtrent 40 %.

For å kunne sammenlikne søvnkvaliteten til asylsøkerutvalget med et utvalg fra den norske befolkning, ble PSQI distribuert til en gruppe grunnfagsstudenter i psykologi ved Universitetet i Bergen. Studentene ble oppfordret til å delta i en studie på søvnkvalitet under en forelesningstime. Søvninstrumentet ble distribuert og samlet inn ved timens slutt. Det norske utvalget bestod av 319 personer. Dette ga en svarprosent på 56 %. På grunn av manglende data ble 17 personer ekskludert. Av det resterende utvalget ($N = 302$), var 65 menn og 237 kvinner. Aldersgjennomsnittet var 22 år ($SD = 2.89$) for menn og 22 år ($SD = 3.89$) for kvinner.

2.4 Statistikk

Indre konsistens for skalaene ble beregnet med Cronbach's alpha for både asylsøkerutvalget og det norske kontrollutvalget. Det er anbefalt at selvrappingsskalaer bør ha en Cronbach's koeffisient alpha på minst .6 og minst .8 dersom det brukes som screeninginstrument (Nunnally & Bernstein, 1994). Pearson produktmoment korrelasjoner for de to utvalgenes PSQI skårer ble beregnet for ytterligere kontroll av instrumentets homogenitet. Gjennomsnitt og standardavvik ble beregnet for de to utvalgene for deskriptive mål. Enveis variansanalyse (ANOVA) ble beregnet for å måle gruppeforskjeller på PSQI globalskåre. Enkle lineære regresjonsanalyser ble benyttet for å måle demografiske og psykometriske variablers bidrag til forklart varians på PSQI globalskåre. Variablene som ble funnet å ha prediktiv verdi på PSQI globalskåre ble deretter beregnet i en multippel lineær regresjonsanalyse. ANOVA og regresjonsanalysene ble kun utregnet for asylsøkerutvalget. Samvariasjon mellom søvnmål og de andre symptommålene for asylsøkerutvalget ble analysert ved Pearsons korrelasjonsanalyse. I tillegg til signifikanstesting for kontrastene mellom

asylsøkerutvalget og andre grupper, ble effektstørrelser (ES) regnet ut. Dette var for å utforske forskjellens størrelse (Wilkinson & Task Force on Statistical Inference, 1999). ES ble basert på skårer fra utvalget minus skåren fra kontrastgruppen, delt på de to gruppernes vektete standardavvik. $ES = 1$ indikerte at skårene fra utvalget var ett standardavvik høyere enn kontrastgruppens. Negativ ES ville indikere at utvalget hadde skåret lavere enn kontrastgruppen.

3 RESULTATER

3.1 Reliabilitetsanalyser

For asylsøkerutvalget viste de 18 leddene i PSQI, en alpha på .82 (n = 50). Som mål på globalskåren (summen av de syv komponentene), ble alphaverdien for asylsøkerutvalgets komponentskårer utregnet, $\alpha = .85$ (n = 91). I tråd med Carpenter & Andrykowski, (1998) ble kun én komponentskåre; komponent 5, søvnforstyrrelser beregnet for indre konsistens på grunn av det lave antall ledd i de resterende komponentskårene (kun et eller to ledd). Asylsøkerutvalgets alphaverdi for søvnforstyrrelser var .83 (n = 68).

Samme beregninger for det norske utvalget ga α på .72 på de 18 PSQI leddene, α på .73 for målet på globalskåren og $\alpha = .61$ for komponent 5 (N = 302).

Tabell 1

Interkorrelasjoner mellom PSQI global- og –komponentskårer for asylsøkerutvalget

| PSQI | Subjektiv Søvnkvalitet | Søvnlatens | Søvnvarighet | Søvn effektivitet | Søvnforstyr- relser | Bruk av sovmedisin | Nedsatt daglig fungering |
|--------|---------------------------|-------------|--------------|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | -- | | | | | | |
| 2 | .64** (125) | -- | | | | | |
| 3 | .46** (115) | .47** (122) | -- | | | | |
| 4 | .37** (104) | .38** (110) | .60** (111) | -- | | | |
| 5 | .55** (118) | .58** (122) | .45** (111) | .29* (101) | -- | | |
| 6 | .43** (114) | .37** (115) | .33* (104) | .16 (96) | .45** (109) | -- | |
| 7 | .77** (127) | .57** (126) | .45** (115) | .29* (104) | .54** (119) | .87** (115) | -- |
| Global | .79** (125) | .75** (129) | .74** (117) | .64** (107) | .71** (122) | .72** (115) | .86** (126) |

Tallene i parentes er antall personer med i korrelasjonsanalysen.

PSQI global er summen av de syv komponentskårene

* $p < .01$. ** $p < .001$.

Korrelasjonene mellom global- og komponentskårene for asylsøkerutvalget var generelt høye. Lavest var vanlig søvn effektivitet ($p = .64$), og høyest var nedsatt daglig fungering ($p = .86$). Som det fremgår av Tabell 1, viste alle komponentskårene for asylsøkerutvalget en signifikant korrelasjon med PSQI globalskåren ($p < .001$).

Beregning av alphaverdier for de andre instrumentene i asylsøkerutvalget ga .94 (n = 62) for Penn Inventory, mens for SCL-90-R symptomskala angst, depresjon og somatisering var α henholdsvis .94 (n = 96), .91 (n = 86) og .92 (n = 90).

3.2 Generelle funn

Tabell 2

Asylsøkerutvalgets gjennomsnittskårer (SD) for PSQI global- og komponent, Penn Inventory, SCL-90-R symptomskala angst, depresjon og somatisering

| Instrument | Asylsøkere/beboere på asylmottak | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>(SD)</i> | <i>n</i> |
| PSQI | | | |
| Subjektiv søvnkvalitet | 1.87 | (0.88) | 127 |
| Søvnlatens | 2.19 | (0.90) | 134 |
| Søvnvarighet | 1.48 | (1.18) | 124 |
| Søvn effektivitet | 1.04 | (1.22) | 111 |
| Søvnforstyrrelser | 2.02 | (0.78) | 122 |
| Bruk av sovemedisin | 0.89 | (1.28) | 115 |
| Nedsatt daglig fungering | 1.63 | (0.91) | 128 |
| Globalskåre | 11.29 | (5.32) | 129 |
| Penn Inventory | | | |
| Sumskåre | 35.11 | (16.21) | 124 |
| SCL-90-R symptomskala | | | |
| Angst | 1.56 | (1.12) | 113 |
| Depresjon | 1.57 | (1.02) | 114 |
| Somatisering | 1.27 | (0.98) | 113 |

Asylsøkerutvalgets gjennomsnitt og standardavvik (SD) for PSQI komponent- og -globalskårer, Penn Inventory sumskåre, SCL-90-R symptomskala angst, depresjon og somatisering er gjengitt i Tabell 2. Gjennomsnitt (SD) for den globale PSQI skalaen for asylsøkerutvalget var 11.29 (5.33). Bare 16 av 129 personer (12 %) hadde globalskårer på fem eller mindre (cut-off for god søvn).

Gjennomsnittskåren for Penn Inventory var 35.11 (16.21). Av asylsøkerutvalget hadde 52 % ($n = 124$) gjennomsnittskårer under 35 (cut-off skåre for indikasjoner på PTSD diagnose). Det var ikke signifikant forskjell i svartendens mellom kjønnene for Penn Inventory. Gjennomsnittsårer (SD) for symptomskalaene på SCL-90-R var angst 1.56 (1.12), depresjon 1.57 (1.02) og somatisering 1.27 (.98). Kvinnene i utvalget skåret signifikant høyere på somatisering ($p < .05$) enn mennene, men det var ikke signifikant forskjell mellom kjønnene for symptomskalaene angst og depresjon.

3.2.1 Prediktorer for dårlig søvn

Enveis variansanalyser (ANOVA) viste ingen forskjell i PSQI globalskårer mellom de åtte største etniske gruppene i asylsøkerutvalget ($F = 1.05$, $df = 8$, $p = .41$). Enkle lineære regresjonsanalyser på demografiske variabler viste at økt alder ($\beta = .21$, $p < .05$) og bolig annet sted enn asylmottak ($\beta = .19$, $p < .05$), predikerte PSQI globalskåre. bolig annet sted enn asylmottak var definert som egne botiltak, hos familie, hospits eller liknende og annet. Kjønn, hvorvidt man hadde vokst opp med foreldrene, utdanning, lengde på opphold i Norge, hvorvidt man hadde fått en form for oppholdsgaranti, og religiøs overbevisning (kristen eller muslim) ble ikke funnet å predikere PSQI globalskåre for asylsøkerutvalget. Se Tabell 3 for oversikt.

Enkle lineære regresjonsanalyser med gjennomsnittskårer for symptommålene som prediktorer for PSQI globalskåre ga følgende standardiserte koeffisientverdier: Penn Inventory .59, SCL-90-R angst .48, SCL-90-R depresjon .48 og SCL-90-R .43. alle verdiene viste signifikansnivå på $p < .001$.

De signifikante prediktorene for PSQI global ble brukt i en multippel regresjonsanalyse. Modellen ga forklart varians på 45 %. Som det fremgår av Tabell 3, var det i denne modellen bare alder ($\beta = .22$, $p < .01$) og Penn Inventory sumskåre ($\beta = .47$, $p < .001$) som bidro alene med signifikant betydning av forklart varians på PSQI global for asylsøkerutvalget.

