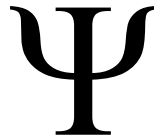




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*En kvalitativ studie av migranternes opplevelse av utvalgte øvelser i  
mindfulnessbasert selvmedfølelse*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Silje Patricia Stevens  
Sofie Skjelstad Jensen**

Høst 2020

Veileded

Ingrid Dundas

Biveiledere

Valeria Markova

Vivian Woodfin

## Forord

Vi ønsker å starte med å takke elevene fra Nygård Skole som deltok i studien. Vi setter stor pris på hvor åpent og ærlig elevene delte om nære opplevelser, og at de ga oss innsyn i noen av deres tanker og livserfaringer. I tillegg beriket elevene arbeidet vårt med sine varme og humoristiske innspill og refleksjoner.

Videre ønsker vi å takke vår dyktige hovedveileder Ingrid Dundas. Ingrid har både støttet og utfordret oss gjennom en lang forskningsprosess, og holdt motet vårt oppe, også når vi har møtt på utfordringer. Ingrid har også gitt oss uvurderlig støtte i å forstå verdien av og mulighetene som ligger i kvalitativ forskning, i tillegg til at vi har lært mye av hennes etiske bevissthet gjennom hele forskningsprosessen.

Vi ønsker også å rette en stor takk til våre dyktige biveiledere Valeria Markova og Vivian Woodfin. Deres innspill, veiledning og ikke minst kompetanse på migrasjonsfeltet har vært uvurderlig i gjennomføringen av dette prosjektet. Vi vil også rette en takk til Valeria for å ha introdusert oss for Senter for migrasjonshelse (SEMI), og fungert som et bindeledd mellom oss og Nygård skole. Uten hennes hjelp ville vi ikke fått muligheten til å etablere en god kontakt med Nygård skole, og det ville blitt utfordrende å gjennomføre prosjektet.

Det å jobbe med en gruppe som potensielt har opplevd traumer har gjort forberedelsene mer omfattende. Samarbeidet med Nygård Skole startet derfor allerede tidlig på høsten 2019. Vi ønsker å takke lærerne og rådgiverne vi hadde kontakt med på Nygård skole, og særlig Lene Omdahl Hoelgaard som har gitt oss verdifull innsikt i noen av elevens hverdag og livssituasjon. I en praksisperiode fikk vi også intervju lærerne om hvordan de tilpasser sin undervisning, noe som var svært nyttig for gjennomføringen av prosjektet. Vi ønsker å takke Lene for å ha tatt seg tid til alle samtaler om rekrutteringen og intervensjonen, og gitt oss praktisk hjelp til koordinering og gjennomføring. Møtene ga oss betydningsfull

informasjon om hvordan vi skulle tilpasse rekruttering og intervensjonene for elevene. Uten hjelpen Lene ga oss ville gjennomføringen av prosjektet blitt betydelig mer utfordrende.

Avslutningsvis ønsker vi å takke hverandre for en lærerik prosess der vi har fått kjenne på hvordan det er å være med på å utvikle en studie fra begynnelse til slutt. Sammen har vi vært med på å utforme problemstillingen, vært med på å utforme søknad til REK og NSD, rekruttert deltakerne, skaffet til veie utstyr og sørget for lokaler til gjennomføringen av intervensjon- og fokusgruppene, deltatt og vært observatører på intervensjonen, vært med på å lede fokusgruppeintervjuene, lagt opptakene inn i SAFE, transkribert videoopptakene, ledet diskusjonene av resultatene sammen med forskningsgruppen, hatt ansvaret for gjennomføringen av analysene, utført litteratursøkene, og til slutt skrevet hovedoppgaven. Det har i perioder vært tøft og hektisk å kombinere prosjektet med studier og jobb, men gjennom å støtte og motivere hverandre føler vi dette har gjort vår relasjon sterkere. En siste takk rettes også til våre kjærester, Jonas og Pål, for all støtte gjennom hele prosessen.

## Abstract

*Background:* Refugees and migrants often face severe stress before, during and after migration. Mindful Self-Compassion (MSC) aims to increase resilience against stressful life-experiences but has not to our knowledge been adapted for use among refugees and migrants. As a basis for discussing the potential of MSC for migrants in a Norwegian setting, we explored how a multicultural group of migrants from a local school in Bergen, Norway, experienced a three hour intervention based on selected exercises from this program.

*Methods:* 15 adult immigrants were introduced to the practices for three hours, followed by two 1,5 hour long focus group interviews. The interviews were thematically analyzed using a phenomenological-hermeneutic framework. *Results:* Three main themes were identified. The first theme described participants' expressions of positive experiences with the selected MSC-exercises and of meeting others in a group context. The second theme described participants' discussions of cultural differences regarding the subjects of gender and stigma related to mental health that could impact their uses of the practices. The third theme focused on language. The fact that the intervention was held in Norwegian was not described as a barrier by participants. *Conclusions:* Studies should continue exploring the usefulness of MSC for migrant populations.

## Sammendrag

*Formål:* Flyktninger og migranter opplever ofte belastninger før, under og etter migrasjon. Mindful Self-Compassion (MSC) har blant annet som mål å øke resiliens mot stressende livshendelser. MSC har ikke til vår kjennskap blitt tilpasset for bruk blant flyktninger og migranter. Vi ønsket å utforske hvordan en flerkulturell gruppe bestående av migranter og flyktninger fra en lokal skole i Bergen, Norge, opplevde en intervensjon basert på utvalgte øvelser fra MSC. *Metode:* 15 voksne migranter ble introdusert til øvelsene i løpet av tre timer, etterfulgt av to 1.5 timer lange fokusgruppeintervju. Intervjuene ble tematisk analysert med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. *Funn:* Tre hovedtema ble identifisert. Det første temaet beskrev deltakernes positive opplevelser med de utvalgte MSC-øvelsene og å møte andre i en gruppekontekst. Det andre temaet beskrev deltakernes diskusjon om kulturforskjeller omkring temaene kjønn og stigma relatert til psykisk helse, som kunne påvirke hvordan øvelsene bør tilpasses. Det tredje temaet fokuserte på språk. Det at intervensjonen ble holdt på norsk ble ikke beskrevet som en barriere av deltakerne. *Konklusjon:* Studier bør fortsette å utforske nytten av MSC for migrantpopulasjoner.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
Begrepsavklaring.....	2
Utfordringer migranter kan møte og barrierer for å søke hjelp.....	3
Eksisterende forebyggende tilbud for migranter.....	5
Hva er MSC, og hvorfor velge en intervensjon som MSC for å øke resiliens hos flyktninger og innvandrere?.....	7
Problemstilling.....	12
<b>Metode</b> .....	<b>13</b>
Design.....	13
Teoretisk rammeverk.....	13
Studiesetting.....	16
Språk.....	16
Rekruttering.....	16
Informasjonsmøte.....	17
Deltakere.....	17
Fremgangsmåte.....	18
Intervensjonen.....	18
Utvelgelse av øvelser og forarbeid.....	18
Gjennomføring av intervensjonen.....	19
Øvelse 1.....	20
Øvelse 2.....	20
Øvelse 3.....	20
Øvelse 4.....	21
Dialog etter hver øvelse (inquiry).....	21
Fokusgruppeintervju.....	22
Semistrukturert intervjuguide.....	23
Observasjoner underveis i intervensjonen.....	24
Dataanalyse.....	24
Etiske hensyn.....	26
Refleksivitet.....	29
<b>Resultater</b> .....	<b>32</b>
Tematisk analyse av de transkriberte fokusgruppeintervjuene.....	32
Tema 1: Positive opplevelser med intervensjonen.....	32
1. “Puste inn og puste ut, det hjelper” - positive opplevelser med de utvalgte MSC-øvelsene.....	33
2. “Det var veldig positivt for meg” – Bruk av gruppen som et terapeutisk rom.....	34
Tema 2: “I mitt land” - deltakernes oppfatninger av kulturforskjeller.....	37
1. “Du må tøffe deg, du er en mann” - kjønn og kultur.....	37
2. “Hun går til psykolog – hun er gal” - psykisk helse og kultur.....	40
Tema 3: Et ønske om å lære norsk - om språk og bruk av tolk.....	41
Observasjoner underveis i intervensjonen.....	42
<b>Diskusjon</b> .....	<b>43</b>
Del 1: Nye erfaringer som føltes godt.....	44
Å fokusere på pust.....	44
Lite utbrodering av “hvordan behandle en venn”.....	45
Ulike perspektiver på verdiøvelsen?.....	45
Hadde deltakerne bare positive opplevelser med MSC-øvelsene?.....	46
Å søke støtte i gruppene.....	47
Del 2: Hvordan tilpasse en intervensjon til en flerkulturell gruppe?.....	48

“Å være gal” .....	49
Bruken av begrepet stress.....	50
Kursets popularitet blant kvinner. ....	50
“Menn viser ikke følelser”. ....	52
Språk og synet på bruk av tolk. ....	53
Implikasjoner .....	54
Styrker og svakheter .....	56
Konklusjon .....	58
<b>Kilder .....</b>	<b>60</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>75</b>
Vedlegg 1: Prosess fram mot valg av tema .....	75
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	77
Vedlegg 3: Kursplan.....	80
Vedlegg 4: Semistrukturert intervjuguide .....	82
Vedlegg 5: Forhåndsvurdering fra REK - godkjenning med vilkår .....	83
Vedlegg 6: Godkjent forhåndsvurdering .....	86
Vedlegg 7: Godkjenning fra NSD .....	87
Vedlegg 8: Tanker og refleksjoner .....	90



## Innledning

Ifølge Neff og kolleger (2003a; 2009; 2007; 2018) er selvmedfølelse en sunn måte å møte utfordringer i livet på, og er relatert til adaptiv psykologisk fungering. Neff og Germer (2013) har utviklet en gruppebasert intervensjon for å øke selvmedfølelse som heter Mindful Self-Compassion (MSC). Flyktninger og migranter er en gruppe som møter en rekke utfordringer. Vi har imidlertid ikke klart å finne studier som ser på hvorvidt øvelser som brukes i MSC kan være formålstjenlig for personer som befinner seg i slike livssituasjoner. Det er ikke gitt at MSC, som er utviklet i en vestlig kontekst og har røtter til buddhistisk filosofi (Anālayo, 2019; Hendriks et al., 2019), vil være til hjelp for migranter og flyktninger.

De siste årene har mye psykologisk forskning blitt kritisert for å publisere studier med utvalg som kun er fra vestlige (Western), utdannede (Educated), industrialiserte (Industrialized), rike (Rich) og demokratiske (Democratic) (WEIRD) samfunn (Henrich et al., 2010). Akronymet WEIRD er passende fordi utvalg med disse karakteristikkene hevdes å være blant de minst representative dersom en skal generalisere funnene til en global populasjon (Henrich et al., 2010). Dette gjelder forskning relatert til grunnleggende aspekter av psykologi, motivasjon og atferd (Henrich et al., 2010). En analyse av randomiserte kontrollerte studier fra 1998-2017 viste at positive psykologiske intervensjoner, som blant annet selvmedfølelse og mindfulness, i 78.2% av tilfellene var gjennomført på WEIRD-utvalg (Hendriks et al., 2019).

Flere studier har vist viktigheten av å tilpasse empiriske intervensjoner på en kulturelt kongruent måte i møte med ulike kulturelle grupper (Bernal, 2006; Bernal & Sharron-del-Rio, 2001; Domenech-Rodriguez et al., 2011; Ewing et al., 2012; Interian et al., 2010; Lau, 2006). Samtidig er det en spenning mellom å kulturelt tilpasse en intervensjon (adaptation), og å strebe mot å beholde kjernen i intervensjonen (fidelity, Castro et al., 2004). Enkelte studier peker på betydningen av å løse denne spenningen ved å finne en balansegang mellom å

beholde kjernen i hver enkelt intervensjon, samtidig som en tilrettelegger intervensjonen for gruppen den skal tilpasses til (Huey & Polo, 2008; Marlatt et al., 2003; Miller et al., 2007; Venner et al., 2007). Første steg i å tilpasse intervensjoner kan ofte være å undersøke om intervensjonen er gjennomførbar, og innhente opplevelsene om intervensjonen, fra et lite representativt utvalg (Castro et al., 2004; Ewing et al., 2012; Interian et al., 2010).

I det følgende vil vi utdype hvorfor vi tenker at et lavterskel gruppetilbud basert på selvmedfølelse kan tenkes å være nyttig for flyktninger og migranter. Etter en begrepsavklaring beskriver vi forskning vedrørende noen av utfordringene migranter kan møte, og barrierer for å søke hjelp. Deretter reiser vi spørsmålet om hva som er hensikten med forebyggende tilbud, og presenterer begrepet resiliens. Så presenterer vi noen av de eksisterende forebyggende tilbudene som finnes, og argumenterer videre for at en lavterskel selvmedfølelseintervensjon kan tenkes å utfylle dette tilbudet på en god måte. Til slutt vil vi gjennomgå problemstillingen for denne undersøkelsen.

### **Begrepsavklaring**

I denne oppgaven defineres psykisk helse som *“en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av lidelse eller svakhet”* i tråd med Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization, 2013, s. 7). Vi vil bruke begrepet migrant og innvandrere om personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre eller fire utenlandsfødte besteforeldre (SSB, 2020a). Migrant kan på engelsk referere til å flytte innad i et land (Tønnesen, 2019). Når vi benytter begrepet migrant henviser vi til ordets norske betydning; personer som forflytter seg fra et land til en annet (Tønnesen, 2019). Når vi søker å spesifisere årsak for opphold benyttes begrepene asylsøker eller flyktning. En asylsøker refererer til et menneske som søker om beskyttelse, og har en lovfestet rett til et sted å bo mens de venter på at søknaden deres blir behandlet (UDI, u.å.a). Flyktning refererer til en person som har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av etnisitet, avstamning,

hudfarge, nasjonalitet, religion, medlemskap i en sosial gruppe eller politisk oppfatning, eller som står i fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff dersom de må reise tilbake til hjemlandet sitt (UDI, u.å.b).

Noe av litteraturen vi benytter oss av bruker begrepet "ikke-vestlig" for å beskrive utvalget. Når vi refererer til denne litteraturen har vi valgt å benytte det samme begrepet. Vi er oppmerksomme på at slike uttrykk kan vise til etnosentriske holdninger som at ens egen gruppe som vestlig er overlegen, eller at ens egne standarder er universelle (Hammond & Axelrod, 2006). Vi benytter derfor ikke begrepet "ikke-vestlig" om vårt utvalg.

### **Utfordringer migranter kan møte og barrierer for å søke hjelp**

I 2020 har 4,4% av Norges befolkning flyktningbakgrunn, og det ble registrert 37 469 nye innvandrere til Norge i løpet av 2019 (Statistisk Sentralbyrå, 2020b). For mange flyktninger og migranter vil påkjennningene før, under og etter migrasjon innebærer en opplevelse av å befinne seg i en kompleks, usikker og stressende situasjon. Som ny i et land håper ofte flyktningene på en bedre framtid, samtidig som flere kan møte nye utfordringer som kan redusere opplevelsen av håp (Haley et al., 2014).

Studier har vist at flere av utfordringene migranter opplever som følge av migrasjonsprosessen kan øke risikoen for psykiske helseplager (Abebe et al., 2014; Bhugra, 2004; Blom, 2017; Dalgard et al., 2006; Lindert et al., 2009). Blant disse er for eksempel sosial isolasjon, følelse av håpløshet, lav sosioøkonomisk status, og stress knyttet til akkulturasjon (Abebe et al., 2014). Risikofaktorer som inntreffer i etterkant av migrasjonsprosessen kan ha betydning for hvordan en tilpasser et tilbud rettet mot psykisk helse for migranter (Abebe et al., 2014).