3.2.2 Mål på søvn korrelert med andre symptom mål

Asylsøkerutvaglets skårer på PSQI global korrelerte signifikant med alle fire symptommålene ($p < .001$). Korrelasjonene med PSQI global var fra lavest til høyest: somatisering (.42), angst og depresjon (.49) og Penn Inventory (.59). Enveis variansanalyse (ANOVA) viste at personene i utvalget som sov godt i henhold til PSQI (skåret under fem på PSQI globalskåre) også hadde signifikant lavere verdier på Penn Inventory ($F = 18.86$, $df = 1$, $p < .001$) og SCL-90-R angst ($F = 13.15$, $df = 1$, $p = .001$), depresjon ($F = 11.07$, $df = 10.66$, $p = .001$) og somatisering ($F = 9.91$, $df = 1$, $p < .01$).

Tabell 3

Enkel og multippel lineær regresjonsanalyse prediktorer for sumskåren PSQI global.

| Prediktor | <i>B</i> | <i>SEB</i> | β |
|----------------------------|----------|------------|---------|
| Enkel lineær regresjon | | | |
| Kjønn | 1.02 | 1.12 | .08 |
| Alder | 0.13 | 0.50 | .21* |
| Vokst opp med foreldre | 1.90 | 1.68 | .10 |
| Bor på asylmottak | 3.60 | 1.67 | .19* |
| Sivilstatus | 1.22 | 0.97 | .11 |
| Utdanning | -0.62 | 0.39 | -.14 |
| Lengde på opphold i Norge | 0.35 | 0.30 | .11 |
| Opphold innvilget | 0.70 | 1.22 | .05 |
| Religiøs tilknytning | 0.80 | 1.00 | .08 |
| Penn Inventory sumskåre | 0.20 | 0.03 | .59*** |
| Angst (SCL-90-R) | 2.32 | 0.40 | .48*** |
| Depresjon (SCL-90-R) | 2.51 | 0.44 | .48*** |
| Somatisering (SCL-90-R) | 2.35 | 0.42 | .43*** |
| Multippel lineær regresjon | | | |
| Alder | 0.14 | 0.05 | .22** |
| Bor på asylmottak | 0.69 | 1.47 | .04 |
| Penn Inventory sumskåre | 0.16 | 0.04 | .47*** |
| Angst (SCL-90-R) | 0.96 | 0.91 | .20 |
| Depresjon (SCL-90-R) | -0.14 | 0.97 | -.03 |
| Somatisering (SCL-90-R) | 0.18 | 0.72 | .03 |

B = Ustandardiserte koeffisienter. *SEB* = Standardfeil for de ustandardiserte

koeffisientene. β = standardiserte koeffisienter. $R^2 = .45$ for multippel lineær regresjon.

* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$.

3.3 Signifikanstesting og kontraster

3.3.1 Sumskår og subskalaer i mål på subjektiv søvnkvalitet

Uavhengig T-test viste signifikant forskjell i både alder ($t = 20.22$, $df = 433$, $p = .001$) og kjønnsfordeling ($t = -12.95$, $df = 430$, $p = .001$) mellom asylsøkerutvalget og det norske studentutvalget. Et utvalg fra Buysse et al. (1989) sin studie ble også benyttet som kontroll. Dette utvalget bestod av 10 personer fra en sengepost og 24 personer fra en psykiatrisk poliklinikk ($N = 34$). Alle 34 personene viste tegn på en alvorlig depressiv episode, men var ikke diagnostisert etter DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Aldersgjennomsnitt for det deprimerte utvalget var 51 år. Standardavvik var ikke oppgitt. I utvalget var 25 menn og ni kvinner. Data for en tredje sammenlikningsgruppe ble hentet fra en studie av Krakow et al. (2001). I denne studien undersøkte en forholdet mellom søvnkvalitet og posttraumatisk stress blant kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Inklusjonskriteria var (1) voksne kvinner; (2) uønsket seksuell opplevelse; (3) kronisk og hyppige mareritt og (4) posttraumatiske stresssymptomer. Totalutvalget på 151 kvinner ble delt i fire grupper etter potensielle somatiske søvnforstyrrelser. I vår studie valgte vi å sammenlikne med gruppen som ikke

viste symptomer på somatiske søvnforstyrrelser ($N = 28$). Gjennomsnittsalder var kun oppgitt for totalutvalget og var 36 år ($SD = 10.9$).

Alle PSQI komponentskårer og sumskåren PSQI global var signifikant høyere ($p < .001$) for asylsøkerutvalget sammenliknet med det norske studentutvalget. Bortsett fra på komponentskåren søvnforstyrrelse, var effektstørrelsen mellom asylsøkerne og de norske studentene over 0.80. Effektstørrelsen mellom asylsøkerutvalget og det norske kontrollutvalget for PSQI globalskåre var $ES = 1.72$. Effektstørrelsene mellom de samme utvalgene for komponentskårene varierte fra 0.50 for søvneffektivitet til 1.64 for søvnforstyrrelser.

Det var ikke signifikant forskjell i globalskåre på PSQI mellom asylsøkeutvalget og utvalget med traumatiserte kvinner. Det var heller ikke signifikant forskjell mellom asylsøkerutvalget og utvalget med alvorlig deprimerte i globalskåren på søvn. Av komponentskårer viste asylsøkerne høyere gjennomsnittsverdier ($p < .05$) på søvnlatens og søvnvarighet i forhold til utvalget med traumatiserte kvinner. Effektstørrelsene var henholdsvis 0.41 og 0.35. Resterende komponentmål viste ingen signifikante forskjeller mellom de to utvalgene. Asylsøkeutvalget skåret signifikant høyere enn utvalget med alvorlig deprimerte på komponentskåren søvnlatens ($p < .05$, $ES = 0.32$), og søvnforstyrrelser ($p < .001$, $ES = 0.75$). Utvalget med alvorlig deprimerte hadde høyere gjennomsnittverdi enn asylsøkerutvalget på søvneffektivitet ($p < .05$, $ES = -0.45$). Det var ikke signifikante forskjeller mellom de to gruppene på resterende komponentskårer. Se Tabell 4.

Tabell 4

Gjennomsnittsverdier (SD) på PSQI global- og komponentskårer for asylutvalget og kontrastgruppene norsk utvalg, amerikansk kontrollutvalg, alvorlig deprimerte og seksuelt traumatiserte kvinner

| PSQI | Asylsøkere | | | Norsk utvalg (N = 302) | | | Alvorlig deprimerte (N = 34) | | | Traumatiserte Kvinner (N = 28) | | |
|--------------------------|------------|--------|-----|---------------------------|----------|------|---------------------------------|----------|-------|-----------------------------------|---------|-------|
| | M | (SD) | n | M | (SD) | ES | M | (SD) | ES | M | (SD) | ES |
| Subjektiv søvnkvalitet | 1.87 | (0.88) | 127 | 1.04 | (0.66)** | 1.13 | 1.88 | (0.88) | -0.01 | 1.85 | (0.76) | 0.02 |
| Søvnlatens | 2.19 | (0.90) | 134 | 1.09 | (0.77)** | 1.35 | 1.88 | (1.15)* | 0.32 | 1.82 | (0.90)* | 0.41 |
| Søvnvarighet | 1.48 | (1.18) | 124 | 0.24 | (0.54)** | 1.59 | 1.71 | (1.14) | -0.20 | 1.07 | (1.09)* | 0.35 |
| Søveffektivitet | 1.04 | (1.22) | 111 | 0.57 | (0.81)** | 0.50 | 1.59 | (1.18)* | -0.45 | 1.32 | (1.28) | -0.23 |
| Søvnforstyrrelser | 2.02 | (0.78) | 122 | 1.13 | (0.41)** | 1.64 | 1.47 | (0.51)** | 0.75 | 2.04 | (0.51) | -0.03 |
| Bruk av Sovemedisin | 0.89 | (1.28) | 115 | 0.08 | (0.37)** | 1.09 | 0.76 | (1.21) | 0.10 | 0.79 | (1.03) | 0.08 |
| Nedsatt daglig fungering | 1.63 | (0.91) | 128 | 0.88 | (0.47)** | 1.18 | 1.79 | (0.69) | -0.18 | 1.39 | (0.79) | 0.27 |
| Globalskåre | 11.29 | (5.33) | 129 | 5.03 | (2.59)** | 1.72 | 11.09 | (4.31) | 0.04 | 10.29 | (3.75) | 0.20 |

ES = effektstørrelse (størrelsesforskjeller fra asylsøkere angitt i standardavviksenheter).

*/** asylsøkerne har skåret signifikant høyere eller lavere enn kontrastgruppen

* $p < .05$. ** $p < .001$.

3.3.3 Symptomskala for angst, depresjon og somatisering

Råskårer på SCL-90-R symptomskalaene med normer for norske menn og kvinner (Vassend et al., 1992) ble benyttet som sammenlikningsgrunnlag for asylsøkerutvalget. Data fra to kliniske amerikanske utvalg ble også benyttet (Derogatis, 1992). Det ene utvalget var en gruppe pasienter ved en psykiatrisk sengepost (N = 313) med gjennomsnittsalder 33 år (14.85). Det andre kliniske utvalget var en gruppe pasienter ved psykiatrisk poliklinikk (N = 1002) med gjennomsnittsalder 31 år (12.10).

Det eksisterte norske normgrupper for både kvinner og menn for symptomskalaene på SCL-90-R (Vassend et al., 1992). Da det var signifikante forskjeller i svarrapportering mellom kjønn i asylsøkerutvalget ble kontrastering derfor gjort ved å sammenlikne mellom menn og mellom kvinner. De samme analysene ble gjort med asylsøkerutvalget sett under ett mot de to kliniske amerikanske utvalgene.

Som det fremgår av Tabell 5, rapporterte både menn og kvinner i asylsøkerutvalget symptomnivå signifikant høyere ($p < .001$) enn norske menn og kvinner for alle skalaene. Forskjellen mellom mennene uttrykt i effektstørrelser var

2.07 for angstskaalen, 1.98 for depresjonsskaalen og 1.41 for somatiseringskaalen. For kvinnene effektstørrelsene på tilsvarende skalaer 2.80, 2.08 og 2.20. Alle effektstørrelsene var store i henhold til Cohen (1988).

Tabell 5

Gjennomsnitt og standardavvik på SCL-90-R symptomskala angst, depresjon og somatisering for mannlige og kvinnelige asylsøkere og menn og kvinner i norsk utvalg

| | Asylsøkere | | Norsk utvalg | | | |
|--------------|------------------------|---------------------|-------------------|-----------|----------------------|-----------|
| | Menn (n = 84/85/84) | Kvinner (n = 26) | Menn (N = 466) | | Kvinner (N = 507) | |
| SCL-90-R | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>ES</i> | <i>M (SD)</i> | <i>ES</i> |
| Angst | 1.42 (1.08) | 1.86 (1.10) | .25 (.41)** | 2.07 | .34 (.50)** | 2.80 |
| Depresjon | 1.47 (0.98) | 1.79 (1.11) | .35 (.45)** | 1.98 | .51 (.58)** | 2.08 |
| Somatisering | 1.13 (0.91) | 1.67 (1.03) | .36 (.45)** | 1.41 | .47 (.51)** | 2.20 |

ES = effektstørrelse (størrelsesforskjeller mellom de to mannlige- og mellom de to kvinnelige utvalgene er angitt i standardavviksenheter).

** asylsøkerne har skåret signifikant høyere enn kontrastgruppen

** $p < .001$.

Tabell 6

Gjennomsnitt og standardavvik på SCL-90-R symptomskala angst, depresjon og somatisering for asylsøkere, pasienter ved sengepost, pasienter ved poliklinikk og kontrollgruppe

| SCL-90-R | Asylsøkere | | | Sengepost (N = 466) | | | Poliklinikk (N = 1002) | | | Kontrollgruppe (N = 974) | | |
|--------------|---------------|----------|--|------------------------|-----------|--|---------------------------|-----------|--|-----------------------------|-----------|--|
| | <i>M (SD)</i> | <i>n</i> | | <i>M (SD)</i> | <i>ES</i> | | <i>M (SD)</i> | <i>ES</i> | | <i>M (SD)</i> | <i>ES</i> | |
| Angst | 1.56 (1.12) | 113 | | 1.48 (1.05) | .07 | | 1.47 (.88) | .10 | | .30 (.37)** | 2.51 | |
| Depresjon | 1.57 (1.02) | 114 | | 1.74 (1.08) | -.16 | | 1.79 (.94)* | -.24 | | .36 (.44)** | 2.28 | |
| Somatisering | 1.27 (0.98) | 113 | | 0.99 (0.84)* | .32 | | 0.87 (.75)** | .52 | | .36 (.42)** | 1.79 | |

ES = effektstørrelse (størrelsesforskjeller fra asylsøkere/beboere på flyktningmottak angitt i standardavviksenheter).

*/** asylsøkerne har skåret signifikant høyere eller lavere enn kontrastgruppen.

* $p < .05$. ** $p < .001$.

Asylsøkerutvalget sett under ett rapporterte signifikant høyere nivå på somatisering enn begge de amerikanske kliniske utvalgene. For det polikliniske utvalget var forskjellen signifikant på .001 nivå, ES = 0.52. For sengepostutvalget var forskjellen signifikant på .05 nivå, ES = 0.32. Poliklinikkutvalget rapporterte signifikant høyere nivå på depresjonsskaalen enn asylsøkerutvalget ($p < .001$, ES = -0.24). Det var ikke

signifikant forskjell mellom asylutvalget og poliklinikkutvalget for angstskaalen eller mellom asylutvalget og sengepostutvalget for angst- og depresjonsskaalen. Se Tabell 6.

4 DISKUSJON

I det følgende gis en kort oppsummering av studiens viktigste funn. Diskusjonens hoveddel er todelt. Funnene knyttes opp mot relevant forskning og kunnskap. Deretter følger en drøfting av hvor godt egnet måleinstrumentene synes å være til å belyse viktige områder ved asylsøkernes mentale helse. Mulige svakheter ved studien trekkes frem, før det følger en avsluttende oppsummering med drøfting av konsekvenser og antydning om mulige veier videre med fokus på asylsøkere.

4.1 Oppsummering av viktigste funn

Høye gjennomsnittsskårer på alle instrumentmålene indikerte psykiske helseproblemer blant mange av asylsøkerne i utvalget. Det store flertall (88 %) av deltagerne rapporterte dårlig søvn etter PSQI-kriterier. Funnene bekreftet slik hypotesen om at søvnvansker er utbredt blant asylsøkere og beboere på asylmottak. Til sammenlikning rapporterte 33 % av det norske studentutvalget søvnproblemer. Det var ikke forskjell i søvnkvalitet mellom asylsøkerutvalgets kvinner og menn. Asylsøkernes alder korrelerte positivt med økte søvnproblemer. Positive korrelasjoner ble funnet mellom rapportering av søvnproblemer og alle symptomsmål for asylsøkerutvalget. Hypotesen om høy grad av sammenheng mellom rapporterte søvnplager og andre symptomsmål på stress og belastning ble slik bekreftet. Det fåtall informanter i asylsøkerutvalget som ikke rapporterte søvnproblemer, rapporterte også betydelig lavere symptomnivå knyttet til posttraumatisk stress, angst, depresjon og somatisering. Asylsøkerutvalget rapporterte høyt symptomnivå av posttraumatisk stress målt ved Penn Inventory. Den sterkeste prediktor for dårlig søvn var posttraumatiske stress-symptomer. Det ligger spesielle utfordringer knyttet til kulturell validitet når man utfører studier på en asylsøkerpopulasjon. Funnene må tolkes i lys av dette.

4.2 Spesifikke funn

4.2.1 Demografi

Personer med søvnproblemer er generelt kvinner, eldre, har lavere utdanning og sosioøkonomisk status og er skilt eller enker/enkemenn. Blant asylsøkerpopulasjonen i denne studien, korrelerte dårlig søvn med økende alder og med å bo annet sted enn asylmottak. Sosial støtte regnes som en buffer mot å utvikle psykososiale problemer.

Det kan tenkes at asylsøkerne som bodde på mottak opplevde en sosial støtte som de som bodde andre steder ikke fikk. Data om boforhold var ikke detaljert nok til å forfølge denne antagelsen videre.

Asylsøkerutvalgets kvinner rapporterte ikke dårligere søvn enn utvalgets menn. En mulig årsak kan være knyttet til tap av roller. I de fleste kulturer er det utbredt at mannen forsørger familien, mens kvinnen oppdrar barn og holder huset. Under et asylopphold vil det generelt være lettere for kvinnen å opprettholde de rollene hun er vant med enn det vil være for mannen (St.melding, 2001).

4.2.2 Søvn

Resultatene fra søvninstrumentet PSQI indikerte svært dårlig søvnkvalitet blant asylsøkere sammenliknet med det norske studentutvalget og det amerikanske normgrunnlaget. Asylsøkerutvalget sov dårligere totalt sett, og det hadde større problemer knyttet til alle aspektene ved søvn som målt ved PSQI. Resultatene støtter tidligere forskning som har funnet at asylsøkere ofte kommer dårligere ut i forhold til mental helse enn utvalg fra vertsnasjonen.

Asylsøkerne skåret like høyt på PSQI globalskåre som de to kliniske utvalgene de ble kontrastert med. Det er særlig interessant siden den ene gruppen bestod av kvinner som ønsket behandling nettopp grunnet søvnproblemer og mareritt, og den andre gruppen bestod av klinisk deprimerte, der søvnvansker inngår som kriterium for diagnosen (American Psychiatric Association, 1994).

Komponentskåren som slo sterkest ut for asylsøkerutvalget var latenstid. Her skåret de signifikant høyere enn alle de andre utvalgene. Lang latenstid forbindes med angst og bekymring (Moorcroft, 1993), noe som kan forklares med at høy aktivering er uforenelig med søvn. At asylsøkerne bruker lang tid på felle i søvn er ikke overraskende tatt deres spesielle livssituasjon i betraktning. Usikkerheten knyttet til statusen som asylsøker er kanskje den sterkeste fellesnevneren denne gruppen har på tvers av kultur, rase, religion og andre demografiske variabler.

Kun den deprimerte kontrastgruppen rapporterte kortere søvnvarighet enn asylsøkerutvalget, men forskjellen var ikke signifikant. Søvnvarighet er et uttrykk for hvor mange timer man sover. Både latenstid og endelig oppvåkning vil påvirke søvnvarigheten. Mens søvnlatens som nevnt i hovedsak forbindes med angst, er tidlig

(prematuro) oppvåkning kjennetegnet ved depresjon (Moorcroft, 1993).

Asylsøkerutvalget viste viser symptomer på både lang latenstid og tidlig oppvåkning.

Asylsøkerutvalget skåret signifikant høyere enn det deprimerede utvalget på komponent 5, søvnforstyrrelser. Komponent 5 inneholder blant annet utsagn om mareritt og ubehagelige somatiske tilstander. Begge assosieres med symptomer på posttraumatisk stress (Krakow et al., 2001; Ross, Ball, Sullivan & Caroff, 1989). Sammenliknet med de traumatiserte kvinnene skåret asylsøkerutvalget likt på denne søvnkomponenten. Kontrastgruppen bestående av traumatiserte kvinner rapporterte mye symptomer på denne komponenten. At asylsøkerutvalget rapporterte like store problemer indikerer at denne gruppen har en historie med sterkt stressende opplevelser.

4.2.3 Posttraumatiske symptomer

Nesten halvparten av alle asylsøkerne i utvalget rapporterte symptomnivå på Penn Inventory som lå over cut-off skåren. I følge Scragg et al. (2001) bør Penn Inventory brukes som et screeninginstrument eller mål på endring i generell mental helse etter traume. Begrunnelsen for dette er at Penn Inventory, som andre selvrapporteringsinstrumenter, ofte viser lav spesifisitet i forhold til strukturerte intervjuer. Det vil si at Penn Inventory vil tendere mot overdiagnostisering. Videre er flere av spørsmålene i Penn Inventory er knyttet til traumereaksjoner som ikke er direkte relatert til kriteriene for PTSD. Dette gjelder for eksempel spørsmål om identitetsforvirring, og spørsmål om personens åndelige liv.