Selv om migranter kan oppleve en rekke risikofaktorer som kan øke sannsynligheten for at de trenger helsehjelp, kan det være flere barrierer som vanskeliggjør hjelpesøkende

atferd. I følge “atferdsmodell for bruk av helsehjelp” (Andersen & Davidson, 2014) påvirkes hjelpesøkende atferd av tre interrelaterte grupper av faktorer: predisponerende faktorer (for eksempel kjønn og landbakgrunn), behovsfaktorer (for eksempel selvopplevd behov for hjelp), og muliggjørende faktorer (for eksempel evne til å betale for helsehjelp eller søke sosial støtte). De samme barrierene for å oppsøke helsehjelp kan antas å være relevante for å oppsøke forebyggende tilbud, og dermed være av betydning å ta hensyn til når forebyggende intervensjoner utvikles og implementeres. Noen relevante barrierer for flyktninger og migranter kan være stigmatisering, kjønnsroller, kunnskap og tillit til systemet, og ulik kultur og språk.

En faktor som kan tenkes å være betydningsfull for hvorvidt migranter vil benytte seg av et psykisk helsetilbud, er hvorvidt tilbudet oppleves som stigmatiserende av dem det rettes mot. Stigma beskrives som en nøkkelbarriere for hjelpesøkende atferd blant flyktninger, særlig negative tanker om egne psykologiske symptomer og det å søke hjelp (Nickerson et al., 2020). En studie fant at flyktninger rapporterte økt grad av symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), men har en redusert sannsynlighet for å søke hjelp for disse symptomene grunnet stigma omkring psykisk helse (Nickerson et al., 2020). Det er derfor viktig å velge en intervensjonsform som ikke oppleves som unødvendig stigmatiserende.

Også kjønn spiller en rolle i hjelpesøkende atferd. Noe forskning har vist at kvinner søker mer hjelp enn menn for psykiske helseplager (Unrau & Grinnell, 2005). Det kan tenkes at dette skyldes at kvinnelige migranter har flere helseproblemer enn mannlige migranter (Abebe et al., 2014). På den andre siden er ikke dette nødvendigvis hele forklaringen, da en sammenligning mellom vestlige og “ikke-vestlige” migranter viste at nivået på psykologisk stress var høyest blant menn som nylig hadde ankommet Norge fra “ikke-vestlige” land (Abebe et al., 2014). Andre forklaringer for hvorfor kvinner oftere søker hjelp for psykiske vansker enn menn kan være kjønnsrolleforventninger, for eksempel ideen om selvstendighet

hos menn. Forebyggende tilbud kan trenge å ta hensyn til slike faktorer for å være egnet for gruppen de er tiltenkt.

Faktorer knyttet til flyktningprosessen kan også forsterke negative holdninger til hjelpesøkende atferd, for eksempel redusert tillit til autoritetspersoner eller begrenset kunnskap om psykisk helsehjelp i landet en flykter til (Morris et al., 2009; Nickerson et al., 2020; Wong et al., 2006). Forskning har også vist at kostnader og utfordringer med språk er en barriere for at flyktninger søker psykisk helsehjelp (Morris et al., 2009; Wong et al., 2006).

Ulike kulturer har også ulik forståelse av årsaker til psykisk lidelse, noe som kan være med å skape barrierer for å søke psykisk helsehjelp. Slike kulturelle forskjeller kan reflekteres i språk. For eksempel er det flere kulturer som ikke har ordet depresjon i sitt språk, eller er ukjent med begrepet depresjon (Markova, 2017). I det somaliske språket benyttes for eksempel ordet “waali” eller “Jinn” (“gini”) som oversatt kan forstås som galskap eller psykisk lidelse skapt av Gud (Markova, 2017).

Bruk av tolk kan være et alternativ, men kan også være problematisk. I en studie av arabisktalende migranter fant Hadziabdic og Hjelm (2014) at deltakerne var skeptiske til om profesjonelle tolker kunne tolke det de sa på en objektiv måte dersom tolkene ikke kom fra samme sted som deltakerne selv. Deltakerne rapporterte for eksempel at ulike dialekter, begrensede oversettelsesevner, eller at tolken ikke fremsto trygg kunne gjøre dem usikre på om tolken oversatte utsagn riktig (Hadziabdic & Hjelm, 2014). Hadziabdic og Hjelm (2014) fant på den andre siden at bruk av profesjonelle tolker også kan oppleves som positivt, særlig da det kan muliggjøre verbal kommunikasjon mellom klient og helsepersonell som ikke snakker samme språk.

### **Eksisterende forebyggende tilbud for migranter**

I studier fra andre land er psykologiske intervensjoner for flyktninger og migranter ofte rettet mot traumerelaterte psykiske lidelser, og det finnes mest forskning på effekten av

kognitiv atferdsterapi, narrativ eksponeringsterapi, og ulike interpersonlige og integrative terapiformer (Liu et al., 2009; Uphoff, 2020). Forskning på forebyggende intervensjoner for flyktning og migranter er begrenset, og det har vært argumentert for at en trenger mer forskning på slike intervensjoner (Fazel & Betancourt, 2018; Liu et al., 2009).

Når det gjelder tilbud i Norge spesifikt, er målet for den norske helsetjenesten at alle samfunnsmedlemmer skal ha lik tilgang på helsetjenester, uavhengig av blant annet kjønn, religion, sosial bakgrunn og etnisk tilhørighet (Stortingsmelding 34, 2015-2016). Samtidig indikerer forskning at migranter i Norge benytter seg mindre av psykisk helsetilbud sammenliknet med andre nordmenn (Abebe et al., 2017).

Helsesystemet i Norge er semi-desentralisert, noe som innebærer at staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og kommunene for førstelinjetjenesten (Ringard et al., 2014). Kommunene er ansvarlig for å tilby og finansiere forebyggende tiltak for psykisk helse (Ringard et al., 2014). Kommunepsykologer arbeider ofte med tidlig intervensjon, systemisk arbeid, veiledning og behandling av milde til moderate symptomer (Nyheim-Jomisko, 2020).

Ettersom dette prosjektet har sitt utspring i Bergen vil vi i det følgende gjennomgå hvilke psykiske helsetilbud og forebyggende tiltak som eksisterer for migranter og flyktninger i Bergen kommune. En kan anta at tilbudet som eksisterer i Bergen vil være noe representativt for andre større byer i Norge. I Bergen er Senter for Migrasjonshelse (SEMI) en kommunal helsetjeneste for asylsøkere, familiegjenforente til flyktninger, og nyankomne flyktninger. SEMI har som mandat å utvikle og dele ny kunnskap for å styrke kompetansen i migrasjonsfeltet (Bergen kommune, 2020a). Av tilbud rettet mot psykisk helse har SEMI et tilbud for gjenforente familiemedlemmer, et tilbud om individuelle psykologsamtaler, et undervisningstilbud om psykisk helse, og et gruppebasert behandlingstilbud rettet mot flyktninger med symptomer på PTSD.

Deltakelse i noen av disse tilbudene, som for eksempel individuelle psykologsamtaler, kan være vanskelig for mange migranter å benytte seg av. Individuelle psykologtilbud vil også potensielt kunne rette seg mer mot behandling, heller enn forebygging. Det kan tenkes at et gruppebasert tilbud kan være mer tidseffektivt, økonomisk og praktisk enklere å gjennomføre som et forebyggende tiltak i førstelinjetjenesten.

### **Hva er MSC, og hvorfor velge en intervensjon som MSC for å øke resiliens hos flyktninger og innvandrere?**

Det har vært en eksponentiell vekst i forskning på selvmedfølelse siden det først ble introdusert av Neff (2003a; 2003b) for 17 år siden (Tóth-Király & Neff, 2020).

Selvmedfølelse har blitt operasjonalisert som et konstrukt bestående av tre komponenter: (a) *Vennlighet vs. selvfordømming (self-kindness vs. self-judgement)*; en evne til å reagere på psykisk ubehag med selvrettet forståelse, vennlighet, varme og tålmodighet, heller enn ved å være dømmende og selvkritisk (Montero-Marín et. al, 2018; Neff, 2003a; Neff, 2009). (b) *Fellesmenneskelighet vs. isolasjon (common humanity vs. isolation)*; en evne til å erkjenne at lidelse og nederlag er en del av å være menneske og at alle mennesker mislykkes, gjør feil og er uperfekte, fremfor å trekke seg tilbake og føle seg annerledes når en mislykkes (Montero-Marín et. Al, 2018; Neff, 2003a; Neff, 2009).

(c) *Mindfulness vs. overidentifisering (mindfulness vs. over-identification)*:

Mindfulness ses på som en av kjernekomponentene i selvmedfølelse, og er et konstrukt som både komplementerer og er nært relatert til selvmedfølelse (Neff & Dahm, 2015). Vi skal beskrive mindfulnesskomponenten i selvmedfølelse noe mer inngående. På norsk benyttes ofte begrepet “oppmerksomt nærvær” (Solhaug, 2019). Vi har valgt å bruke det engelske begrepet mindfulness, da dette begrepet også benyttes på norsk og er mest brukt i litteraturen vi benytter.

Mindfulness kan defineres som å være oppmerksom, fra øyeblikk til øyeblikk, på en ikke-dømmende måte (Kabat-Zinn, 2005). Forholdet mellom mindfulness og selvmedfølelse blir beskrevet på ulike måter, der noen forskere mener at selvmedfølelse er et resultat av å praktisere mindfulness, andre at det å være mindful omfatter å være aksepterende og medfølende mot seg selv (Baer, 2010). Som en komponent av selvmedfølelsekonstruktet til Neff og kolleger, referer mindfulness til en ikke-dømmende oppmerksomhet rettet spesifikt mot smerte og lidelse (Neff & Dahm, 2015). Forskning tyder på at selvmedfølelse kan trenes opp ved bruk av øvelser fra for eksempel MSC (Ferrari et. al., 2019; Neff & Germer, 2013).

Forskning på vestlige kliniske og ikke-kliniske populasjoner indikerer at trening i mindfulness og selvmedfølelse er lovende for å forebygge sykdom, ha helsefremmende effekter og for å utvikle hensiktsmessige strategier for å håndtere stress (for eksempel Dundas et al., 2017; Galla et al., 2015). Forskning indikerer også at selvmedfølelse kan fungere som en forebyggende faktor på depressive symptomer blant ungdom (Xavier et al., 2016). Mange studier har også vist at MSC har god effekt for personer med lettere psykiske plager (Ferrari et al, 2019; Macbeth & Gumley, 2012).

Det å ha høyere nivåer av selvmedfølelse har i vestlige utvalg vist seg å ha en positiv effekt på psykologisk velbehag, emosjonell intelligens, motivasjon, optimisme, nysgjerrighet, lykke, og økt opplevelse av sosial tilhørighet, i tillegg til å redusere angst, depresjon, selvkritikk, ruminering og frykt for å gjøre feil (Macbeth & Gumley, 2012; Neff, 2009; Neff et al., 2007; Neff et al., 2018; Tóth-Király & Neff, 2020; Zessin et al., 2015). En studie på et ikke-klinisk studentutvalg tyder også på at selvmedfølelse som trekk kan fungere som en beskyttelsesfaktor for utvikling av depressive symptomer over tid, og dermed kan fungere som en faktor som øker resiliens (Raes, 2011). MSC tenkes å kunne bidra til å bygge resiliens i møtet med utfordringer, samt respondere med selvmedfølelse og selvrespekt i møte med motgang (Germer, 2009; Neff & Germer, 2013).



Det at mindfulness og selvmedfølelse i flere studier har vist seg å være nyttig, både for ikke-kliniske populasjoner, personer med lettere psykiske vansker, og som forebyggende faktor for en rekke lidelser i vestlig populasjon, gjør det interessant å undersøke MSC som et forebyggende tilbud også for migranter og flyktninger. Grunnen til at vi valgte å undersøke migranter og flyktningers opplevelse av utvalgte øvelser fra MSC, var at vi tenkte at disse øvelsene kan være med på å utvikle en evne, eller resiliens, til å takle utfordringer som migranter har møtt og vil kunne møte.

Det er i vår kjennskap ikke gjennomført studier som tilpasser MSC til migranter. Imidlertid har Reeb og kolleger (2020) nylig utviklet en mindfulness- og medfølelsesbasert traumebehandling, som de har prøvd ut på et utvalg bestående av flyktninger og asylsøkere fra Eritrea. De foreløpige resultatene tyder på at Reeb og kollegers (2020) intervensjon er effektiv og trygg for flyktninger og asylsøkere. Videre har Hinton og kolleger (2013) utviklet en kulturelt tilpasset kognitiv atferdsterapi (CA-CBT) med elementer av mindfulness og medfølelse. CA-CBT har blitt prøvd ut med flyktning og migranter, og har vist lovende effekt med tanke på å fungere som en emosjonsregulerende teknikk, redusere ruminering, og redusere somatiske plager (Hinton et al., 2013).

Forskning fra Hendriks og kolleger (2019) indikerer et behov for mer forskning på blant annet selvmedfølelse- og mindfulnessintervensjoner for grupper med ulik kulturell bakgrunn. I det følgende vil vi presenterer begrepet resiliens og dets betydning i forebyggende tilbud. Videre vil vi presentere grunnlaget vårt for å anta at selvmedfølelse ville være nyttig for å adressere de felles og unike stressorene migranter og flyktninger kan møte i sitt nye land, og hvordan vi tenkte at utvalgte MSC-øvelser ville kunne fungere forebyggende ved å bygge resiliens hos denne gruppen.

### **Betydningen av resiliens i forebyggende tilbud**

Motstandsdyktighet eller resiliens kan beskrives som *“den dynamiske prosessen der en person klarer å opprettholde en positiv tilpasning på tross av en særlig utfordrende kontekst”* (Luthar et al., 2000, s. 543). I forbindelse med resiliensbegrepet nevnes ofte Antonovskys salutogenese teori (Antonovsky, 1979). Salutogenese postulerer at en persons vei mot god helse avhenger av holdningen personen har til livet og måten personen takler utfordringer (Antonovsky, 1979). Videre vil det en opplever i livet være med på å forme ens opplevelse av sammenheng (sense of coherence) (Antonovsky, 1979). Personer med en sterk opplevelse av sammenheng vil oppleve hendelser og utfordringer som forståelige, håndterbare og meningsfulle. Forskning har vist at opplevelsen av sammenheng kan være helsefremmende da det styrker resiliens, og bidrar til å utvikle en opplevelse av god fysisk og psykiske helse, livskvalitet og velvære (Eriksson & Lindström, 2006).

Dersom en person med sterk opplevelse av sammenheng møter en utfordring vil personen oppleve utfordringen som forståelig, ha en opplevelse av å ha nok ressurser, og være motivert til å løse utfordringen (Antonovsky, 1979). Denne måten å forholde seg til hendelser på er nyttig når en skal takle stress og vil kunne være beskyttende (Antonovsky, 1979; Hockwälder, 2019). Forskning har funnet en relasjon mellom opplevd god helse og en opplevelse av sammenheng, for eksempel har personer med sterkere opplevelse av sammenheng vist seg å ha lavere antall subjektive klager og symptomer på sykdom (Eriksson & Lindström, 2006). Flere hevder at tiltak som styrker resiliens og andre psykologiske ressurser både kan forebygge og redusere eksisterende psykiske helseutfordringer (Eriksson & Lindström, 2006; Stephens et al., 1999).

### **Kan MSC være med på å bygge resiliens blant migranter og flyktninger?**

Migrasjonsprosessen innebærer flere utfordringer, blant annet i form av å måtte lære seg et nytt språk, tilpasse seg en ny kultur, håndtere nye finansielle utfordringer og lære seg et nytt utdannings- og yrkessystem (Murray et al., 2010). Vi antar at i alle situasjoner der migranter

kan oppleve utilstrekkelighet vil elementet *vennlighet* i MSC kunne være relevant i form av å møte egen selvkritikk med aksept og vennlighet. Det å ikke møte seg selv med selvkritikk når en står i krevende livssituasjoner, og heller akseptere seg selv om et uperfekt menneske som fortjener medfølelse kan potensielt øke velvære og resiliens (Neff & Germer, 2013).

Videre vil det å møte seg selv med medfølelse kunne bidra til å bearbeide smerte og potensielle traumatiske erfaringer gjennom å eksponere og prosessere hendelsene med en annen affektiv tilstand og et annet kognitivt rammeverk (Hinton et al., 2013). I stedet for å prosessere hendelsene med frykt og unngåelse, vil individet få trening med å møte egen smerte med medfølelse og aksept. I beste fall vil dette kunne redusere følelsen av håpløshet, skyldfølelse, hat mot andre, og selvhat (Hinton et al., 2013).

Mange flyktninger kan oppleve større grad av ensomhet i landet de flykter til da de må bygge opp et nytt sosialt nettverk (Murray et al., 2010). Mange har måtte forlate familie og venner i hjemlandet. Fokuset på *fellesmenneskelighet* i MSC kan potensielt være relevant, fordi det kan redusere følelsene av sosial isolasjon, og fremheve følelsen av tilknytning og tilhørighet (Neff et al., 2007). Videre kan det å delta i en gruppe og ha samtaler omkring psykisk helse kunne styrke opplevelsen av fellesmenneskelighet, og vennlige relasjoner mellom deltakerne. Forskning har vist at positive sosiale relasjoner kan være en viktig faktor i resiliens, for eksempel når en møter motgang (Criss et al., 2002).

Ferdigheter i *mindfulness* vil potensielt være relevant og nyttig for migranter og flyktninger. Det å trene på å fokusere på “her og nå” kan gjøre det enklere å fokusere på hva som skjer rundt seg fra øyeblikk til øyeblikk, og redusere fokus på bekymringer knyttet til fortid og framtid (Baltzell & Summers, 2018). Når en blir konfrontert med vanskelige livshendelser eller utfordringer, kan en fort bli fanget i problemløsningsmodus, heller enn å legge merke til hvor vanskelig situasjonen er (Neff & Dahm, 2015). Ved bruk av mindfulness

kan en med selvmedfølelse unngå å overidentifisere seg med smerten (Neff, 2003a), og rette varmen en får fra medfølelse mot de vanskelige utfordringene en møter (Neff & Dahm, 2015).

Forskning indikerer at mindfulness-teknikker kan være effektive terapeutiske metoder for traumatiserte flyktninger og minoriteter, og at aksept- og mindfulness-teknikker har vist seg å kunne øke psykologisk fleksibilitet (Hinton et al., 2013). Psykologisk fleksibilitet hevdes å være en viktig funksjon for at flyktninger og etniske minoriteter skal kunne tilpasse seg en ny sosiale, kulturelle og språklige kontekst (Hinton et al. 2013). Forskning har også vist at selvmedfølelse og mindfulness er viktige komponenter i å utvikle emosjonell fleksibilitet, som er viktig for *“å respondere i henhold til konteksten på en emosjonell passende måte og kunne overkomme sine første emosjonelle reaksjoner når konteksten endrer seg”* (Beshai et al., 2018, s. 939).

### **Problemstilling**

Som nevnt opplever mange migranter utfordringer som kan være med på å øke risikoen for å utvikle psykisk helseplager (Abebe et al., 2014; Bhugra, 2004; Blom, 2017; Dalgard et al., 2006; Lindert et al., 2009). Eksisterende tilbud i dag er for det meste rettet mot allerede oppståtte plager. Vi har argumentert for at mindfulness og selvmedfølelse potensielt kan være nyttig for migranter og flyktninger.

Som beskrevet tidligere har psykologisk forskning de siste årene blitt kritisert for at utvalget er WEIRD, og dermed lite generaliserbare til andre kulturer og subpopulasjoner (Henrich et al., 2010). Videre diskuterer noen forskere i hvor stor grad intervensjoner bør kulturelt tilpasses til en gitt gruppe (Benish et al., 2011; Castro et al., 2004). Vi ønsket i dette studiet å utforske hvordan en eventuelt kan bruke MSC-øvelser i en flerkulturell gruppe.

Vi hadde en antagelse om at øvelser fra MSC vil være nyttig for flyktninger og migranter, men da det var lite forskning på området valgte vi å gjennomføre en eksplorativ studie. Forskningsspørsmålet ble dermed: Hvordan opplevde en flerkulturell gruppe bestående

av flyktninger og migranter i Norge bruk av utvalgte øvelser fra MSC? På bakgrunn av dette ønsket vi å diskutere om det bør gjøres tilpasninger av MSC med tanke på gruppens kultur og livssituasjon.

## **Metode**

### **Design**

For å utforske problemstillingen gjennomførte vi en tretimers intervensjon med utvalgte MSC-øvelser for en flerkulturell gruppe. Deltakerne ble rekruttert fra en skole som driver med grunnskoleopplæring for voksne flyktninger og migranter (Nygård Skole) i Bergen, Norge. Etter intervensjonen ble deltakerne invitert til å delta i fokusgruppeintervju der vi benyttet en semistrukturert intervjuguide for å utforske problemstillingen.

### **Teoretisk rammeverk**

Siden formålet med studien var å undersøke deltakernes opplevelser anså vi det som relevant med en kvalitativ og eksplorativ tilnærming. Kvalitative tilnærminger har blitt beskrevet som velegnet på felt som er lite utforsket (Castro et al., 2004; Interian et al., 2010; Ewing et al., 2012), og som nevnt har vi ikke funnet studier på MSC blant flyktninger og migranter.

Kvalitativ forskning har vært beskrevet som en måte å beskrive, eksplorere, og forstå meningen med menneskelig interaksjon og opplevelse gjennom systematisk innsamling av observasjoner og eksplorativ dialog (Denzin & Lincoln, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). I vår studie var vi opptatt av å forstå deltakernes forståelse av, og meninger om, de utvalgte øvelsene med MSC. Dette samstemmer med at kvalitative og eksplorative tilnærminger oppfordrer deltakerne til å formulere fenomen slik de oppleves (Binder et al., 2012).

Vi har valgt et hermeneutisk-fenomenologisk rammeverk for studien. Fenomenologi kan forstås som en måte å eksplorere hvordan mennesker opplever fenomen i rammen av deres egen virkelighetsoppfatning, mens hermeneutikk omhandler tolkning av

meningsinnhold (Kvale et al., 2009). Det hermeneutiske og det fenomenologiske rammeverket benyttes ofte sammen når en undersøger menneskers opplevelser.

Rammeverkene er basert på de samme epistemologiske premissene: meningsinnholdet konstrueres på en intersubjektiv måte (Binder et al., 2012). Den fenomenologiske tradisjonen hadde sitt utspring med Husserl på 1900-tallet, og ble senere videreført av Giorgi som benyttet denne tilnærmingen på empirisk psykologi (Binder et al., 2012). Målet er å komme så nært som mulig til den «faktiske» opplevelsen, samtidig som det anerkjennes at dette er en umulig oppgave (Kvale et al., 2009).

Hermeneutisk tradisjon hadde sitt utspring fra Heidegger og Gadamer, og postulerer at en annen persons opplevelser oppdages og konstrueres i møte med andre. I en intervju-kontekst vil den andre personen være forskeren (Binder et al., 2012). Dette betyr at deltakerne og forskeren sammen konstruerer meningen gjennom å snakke sammen. Meningen er ikke noe som «finnes» uavhengig av dem som deltar i samtalen og som skal graves frem av forskeren; meningen konstrueres gjennom samtale. Dette betyr at forskerne uvegerlig er med på å påvirke resultatene av en undersøkelse. For at denne påvirkning skal være tydelig for dem som skal vurdere resultatene kreves det at forskerne reflekterer over sitt eget ståsted og hvordan det kan ha påvirket studien og resultatene (Binder et al., 2012).

En forskningstilnærming som kalles «samfunnsbasert deltakelse» (community-based participatory research, CBPR) skisserer hvordan en kan utvikle kulturelt tilpassete intervensjoner (Castro et al., 2004; Interian et al., 2010; Ewing et al., 2012). CBPR består av av fem trinn, der første trinn er å gjennomføre fokusgruppeintervju med relevante medlemmer av en brukergruppe (Interian et al., 2010; Ewing et al., 2012). Forskningstilnærmingen beskriver at fokusgruppene skal presenteres for deler av den opprinnelige intervensjonen for å innhente deres opplevelser (Ewing et al., 2012). Trinn to til fem i forskningsmodellen innebærer blant annet å integrere tilbakemeldingene fra fokusgruppene, utvikle pilotstudier,

og til slutt ferdigstille en kulturelt tilpasset intervensjonsmanual (Interian et al., 2010; Ewing et al., 2012).

I tråd med CBPR har vi valgt å benytte to eksplorative fokusgrupper for å innhente informasjon fra deltakerne om deres opplevelse av øvelsene. Dette vil også samsvare med helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-10) som beskriver at “*Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste*”. Brukermedvirkning gjennom forskningsprosessen vil også kunne bidra til at forskningen er nyttig sett fra et brukerperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Etter at fokusgruppeintervjuene ble transkribert benyttet vi tematisk analyse. Ved bruk av tematisk analyse er det viktig å reflektere og diskutere eksplisitt over de valgene en foretar seg gjennom prosessen (Braun & Clarke, 2006). Dette for å være bevisst på hvordan forskerens teoretiske ståsted og handlinger påvirker prosessen frem mot resultatene. Tematisk analyse av kvalitativ data vil aldri være en gjengivelse av “den ekte verden”, eller “realiteten” (Braun & Clarke, 2006). Vårt epistemologiske ståsted er at vi som forskergruppe, i tillegg til å være instruktører i intervensjonsgruppene og moderatorer i fokusgruppene, uvegerlig vil påvirke resultatene i studien. Dette for eksempel gjennom våre valg av forskningsspørsmål, hvilke spørsmål vi stiller, og hvordan vi stiller dem i intervjuene. Dette kan beskrives som et konstruksjonistisk syn. Samtidig forsøker vi å gjengi deltakernes meninger så nært som mulig opp til hva de faktisk mener i tråd med et essensialistisk- eller realismepreget syn. Vi befinner oss derfor mellom ytterpunktene av realisme og konstruksjonisme, og er kanskje nærmere realisme enn konstruksjonisme på et konstruksjonisme-realisme kontinuum.

For å holde oversikt over de valgene som ble foretatt i løpet av den tematiske analysen, og for å kunne reflektere over dem og hvilken betydning de kan ha hatt, førte vi en løpende journal over prosessen frem mot valg av tema (se vedlegg 1).

## **Studiesetting**

Studien ble gjennomført på Nygård skole i samarbeid med Senter for Migrasjonshelse (SEMI). Nygård skole har grunnskoleopplæring for voksne innvandrere og flyktninger, i tillegg til å være et senter for voksenopplæring der det undervises i norsk og samfunnskunnskap. Målet til Nygård skole er å hjelpe elevene med å forstå det norske samfunnet og den norske kulturen bedre slik at de kan delta i samfunns- og arbeidsliv (Bergen kommune, 2020b).

**Språk.** I planleggingsfasen av studien diskuterer vi mulige fallgruver ved å holde intervensjonen og fokusgruppene på et språk som ikke er deltakernes morsmål, og drøftet blant annet om vi burde benytte tolk. Basert på egen undervisningserfaring med elever på Nygård skole og samtaler med rådgivere på Nygård Skole om elevens språknivå, valgte vi å holde intervensjonen på norsk. Videre drøftet vi hvordan vi skulle tilpasse vårt eget (norske) språk til gruppen ved å snakke enklere, bruke flere ord og forklaringer på de samme instruksjonene, og forsøkte å være observante på om deltakerne forsto det vi sa.

## **Rekruttering**

Rekrutteringsprosessen besto av to ledd. Første ledd var å rekruttere deltakere til et informasjonsmøte om studien. Andre ledd var å holde informasjonsmøtet for å rekruttere deltakerne til studien. Det ble vurdert som nødvendig å ha et eget informasjonsmøte for å sikre at deltakerne som meldte seg på forsto hva studien innebar. Gjennom å avholde informasjonsmøtet kunne vi gi deltakerne en grundig gjennomgang av studien, premissene for å delta på undersøkelsen, og gjøre det enklere for deltakerne å stille spørsmål.

Rekruttering til informasjonsmøtet ble gjennomført ved at vi først informerte om studien da vi underviste om psykisk helse på Nygård Skole. Deretter rekrutterte vi deltakere gjennom å besøke klassene på nytt, der vi ga grundigere informasjon om intervensjonen. Deltakerne fikk beskjed om at de kunne melde uforpliktet interesse for informasjonsmøtet når



vi var til stede, eller sende en mail i etterkant. Planen var i utgangspunktet å besøke fem klasser og rekruttere 15 deltakere. Ettersom det ble meldt interesse fra 20 elever i de første fire klassene, ble den siste klasse ikke besøkt for å unngå å rekruttere deltakere som senere ikke ville få anledning til å delta på intervensjonen. I de fire klassene som ble besøkt var det ca. 15 elever i hver klasse. En klasse var på 8. trinn og tre av klassene var på 9. trinn i grunnskoleopplæringen for voksne.

**Informasjonsmøte.** På informasjonsmøtet fikk deltakerne utdelt samtykkeerklæringen med informasjonsskriv (se vedlegg 2), og planen for kursdagen ble presentert (se vedlegg 3). Ettersom skolen hadde informert oss om at noen av deltakerne hadde begrenset forståelse når de leste norske tekster ble informasjonen nøye gjennomgått både muntlig og visuelt ved bruk av PowerPoint. Deltakerne fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i løpet av studien, at deres bidrag ville bli aidentifisert, og at de kunne få sine bidrag til datamaterialet slettet opp til det stadium i analyseprosessen der de ikke lenger var identifiserbare i datamaterialet.. Videre ble deltakerne minnet på at det kom til å bli skrevet en hovedoppgave og muligens en artikkel slik at andre kunne lære av studien. All informasjon ble nøye gjennomgått for å sikre at informasjonen var forstått.

## **Deltakere**

Sammenlagt var det 20 stykker som meldte interesse etter besøkene i skoleklassene. To av 20 elever meldte avbud før informasjonsmøtet og begrunnet dette med at de hadde for mye å gjøre på skolen. På informasjonsmøtet var det tre elever som initialt hadde meldt interesse som ikke møtte opp. Videre var det to deltakere som ikke var påmeldt informasjonsmøtet som møtte opp. Totalt kom det 18 elever på informasjonsmøtet. På kursdagen møtte 15 deltakere opp. To av disse elevene var ikke påmeldt i forkant, noe som vil si at det var fire påmeldte elever som ikke møtte opp. Samtykke- og informasjonsskrivet ble

gjennomgått en-til-en med deltakerne som ikke hadde deltatt på informasjonsmøtet for å sikre informert samtykke. Alle deltakerne signerte samtykkeskjemaet før oppstart.

Utvalget besto totalt av 13 kvinner og 2 menn. Deltakerne var fra Afghanistan, Eritrea, Filippinene, Gambia, Liberia, Yemen, Nigeria, Somalia, Syria og Tyrkia. Deltakernes alder varierte fra å være tidlig i 20-årene til sent i 40-årene. Ingen av deltakerne trakk seg fra studien.

### **Fremgangsmåte**

Intervensjonen besto av utvalgte øvelser hentet fra Mindful Self-Compassion (MSC), og varte i tre timer. Deltakerne ble ikke betalt for å delta. De fikk servert kaffe, te, frukt og kjeks. Etter en kort pause ble deltakerne delt inn i to fokusgrupper. I følge Krüeger og Casey (2000) er den ideelle størrelsen på en fokusgruppe seks til åtte personer, og våre grupper bestod av henholdsvis syv og åtte personer. Fokusgruppeintervjuene foregikk parallelt og hver av dem varte i ca. 1,5 time uten pause.

I denne oppgaven vil vi bruke betegnelsen "instruktør" når vi henviser til forskerne som ledet intervensjonsdelen der de utvalgte øvelsene fra MSC ble presentert, og "moderator" om forskerne som ledet samtalen i fokusgruppeintervjuene. Det var de samme forskerne som deltok i både intervensjon- og fokusgruppene.