Den aktuelle studien hadde ikke som mål å diagnostisere PTSD i asylsøkerutvalget, men å få mer generell kunnskap om den mentale helsetilstanden deres. Resultatene fra Penn Inventory viste at asylsøkerne som gruppe rapporterte høy grad av symptomer knyttet til traumer, selv om ikke alle symptomene er PTSD-kriterier i henhold til DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Penn Inventory gir ikke svar på *hva* asylsøkerne har opplevd, eller *når*. Utsagnene i instrumentet refererer til erfaringer man kan ha etter å ha opplevd traumer, uten å spesifisere hendelse(n) nærmere. De høye sumskårene indikerte at en rekke asylsøkere hadde vært utsatt for ekstreme opplevelser. Funnene er i tråd med tidligere studier på asylsøkere.

4.2.4 Angst, depresjon og somatisering

Asylsøkerutvalgets menn og kvinner skåret langt høyere enn det norske utvalget på de tre symptomskalaene fra SCL-90-R. De store forskjellene bekreftet antagelsene om at asylsøkere har større psykososiale problemer enn normalbefolkningen. De største forskjellene i symptomrapportering fant vi på angstskaalen. Funnene kan oppfattes som nok en bekreftelse på at asylsøkersituasjonen er preget av usikkerhet og bekymring.

Asylsøkerne som gruppe viste langt høyere symptomnivå enn det amerikanske normutvalget. Forskjellene var også her størst for angstskaalen. Angstnivået for asylsøkerutvalget var omtrent likt med angstnivået for de to kliniske utvalgene som bestod av døgnpasienter og pasienter ved psykiatrisk poliklinikk. Funnene indikerer et høyt lidelsestrykk for asylsøkerne. Asylsøkerutvalget rapporterte mer somatisering enn begge kliniske utvalgene. Begge de kliniske utvalgene rapporterte høyere grad av depresjonssymptomer, men forskjellen var bare signifikant for det polikliniske utvalget.

Flere symptomer på somatiske plager kombinert med lavere grad av depresjonssymptomer kan reflektere at personer fra ikke-vestlige kulturer ofte presenterer plager i somatisk språkdrakt der vestlige populasjoner vil rapportere depressive plager (Bashiri & Spielvogel, 1999). Den høye rapportering av somatiske plager blant asylsøkerutvalget kan også reflektere at det var mer somatisk sykdom i denne gruppen. Dette kan skyldes faktorer knyttet til ernæring og helsetilbud i hjemlandet. En annen hypotese på den høye graden av rapporterte somatiske plager blant asylsøkerutvalget kan være knyttet til posttraumatiske symptomer. I tillegg til at somatiske plager og somatisering er vanlige symptomer etter ekstreme opplevelser, hevder (Stamm & Friedman, 2000) at dette i særlig grad gjelder populasjoner fra ikke-vestlige kulturer (jfr Kompleks-PTSD).

4.3 Integrering av funn

Vi vet lite om hva asylsøkerutvalget hadde opplevd før de kom til Norge. En rekke sider ved deres nåværende livssituasjon var preget av forhold som vanligvis regnes som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. Dette gjelder arbeidsløshet (kun 2 personer oppga at de hadde lønnet arbeid), utilfredsstillende helsetilbud (Roge, 2001), lite penger og lav sosioøkonomisk status (Berg & Lauritzen, 1999) og sosial isolasjon (mottak som er spredt rundt i landet på små plasser, og problemer med

familiegjenforening). I tillegg er deres hverdag preget av usikkerhet og frykt for å bli sendt hjem, og det faktum at søknadsprosessen kan ta flere år. Disse livsbetingelsene alene ville antagelig kunne forklart hvorfor asylsøkerne skåret høyere enn normgrupper og normalpopulasjoner på alle søvnklager og alle symptommål. På toppen av dette kommer indikasjonene på at mange i utvalget har opplevd traumer før ankomst.

Funnene bekrefter antagelsen om sterk belastning blant asylsøkere. Pallesen et al. (2002) vektlegger viktigheten av å bruke flere kontrastgrupper for å kunne gi en bedre forståelse for hvordan data kan tolkes. I denne studien ble normutvalg, utvalg fra normalpopulasjoner og forskjellige kliniske utvalg benyttet. Dette ga muligheter for å gi mening til data på forskjellig nivå. Kontrastert med friske kontrollgrupper så vi at asylsøkerutvalget rapportere langt høyere symptomnivå på de aller fleste instrumentene. Dette er sterke indikasjoner på at asylsøkerutvalget jevnt over har dårligere mental helse en hva man forventer å finne i gjennomsnittsbefolkningen.

De fleste funnene indikerte så store forskjeller på tvers av alle instrumentene, at det ble vanskelig å trekke slutninger om spesielle problemområder og særegenheter ved asylsøkerutvalget. Ved å bruke kliniske kontrastgrupper med til dels kjent symptomatologi, kan man lettere gå inn på enkelte komponenter og skalaer for mer detaljert tolkning av funnene. Asylsøkerutvalget viste liknende søvnkvalitetsprofiler som det deprimerte utvalget og utvalget med traumatiserte kvinner, med få signifikante forskjeller. Der det var signifikante forskjeller var det gjerne asylsøkerne som rapporterte mer søvnproblemer. Dette gjaldt for eksempel søvnlatens. Der skåret asylsøkerne høyere enn begge kliniske utvalg. Vi ville ikke fått samme informasjon ved kontrastering med normalgrupper alene.

Det var symptommålene på posttraumatisk stress (PTS) som best predikerte søvnvansker. Alle symptomskårene for SCL-90-R mistet sin prediktive styrke på søvnvansker i den multiple regresjonsanalysen. Dette indikerer at Penn Inventory var symptommålet som best fanget opp årsakene til den dårlige søvnen asylsøkerutvalget rapporterte. At symptomer på PTS predikerer søvnvansker støtter også påstanden om søvnens viktige rolle for PTSD. Penn Inventory fokuserer i flere av leddene mer på den generelle opplevelsen av seg selv og verden etter opplevelsen av traumer enn de spesifikke kriteriene for diagnosen PTSD. Slik kan muligens denne måten å måle PTS på være i tråd med Stamm & Matthew (2000) som hevder at begrepet kompleks-PTSD

(K-PTSD) kan være en bedre diagnose for mange traumatiserte mennesker fra ikke-vestlige populasjoner. K-PTSD inkluderer blant annet symptomer på affektlabilitet, patologiske endringer i relasjoner og patologiske endringer i identitet.

Witztum og Kotler (2000, Krakow et al. (2001) og Stamm og Matthew (2000) peker på ulikt vis på hvorfor somatisering og somatiske symptomer bør få en større plass i forståelsen av PTSD. Witztum & Kotler (2000) viser til at PTSD for folk fra vestlige kulturer gjerne er knyttet til angst, mens somatiske symptomer kan være like viktige for mennesker fra andre kulturer. De ser dette i lys av hvordan kultur er med på å skape vår forståelse av hendelser, og foreslår at PTSD som definert i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bør ha et tillegg i form av kulturelt tap (cultural bereavment) som viser til hva traumet betyr for offeret. I tillegg til krysskulturelle forskjeller i presentasjon av symptomer på ekstremt stress, trekker Stamm og Matthew (2000) frem forskjeller i traumeerfaring mellom mange flyktninger og asylsøkere, og mennesker fra vesten. Kanskje fører langvarig fangenskap, tortur og interpersonlig vold i krig til mer somatiske plager enn de erfarer personer fra vestlige land opplever som traumatiserende.

Krakow et al. (2001) ser på somatiske plager i forhold til søvnens rolle i PTSD. De hevder at det er mer enn mareritt og overaktivering som gir traumeofre søvnvansker. I sin studie finner de en sterk positiv korrelasjon mellom somatiske symptom som puste/snorkeproblemer, ufrivillige kroppslige bevegelser om natten og søvnvansker. Konklusjonene de trekker fra studien er at mer medisinsk kunnskap om søvn må inn når det er snakk om PTSD, og at man som helsearbeider i møte med PTSD-ofre bør stille flere spørsmål ved søvn en bare mareritt.

4.4 Søvn og symptom mål som indikatorer på asylsøkeres mentale helse

I denne studien ble mental helse operasjonalisert ved instrumenter for mål på subjektiv søvnkvalitet, og symptomer på posttraumatiske stress, angst, depresjon og somatisering, med hovedvekt på førstnevnte. Dårlig søvn samsvarer med en rekke andre helseproblemer og psykiske lidelser, og rapportert subjektiv søvnkvalitet er funnet å gi god informasjon om flere aspekter ved mental helsen enn kun søvn. Søvn er i tillegg gjerne noe av det første som påvirkes når personer opplever stressende livshendelser. Ústün et al. (1996) fant også at mål på søvnvansker for å kartlegge mental helse var nyttig på tvers av kulturer.

Den høye korrelasjonen mellom instrumentene i testbatteriet gir en viss støtte for at den kulturelle begrepsvaliditeten er god, og at testbatteriet i sin helhet fungerer som viktig indikator på generell mental helse blant asylsøkerutvalget. Krysskulturelle studier viser også at på tross av kulturelle forskjeller i hvordan plager og stressende livshendelser presenteres, fungerer symptomsmål på angst, depresjon og somatisering som gode indikatorer for mental helse. Med hensyn til Penn Inventory og mål på PTS-symptomer, indikerer de høye skårene at asylsøkerne har opplevde ekstreme livshendelser, og at det ble oppfattet som meningsfullt å uttrykke dette ved hjelp av instrumentet. Den høye indre konsistensen indikerer også generelt god begrepskvalitet. Hvor godt instrumentet måler det asylsøkerne opplever som viktigst i forhold til sine reaksjoner på traumatiske opplevelser, og dermed hvor god den kulturelle begrepsvaliditeten er, vil likevel være usikkert. Det er mulig at de høye Penn Inventory sumskårene funnet i utvalget reflekterer generell mental helse mer enn konkrete reaksjoner og erfaringer knyttet direkte til traumer. I så måte vil begrepsvaliditeten knyttet til studiens fokus, mental helse være god, mens den vil være mindre nøyaktig i forhold til PTSD.

Som nevnt presenterer asylsøkerer ofte søvnproblemer og somatiske plager i møte med primærhelsetjenesten (Burnett & Peel, 2001; Summerfield, 2001). Studier av mental helse og psykiske problemer blant asylsøkere og flyktninger har tradisjonelt verken fokusert på søvn eller somatisering. Symptomsmål på angst, depresjon og posttraumatisk stress ser ut til å være det vanlige (f.eks Ekblad, Prochazka & Roth, 2002; Lavik et al., 1996 og Silove et al., 1997). De fleste asylsøkere i den aktuelle studien rapporterte søvnproblemer. De rapporterte også mer somatiske plager enn begge kliniske utvalg de ble kontrastert med. søvnvansker er sterkt forbundet med PTS-symptomer. Det har blitt påpekt hvordan forskjellige forfattere argumenterer for sterkere fokus på somatiske tilstander for søvnens rolle i PTSD (Krakow et al., 2001), for at stress ofte er forbundet med somatiske plager blant ikke-vestlige populasjoner (Witzum & Kotler, 2000) og at traumene asylsøkere og flyktninger kan ha opplevd synes å føre til somatiske plager (Stamm & Matthew, 2000). Ut fra overnevnte ser det ut til at instrumentet som ble benyttet i den aktuelle studien har god kulturell begrepsvaliditet og at viktige aspekter ved asylsøkeres mentale har blitt belyst.

4.5 Mulige svakheter ved studien

Det ble gitt informasjon til utvalget om at det ikke var noen direkte, personlig gevinst knyttet til å delta i undersøkelsen. Av ulike grunner, kan det fremdeles tenkes at enkelte så på deltagelse som en sjanse til å fremme sin asylsak. Muligheten for overrapportering av symptomer er derfor til stede. Det kan også tenkes at ulike kulturelle holdninger og antagelser i forhold til å beskrive seg selv, eller forventninger om hva man bør eventuelt ikke bør rapportere kan ha påvirket resultatene i den ene eller andre retning. Mennesker som vokser opp i vestlige land blir etter hvert vant med å kategorisere seg selv, sine opplevelser og sine meninger. Spørreundersøkelser og opinionsmålinger som krever korte og konsise svar gjerne i ja- og nei form, har blitt en del av vår hverdag. Ikke alle er vant til å sette sine livserfaringer i bokser på denne måten. En slik manglende ”sosialisering” inn i standardiserte måter å svare på, og forståelse av hvordan instrumenter blir brukt, kan være noe av grunnen til at mange spørsmål står ubesvart eller at det er ført på egne kategorier eller tilføyninger. Andre forklaringer på manglende eller mangelfulle data kan være problemer knyttet til oversettelsen, språkproblemer og manglende språkforståelse blant informantene, eller at informantene ikke kjente seg igjen i utsagnene. Sistnevnte vil i tilfelle indikere problemer i forhold til den kulturelle validiteten som diskutert over. Det relativt store antall manglende data i materialet førte til en utfordring med å beholde så mange som mulig av informantene i analysene, samtidig som nøyaktigheten av resultatene måtte opprettholdes.

I løpet av datainnsamlingsperioden fra november 2002 til februar 2003, bodde det omtrent 18 000 mennesker fordelt på 137 asylmottak rundt om i Norge. Utvalget i denne studien var fra åtte av disse mottakene fra Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Omtrent 40 % av de som ble tilbudt å delta i undersøkelsen takket ja. Det er vanskelig å si hvor godt disse representerte hele asylsøkerpopulasjonen. Mange av de som ikke deltok var forhindret på grunn av at instrumentet ikke var oversatt til deres språk. Andre var analfabeter, eller var fraværende da instrumentene ble delt ut. Det kan tenkes at analfabeter ville rapportert lavere søvnkvalitet. Lav utdanning er funnet å korrelere med dårlig søvn. En rekke andre faktorer spiller naturligvis også inn på søvnkvaliteten og det blir vanskelig å trekke noen bastante konklusjoner om kvalitetene ved andelen (60 %) som ikke deltok i studien. Tatt i betraktning vanskene med å utføre

studier på asylsøkere, er 40 % muligens en god svarprosent. Selv om utvalget er representativt for asylsøkerpopulasjonen i Norge i dag, vil mesteparten av både utvalget og populasjonen være byttet ut i løpet av tre år. Vi kan stille spørsmål om funnene fra studien vil kunne si noe om asylsøkere utover hvordan de har det i dag. I tillegg er det interessant å stille spørsmål ved hvorvidt funn fra denne studien kan si noe om asylsøkernes livssituasjon og mentale helse i andre land. Det er grunn til å tro at en rekke viktige aspekter ved asylsøkere og deres situasjon ikke vil endres med det første. Fattigdom, krig og nød vil fortsatt være motivasjonelle faktorer for å migrere. Tidligere traumeerfaringer vil være en del av bagasjen migrantene har med seg, og usikkerheten de vil møte som asylsøkere i vertslandet vil være den samme. Dersom den ”fiendtlige nye agenda” i utformingen av asylpolitikk opprettholdes (Joly et al., 1997), kan konsekvensene bli at fremtidige studier vil avdekke forverring av symptomer og problemer.

4.6 Avsluttende kommentarer

Funnene fra denne studien støtter voksende empiri på at det er betydelig grad av psykiske helseproblemer blant asylsøkere og beboere på asylmottak, og at mange viser symptomer på opplevde traumer. Lite tyder på at asylsøkere er ”lykkejegere” på kynisk jakt etter gratis kost og losji som tidvis er fremstillingen i media. Det ser ut til at det er meningsfylt å benytte mål på subjektiv søvnkvalitet som indikator på mental helse. Mål på somatiske plager for denne gruppen synes også nyttig å inkludere, i tillegg til mål på posttraumatisk stress, angst og depresjon.

Formålet med studien var ikke å avgjøre hvilke stressorer og belastninger som bidro mest til søvnløshet og høy symptomrapportering. Det er likevel grunn til å tro at forhold på asylmottakene og asylsøkersituasjonen i seg selv oppleves som belastende. Forebygging av psykiske helseproblemer blant asylsøkere bør prioriteres, og en grundig helseundersøkelse som går utover den obligatoriske tuberkolasetesten med psykologiske faktorer burde bør være en selvfølge. Det kan være at fokus på søvn er en god måte å starte i møte mellom helsepersonell og asylsøker. For det første for det første ser det ut til at mange asylsøkere vil presentere sine søvnproblemer. Søvn er noe mer konkret en for eksempel symptomer på angst og depresjon. En kan også tenke at det er mindre tabubelagt å greie ut om sine søvnproblemer. Å snakke om søvn kan kanskje være en åpning for å snakke om andre vansker. Helsepersonell som frykter

manglende kompetanse i møte med mennesker fra andre kulturer med annen historie vil også kanskje finne en utgreiing om søvn kvan være en god start.

5 REFERANSER

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.reviderte utg.). Whashington, DC: APA.
- Argenti-Pillen, A (2000). Cross-Cultural Differences in the Discourse of Trauma. (Kap 6) I Shalev A.Y., Yehuda R. & McFarlane A.C. (Red.) *International Handbook of Human Response to Trauma*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D. & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability of th Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 737-740.
- Bashiri, N. & Spielvogel, A.M. (1999). Postpartum depression: a cross-cultural perspective. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 6(3), 82-87.
- Berg & Lauritzen, (1999) *Mellom håp og lengsel – å leve i asylmottak*. SINTEF-IFIM (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høyskole - Institutt for industriell miljøforskning).
- Burnett, A. & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britian. What brings asylum seekers to the United Kingdom. *British Medical Journal*, 322, 485-488.
- Burnett A. & Peel M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britian. Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 322, 544-547
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28,193-213.
- Canals, J., Domenech, E., Carbajo, G. & Blade, J. (1997). Prevalensce of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-years old. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 287-294.
- Carballo, M., Julio, J. & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 12(3), 936-944.
- Carpenter, J.S. & Andrykowski, A., (1998). Psychometric evaluation of the The Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 5-13.
- Cernovsky, Z.Z. (1990). Escape Stress, Sleep Disorders and Assimilation of Refugees. *Social Behavior and Personality*, 18(2), 287-298.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. reviderte

- utg.), Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, scoring & procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press. Kap 1.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M. & Okawa, M. (2001). Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 55(3), 213-215.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M., Okawa, M., Kim, K., Shibui, K., & Kamei, Y. (2000). Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Research*, 97, 165-172.
- Eitinger, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in Norway. *Journal of Mental Science*, 105, 326-338.
- Ford, D.E., Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders. An Opportunity for Prevention? *Journal of American Medical Association*, 262, 1479-1484.
- Ginsburg, B.E. (1994). Migration and welfare. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 3, 102-108.
- Gorst-Usworth, C. & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.
- Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric Properties. *Psychological Assessment*, 4(1), 67-76.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Hesselberg, M. (2002). Rådgiver i enhet for statistikk og analyse, strategi og dokument avdelingen, personlig kommunikasjon, 12.02.2003
- Jareg, (2000). *Veileder for andrelinjetjenesten: Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger psykososialt senter for flyktninger*. Universitetet i Oslo 25.01.2000.
- Joly, D., Kelly, L. & Nettleton C. (1997). Refugees in Europe: The Hostile New