### **Intervensjonen**

**Utvelgelse av øvelser og forarbeid.** Intervensjonen besto av fire øvelser (en mindfulnessøvelse og tre selvmedfølelsesøvelser) som var plukket ut fra den standardiserte manualen Mindful Self-Compassion (MSC) (Neff & Germer, 2013). Øvelsene ble valgt ut av en forskergruppe der alle er ansatte ved Universitetet i Bergen (UIB). Forskergruppen består av tre psykologer: Ingrid Dundas som er førsteamanuensis og spesialist i klinisk psykologi, Valeria Markova som er doktor i psykologi, og Vivian Woodfin som er doktorgradsstipendiat i psykologi. En av disse er «trained teacher» i MSC, og de øvrige har noe opplæring i MSC.

Markova har i tillegg migrasjonshelse som forskningsfelt, og arbeider også på Senter for Migrasjonshelse (SEMI) i Bergen kommune.

Ettersom deltakerne bestod av et migrant- og flyktningutvalg var det sannsynlig at noen kunne ha opplevd traumatiske hendelser. Forskning viser at praktisering av mindfulness i noen tilfeller kan øke symptomer på traumatisk stress dersom personen som gjennomfører øvelsen har opplevd en traumatisk hendelse (Treleaven, 2018). Før vi valgte ut øvelser fra MSC hadde vi derfor kontakt med internasjonale forskere for å lære hvordan de tilpasser sine intervensjoner til flyktninger og migranter. Øvelsene som ble valgt var derfor relativt enkle, ikke emosjonelt utfordrende, og krevde ikke kjennskap til mindfulness og selvmedfølelse på forhånd.

Noe forskning indikerer at flyktning- og migrantpasienter har høyere andel av panikkanfall, panikkklidelser, og frykt for somatiske sansefornemmelser, og at en derfor bør utøve forsiktighet med øvelser der en fokuserer på pust (Hinton et al., 2012). Vår intervensjon besto ikke av pasienter, men vi forsøkte likevel å ta hensyn til slike funn ved for eksempel å la deltakerne få valget mellom å lukke øynene eller ha dem åpne under øvelsene.

**Gjennomføring av intervensjonen.** Under intervensjonen deltok forskergruppen og to psykologstudenter (undertegnede). Psykologene i forskergruppen fungerte som instruktører, og studentene fungerte som observatører og var tilgjengelige dersom elevene skulle ha spørsmål eller få reaksjoner underveis i studien.

Som en introduksjon til øvelsene beskrev instruktørene formålet med disse, for eksempel at øvelsene kan forstås som redskaper som kan benyttes når deltakerne står i situasjoner som er vanskelige å håndtere. Det ble videre gitt eksempler på hva som kan være en vanskelig situasjon, som for eksempel når en skal ha eksamen eller hvis en har det vondt. Når deltakerne tok opp problemer og søkte råd hos instruktørene og i fokusgruppene ble de blant annet oppfordret til å spørre seg selv “hva trenger jeg, hva er riktig for meg”. Germer og

Neff (2013, s. 862) beskriver at det å stille seg selv den type spørsmål “*i seg selv er en øvelse i selvmedfølelse - da det kultiverer en godhet mot seg selv*”.

**Øvelse 1.** Den første øvelsen var “mindfulness med fokus på pust”. Øvelsen hadde en varighet på ca. 15 minutter. Dette er en standardisert kort pusteøvelse som brukes i ulike versjoner i flere mindfulnessbaserte program (Segal et al., 2002). Mindfulnessøvelser skiller seg fra andre pusteøvelser ved at deltakerne ikke blir instruert i å puste på en bestemt måte, men fortalt at de bare skal følge pusten fra øyeblikk til øyeblikk, og vende tilbake til det fokus hver gang oppmerksomheten vandrer.

**Øvelse 2.** Den andre øvelsen var selvmedfølelsesøvelsen “hvordan behandle en venn” (Neff & Germer, 2013). Øvelsen hadde en varighet på ca. 20 minutter. Rasjonalet bak øvelsen er å hjelpe deltakere å identifisere selvkritikk eller hardhet rettet mot en selv (Neff, 2015). Ifølge Neff (2015) involverer selvmedfølelse å møte oss selv med varme og forståelse når vi har det vanskelig, heller enn å ignorere smerten vår eller kritisere oss selv - nettopp på samme måte som vi ville behandlet en venn. Under denne øvelsen ble deltakerne bedt om å skrive ned hvordan de ville behandlet en venn som har det vanskelig. Deretter ble deltakerne bedt om å skrive ned hvordan de behandler seg selv når de har det vanskelig eller vondt. Deltakerne reflekterte deretter i gruppen rundt den mulige diskrepansen mellom hvordan de behandler en venn og hvordan de behandler seg selv.

**Øvelse 3.** Den tredje øvelsen var selvmedfølelsesøvelsen «verdiøvelsen» eller “core values” (Neff & Germer, 2013). Øvelsen hadde en varighet på ca. 20 minutter. Rasjonalet bak øvelsen er å styrke bevisstheten omkring hvilke verdier som er viktig for en selv og hvorfor. En antar at økt bevissthet rundt egne verdier vil føre til økt resiliens i møte med motgang, gi en økt følelse av mening i livet, øke motivasjonen for å fortsette å arbeide mot ens mål, og gi økt mestringstro (self-efficacy) (Germer & Neff, 2019). Denne øvelsen inneholder et element av visualisering. Deltakerne ble bedt om å se for seg at de er gamle og har levd et langt liv. De

sitter i en hage eller på et fint sted hvor de føler seg avslappet og vel. Det ble brukt tid på å elaborere det visuelle bildet av hagen. Deltakerne ble deretter bedt om å tenke tilbake på livet sitt og reflektere over hva som hadde vært viktig for dem. Etter øvelsen spurte instruktørene hva deltakerne merket, og om de ble bevisst på hvilke verdier som var viktige for dem. Videre ble deltakerne oppfordret til å minne seg selv på disse verdiene, i perioder hvor livet kan være vanskelig.

**Øvelse 4.** Den fjerde øvelsen var mindfulness- og selvmedfølelsesøvelsen “pause med selvmedfølelse” eller “self-compassion break” (Germer & Neff, 2019). Øvelsen hadde en varighet på ca. fem minutter. “Pause med selvmedfølelse” ble utviklet av Neff for å redusere stress, hjelpe mennesker til å trøste seg selv, bygge opp styrke, og snakke positivt til seg selv (Williamson, 2020). Øvelsen minner om den første pusteøvelsen, og kan brukes når som helst når en opplever stress. Etter denne øvelsen ble deltakerne bedt om å reflektere omkring hva en kan gjøre når en har det vondt, for eksempel dersom en eksamen går dårlig.

**Dialog etter hver øvelse (inquiry).** Med unntak av den fjerde øvelsen, “pause med selvmedfølelse”, ble det holdt en ca. ti minutters lang dialog etter hver øvelse (inquiry). Dialog etter øvelsene er vanlig praksis i MSC og andre mindfulnessbaserte programmer (Crane et al., 2014). Rasjonalet bak en slik dialog er å undersøke hvordan deltakerne har opplevd øvelsene, om de synes å ha forstått øvelsene, og hva de har lært fra dem (Crane et al., 2014). Videre tenkes det at en slik dialog vil være med å styrke en mer selvmedfølende og mindful holdning til seg selv (Crane et al., 2014). Instruktøren som ledet øvelsen ledet også dialogen, men fikk støtte fra de andre instruktørene som var til stede. Deltakerne ble spurt hva de la merke til i etterkant av øvelsen, og det ble gjort rom for eventuelle justeringer og oppklaring av misforståelser. Det ble lagt frem slik at de som ønsket å si noe fikk anledning til det, men at det ikke var forventet at alle skulle svare.

## **Fokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervju med en semistrukturert intervjuguide ble benyttet som metode for datainnsamling. Fokusgruppeintervju er en kvalitativ teknikk, der en liten gruppe mennesker med noen felles karakteristikk deltar (Krueger & Casey, 2000). De felles karakteristikkene var i vårt tilfelle at deltakerne hadde migrert til Norge, bodd i Norge en viss periode, lærer seg det norske språket, tilpasser seg en ny kultur, og at de alle hadde deltatt på intervensjonen. Hensikten med fokusgrupper er å ha en fokusert diskusjon for å øke forståelsen om et gitt tema (Krüeger & Casey, 2000).

Fokusgruppene kan gi rike og detaljerte data om deltakernes følelser, tanker og inntrykk fortalt med deres egne ord (Stewart & Shamdasani, 2014). Sammenliknet med en-til-en dybdeintervju gir også fokusgruppeintervju mulighet til å fange en detaljert mengde data om dynamikken mellom deltakerne i gruppen (Hyde et al., 2005). Muligheten til å innhente detaljerte data var nyttig i vår studie med tanke på ønsket om å få mest mulig informasjon om deltakernes opplevelse av de utvalgte MSC-øvelsene. Videre er fokusgrupper en metode som egner seg godt når formålet med studien er å undersøke menneskers holdninger og opplevelser, samt gjøre deltakerens prioriteringer, språk og forståelse tydeligere (Kitzinger, 1995). Det er også en metode som anbefales når en undersøker en sensitiv populasjon, og blir for eksempel brukt i forskning på minoriteter (Dilshad & Latif, 2013).

Fokusgruppeintervjuene ble i vår undersøkelse filmet. Det er flere fordeler ved å bruke video som metode for å ta opptak av intervjuene. Blant annet gir video informasjon som for eksempel non-verbal kommunikasjon, og det gir bedre mulighet for å transkribere interaksjonen som skjer mellom deltakerne (Polgar & Thomas, 1995). Vi valgte også å benytte oss av videoopptak fordi deltakernes varierende norskferdigheter potensielt kunne vanskeliggjøre transkribering kun fra lydopptak.

I hver av fokusgruppene var det en psykologstudent og en psykolog til stede som fungerte som moderatorer. En tredje psykolog vekslet mellom å være til stede i begge gruppene. Moderatorer spiller en betydningsfull rolle i å organisere, gjennomføre og kontrollere prosessene i fokusgruppen (Dilshad & Latif, 2013). Som anbefalt av Dilshad og Latif (2013) vektla vi at moderatorene skulle opptre på en ikke-dømmende måte, ha respekt for deltakerne, være åpne i møte med deltakerne og deres tanker, være gode lyttere, ha evne til å lede gruppen ved å eksempelvis la alle komme til orde, utvise tålmodighet og fleksibilitet, samt være sensitive til deltakernes behov.

**Semistrukturert intervjuguide.** Den semistrukturerte intervjuguiden (se vedlegg 4) ble utviklet av forskergruppen, og ble diskutert med forfatterne av hovedoppgaven. Ved bruk av semistrukturert intervjuguide får instruktøren større frihet og fleksibilitet til å stille oppfølgingsspørsmål, utforske, få eksempler og utdype relevante temaer gjennom intervjuet (Kvale et al., 2009).

Intervjuguiden ble utviklet for å utforske deltakernes opplevelse av øvelsene, samt om deltakerne opplevde øvelsene som relevante for dem selv og for andre de kjenner. Intervjuguiden besto av tre deler, der første del gjentok og utdypet informasjon knyttet til etiske hensyn, taushetsplikt, hensikten med intervjuet og bruk av videoopptak. Den andre delen av intervjuguiden bestod av spørsmål knyttet til deltakernes demografi. Tredje og siste del av intervjuguiden bestod av både åpne og mer konkrete spørsmål knyttet til deltakernes opplevelse av kurset. Eksempler på åpne spørsmål var “Hvordan var dette for dere (hva merket du)?”, og “hvordan opplevde du det vi gikk gjennom på dette korte kurset?”. Eksempler på konkrete spørsmål i intervjuguiden er “Var det noen øvelser du likte bedre?” og “Ville disse øvelsene passe for alle i ditt hjemland?”. Intervjuguiden inneholdt også noen tilleggsspørsmål knyttet til hvilke situasjoner deltakerne opplevde som utfordrende i

hverdagen, og om noen av øvelsene eventuelt kunne være relevante for dem å benytte når de sto i disse utfordringene.

### **Observasjoner underveis i intervensjonen**

For å forsøke å oppnå en helhetlig forståelse av deltakernes opplevelse observerte vi deltakerne i løpet av intervensjonen. Etter å ha gjennomført intervensjonen og fokusgruppen hadde vi en dialog om hvilke observasjoner vi gjorde oss, og noterte deretter inntrykk, tanker og refleksjoner omkring dette. Slike dialoger vil både kunne være et supplement til videoopptakene når vi skulle tolke dem, og kunne bevisstgjøre oss på hvordan personlig og profesjonell forforståelse påvirker observasjonene og tolkningene av deltakernes opplevelser (Binder et al., 2012).

### **Dataanalyse**

Vi transkriberte hvert vårt fokusgruppeintervju ordrett fra videoopptakene. I deler av videoen var det utfordrende med ordrett transkribering, da det var vanskelig å forstå og høre hva som ble sagt, i tillegg til at deltakerne flere ganger snakket samtidig. I tillegg hadde deltakerne hadde varierende norskkunnskaper. Videoene ble derfor sett og hørt flere ganger, også i sakte film. Vi har valgt å ikke endre på setningsstruktur eller grammatikk i henhold til norsk rettskriving, men transkribert ordrett deltakernes måte å formulere seg på.

I de delene av videoene der det ikke var mulig å forstå eller høre hva deltakere sa, ble det i transkriberingene satt inn hakeparentes med teksten “kan ikke høre hva som blir sagt”. Bueparentes ble brukt for å formidle relevante non-verbale cues og annen interaksjon mellom deltakerne, for eksempel “(peker mot seg selv)” eller “(ler)”.

I resultatdelen blir hakeparentes brukt når vi har lagt til informasjon for å gjøre sitatet mer forståelig eller sette det i kontekst. Vi har også brukt bueparentes med tre punktum “(…)” for å illustrere at vi har klippet bort deler av et sitat. Når tre punktum “...” står skrevet uten parentes viser det til at deltakerne tar pauser mellom setningene eller ordene de sier.



I transkripsjonene er deltakerne blitt tildelt tilfeldige pseudonavn. I noen av de utvalgte sitatene i resultatdelen refererer vi til “deltaker” heller enn å henwise til pseudonavnet. Dette er blitt gjort av hensyn til anonymitet i de tilfellene der vi opplever en forhøyet risiko for at sitatet kan kobles til en bestemt deltaker. Av hensyn til anonymitet har vi også endret kjønnet til deltakerne i to tilfeller, der kjønn ikke er viktig for tolkning av utsagnet (en kvinne til mann og en mann til kvinne).

I resultatdelen bruker vi betegnelser som “flere deltakere”, “mange deltakere”, “noen deltakere” og “enkelte deltakere”. Vi har ikke registrert hvor mange deltakere som eksempelvis sier seg enige i en påstand, og har derfor ikke mulighet til å konkludere at “alle deltakerne” mente noe i fellesskap. Vi sitter likevel igjen med et inntrykk av at enkelte diskusjoner hadde stor oppslutning blant de fleste deltakerne. “Flere deltakere” og “mange deltakere” brukes dermed synonymt for å referere til anslagsvis 10 eller flere av deltakerne i utvalget. Når vi skriver “noen deltakere” refererer vi til anslagsvis 5-10 av utvalget, og “enkelte deltakere” viser til færre enn anslagsvis 5 av deltakerne.

De transkriberte intervjuene ble analysert ved bruk av tematisk analyse som er en fleksibel form for å identifisere, analysere og rapportere kvalitativ data (Braun & Clarke, 2006; Stewart & Shamdasani, 2014). I dataanalysen tok vi utgangspunkt i de seks stegene i Braun og Clarkes (2006) modell for tematisk analyse. Første steg er “å gjøre seg kjent med datamaterialet”. Dette gjorde vi ved å lese våre egne og hverandres transkripsjoner gjentatte ganger. Både vi og veilederne leste gjennom transkripsjonene, og noterte våre første tanker til den tematiske analysen. Deretter ble det arrangert et møte der inntrykkene omkring datamaterialet ble diskutert i fellesskap.

I steg to, “generere initiale koder” gjennomførte vi en bottom-up koding ved hjelp av analyseprogrammet NVivo 12 (QSR, 2016). I dette steget navnga vi korte deler av intervjuene etter hvert som vi leste, ut fra innholdet i teksten. Samtidig hadde vi naturligvis de tankene

som ble drøftet i steg en i bakhodet. Etter hvert som analysen tok form, hendte det at vi reviderte kodene etter hvert som vår forståelse utviklet seg. Vi analyserte datamaterialet hver for oss, for deretter å diskutere hvordan vi opplevde at disse kodene fungerte. Etter å ha diskutert frem og tilbake reviderte vi kodene, og dette var en prosess som vi gjentok flere ganger.

De tre neste stegene, “finne tema” (steg tre), “revidere temaene” (steg fire) og “definere og navngi temaene” (steg fem), var en prosess der vi reflekterte rundt mulige tema basert på kodene, og om noen tema skulle slås sammen eller deles opp. Vi diskuterte også temastrukturen flere ganger med veilederne.

Skriving er en betydningsfull del av den tematiske analysen, og bør starte tidlig i prosessen (Braun og Clarke, 2006). Vi begynte derfor skriveprosessen tidlig for å utforske kategoriene. Temaenes struktur ble også endret flere ganger gjennom prosessen med rot i transkripsjonene. Braun og Clarke (2006) beskriver tematisk analyse som en rekursiv prosess, ikke en lineær prosess der en beveger seg fra en fase til neste, noe som er beskrivende for vår analyseprosess.

Steg seks, “skrive forskningsrapporten”, var siste steg av analysen. Sitater som reflekterte temaene ble valgt ut. Disse temaene ble deretter diskutert med veilederne, og tre hovedtema, der to hadde to undertema, ble valgt ut. Vi vendte deretter tilbake til litteraturen og forskningsspørsmålet og skrev hovedoppgaven.

### **Etiske hensyn**

Studien ble forhåndsvurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning, Vest-Norge (REK-VEST, 2019/32753). Forhåndsvurderingen inneholdt godkjenning med vilkår (se vedlegg 5). Vi reviderte protokollen og informasjonsskrivet i tråd med deres vilkår, og fikk deretter en ny bekreftelse på forhåndsvurderingen (se vedlegg 6).

Vurderingen fra REK innebærer at studien er i tråd med etiske standarder beskrevet i Helsinkideklarasjonen fra 1964, og i senere revisjoner.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) vurderte at behandlingen av personopplysninger var i samsvar med personvernregelverket (se vedlegg 7). NSD var opptatt av at deltakerne skulle ha mulighet til å be hele videoopptaket slettet, siden slike opptak inneholder personidentifiserbare opplysninger. Først når opptaket var overført til skrift, ville det være mulig å beholde resten av intervjuet dersom en person ba om at hans eller hennes bidrag ble slettet. Videoopptakene ble like etter filming overført til “Sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur” (SAFE). SAFE er en sikker løsning for behandling av sensitive personopplysninger som er basert på “Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene” (Direktoratet for e-helse, u.å.).

Det var flere etiske hensyn med tanke på å benytte videoopptak som metode, som for eksempel aspektet med konfidensialitet. Vi var opptatt av å være tydelig på at videoopptak ville bli benyttet som metode, og at deltakerne skulle forstå hensikten med dette. Gjennom samtaler med Senter for migrasjonshelse (SEMI) ble det nevnt at noen flyktninger kan være bekymret for bruk av video, da flere kan være redde for overvåkning og for Utenriksdirektoratet (UDI). Like før kameraet ble skrudd på ble det derfor på nytt innhentet muntlig samtykke fra deltakere. Videre kunne deltakere sitte med ryggen til kameraet dersom de ønsket det.

Informert samtykke er et viktig etisk prinsipp. Dette var noe utfordrende å sikre, da utvalget hadde varierende norskkunnskaper og annen kulturell bakgrunn. Sim og Waterfield (2019) beskriver fire essensielle elementer i samtykke: 1. at forskerne *deler* tilstrekkelig informasjon om studien, 2. at deltakerne *forstår* informasjonen som blir gitt, 3. deltakernes *kompetanse*; det vil si kognitiv og emosjonell kapasitet til å kunne gi eller holde tilbake samtykke, og 4. *frivillig* deltakelse.

For å sikre de to første elementene i informert samtykke, deling av tilstrekkelig informasjon og sikre at deltakerne forstår informasjonen, gjorde vi flere tiltak i rekrutteringsprosessen. Informasjonen som skulle formidles ved rekruttering i klasserommene og på informasjonsmøtet ble drøftet med forskergruppen og en representant fra Nygård skole gjentatte ganger, for å sikre at informasjonen ble formidlet på en forståelig måte. Representanten fra skolen var til stede på rekrutteringsdagen for å sikre at deltakerne forsto informasjonen. Informasjonsmøte ble også holdt for å sikre at deltakerne forsto hva de samtykket til.

Med tanke på premiss tre, kompetanse - kognitiv og emosjonell kapasitet til å gi eller holde tilbake samtykke, ble det antatt at deltakerne hadde tilstrekkelig ferdigheter til samtykke basert på utdanningssituasjonen de befant seg i.

For å sikre det fjerde elementet knyttet til informert samtykke, frivillig deltakelse, ble det eksplisitt uttalt flere ganger at kurset var frivillig, og at det ikke var noen ulemper ved å velge å ikke delta. Informasjonen ble hyppig repetert, og deltakerne samtykket både muntlig og skriftlig til deltakelse.

I transkriberingsprosessen var det flere etiske hensyn som måtte vurderes. Dette gjaldt særlig deltakernes anonymitet og at den transkriberte teksten samtidig skulle være lojal til deltakerens verbale uttalelser (Kvale & Brinkmann, 2009). For å sikre deltakernes anonymitet ble videoene transkribert i SAFE. Identifiserbar informasjon i transkripsjonene ble utelatt eller endret.

Det var også etiske hensyn som måtte tas med tanke på valg av fokusgruppe som metode. En av de viktigste hensynene gjaldt hvordan en forholder seg til deltakernes potensielle selv-avsløring, for eksempel det å dele erfaringer som ikke egner seg i den gitte gruppen (Smith, 1995). Dette ble tatt hensyn til, blant annet i utforming av intervjuguiden der vi sørget for at spørsmålene fokuserte på opplevelsen av kurset. Videre reflekterte vi rundt

hvordan vi skulle håndtere en slik eventualitet på kurset, og ble enige om at vi skulle forsøke å styre samtalen tilbake til opplevelsen av kurset og eventuelt tilby en oppfølgingssamtale.

Vi satte av god tid etter kurset slik at vi ville ha mulighet til å henvise deltakerne til en samtale med en av psykologene dersom deltakerne hadde behov for å dele noe som ikke egnet seg i gruppen. I tillegg sørget vi for å være tilstrekkelig mange psykologer/psykologistudenter, fem totalt, slik at vi kunne følge opp deltakere som fikk reaksjoner underveis i kurset. Psykologene var trente klinikere, og blant dem deltok Markova (psykolog og PhD) som også jobber på SEMI. Hun ville ha mulighet til å følge opp deltakere dersom de skulle ha behov for videre utredning eller videre henvisning til andre aktuelle hjelpetilbud.

Generelt har vi forsøkt å være bevisst på vårt etiske ansvar gjennom hele prosessen med denne hovedoppgaven. Det har vært avholdt hyppige møter mellom oss og veilederne for å sikre at ulike etiske og praktiske hensyn er drøftet. Det har også vært et tett samarbeid med en representant fra Nygård skole som har god kjennskap til elevene. Dette for å sikre en god prosess. Veilederne har også arbeidet med migranter og flyktninger tidligere, noe som har vært viktig for å sikre at relevante etiske hensyn har blitt vurdert.

### **Refleksivitet**

Denne hovedoppgaven benytter seg av en fenomenologisk orientering, og forsøker derfor å holde seg nært opp til deltakernes opplevelse av kurset. Samtidig vil som nevnt alltid forskernes ståsted påvirke forskningsprosessen, fra datainnsamling til den tematiske analysen. Å reflektere rundt egen posisjon i en sosial og kulturell kontekst, samt se på egen teoretisk, profesjonell og personlig bakgrunn, vil derfor være viktig for å kunne være transparent rundt hvordan forskernes ståsted påvirker prosessen og funn (Binder et al., 2012; Braun & Clarke, 2006). Det vil også være av betydning å reflektere over eget forhold til deltakerne (Braun & Clarke, 2006).

Disse faktorene i forskeren vil kunne påvirke retningen på hva som sies under intervensjonene, hvilke spørsmål som blir stilt i fokusgruppeintervjuene, og tolkningene av resultatene (Binder et al., 2012). Vi har eksempelvis forsøkt å være selvrefleksive omkring dobbeltrollen som forsker og moderator i fokusgruppene, da denne dobbeltrollen kan påvirke både hvordan vi oppfatter deltakerne og hvordan vi tolker svarene deres.

Vi som forfatter denne hovedoppgaven er snart ferdig utdannede psykologer. Utdanningsbakgrunnen vår har påvirket oss både teoretisk og personlig, og vil derfor kunne påvirke studien - eksempelvis ved at vi tolker det deltakerne sier i lys av psykologifaglig teori.

Vi har videre begge hatt en praksisperiode på Senter for Migrasjonshelse (SEMI) i Bergen kommune i forbindelse med studien, og senere vært ansatte på SEMI høsten 2019. Begge fikk da erfaringer med å undervise om psykisk helse på Nygård skole for flerkulturelle klasser. Dette kan ha vært en fordel fordi det kan ha gjort oss mer sensitive til måter å samhandle og formulere oss på i møte med deltakerne. Det kan også ha vært en fordel, og påvirket vår tolkning av datamaterialet, at vi fikk kjennskap til noen av elevenes kunnskap og holdninger om psykologer og psykisk helse.

Videre hadde vi begge et lavterskel samtaletilbud for elevene, og fungerte som skolepsykologer på Nygård skole. Møtet med disse elevene i undervisningssammenheng og som psykologstudenter - med særlig hensyn til elevenes reaksjoner, spørsmålene de stilte, temaer som ble bragt opp, og våre inntrykk av elevene - vil derfor kunne påvirke denne studien. Vi vil kanskje allerede ha forventninger til noen av elevene, som for eksempel kan medføre at vi søker etter bekreftende informasjon (bekreftelsesbias). På andre måter kan det være en fordel å ha kjennskap til noen av elevenes livshistorie for bedre å forstå deres refleksjoner.

På et individuelt plan kan det påvirke studien at hovedoppgaveforfatter Stevens har flerkulturell bakgrunn. Stevens har en far fra Nord Irland som vokste opp under borgerkrigen,

og som senere flyttet til Norge med et ønske om å komme seg bort fra dette. Erfaringene Stevens far har med seg har preget hjemmemiljøet Stevens vokste opp i, både med tanke på oppdragelse og samtaleemner hjemme.

Stevens kan også ha blitt påvirket av å vokse opp med to morsmål, der hun har følt seg mindre stødig i et språk som er sterkt knyttet til egen identitet. Videre har Stevens vært på utveksling både i Storbritannia og i Sør-Afrika. Stevens har på bakgrunn av disse opplevelser med flerkulturell kommunikasjon. Under oppholdet i Sør-Afrika jobbet Stevens på en traumeklinikk og møtte mennesker som levde under vanskelige forhold. Flere av disse vanskene ble knyttet til det å leve i et samfunn som fremdeles preges av ringvirkninger fra Apartheidregimet. Samlet kan Stevens utveksling- og praksiserfaringen påvirke denne studien, kanskje ved at hun lettere kan være sensitiv overfor noen av de utfordringene flyktninger kan møte. Videre kan Stevens også være særlig oppmerksom på informasjon knyttet til deltakernes egne opplevelser av kulturelle forskjeller.

Jensen har vært på utveksling i Australia, der hun bodde sammen med en person som er aboriginer. Dette gjorde inntrykk, da det ga en nærmere forståelse av hvordan minoriteter kan bli behandlet. Familien til personen med aboriginisk bakgrunn var blant annet en del av “the lost generation”. Å bo sammen med noen som opplever å bli stigmatisert kan ha påvirket Jensens bidrag til forskningsprosessen, da Jensen kan være særlig oppmerksom på de utfordringene minoriteter i et samfunn står overfor. Videre kan Jensens erfaringer ha vært med å påvirke hennes oppfatning av deltakernes uttrykte opplevelser av kulturelle forskjeller.

Veilederne av hovedoppgaven er også en del av forskningsgruppen som har utarbeidet studien. De har alle kjennskap til flyktninger og migranter fra tidligere forskningsprosjekter. To av veilederne deltok også på en av våre undervisninger på Nygård Skole for å gjøre seg bedre kjent med elevene.

## Resultater

Analyse av transkripsjonene fra fokusgruppene resulterte i tre hovedtema, der noen har undertema (se tabell 1). Det første hovedtemaet har vi gitt navnet “Positive opplevelser med intervensjonen”. Dette temaet dreier seg om deltakernes opplevelser av intervensjonen. Siden ingen av uttalelsene var negative har vi kalt temaet “positive opplevelser”, og beskrevet hva som kjennetegnet disse. Det andre temaet har vi gitt navnet “*I mitt land*” - deltakernes oppfatninger av kulturforskjeller”. Her har vi samlet deltakernes uttalelser om hva som kjennetegner deres egen og norsk kultur. Det siste temaet har vi kalt “Et ønske om å lære norsk - om språk og bruk av tolk”. Her har vi samlet uttalelser som dreier seg om opplevelsene noen av deltakerne hadde av at øvelsene ble presentert på norsk.

Tabell 1

### *Tematisk analyse*

---

#### Tema 1: Positive opplevelser med intervensjonen

- 1. «*Puste inn og puste ut, det hjelper*» - positive opplevelser med de utvalgte MSC-øvelsene
- 2. «*Det var veldig positivt for meg*» - bruk av gruppen som et terapeutisk rom
  - A. «*Jeg har ikke sagt så mye på mange år*» - tanker om deltakelse i gruppen
  - B. «*Av og til er jeg redd*» - om å dele av seg selv

---

#### Tema 2: «*I mitt land*» - deltakernes oppfatninger av kulturforskjeller

- 1. «*Du må tøffe deg, du er mann*» - kjønn og kultur
- 2. «*Hun går til psykolog – hun er gal*» - psykisk helse og kultur

---

#### Tema 3: Et ønske om å lære norsk – om språk og bruk av tolk

---

### Tematisk analyse av de transkriberte fokusgruppeintervjuene

#### Tema 1: Positive opplevelser med intervensjonen.



**1. "Puste inn og puste ut, det hjelper" - positive opplevelser med de utvalgte MSC-øvelsene.** Flere deltakere beskrev positive erfaringer med øvelsene i fokusgruppeintervjuene. Moderatoren spurte direkte om deltakerne opplevde ubehag eller hadde negative opplevelser med øvelsene, uten at dette ble rapportert. Maria sa for eksempel "*Nei, alt passet for meg*", og Samara: "*Jeg tror jeg likte alt*". På spørsmål om det var noen øvelser Fatima ikke likte, svarte hun "*Nei, jeg også likte alle*".

Flere av deltakerne uttrykte at øvelser som hadde fokus på pust var nytt og lærerikt. Rebecca sa for eksempel: "*(...) Puste inn, puste ut. Ja. Det var veldig bra*". Fokus på pust er hovedfokus i den første øvelsen vi hadde med mindfulness, og er en del av den fjerde øvelsen "pause med selvmedfølelse".