- Agenda. *Minority Rights Group International Report*, UK: MPF Design and Print.
- de Jong, J.T.V.M., Komproe, I.H., Van Ommeren, M., El Masiri, M., Araya, M., Khaled, N., van den Put, W. & Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555-562.
- Karacan, I., Thornby, J.I. & Williams (1983). Sleep Disturbance: A Community Survey. I Guilleminault C. & Lugaresi E. (Red). *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution*. New York: Raven Press ss 37-60.
- Kivling-Bodén, G. & Sundbom, E. (2002). The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 461-468.
- Kleinman, A. (1995). Do Psychiatric Disorders Differ in Different Cultures? The Methodological Questions. I N.R. Goldberger & J.B. Veroff (Red.) *The Culture and Psychology Reader*. New York and London: New York University Press. ss 629-650
- Krakow, B., Germain, A., Warner, T.D., Schrader, R., Koss, M., Hollifield, M., Tandberg, D., Melendez, D. & Johnston, L. (2001). The Relationship of Sleep Quality and Posttraumatic Stress to Potential Sleep Disorders in sexual Assault Survivors with Nightmares, Insomnia and PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 647-665.
- Lavik, N.J., Hauff, E., Skrondal, A. & Solberg, O. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an out-patient population. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 726-732.
- Lemke, M.R., Puhl, P. & Broderick, A. (1999). Motor activity and perception of sleep in depressed patients. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 215-224.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.
- Lustberg, L. & Reynolds, C.F. (2000). Depression and insomnia: Questions of cause and effect. *Sleep Medicine Review*, 4, 253-262.
- Mellinger, G.D., Balter, M.B. & Uhlenhuth, E.D. (1985). Insomina and its treatment. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.

- Mellman, T.A. (2000). Sleep and the pathogenesis of PTSD. (kap 21) I Shalev A.Y., Yehuda R. & McFarlane A.C. (Red.) *International Handbook of Human Response to Trauma*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mellman, T.A., David, D., Kulick-Bell, R., Hebding, J. & Nolan, B. (1995). Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1659-1663
- Miller, T.W. (1997). *Clinical Disorders and Stressfull Life Events*. I T.W. Miller (Red). Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Montgomery, E. & Foldsprang, A. (2001). Traumaic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *European Journal of Public Health*, 11, 18-22.
- Moorcroft, W.H. (1993). *Sleep, Dreaming, & Sleep Disorders* (2. reviderte utg.) Lanham, Maryland: University Press of America.
- Morin, C.H. (1993), *Insomnia: Psychological Assessment and managment*, New York: The Guilford Press.
- Nielsen, G.H. (1996). Psykiske lidelser i befolkningen – forekomst, årsaker og forebygging. I P. Hurlen & R. Nordhagen (red.) *Folkehelse i forandring*. Universitetsforlaget, Oslo, 85-102
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3. reviderte utg.). New York: McGraw-Hill.
- Pallesen, S. (2002). Insomnia in the elderly. Epidemiological, psychological characteristics and treatment. *Doctoral dissertation*, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University og Bergen: Allkopi, Bergen.
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Nielsen, G.H., Havik, O.E., Kvale, G., Johnsen, B.H. & Skjøtskift, S. (2001). Prevalence of Insomnia in the Adult Norwegian Population. *SLEEP*, 24(7), 771-779.
- Schrier, A.C., van de Wetering, B.J.M, Mulder, P.G.H & Selten, J.P. (2001). Point prevalence of schizofrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *European Psychiatry*, 16, 162-166.
- Shalev, A.Y., Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (Red.) (2000) *International Handbook of Human Response to Trauma*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Silove, D. (2002). The asylum debacle in Australia: a challenge for psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 290-296.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 351-357.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P. & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress in Tamil Asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*, 175-181.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Drobny, J. (1999). Problems Tamil asylum seekers encounter in accessing health and welfare services in Australia. *Social Science & Medicine*, *49*, 951-956.
- Silove, D., Steel, Z. & Watters, C. (2000). Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers. *Journal of the American Medical Association*, *284*(5), 604-611.
- Stamm, B.H & Friedman, M.J. (2000). Cultural Diversity in the Appraisal and Expression of Trauma (kap 5) I Shalev A.Y., Yehuda R. & McFarlane A.C. (Red.) *International Handbook of Human Response to Trauma*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Steel, Z. & Silove, D. (2000). The Psychosocial Cost of Seeking and Granting Asylum. I A.Y. Shalev, R. Yehuda & A.C McFarlane (Red.) *International Handbook of Human Response to Trauma* (ss. 421-438). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum seekers, Refugees, and Immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(3), 421-435.
- St.melding nr 17 (2000-2001). *Asyl- og flyktningspolitikken i Norge*. Funnet 03.11.2002 på <http://www.odin.dep.no/krd/norsk/publ/stmeld/016001-040005/index-dok000-b-n-a.html>
- Summerfield, D. (2001). Asylum-seekers, refugees and mental health in the UK. Redaksjonell kommentar i *Psychiatric Bulletin*, *25*, 161-163.
- Thonneau, P., Gratton J. & Desrosiers G. (1990). Health profile of applicants for

- refugee status. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 182-186.
- Ramung, S. Leder for Psykososialt Team for Flyktninger (2001). *Personlig intervju om Forebyggende helsearbeid blant flyktninger*.
- Roge, K. (2001). Asylsøkeren – Den Forsømte Pasient? *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, 121, 367-380.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNCHR; 2002a). *2001 Statistical Yearbook: Refugees Asylum-seekers and Other Persons of Concern – Trends in Displacement, Protection and Solutions*. Denmark, Aarhus: Phoenix Trukkeriet A/S.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR; 2002b). Tilgjengelig på UNCHR sine hjemmesider. Funnet på [http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/+AwwFqzvqXs_+nw6xFqzvqXs_+nw6hFqhT0NuItFqr72ZR0gRAFqWdzmwwwwwwwwww1FqrpGdBnqB](http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/+AwwFqzvqXs_+nw6xFqzvqXs_+nw6hFqhT0NuItFqr72ZR0gRAFqWdzmwwwwwwww1FqrpGdBnqB)
- Utlendingsdirektoratet (UDI) (2002a). *Asylvedtak*. Tilgjengelig på UDIs statistikksider; <http://www.udi.no/default.asp?MenuID=3218&intStrukturID=11243&PubID=2379>.
- Utlendingsdirektoratet (UDI) (2002b). *Asylsøkere*. tilgjengelig på UDIs statistikksider <http://www.udi.no/default.asp?MenuID=2700&intStrukturID=11243&PubID=954>
- Utlendingsdirektoratet (UDI) (2003) *Asylmottak*. tilgjengelig på <http://www.udi.no/default.asp?MenuID=3139&intStrukturID=11243&PubID=1937>
- Ústün, T.B., Privett, M., Lecruiber, Y., Weiller, E., Simon, G., Korten, A., Bassett, S.S., Maier, W. & Sartorius, N. On behalf of the investigators of the WHO International Study on Psychological Problems in General Health Care. (1996). Form, frequency and burden of sleep problems in General Health Care. *European Psychiatry*, 11(Tillegg I), 5-10.
- Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C. & Turner, S. (1996). Survivors of Torture and Organized Violence: Demography and Diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 181-193.
- Vassend, O., Lian, L. & Andersen, H.T. (1992). Norske versjoner av NEO-Personality

- Inventory, Symptom Checklist 90 Revised og Giessen Subjective Complaint List. Del I. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 1150-1160.
- Wilkinson, L. & the Task Force on Statistical Inference (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604.
- Williams, C.L. (1991). Primary Prevention of Acculturative Stress Among Refugees – Application of Psychological Theory and Practice. *American Psychologist*, 46(6), 632-640.
- Williams, C. L. & Berry, J. W. (1991). Primary Prevention of Acculturative Stress Among Refugees: Application of Psychological Theory and Practice. *American Psychologist*, 46(6), 632-641.
- Ware, J.C. & Morin, C.M. (1997). Sleep in Depression and Anxiety. I M. R. Pressman, M.R. & Orr, W.C. (Red). *Understanding sleep. The Evaluation and Treatment of Sleep Disorders*. American Psychological Association.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., Saletu, B., Katschnig, H., Holzinger, B., Popovic, R., & Kunze, M., (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102, 249-257.

Noen spørsmål om din bakgrunn og din nåværende situasjon

1. Kjønn _____
2. Alder _____
3. Nasjonalitet ved flukt _____
4. Etnisk tilhørighet _____
5. Religiøs tilknytning _____
6. Hvor har du stort sett bodd i opprinnelseslandet?
 - A By eller storby
 - B Landsby eller land./ distrikt
 - C Begge deler
7. Hvem har du vokst opp med?
 - A Begge foreldre
 - B En av foreldrene
 - C Annen slekt
 - D Barnehjem eller liknende
 - E Annet. Spesifiser: _____
8. Hvilken utdanning har du? (Angi høyest påbegynte utdanningsnivå)
 - A Ingen formell utdanning
 - B Grunnskole
 - C Yrkerskole
 - D Videregående skole / studieforberedende utdanning
 - E Høyskole / universitet
 - F Annet. Beskriv _____
9. Hvilket yrke hadde du i opprinnelseslandet? (Hvis flere yrker, angi høyeste nivå)

10. Sivilstand
 - A Gift
 - B Ugift
 - C Separert / skilt
 - D Enke / -mann
11. Bosituasjon
 - A Mottak
 - B Egne botiltak (leiet)
 - C Hos familie
 - D Hospits eller liknende
 - E Annet. Spesifiser _____
12. Hvem bor du for tiden sammen med?
 - A Ingen
 - B Samboer / ektefelle
 - C Samboer / ektefelle med barn
 - D Barn
 - E Foreldre
 - F Annet
13. Familie som bor i Norge?
 - A Far
 - B Mor
 - C Søsken
 - D Barn
 - E Andre
14. Ønsker du familiegjenforening i Norge?
 - A Ja
 - B Nei
 - C Har allerede oppnådd
15. Når kom du til Norge? ddmmaa _____
16. Hvilken flyktingestatus har du i Norge?
 - A Kvoteflykting
 - B Asylsøker
 - C Familiegjenforening
 - D Politisk asyl innvilget
 - E Opphold på humanitært grunnlag
 - F Kollektiv beskyttelse
 - G Både asyl og oppholdstillatelse avslått
 - H I dekning
17. Når ble asyl / opphold eventuelt innvilget? ddmmaa _____
18. Hvor lang var ventetiden? Måneder _____
19. Hva er din nåværende hovedbeskjeftigelse i Norge?
 - A Lønnet arbeid, minst halv tid (angi yrke) _____
 - B Arbeidsforberedende tiltak
 - C Språkkurs
 - D Studier
 - E Skole
 - F Hjemmeværende, halv tid eller mer
 - G Ingen beskjeftigelse
 - H Annet (beskriv) _____

Pittsburgh Sleep Quality Index

(Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989)

Instruksjoner:

Følgende spørsmål har med ditt vanlige søvnmønster *den siste måneden* å gjøre. Du skal svare på hva som er mest riktig for *de fleste* dager og netter den siste måneden. Vennligst svar på alle spørsmål.

1. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis lagt deg om kvelden?
VANLIG LEGGETID _____
2. I løpet av den siste måneden, hvor lang tid (i minutter) har det vanligvis tatt deg å sovne om kvelden?
ANTALL MINUTTER _____
3. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis stått opp om morgenen?
VANLIGVIS STÅTT OPP KL _____
4. I løpet av den siste måneden, hvor mange timer søvn har du *faktisk* fått om natten? (Dette kan være forskjellig fra hvor mange timer du oppholdt deg i sengen.)
ANTALL TIMER SØVN HVER NATT _____

For hvert av de følgende spørsmål, kryss av for det beste svar. Vennligst svar på *alle* spørsmålene.

5. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med søvnen fordi du...

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| (a) Ikke klarer å sovne i løpet av 30 minutter | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |
| (b) Våkner opp midt på natten eller tidlig om morgenen | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |
| (c) Må opp for å gå på toalettet | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |
| (d) Ikke klarer å puste ordentlig | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |
| (e) Hoster eller snorker høyt | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |
| (f) Føler deg for kald | | | |
| Ikke i løpet av den siste måneden _____ | Mindre enn en gang i uken _____ | En eller to ganger i uken _____ | Tre eller flere ganger i uken _____ |

(g) Føler deg for varm
Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

(h) Har vonde drømmer
Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

(i) Har smerter
Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

(j) Andre grunner, vennligst beskriv _____

Hvor ofte i løpet av den siste måneden, har du hatt problemer med søvnen på grunn av dette
Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

6. I løpet av den siste måneden, hvordan vil du bedømme søvnkvaliteten din totalt sett?

Veldig bra _____
Ganske bra _____
Ganske dårlig _____
Veldig dårlig _____

7. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du tatt medisin (med eller uten resept) som hjelp til å sove?

Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

8. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med å holde deg våken under bilkjøring, måltider eller når du holder på med sosiale aktiviteter?

Ikke i løpet av den siste måneden ___ Mindre enn en gang i uken ___ En eller to ganger i uken ___ Tre eller flere ganger i uken ___

9. I løpet av den siste måneden, hvor stort problem har det vært for deg å ha overskudd nok til å få ting gjort?

Ikke noe problem i det hele tatt _____
Bare et lite problem _____
Et visst problem _____
Et stort problem _____

PENN INVENTORY (Hammarberg, 1992)

I dette spørreskjemaet er det grupper av utsagn. Vennligst les hver gruppe av utsagn nøye. Velg så det utsagnet i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt det/hatt det i løpet av den SISTE UKEN, TIL OG MED I DAG! Lag en sirkel rundt bokstaven til det utsagnet du valgte. **Husk å lese alle utsagnene i hver gruppe før du velger. Vennligst svar på alle spørsmålene.**

- 1
 - A Jeg føler meg ikke så forskjellig fra andre på min egen alder.
 - B Jeg føler meg litt forskjellig fra andre på min egen alder.
 - C Jeg føler meg så forskjellig fra andre på min egen alder at jeg velger nøye hvem jeg skal være sammen med og når.
 - D Jeg føler meg så totalt fremmed fra de fleste andre på min alder at jeg holder meg unna dem for enhver pris.

- 2
 - A Jeg bryr meg like mye om konsekvensene av hva jeg gjør som de fleste andre.
 - B Jeg bryr meg mindre om konsekvensene av hva jeg gjør enn de fleste andre.
 - C Jeg bryr meg mye mindre om konsekvensene av hva jeg gjør enn de fleste andre.
 - D Ofte tenker jeg, "gi blaffen i konsekvensene!" fordi jeg ikke bryr meg om dem i det hele tatt.

- 3
 - A Når jeg har lyst til å finne på noe hyggelig, kan jeg få noen med meg hvis jeg vil.
 - B Jeg klarer å finne på noe morsomt selv når jeg ikke får noen med meg.
 - C Jeg mister interessen for å finne på noe morsomt når det mangler noen å ha med seg.
 - D Jeg har ingen interesse av å finne på noe morsomt i det hele tatt.

- 4
 - A Jeg føler meg sjelden skvetten eller anspent.
 - B Jeg føler meg skvetten eller anspent noen ganger.
 - C Jeg føler meg ofte skvetten eller anspent.
 - D Jeg føler meg skvetten eller anspent hele tiden.

- 5
 - A Jeg har noen i nærheten som virkelig forstår meg.
 - B Jeg er ikke opptatt av å ha noen i nærheten som virkelig forstår meg.
 - C Jeg er bekymret fordi ingen i nærheten virkelig forstår meg.
 - D Jeg er veldig bekymret fordi ingen i nærheten forstår meg i det hele tatt.

- 6
 - A Jeg er ikke redd for å vise at jeg er sint fordi sinnet mitt ikke er verre eller bedre enn andres.
 - B Jeg er noen ganger redd for å vise at jeg er sint fordi jeg blir fortere sint enn andre.
 - C Jeg er ofte redd for å vise at jeg er sint fordi det kan ende med vold.
 - D Jeg er så redd for å bli voldelig at jeg aldri tillater meg å vise sinne i det hele tatt.

- 7
 - A Jeg har ingen tidligere traumer å føle meg spesielt engstelig for.
 - B Når noe minner meg om mine tidligere traumer blir jeg engstelig, men jeg holder ut.
 - C Når noe minner meg om mine tidligere traumer, blir jeg veldig engstelig og må virkelig kjempe for å holde ut.
 - D Når noe minner meg om mine tidligere traumer blir jeg så engstelig at jeg nesten ikke klarer holde ut, og jeg har ingen måter håndtere det på.

- 8
 - A Jeg har aldri gjennomlevd et traume "som om jeg var der igjen".
 - B Jeg har gjennomlevd et traume "som om jeg var der igjen" i noen minutter eller mindre.
 - C Mine gjennomlevelser av traumer varer noen ganger nærmere en time.
 - D Mine gjennomlevelser av traumer varer ofte en time eller mer.

- 9
 - A Jeg lar meg ikke så lett distrahere som før.
 - B Jeg lar meg like lett distrahere som før.
 - C Jeg lar meg lettere distrahere enn før.
 - D Jeg føler meg distrauert hele tiden.

- 10 A Mitt åndelige liv gir meg mer mening enn det gjorde før.
B Mitt åndelige liv gir meg omtrent like mye mening som det gjorde før.
C Mitt åndelige liv gir meg mindre mening enn det gjorde før.
D Jeg bryr meg ikke om mitt åndelige liv.
- 11 A Jeg klarer å konsentrere meg bedre enn noen gang.
B Jeg klarer å konsentrere meg omtrent like mye som før.
C Jeg klarer ikke å konsentrere meg like godt som før.
D Jeg klarer ikke å konsentrere meg i det hele tatt.
- 12 A Jeg har fortalt en venn eller familiemedlem om det viktige ved mine mest traumatiske opplevelser.
B Jeg har vært nøye med å velge hva ved mine traumatiske opplevelser jeg forteller til venner eller familiemedlemmer.
C Noen deler ved mine traumatiske opplevelser er så vanskelig å forstå at jeg knapt har fortalt om dem til noen.
D Det er umulig for noen å forstå de traumatiske opplevelsene jeg har vært nødt til å leve med.
- 13 A Jeg har vanligvis ikke mareritt.
B Marerittene mine er mindre ubehagelige enn før
C Marerittene mine er like ubehagelige som før.
D Marerittene mine er mer plagsomme enn før.
- 14 A Jeg føler meg ikke forvirret over livet mitt.
B Jeg føler meg mindre forvirret over livet mitt enn før.
C Jeg føler meg like forvirret over livet mitt som før.
D Jeg føler meg mer forvirret over livet mitt enn før.
- 15 A Jeg kjenner meg selv bedre enn før.
B Jeg kjenner meg selv omtrent like godt som før.
C Jeg kjenner ikke meg selv like godt som før.
D Jeg føler det som om jeg ikke vet hvem jeg er i det hele tatt.
- 16 A Jeg har flere måter å kontrollere eller dempe sinnet mitt enn de fleste.
B Jeg har omtrent like mange måter å kontrollere eller dempe sinnet mitt som de fleste.
C Jeg har færre måter å kontrollere eller dempe sinnet mitt enn de fleste.
D Jeg har ingen måter å kontrollere eller dempe sinnet mitt på.
- 17 A Jeg har ikke opplevd et større traume i livet mitt.
B Jeg har opplevd et eller flere traumer av begrenset intensitet.
C Jeg har opplevd veldig intense og opprivende traumer.
D Traumene jeg har opplevd var så intense at minner fra dem trenger seg på uten varsel.
- 18 A Jeg har klart å dreie ting for å oppnå mange av mine mål.
B Jeg har klart å dreie ting for å oppnå noen av mine mål.
C Mine mål er uklare.
D jeg vet ikke hva jeg skal gjøre for å oppnå mine mål.
- 19 A Jeg klarer å holde fokus og å konsentrere meg om oppgaven jeg står overfor uavhengig av uønskede tanker.
B Når uønskede tanker dukker opp/ trenger seg på, legger jeg merke til dem en kort tid, før jeg fortsetter med oppgaven jeg står overfor.
C Jeg sliter med å takle uønskede tanker og vet ikke hvordan jeg skal gjenvinne fokus på oppgaven står overfor.
D Jeg vil aldri takle uønskede tanker.