Pernille: *Ja, veldig nytt. Til meg det har, det er veldig nyttig til meg å lukke øynene og kjenne pusten din og tenke om deg selv. Aldri har jeg gjort det ikke. Jeg har bare stresset, jeg må gjøre den [øvelsen], jeg må gjøre den.* Kristian: *Ja.*

På direkte spørsmål om hva deltakerne syntes om "hvordan behandle en venn" uttrykte noen deltakere at de likte øvelsen. Sabine sa for eksempel: "*(...) Av og til man skriver ned mer enn man sier, det var veldig kjekt. (...) Jeg bare skriver, jeg klarer ikke stoppe (...). Det er veldig, veldig bra*". Det virket likevel som at deltakerne hadde mindre å fortelle om denne øvelsen sammenliknet med de andre. På spørsmål om øvelsen var nyttig svarte for eksempel noen deltakere "ja" uten å elaborere ytterligere.

Den tredje øvelsen, verdiøvelsen, ga flere av deltakerne det de betegnet som gode følelser. Sabine beskrev også at den ga henne tanker om hvilke mål hun hadde for seg selv i Norge:

*"Når jeg tenkte at når jeg blir gammel, at jeg begynte å tenke at jeg var i mitt hjemland og har det bra økonomi, og var rundt familie, og, så, var veldig, veldig deilig følelse. Ja. Og så når jeg tenker i fremtiden i Norge her det er å fullføre*

*grunnskole, prøve å få lappen, tar kurs og kjører bybanen her, har bedre økonomi, hjelpe foreldrene mine, så. Den var veldig positiv også.”*

En av deltakerne beskrev at verdiøvelsen ga henne en god følelse, uten at hun beskrev at denne hadde betydning for bevisstheten rundt egne verdier.

*Rebekka: Nei, jeg ble frisk da du sa hold her (tar hendene på lårene) også tenk på, fin utsikt og et hus med sånne veldig stort hage og leker og så. Ja, det var frisk følelse.*

*Moderator: En frisk følelse. Hvordan kjentes det? Rebekka: Det kje... Fordi jeg har, hvis jeg alene og har tenkt mye negativt, eh, særlig hjemme, jeg [vil] gjør det [øvelsen] også, hva, hva hun har lært oss i dag. At å lukke øynene, tenkte at stort hage her med, eh, med fint utsikt, og eh, det gjør jeg. Og god luft (...).*

Noen av deltakerne fortalte at de ønsket å lære øvelsene videre til venner og familiemedlemmer som de mente opplevde mye stress. Sabine var blant dem som sa at hun ville dele verdiøvelsen med andre:

*“Nei, hvis jeg må ta med en hjem det skal være den som jeg tenker på, [å være i] fremtiden, så [se tilbake på] når jeg blir gammel (ler), målet mitt sant, så den var veldig positivt. Den kan jeg ta med å dele med mine gode venninner (ler). Ja. For noen av de stresser mye, så jeg vil gjerne dele det med de.”*

**2. “Det var veldig positivt for meg” – Bruk av gruppen som et terapeutisk rom.** Det var flere av deltakerne som trakk frem positive erfaringer med å delta i intervensjons- og fokusgruppen. Både fordi det var positivt å delta i en gruppe, og fordi de fikk muligheten til å dele egne erfaringer. I undertema 2, “Det var veldig positivt for meg” – bruk av gruppen som et terapeutisk rom, er det derfor to undertema: A. “Jeg har ikke sagt så mye på mange år” - tanker om deltakelse i gruppen og B. “Av og til er jeg redd” - om å dele av seg selv.

A. *“Jeg har ikke sagt så mye på mange år” - tanker om deltakelse i gruppen.*

Flere deltakere trakk frem at det var en positiv og ny erfaring å dele egne tanker, følelser og opplevelser med andre i samme situasjon. For eksempel fortalte Sabine: *“For meg, at, eh, å være sammen i et gruppe og snakker om dine bekymringer var veldig positivt. Sant. At man, du sier dine bekymringer, andre lytter. Så det var veldig positivt for meg”*. Sabine beskrev også at det var vanskelig å stoppe å dele når hun først hadde begynt: *“Og så du, etterpå du klarer ikke å lukke munnen, du vil bare snakke hele, hele, hele [tiden](ler)*. Rebecca: *“Ja, enig (ler)”*.

Et annet tema i tilknytning til positive opplevelser med gruppen, var at flere deltakere opplevde gruppen som positiv for relasjonene seg imellom. To deltakere fortalte for eksempel at de bodde like ved hverandre, men at de aldri hadde delt like personlige opplevelser som underveis i studien:

Sabine: *(Ser på Rosa) Jeg kjenner hun, hun bor på [samme sted i Bergen] som meg. Også vi går sammen klasserom. Men jeg har ingen peiling hva som foregår i hennes private liv. (...) Rosa: “Hei, hei”, og så vi prater og går fra hverandre... Sabine: Fra hverandre, så vi vet ikke [noe om hverandre]. Pernille: Vi går ut fra skolen. Hver til oss, vet ikke [noe om hverandre]. Moderator: Ah, så det, det er litt nytt og at dere, dere, eh, deler bekymringer med hverandre. Sabine: Ja. Deler ikke det [bekymringer] (...) vi har ikke delt med noen det som jeg delte i dag siden jeg begynte på skolen, sant, så... (...) derfor jeg synes at det var veldig... bra at... vi snakket sammen. Rosa: Ja. Sabine: For jeg har sagt så mye ting som jeg ikke sagt på mange år. Rebecca: Aldri har sagt (ler). Sabine: Ja, det var derfor det var veldig, veldig positivt for meg. Rosa: Ja. (Flere nikker og sier ja samtidig).*

B. *“Av og til er jeg redd” - om å dele av seg selv.* Det å dele noe personlig om seg selv ser ut til å være et tilbakevendende tema gjennom fokusgruppeintervjuene. Det ble

registrert at flere deltakere delte sine egne personlige erfaringer. En deltaker sa for eksempel: *“Det er vanskelig (...). Det var ett år tidligere. I fjor, ja. Jeg fikk panikk, og... fikk stress og... depresjon, alt for mye på en gang.”*

Som sitatet over illustrerer, delte flere deltakere personlige opplevelser knyttet til noe som var vanskelig, sårt eller vondt for dem. Opplevelsene som ble beskrevet var ofte knyttet til vanskelige relasjoner og vonde følelser. Rebecca fortalte for eksempel: *“(...) For meg også aldri sagt til foreldrene mine hva er inni her (peker på brystet sitt), men hva her (peker mot bakken). Og det, det var ikke meg. Bare penger, penger, penger, penger.”*

Andre sitat illustrerer lignende tematikk, som for eksempel temaet ensomhet. En kvinnelig deltaker uttrykte for eksempel: *“(...) Jeg vil [ha] noen, jeg vil [ha] noen norske venner. Ja. Men nå har jeg ikke norske venner.”* En annen deltaker uttrykker også ensomhet, men også andre vanskelige følelser:

*“(...) Men, ja, for jeg sitter alene hele tiden. Jeg har ikke arabiske venner (...). Bedre for meg, å bli alene. Eh, jeg [har] kontakt med noen norsk venner. Og jeg treffer med de av og til. Vi drikker og spiser sammen. Men nesten hele tid alene, mhm (...). Ja. Og stor panikk, som at jeg er redd. Av og til er jeg redd. Bekymrer meg. Men jeg forstår, fra hva? Fra hvor? Fra hvem? Bare bekymret meg, bare har, ja, er redd. Ja.”*

Flere deltakere uttrykte stress omkring det å komme til et nytt land. På den ene siden beskrives en lengsel mot hjemlandet, mens det på den andre siden ble beskrevet vonde opplevelser fra hjemlandet.

Asha: *I Norge alle stresser, for alle jobber.* Moderator: *Ja, alle jobber, og kanskje har ikke familie rundt seg, som man kanskje har i Somalia, der man har en stor familie rundt seg. (Flere deltakere sier "ja ja" og nikker enig, noen snakker litt samtidig).*

Kristine: *Alle åpen [dør], og alle...* Moderator: *Og alle hjelper til. (...)* Asha: *Og*

*passer på hverandre. Kristine: Men så kommer problemer med krig og flytte, og det er veldig stress. (Flere nikker anerkjennende, og sier "mhm").*

Det ble også observert at noen deltakere involverte seg i hverandres opplevelser. I flere tilfeller ble samtalen drevet videre av at deltakerne stilte hverandre spørsmål.

*Kristian: Om natten når det blir mørk, bli meg våken, [jeg får] energi (rister på hodet), av og til jeg får sånn, det er to dager jeg sover ikke. To dager. Lilja: Sover du ikke om natten (ler)? Kristian: Hele kroppen sliten, men øynene lukkes ikke.*

Flere av deltakerne brukte begrepet stress hyppig når de beskrev at noe var vanskelige. Sabine sa for eksempel: *"Min venn. Jeg har en venn som har mye stress nå. (...) Stresser veldig mye, griner mye, og tenker at fremtiden kommer til å bli veldig dårlig".* Et annet eksempel på bruken av ordet stress er når Fatima beskrev hvordan det var å ha prøver på skolen:

*"Ehm for meg (legge hendene foran ansiktet, ler), ehm når vi, når vi skal ha prøve (...), hele natten jeg ikke sover, fordi jeg blir eh stress (...). Altså når jeg leser på dagen jeg prøver, alle ord vekk i hode. Fordi masse stress når prøve (...). Hele natten jeg så på og lese på prøven. Jeg kan ikke sove. Når jeg kommer på prøven jeg kan ikke klar for prøven."*

## **Tema 2: "I mitt land" - deltakernes oppfatninger av kulturforskjeller.**

Flere deltakere virket til å ha et fokus på kulturforskjeller. Under hovedtema 2 er det to underkategorier: 1. "Du må tøffe deg, du er mann" - kjønn og kultur og 2. "Hun går til psykolog – hun er gal" - psykisk helse og kultur.

**1. "Du må tøffe deg, du er en mann" - kjønn og kultur.** Kjønnforskjeller i kulturell kontekst var et tema flere deltakere diskuterte. Fokuset i diskusjonen virket til å være tredelt - med hovedvekt på årsakene til kjønnforskjeller i deltakelse på intervensjonen, diskusjon av kvinnerollen i en kulturell kontekst, samt forventninger til mannsrollen.

Flere deltakere diskuterte kjønnsforskjellen omkring hvem som deltar på kurs eller oppsøker psykolog. Det virket til at de fleste var enige i at kvinner i større grad enn menn ønsker å delta på kurs der en skal vise følelser. Dette ble knyttet til kjønnsroller, og utløste også en samtale om oppdragelse og hvilke ønsker noen av deltakerne har for sine egne barn.

Sabine: *Nei, nei, ikke. Damene vil gjerne være med [på slike kurs] men ikke mennene, nei. (Flere av de andre kvinnene nikker og sier "mhm") (...) Jeg har vært gift med mannen min i [mange] år nå, og jeg har aldri sett han grine eller snakke om følelser eller noe, nei. Så, ikke det. Pernille: Kurdistan... I våre land også. Sabine: Men jeg har en sønn, men jeg gjør ikke sånn til han... Pernille: De [mennene] snakker ikke, de har inni seg kanskje, men... Sabine: ... Jeg prøver å få han [sønnen] annerledes, det er greit å [vise følelser/gråte], ja.*

Til tross for at det så ut til å være stor grad av enighet om at menn i mindre grad enn kvinner ønsket å delta på kurs, var det i større grad uenighet om årsakene til dette. Flere virket til å være enige om at faktorer som kjønnsroller og forventninger om å være sterk er betydningsfulle, samtidig som andre også trakk frem at menn oftere har en frykt for Utlendingsdirektoratet (UDI), politiet, og en frykt for at psykologers dokumentering skal skape problemer.

Moderator: *Åja, de [menn] er redd for UDI. Achmed: Ja, alle, for eksempel hvis jeg trenger å søke [på jobb], noe har skjedd, jeg må ha politiattest, sant, og på alle jobber. Men de er redd og kanskje de... [referer til venner som er redd for å søke hjelp hos psykolog] (flere snakker i munnen på hverandre). (...) Psykologer vet hva sykdommen din er, etterpå de skriver [journal eller lignende], eller stress, etterpå hvis stress på papir (skriver i luften) (...). At jobb de vil ikke akseptere meg [hvis jeg har vært hos psykolog] for eksempel, jeg tenkte.*

Moderator: (...) *Er det mindre akseptert av menn tar vare på seg selv?* Samira: *Ja! De [menn] kan passe på seg selv, de tenker at de trenger ikke psykolog, og de tenker at det er sant, men det er ikke sant.* Achmed: *Derfor alle håret (gestikulerer at håret detter av) (Mange ler).* Samira: *Ikke bare fordi at skriver til UDI, men nei, de tenker at de er sterk.* Moderator: *Ja, så det kan være ulike grunner.*

Et annet gjennomgående tema var normer knyttet til det å være kvinne. Flere deltakere snakket om forskjellen på hvilke forventninger som knyttes til det å være kvinne i hjemlandet deres, og sammenlignet dette med opplevelsen av å være kvinne i Norge.

Rosa: *Også jeg lærte denne kurset det var ting som er bra for meg. Fordi jeg opplevde en kultur som sier, de voksne [sier], "nei du må ikke snakke, du er jente, og det ikke snakke". (...). Så jeg, det var vanskelig å snakke med folk. Jeg husker det. "Ikke snakke, ikke lær, du er jente, du må være sånn". Så jeg... (gestikulerer med hendene som at hun signaliserer at det er vanskelig å få ut ordene).*

Oline: *Lærere for eksempel, du kan ikke se i øynene.* Rebecca: *(Snakker samtidig som Oline). (...)* *Hvis du snakker med en mann og så sånn, å, (lener seg frem), det er en seksuell mening.* Moderator: *Å ja? Å se i øynene?* Rebecca: *Ja. (...)* Oline: *Ja det er sant. Her i Norge er det motsatt.* Pernille: *Våre kulturer også er sånn. Hvis du ser på en mann sånn, det er veldig. Hvis noen andre kommer og ser at du snakker helt sånn, det er ikke bra.* Kristian: *Det er kultur, kultur...*

Deltakerne diskuterte også hvilke forventninger som knyttes til menn, og hvordan dette kan ha implikasjoner for menns vilje til å vise sårbarhet.

Samira: *Men også, menn, menn de tenker de er sterk (later som hun strammer biceps) (mange ler og nikker enig).* Noor: *"Vi har ikke stress" [snakker om hvordan menn snakker om stress].* Samira: *Ja! Vi har ikke stress! Men de [mennene] har masse*

*stress! De tenker damer trenger psykolog, gå å se, du kan gå å se. Men det er der inne [inni seg], de har masse stress inne.*

**2. “Hun går til psykolog – hun er gal” - psykisk helse og kultur.** Flere av deltakerne reflekterte rundt forskjellen mellom holdningene til psykisk helse i Norge, sammenliknet med holdninger fra deres hjemland og i deres miljø. Flere deltakere beskrev at mennesker fra samme land som dem selv mente at personer som snakker med psykologer er gale.

*Kristian: Og det er ikke så, eh, [enkelt at] personen kan gå til psykolog og snakke med psykolog. I mitt land for eksempel, hvis personen har gått til psykolog... Sabine: ... Du er gal. Kristian: Du er gal. Sabine: (Ler) Jeg vet det. Oline: Ja, ja i mitt land også.*

Achmed fortalte videre at hans eget syn og vennenes syn på psykologer skilte seg fra hverandre. Han beskrev en interesse for psykologi, men uttrykte at vennene hans var skeptiske overfor psykologer:

*“Når jeg var ung, sant, jeg hadde lyst å bli psykolog. Derfor jeg nesten hele livet, jeg liker å se film om noen trenger psykolog. For eksempel som bruker rusmidler og sånn, ja jeg liker, å se den (...). Men, jeg har masse venner i sentrum og sånn, jeg snakker med dem hvis det er noe å bli stresset over. (...) Jeg sa at å gå til psykolog er ikke rart for meg. Jeg forklarer at det går bra... Men, alle [vennene] sånn som, de sa, de liker ikke gå til psykolog.”*

Noen deltakere fortalte at de hadde fått negative kommentarer fra andre elever på skolen fordi de deltok på studien. Blant annet fortalte Asha at en medelev hadde sagt: “(...) *Hvorfor dere skal gå til denne kurs, er dere syk? Er dere, hva?*”. Flere lo og nikket anerkjennende til Ashas kommentar. Som følge av negative holdninger mot psykologer, mente også Sabine at: “(...) *Hvis dere vil jobbe med utlendinger, dere må bytte navn fra psykolog (ler)*”.



Det var også noen av deltakerne som uttrykte at de trodde andre hadde negative tanker om dem som følge av at de deltok på kurset.

Sabine: *På klassen vår, når vi kom hit i dag, også de kom å hentet oss, på veien, og så en jente sa "jeg er helt perfekt, jeg trenger ikke å, psykolog (...)". Pernille: Hun tenkte at vi... (ruller fingeren mot tinningen, som om en er gal).*

De fleste deltakerne skildret kulturforskjeller i holdninger til psykisk helse i lys av venners syn på psykologer. Rebecca satte derimot ord på hvordan hun selv opplevde deltakelse på kurset: *"(...) det var flaut å komme her. Å komme hit..."*.

To av deltakerne beskrev at deres syn på psykologer hadde endret seg. Lea mente dette var fordi at hun hadde bodd i Norge i mange år:

*"(...) Hvis noen de sa til meg [tidligere] "jeg må [gå til] psykolog", jeg tenker sånn her litt negativt, "hvorfor hun gå til psykolog – hun er gal", men nå jeg kan skjønner godt. Ja. Så hvis dere noen spør, jeg forklarer så bra, her i Norge det ikke så farlig [å gå til psykolog]. Skolebarn de går også til dere, psykolog. Også barna kan trenger [å få psykologhjelp]."*

En annen deltaker beskrev at hun hadde hatt sitt første møte med psykologer på kursdagen, og at dette hadde gitt henne et nytt syn på psykologer:

Samira: *(...) Det er min første gang jeg har sammen med psykolog... Nå kan jeg anbefale psykolog til andre(...). Dere har patience (gestikulere at lytter, hånden mot øret) (flere nikker). (...) Tålmodig og hører på folk, også gi gode råd til folk. Så jeg tror (viser tommel opp) (...) når jeg har masse problem, jeg vil tenke på psykolog.*

**Tema 3: Et ønske om å lære norsk - om språk og bruk av tolk.** I fokusgruppene formidlet flere deltakere at det ikke var til hinder for dem at intervensjonen foregikk på norsk. De fleste mente de forsto det generelle bildet. Lilja sa for eksempel: "Det var noen ord [som var vanskelige], men hvis det var avhengig med setning vi forstår hva du mener". Det kom

likevel frem at enkelte ord var utfordrende å forstå. For eksempel spurte Lilja: “Hva er panikk?”, og Noor: “Ubehagelig, hva betyr ubehagelig?”. Det oppstod også noen misforståelser mellom deltakere og moderatorer:

Moderator: Var det noe dere savnet (...)? Deltaker: Savnet...? Savnet, savnet en person for eksempel?

Moderator: (...) hvorfor vil ikke menn komme på sånn type kurs? Achmed: Jeg? Moderator: *Nei, ikke du, men andre menn?* Samira: *Ja, andre menn.* Achmed: *Åja, ja andre menn.*

Flere av deltakerne uttrykte at de satte pris på at kurset var på norsk, fordi dette ga dem en mulighet til å lære seg mer norsk. Det var også noen deltakere som uttrykte at de ikke ønsket tolk.

Moderator: (...) *hvis vi skulle fortsette med kursene burde vi ha tolk, eller går det an å forstå?* Lilja: *Nei, trenger ikke tolk.* Pernille: *Det går fint, vi kan, ja, vi forstår. Ja.*

Moderator: *Fint. Det er godt. Ja.* Rebekka: *Vi lærer også...* Oline: *Vi lærer også (ler).*

Rebekka: *Vi lærer mer norsk! (Ler).* Oline: *Vi trenger ikke heldag tolk, tolk er tolk.*

Lilja: *Vi må lære selv.*

### **Observasjoner underveis i intervensjonen**

Som nevnt i metoddelen tok vi notater etter at intervensjon- og fokusgruppene var ferdige (for utdrag, se vedlegg 8). Det følgende er en oppsummering av disse notatene.

Vi noterte oss at deltakerne for det meste så ut til å ta del i øvelsene. Det var imidlertid to elementer vi anså som særlig relevante. Det første var at noen av de yngste deltakerne lo og tullet under noen av øvelsene. Vi har for eksempel notert oss at en yngre person sa ”*nå er vi ferdig*” midt i øvelsen “mindfulness med fokus på pust”, og begynte å le. En annen deltaker spiste potetgull fra et knitrete pose under store deler av intervensjonen. Vi hadde også notert

oss at det så ut til at noen av de eldre deltakerne "korrigerer" de yngre deltakernes atferd ved å sende dem blikk.

Vi noterte også at en deltaker ønsket å snakke med oss i etterkant av verdiøvelsen. Hun fortalte at hun ikke hadde gjennomført øvelsen, da hun stoppet opp når instruksjonen var "se tilbake på livet ditt". Deltakeren fortalte at livet hadde vært vanskelig og at hun derfor ikke ønsket å se tilbake på det. Deltakeren hadde heller forsøkt å visualisere framtiden og hva som var viktig for henne i årene som kommer.

Oppsummert så deltakerne ut til å delta i øvelsene slik de ble formidlet, men som beskrevet over kan det være at noen deltakere gjennomførte øvelsene annerledes.

### **Diskusjon**

Formålet med studien var å undersøke hvordan en flerkulturell gruppe opplevde utvalgte øvelser fra MSC. Dette håpet vi ville gi oss et grunnlag for å diskutere om en bør gjøre tilpasninger av en slik intervensjon til deltakernes kultur og livssituasjon. Oppsummert kan resultatene deles i tre hovedtema. Det første temaet var at flere deltakere rapporterte positive opplevelser med intervensjonen - både med de utvalgte øvelsene og med deltakelse i en gruppekontekst. Det andre temaet var at flere deltakere hadde et fokus på kulturforskjeller, særlig med tanke på ulikheter i syn på psykisk helse og kjønn. Det tredje temaet handlet om at flere deltakere hadde lite fokus på utfordringer knyttet til å delta på et norskspråklig kurs.

Vår diskusjon består av to deler som drøfter hovedtemaene i henhold til problemstillingen. Del 1 svarer til delen av problemstillingen knyttet til hvordan deltakerne opplevde øvelsene og deltakelse i gruppekontekst, i tillegg til å nevne hvilke implikasjoner noen av disse aspektene kan ha for tilpasning av intervensjonen. Del 2 svarer til hvordan temaene deltakerne drøftet kan ha betydning for tilpasning av intervensjonen.

## **Del 1: Nye erfaringer som føltes godt**

Et av formålene med studien var å finne ut hvilken opplevelse deltakerne hadde av utvalgte MSC-øvelser. Flere deltakere fortalte at øvelsene gav mening, de føltes godt, det var nye erfaringer, og noen ville lære øvelsene videre til andre. Videre opplevde flere av deltakerne det som positivt å delta i en gruppeintervensjon, og benyttet anledningen til å dele mye av seg selv. Deltakernes positive opplevelse med at øvelsene ble gjennomført i en gruppekontekst var et interessant funn som vi ikke forutså, noe vi vil komme tilbake til.

**Å fokusere på pust.** Flere deltakere nevnte at de satte pris på øvelsene som hadde fokus på pust. Den første øvelsen “mindfulness med fokus på pust” og den fjerde øvelsen “pause med selvmedfølelse” inneholder begge instruksjoner om å følge pusten fra øyeblikk til øyeblikk, uten å puste på en bestemt måte. Det var flere som nevnte at å fokusere på pust var nytt og lærerikt. Fokus på pust eller andre sensoriske modaliteter er en del av flere former for mindfulness og meditasjon (Hinton et al., 2013). Pusteøvelser i selvmedfølelse understreker særlig den vennlige og ikke-dømmende oppmerksomheten en har mot egne opplevelser (Neff & Dahm, 2015).

En av deltakerne fortalte at hun aldri hadde fokusert på pust på denne måten, og uttrykte en tro på at hun kunne bruke dette når hun opplevde stress. Mindfulnesssteknikker kan være med å skifte fokus bort fra dysfunksjonell verbal prosessering ved å fokusere på sensoriske opplevelser av sansefornemmelser i kroppen (Hinton et al., 2012; Hinton et al., 2013). Dette kan for eksempel være å flytte fokus fra ruminering eller tanker om tidligere traumer og over på pusten (Hinton et al., 2012; Hinton et al., 2013). Det å oppleve at en har teknikker for å håndtere stressende situasjoner kan potensielt tenkes å være en ressurs som gjør det mer håndterbart å møte utfordringer. Teorien om salutogenese (Antonovsky, 1979) postulerer at opplevelsen av å ha nok ressurser er en av tre faktorer som er viktig for opplevelsen av sammenheng, et konstrukt som er nært relatert til god helse og resiliens.

**Lite utbrodering av “hvordan behandle en venn”.** Øvelse nummer to, “hvordan behandle en venn”, har som mål å identifisere selvkritikk rettet som en selv. Noen av deltakerne svarte “ja” på spørsmål om de likte øvelsen. Det var likevel få deltakere som utbroderte ytterligere. Én deltaker fortalte at hun likte den delen av øvelsen hvor man skulle skrive ned hvordan man ville behandle en venn. Det er likevel noe usikkerhet omkring hva deltakeren kan ha ment, og om dette kan ha handlet om at øvelsen ga mening for henne, eller om det kan ha dreid seg om at deltakeren rett og slett likte å skrive.

**Ulike perspektiver på verdiøvelsen?** Deltakerne beskrev øvelse nummer tre, verdiøvelsen, på ulike måter. Verdiøvelsen er en selvmedfølelsesøvelse med mål om å øke deltakernes bevissthet rundt hva som er viktige verdier for dem. Øvelsen inneholder et element av visualisering, der deltakerne instrueres til å bygge opp et tydelig imaginært bilde av seg selv som gammel, at de sitter i en hage, og at de ser tilbake på livet som har vært (Germer & Neff, 2019). Noen av deltakerne uttrykte at de likte øvelsen fordi den gjorde dem mer bevisst deres verdier, andre fordi de likte visualiseringselementet.

En annen interessant observasjon fra feltnotatene om verdiøvelsen var at en deltaker fortalte at hun ikke hadde gjort øvelsen i henhold til instruksjonene. Dette fordi det “å se tilbake på livet” var vanskelig. Deltakeren hadde derfor visualisert fremtiden sin. Øvelsens mål er som nevnt ikke å se tilbake på livet som har vært frem til nå, men å visualisere at en er gammel og deretter ser tilbake på livet sitt. Denne informasjonen kan indikere at en bør utvise noe varsomhet når instruksjoner inneholder uttrykk som “å se tilbake på livet sitt”, noe som er relevant for tilpasning av intervensjoner til en flerkulturell gruppe. En annen tilpasning er å huske å minne deltakerne på at de selv kan tilpasse og velge bort øvelser de opplever som ubehagelig (Germer & Neff, 2013). Samlet er det mulig å spekulere i om deltakerne benyttet verdiøvelsen på ulike måter: noen slik den er tiltenkt med både visualisering og verdibevissthet, noen som en ren visualiseringsøvelse, og andre på utiltenkte måter.

**Hadde deltakerne bare positive opplevelser med MSC-øvelsene?** Under den tre timer lange intervensjonen var det flere av de yngre deltakere som lo en del. Under fokusgruppeintervjuet forsøkte vi flere ganger å få deltakerne til å fortelle om latteren, uten at vi fikk inntrykk av at de ønsket å utdype dette. Forskning har vist at det finnes kulturelle forskjeller når det gjelder i hvilke situasjoner det er akseptabelt å le (Martin & Ford, 2018). Vi undret oss derfor over om latter kunne være et uttrykk for å dekke over ubehag, at det var en måte å distansere seg fra øvelsene, at øvelsene var morsomme, at det dreide seg om kulturforskjeller, eller om det var at øvelsene ikke ga mening. Forskerne hadde en opplevelse av at det var mindre sporadisk latter i fokusgruppene sammenliknet med i intervensjonsgruppene, selv om noen av de yngre deltakerne også lo en del når de tok ordet i fokusgruppene.

Ingen av deltakerne fortalte at øvelsene hadde vekket ubehag eller minnet dem om vanskelige opplevelser (med unntak av den ene kvinnen nevnt over). Det kan være flere grunner til dette. På den ene siden kan det være at de fleste deltakerne faktisk ikke hadde noen negative opplevelser i forbindelse med øvelsene. På den andre siden kan faktorer som for eksempel sosial ønskerdighet (social desirability) spille inn. Sosial ønskerdighet refererer til tendensen deltakere i studier kan ha til å avvise eller unngå mindre akseptable sosiale trekk ved seg selv, og heller formidle mer positive trekk (Nederhof, 1985). Det er mulig at deltakerne ikke trakk frem vonde erfaringer eller opplevelser med øvelsene i fokusgruppene, fordi dette potensielt kan ha blitt sett på som mindre sosialt ønskerdig. Samtidig delte mange av deltakerne mye av seg selv, for eksempel opplevelser som var vanskelige.

En annen grunn kan være språklige utfordringer med å uttrykke følelser, og kanskje særlig ubehagelige følelser. I en studie som undersøkte tospråklighet og emosjonelle uttrykk ble det funnet at majoriteten av deltakerne synes det var lettere å uttrykke følelser på sitt første språk (Bakić og Škifić, 2017). Bakić og Škifić (2017) eksemplifiserer dette med at noen av

deltakerne bare greide å uttrykke sinne på førstespråket sitt, selv om noen deltakere likevel brukte begge språk for å uttrykke seg emosjonelt. Vi la merke til at flere deltakere i liten grad utdypet hvordan de opplevde selvmedfølelsesøvelsene. De svarte noen ganger at de bare “likte øvelsene” og at øvelsene “passet”. Det at deltakerne i vår undersøkelsen snakket andrespråket sitt norsk, kan kanskje være en mulig forklaring på hvorfor de i mindre grad utdypet hva de følte når de gjennomførte selvmedfølelsesøvelsene. Det er mulig å spekulere om opplevelsene deres var mer nyansert, men at språklige barrierer kan ha hindret elaborering.

**Å søke støtte i gruppene.** Som nevnt over hadde vi ikke forutsett at flere deltakere så tydelig skulle ha fokus på at det var betydningsfullt å være del av en gruppekontekst. Det virket til at flere av deltakerne benyttet både intervensjonsgruppene og fokusgruppene som “terapeutiske rom”, der de delte personlige opplevelser, erfaringer, og søkte råd og støtte. Deltakeren ble ofte møtt med nikking og støtte fra de andre deltakerne i både intervensjons- og fokusgruppene. De fleste deltakerne uttrykte seg derfor ikke bare om deres opplevelser med MSC-øvelsene, slik vi antok i vår problemstilling, men også om deltakelsen i en gruppekontekst. Dette gir oss potensielt viktig informasjon om utformingen av intervensjoner til en flerkulturell gruppe.

Noen deltakere ga uttrykk for at de opplevde en bedre og annen type kontakt med hverandre i intervensjon- og fokusgruppen, sammenliknet med når de vanligvis omgås. En hypotese er at en trygghet i gruppene kan ha utviklet seg og økt i både intervensjon- og fokusgruppene som følge av de utvalgte øvelsene fra MSC. Det kan være at øvelsene i selvmedfølelse var med på å fasilitere en vennligere holdning mot seg selv og andre, noe som dermed gjorde det tryggere å dele i gruppen. Forskning har vist at selvmedfølelse kun kan bli lært i en trygg, konfidensiell og respektfull atmosfære (Germer & Neff, 2013), noe instruktørene hadde fokus på å fasilitere underveis i intervensjonen.

Det kan virke til at flere av deltakerne muligens benyttet anledningen til å bruke dagen med intervensjon og fokusgruppe som en form for gruppeterapi. Ofte kan deltakere som deltar i en gruppe identifisere seg selv med hverandre, og støtte hverandre når de forteller historier (Gilbert & Procter, 2006). I gruppeterapi hevdes det at en deltakers selvavsløring er en viktig del av vellykket terapi, også for at deltakeren skal bli akseptert av de andre gruppemedlemmene (Yalom & Leszcz, 2005). I fokusgruppen snakket noen deltakere blant annet om hvordan gruppen hadde styrket relasjonene dem imellom, muligens fordi de fikk rom til å dele følelser og personlige opplevelser med hverandre. Det å dele sine indre opplevelser med andre og bli møtt med empati og aksept kan være med å utvikle en følelse av tilhørighet (Yalom & Leszcz, 2005), og muligens også være med på å forsterke opplevelsen av fellesmenneskelighet som er en viktig komponent i selvmedfølelse.

Det var flere deltakere som snakket om hvordan det var å ha få venner og lite familie rundt seg, noe som muligens kan indikere en form for opplevelse av sosial isolasjon. Det virket til at å dele personlige erfaringer opplevdes som positivt. Det å dele med andre i samme situasjon kan ha skapt en følelse av fellesmenneskelighet, tilhørighet og reduksjon av skam. Fellesmenneskelighet står i MSC i kontrast til sosial isolasjon (Neff et al., 2007). Forskning viser for eksempel at det å delta i en gruppekontekst der en lærer nye mestringsstrategier kan være viktig for deltakere som sliter med stigma og sosial isolasjon (Yalom & Leszcz, 2005).

## **Del 2: Hvordan tilpasse en intervensjon til en flerkulturell gruppe?**

En del av vår problemstilling var at vi ønsket å undersøke hvilke tilpasninger av intervensjonen som bør gjøres til deltakerens kultur og livssituasjon. Enkelte forskere anbefaler å evaluere kulturelle faktorer som kan være nødvendig for å tilpasse intervensjoner (Ewing et al., 2012). Tema som flere av deltakerne var opptatt av var stigmatisering av psykisk helse, kjønnsforskjeller, bruken av begrepet stress, språk og syn på folk.



“Å være gal”. Forskning har vist at psykisk utfordringer kan oppleves stigmatiserende på tvers av kulturer, og at dette kan skape barrierer for å gjenkjenne og behandle disse utfordringene (Pescosolido et al., 2013). Når vi diskuterte psykisk helse uttrykte flere deltakere at de hadde vokst opp i en kultur der det var en assosiasjon mellom dårlig psykisk helse og det å være gal. Flere deltakere fortalte også at andre elever på skolen sier at mennesker med psykisk problemer er gale. Det var likevel ingen deltakere som sa at de selv hadde slike holdninger i dag, og bare noen få nevnte at de har hatt det tidligere.

Selv om deltakerne ikke uttrykket negative holdningene til psykologer verbalt er det mulig at disse tankene og holdningene kom til uttrykk mer indirekte, for eksempel gjennom latter. En deltaker sa for eksempel med latter i stemmen at vi ikke burde kalle oss psykologer når vi jobber med utlendinger. Samtidig kan det tenkes at latteren også kan skyldes andre grunner, som for eksempel at det kan oppleves rart å lukke øynene og fokusere på pusten for første gang for mennesker som ikke har kjennskap til mindfulness. I en kvalitativt studie om terapeuter og pasienters første opplevelse med mindfulness i terapi uttrykte noen deltakere at en burde etablere tillit mellom terapeut og pasient før en gjennomførte øvelsene, fordi det for eksempel kunne oppleves rart å lukke øynene (Horst et al., 2013). Hovedfunnet i den nevnte studien var likevel at deltakerne hadde en positiv førsteopplevelse med mindfulness (Horst et al., 2013). Det kan likevel være av betydning å være oppmerksom på implisitte eller eksplisitte negative holdninger når en skal arrangere psykologiske intervensjoner for denne målgruppen.

Det kan også være viktig å være bevisst at ikke alle har et forhold til hva en psykolog er. En deltaker fortalte for eksempel at det var første gang hun møtte en psykolog under intervensjonen. Dette kan ha implikasjoner for hvordan psykologer bør introdusere seg i forkant av intervensjoner for en flerkulturell gruppe.

**Bruken av begrepet stress.** Vi observerte at flere deltakere benyttet begrepet stress om ulike utfordringer. Det kan hende at deltakerne brukte ordet stress fordi vi selv benyttet dette ordet. Basert på erfaring i forskergruppen og samtaler med Nygård skole antok vi at deltakerne kjente til begrepet stress, og at det dermed var enklere for dem å bruke dette begrepet for å beskrive ulike utfordringer. Vi tenkte også at stressbegrepet kan være mindre forbundet med stigma, enn for eksempel begrepet psykiske lidelser.

Noen av deltakerne virket til å bruke stress som et begrep for å henvise til symptomer, som for eksempel når de forteller om stress som noe de “har”. Et annet eksempel på dette er når en deltaker sier at psykologen skriver ned stresset ditt og at dette kan gjøre det vanskelig å få jobb. Dette står i kontrast til vestlig medisin der stress ofte forstås som en reaksjon på ytre krav som overgår vår indre kapasitet til å håndtere disse kravene (Cohen et al., 2007). Noen deltakere virket samtidig til å ha en lignende forståelse, som for eksempel når de uttrykte at det å oppleve krig og å måtte flytte var stress. Samtidig kan vi ikke utelukke muligheten for at enkelte deltakere beskrev stress som noe en “har” heller enn som en ytre belastning grunnet begrensede norskspråklige ferdigheter. En annen mulig forklaring på hvorfor ordet stress for våre deltakere syntes å være et begrep for å beskrive utfordringer, kan være at deltakernes morsmål ikke har ord for å beskrive psykiske vansker. Dette kan for eksempel være tilfelle i det somaliske språket (Markova, 2017).

Videre studier kan også være nødvendig for å kartlegge betydningen av begrepet stress i ulike kulturer. Den ulike måten stressbegrepet ble benyttet av deltakerne i denne undersøkelsen kan indikere at det er hensiktsmessig å være bevisst hvilken ordbruk som skal benyttes når en skal tilpasse en intervensjon til en flerkulturell gruppe.

**Kursets popularitet blant kvinner.** Det var interessant å observere at det var en tydelig overvekt av kvinner som viste interesse for intervensjonen og som møtte opp for å delta. Forskning indikerer at kvinner med minoritetsbakgrunn har en økt sannsynlighet for å

oppsøke helsehjelp sammenlignet med menn som har minoritetsbakgrunn (Davis & Liang, 2015; Sun et al., 2016). Det at minoritetskvinner hyppigere søker helsehjelp kan muligens være med på å forklare kjønnsforskjellen vi observerte i rekrutteringen til denne undersøkelsen. Videre har en undersøkelse vist at menn som har en tradisjonell maskulin ideologi, som innebærer tanker om at menn bør være sterke (både fysisk og emosjonelt), uavhengige, tøffe, og robuste (Courtenay, 2000), tenderer til å ha en mer negativ holdning til å motta psykisk helsehjelp (Berger et al., 2005). Videre forskning kan muligens undersøke hvordan en kan rekruttere flere menn til denne typen intervensjoner.

Flere av deltakerne diskuterte videre kulturelle kjønnsnormer knyttet til det å være kvinne, og flere nevnte at de på ulike måter hadde mer frihet i Norge enn i hjemlandet sitt. Forskning viser at det finnes kulturelle variasjoner med tanke på hvorvidt kvinnens frihet begrenses eller kvinner behandles som en eiendel (Ozaki & Otis, 2017). Fenomenet kan observeres i flere kulturer og i ulik grad, der det spenner fra ekstreme former som æresdrap - til subtile former i noen vestlige samfunn der prester kun benytter mannens etternavn når han annonserer et nygift par som "Mr og Mrs" (Ozaki & Otis, 2017).

Dersom man skal gjennomføre psykologiske intervensjoner med mennesker med ulik kulturell bakgrunn, kan det kanskje derfor være av betydning å være oppmerksom på at flere kvinnelige deltakere ikke nødvendigvis har hatt samme frihet som kvinner fra Norge. Dette så ut til å samstemme med våre observasjoner der vi så at kvinnene utbroderte i større grad og delte mer av seg selv jo lenger ut i fokusgruppen vi kom. En hypotese kan være at noen deltakere trenger mer tid for å føle seg komfortable før de tør å ta plass i en gruppe og fortelle noe. En kan likevel ikke utelukke at dette kan være forårsaket av andre faktorer, som for eksempel å kjenne seg mer trygg i en gruppe på slutten av dagen når man har hatt mer tid sammen versus i starten av dagen. Det er også forskere som anbefaler å kulturelt tilpasse intervensjoner med hensyn til konservative eller tradisjonelle normer i gitte miljø (Castro,

2004). Innenfor flere retninger av både islam og kristendom eksisterer det for eksempel regler og normer for kontakten mellom kvinner og menn (Synnes, 2019), noe en mulig kan vurdere å ta hensyn til ved å holde intervensjonsgrupper for kvinner og menn atskilt.

**“Menn viser ikke følelser”.** Flere av deltakerne uttrykte at kjønnsrollene var ulike i deres kultur sammenliknet med i Norge. Et eksempel på dette er kjønnsforskjellen i synet på psykisk helse, der deltakerne fortalte at flere kvinner enn menn i deres hjemland var villige til å snakke om følelser. Samtidig hadde vi få menn i utvalget vårt, noe som gjør at vi i størst grad vil ha noen kvinners perspektiv på temaene som ble diskutert. Flere deltakere lot seg engasjere i samtalen om at menn ikke gråter, og én deltaker sa for eksempel at hun aldri hadde hørt ektemannen snakke om følelser. Dette kan kanskje ha betydning for tilpasninger av intervensjoner for flerkulturell gruppe der en eksempelvis kan være oppmerksom på at det kan være vanskeligere for mannlige deltakere å vise følelser. På bakgrunn av dette ene studie, der kvinner snakker om sine opplevelser av menn, kan vi likevel ikke trekke noen konklusjoner.

Videre er det også av betydning å reflektere omkring hvordan de utvalgte MSC-øvelsene ville blitt opplevd av mannlige deltakere. Dette kan vi dessverre ikke vite ut fra denne undersøkelsen, men det at det var vanskelig å rekruttere menn kan kanskje bety at det eksisterer noen hindringer for menn å melde seg på et slikt kurs. Samtidig hadde Reeb og kolleger (2020) foreløpig gode erfaringer når de brukte mindfulness-basert traumeterapi (MBTR-R) for traumatiserte flyktninger hvorav 53,8% av utvalget var menn. Dette kan kanskje indikere at lignende kurs som det vi gjennomførte kan være nyttige for både mannlige og kvinnelige flyktninger.

Det er mulig at deltakernes opplevde forskjell mellom egen og norsk kultur kanskje ikke er like stor som enkelte deltakere har en opplevelse av. I Norge eksisterer det for eksempel også en oppfatning om at det å være følsom kan tilknyttes noe kvinnelig, og at det å

være åpen om ens følelser som mann kan være et brudd på maskuline normer (Lindsey, 2011). Det kan dermed tenkes at menns tilsynelatende reduserte villighet til å snakke om følelser kan forstås som et globalt fenomen heller enn et kulturspesifikt fenomen, selv om en samtidig ikke kan utelukke at kjønnsnormer vil variere ut ifra kulturell kontekst.

**Språk og synet på bruk av tolk.** En del av vår problemstilling var at vi ønsket å finne ut av om det burde gjøres tilpasninger av intervensjonen til en flerkulturell gruppe som ikke snakket flytende norsk. Forskning har vist at språk kan være en av de største barrierene for å søke psykisk helsehjelp for migranter (Morris et al., 2009; Wong et al., 2006). En interessant observasjon var at de fleste deltakerne hadde lite fokus på språk som en utfordring når de deltok i vår norskspråklige intervensjon. På spørsmål om hvordan deltakerne opplevde mulige språkbarrierer sa noen at de forsto det generelle bildet, samtidig som vi observerte flere språklige misforståelser underveis.

Flere av deltakerne i studien svarte avkreftende på spørsmål om de ønsket tilstedeværelse av tolk under intervensjonen. Forskning har vist både fordeler og ulemper ved bruk av tolk (Edwards et al., 2005; Hadziabdic & Hjelm, 2014), noe som mulig kan være med på å forklare noen av deltakernes reaksjoner. På den ene siden har forskning for eksempel vist bruk av tolk med feil dialekt kan skape store kommunikative misforståelser, i tillegg til at pasienter kan oppleve en utfordrende maktbalanse i møte med tolk (Hadziabdic & Hjelm, 2014). På den andre siden kan det imidlertid tenkes at det er flere fordeler med profesjonelle tolker. Studier viser at tolker som følger etiske retningslinjer og gjengir informasjon på en korrekt måte skaper trygghet for pasienter i møte med helsepersonell (Edwards et al., 2005; Hadziabdic & Hjelm, 2014). Ved bruk av profesjonelle tolker vil deltakerne også potensielt forstå mer av informasjonen som blir gitt og ha mulighet til å stille oppklarende spørsmål. En mulig løsning kan kanskje være at tolken forberedes ved å gis mulighet til å sette seg inn i intervensjonens formål og rasjonale i forkant.

Forskning har også vist at selvopplevd språkkompetanse kan påvirke hvorvidt pasienter ønsker å benytte tolk i møtet med helsevesenet (Schwei et al., 2018). Det kan tenkes at deltakerne i undersøkelsen vår opplevde mindre behov for tolk fordi de vurderte seg selv som relativt trygge i det norske språket. Det kan videre tenkes at en gruppe som vurderer seg selv som mindre trygg på det å snakke norsk ville hatt et større behov for tilstedeværelse av tolk. Videre studier er nødvendig for å kartlegge under hvilke forhold det er mer eller mindre gunstig å benytte profesjonelle tolker.

### **Implikasjoner**

I vår kjennskap er denne studien den første som har undersøkt hvordan noen MSC-øvelser oppleves hos en flerkulturell gruppe, og hvordan gruppens opplevelser kan gi informasjon om tilpasning av intervensjonen til deres kultur og livssituasjon. Generaliserbarheten av våre observasjoner er noe begrenset ettersom vi undersøkte et lite og selv-selektert utvalg. Likevel opplever vi at undersøkelsen vår kan ha betydning for hvordan en bør implementere forebyggende intervensjoner.

Fra tidligere forskning vet vi at flyktninger og migranter er i særlig risiko for å utvikle psykiske helseproblemer (Abebe et al., 2014). Vår undersøkelse indikerer at utvalgte MSC-øvelser kan oppleves som positive av en flerkulturell gruppe, noe som videre kan ha implikasjoner for hvilke forebyggende tiltak som kan prøves ut i arbeid med denne gruppen. Det å forebygge psykiske helseproblemer er ifølge regjeringens strategi for god psykisk helse i perioden 2017-2022 et politisk mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Økt kunnskap om hvilke forebyggende tiltak som fungerer for en flerkulturell gruppe vil dermed være samfunnsnyttig å undersøke videre.

Flere deltakere var opptatt av betydningen av å gjennomføre intervensjonen i en gruppekontekst, og flere uttalte at de satte pris på å få dele personlige opplevelser med de andre deltakerne. Dette kan gi indikasjon på at fremtidige forebyggende intervensjoner for

personer med flerkulturell bakgrunn med fordel kan gjennomføres i grupper. Gruppebaserte intervensjoner kan både være mer kostnadseffektive og tidseffektive (McCrone et al., 2005).

Flere av deltakerne hadde også fokus på kulturforskjeller knyttet til syn på psykisk helse. Dette kan ha implikasjoner for hvilken tematikk det kan være nyttig å fokusere på når en tilpasser en forebyggende intervensjon for denne gruppen. Det