- 20 A Jeg får til mesteparten av det jeg vil.
B Jeg får til mange av de tingene jeg vil.
C jeg får til noen av de tingene jeg vil
D jeg får til få av de tingene jeg vil.
- 21 A Jeg sover like godt som vanlig.
B Jeg sover ikke like godt som vanlig.
C Jeg våkner oftere eller tidligere enn vanlig og har problemer med å sovne igjen.
D Jeg har ofte mareritt eller våkner opp flere timer tidligere enn vanlig og klarer ikke å sovne igjen.
- 22 A Jeg har ikke problemer med å huske ting jeg burde huske.
B Jeg har mindre problemer enn tidligere med å huske ting jeg burde huske.
C Jeg har omtrent like store problemer som tidligere med å huske ting jeg burde huske.
D Jeg har større problemer enn før med å huske ting jeg burde huske.
- 23 A Mine mål er klarere enn de var før.
B Mine mål er like klare som de var før.
C Mine mål er ikke like klare som de var før.
D Jeg vet ikke hva mine mål er.
- 24 A Jeg klarer vanligvis å få vonde minner ut av hodet.
B Noen ganger kommer et vondt minne tilbake til meg, men jeg klarer å begrense, erstatte eller få det bort.
C Når vonde minner trenger seg på klarer jeg ikke å få dem vekk.
D Jeg er bekymret for å bli gal fordi vonde minner trenger seg på.
- 25 A Som oftest føler jeg meg forstått av andre.
B Noen ganger føler jeg meg ikke forstått av andre.
C Som oftest føler jeg meg ikke forstått av andre.
D Ingen forstår meg i det hele tatt.
- 26 A Jeg har ikke mistet noe eller noen som er kjært for meg.
B Jeg har sørget over de jeg har tapt, og jeg kan nå gå videre.
C Jeg er ikke ferdig med å sørge over de jeg har tapt.
D Smerten over tapet mitt er så stort at jeg ikke får til å sørge og jeg vet ikke hvordan jeg skal begynne.

Symptom Check List

INSTRUKSJONER

På de følgende sidene finner du listet opp en rekke plager og problemer som man av og til har.

Les nøye gjennom hvert enkelt spørsmål – eller påstand – én for én, og sett ring rundt det svaralternativet som best beskriver **HVOR MYE HVERT ENKELT PROBLEM HAR PLAGET DEG ELLER VÆRT TIL BESVÆR I LØPET AV DE SISTE 7 dager**, i dag medregnet.

Svarene du kan velge mellom er plassert over hver kolonne øverst på sidene. Du kan enten svare ”ikke i det hele tatt” (0), ”litt” (1), ”måtelig” (2), ”ganske mye” (3), eller ”veldig mye” (4) på det enkelte spørsmål. Sett bare ett kryss for hvert spørsmål.

Eksempel:

Hvor mye var du plaget av:

| | | | | | | |
|----|-----------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Vondt i kroppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|-----------------|---|---|---|---|---|

Copyright © Leonard R. Derogatis, Ph.D.

0 = Ikke i det hele tatt

1 = Litt

2 = Måtelig

3 = Ganske mye

4 = Veldig mye

I løpet av de siste 7 dager,

HVOR MYE HAR DU VÆRT PLAGET AV:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hodeverk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Nervøsitet eller indre uro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Matthet eller svimmelhet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tap av seksuell lyst og interesse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Smerter i hjerteregionen eller brystet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tanker om å ta ditt liv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Skjelvinger | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Gråter lett | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Blir plutselig redd uten grunn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Smerter i korsryggen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Føler deg ensom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Føler deg nedtrykt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Føler deg uten interesse for ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Føler deg engstelig og redd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0 = Ikke i det hele tatt

1 = Litt

2 = Måtelig

3 = Ganske mye

4 = Veldig mye

I løpet av de siste 7 dager,

HVOR MYE HAR DU VÆRT PLAGET AV:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Hjertebank eller at hjerteslagene nærmest løper avgårde | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Kvalme eller urolig mage | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Verk eller ømhet i musklene | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Pustebesvær eller besvær med å få luft | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Nummenhet og prikking i deler av kroppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Klump i halsen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Føler håpløshet med henblikk på fremtiden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Føler deg svak i deler av kroppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Føler deg anspent eller oppjaget | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Føler deg tung i armer eller ben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Føler det som om alt mulig er anstrengende | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Angst- eller panikkanfall | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Føler deg verdiløs | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Har skremmende tanker og forestillingsbilder | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Søvn og søvnproblemer

Jeg er en psykologistudent ved Universitetet i Bergen som skriver hovedoppgave om søvn og søvnproblemer blant asylsøkere på asylmottak. Jeg samarbeider med en søvngruppe ved Universitetet i Bergen og med Psykososialt Senter for Flyktninger på Vestlandet.

Til oppgaven trenger jeg hjelp fra dere som bor på mottakene til å fylle ut noen spørreskjemaer. Spørsmålene som skal besvares vil dreie seg om søvn og omsider ved dagliglivet som kan ha sammenheng med søvn eller søvnproblemer.

Alle spørreskjemaer vil bli behandlet anonymt. Det vil si at det ikke vil være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Resultatene vil gi oss kunnskap om hvordan asylsøkere har det på mottakene. Dette vil være nyttig informasjon om hvordan man kan forbedre asylmottakene i fremtiden.

Det vil ta litt under en time å fylle ut skjemaene. Du må være over 18 år.
Vi håper så mange som mulig vil delta.

Ta kontakt med kontoret for mer informasjon.

Vennlig hilsen,

Petter Franer

Søvn og søvnproblemer blant beboere på asylmottak

Et hovedfagsprosjekt av Petter Franer, student på embetsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen. Samarbeidspartnere i prosjektet er en søvngruppe ved Universitetet i Bergen og Psykososialt senter for flyktinger på vestlandet.

Bakgrunn for undersøkelsen

Det er gjort få systematiske undersøkelser av helsetilstanden blant asylsøkere og flyktinger som bor på mottak. Enkeltrapper fra blant annet helse- og mottakspersonell tyder på at en stor del av mottaksbeboere sliter med ulike former for søvnproblemer. Dette studiet er et forsøk på å kartlegge søvnmønsteret i denne gruppen. Vi er også interessert i å finne ut noe om andre plager og vansker som kan være knyttet til de eventuelle søvnvanskene. Resultatene fra undersøkelsen vil bidra til å gi økt kunnskap om asylsøkeres livssituasjon. Dette vil videre kunne hjelpe til å gi bedre tilrettelegging for asylsøkere på mottak i fremtiden

Selve undersøkelsen

Undersøkelsen innebærer at deltagerne selv svarer på en rekke spørsmål fra et testbatteri. Målgruppen er alle over 18 år som bor på asylmottak. Det er frivillig å delta, og man kan til enhver tid trekke seg fra undersøkelsen. Informasjonen vil bli behandlet anonymt og på gruppebasis. Det vil si at ingen enkeltpersoner vil være gjenkjennelige. Undersøkelsen er beregnet å ta under en time.

Vanlige instruksjoner for utfylling av spørreskjemaer

Start på første side og arbeid deg bakover.
Svar på så mange som mulig av spørsmålene.
Hvis ingen svaralternativer passer helt, kryss av for det som passer best.
Ikke dvel for lenge ved spørsmålene, svar det første som faller deg inn.
Ikke spør andre om hjelp for å finne svar på spørsmålene. Det er din mening vi er ute etter.

Skjemaene som utgjør testbatteriet

Demografiske spørsmål. Spørsmål om tidligere og nåværende livssituasjon. Baserer seg på inntaksintervju som brukes ved Psykososialt senter for flyktinger på vestlandet.

Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) er et selvutfyllingsskjema som måler søvnkvalitet den siste måneden. Testen gir en global skåre fra 0-21, som består av 7 underskalaer. Disse underskalaene er søvnkvalitet, tid før søvn inntreffer, søvnlengde, effektiv søvn, bruk av sovemedisin, søvnforstyrrelser og problem i dagliglivet. Testen er beregnet å ta omtrent 5 minutter å fylle ut.

Penn Inventory er et selvutfyllingsskjema som måler alvorlighetsgrad av symptomer på Post traumatisk stress lidelse (PTSD) på en skala fra 0-78. Hvert ledd i testen består av fire setninger som måler hvorvidt et PTSD symptom er der, samt eventuell grad, frekvens og intensitet. Testen er beregnet å ta omtrent 10 minutter å fylle ut.

Symptom check list (SCL) er et selvutfyllingsskjema som måler symptomer på angst, depresjon og kroppslige plager de siste 7 dagene. Svaralternativene på spørsmål om tilstedeværelse av symptomer går fra "ikke i det hele tatt" til "veldig mye".

Kontakt

Petter Franer

Tlf:
kontor
mobil

e-postadresse: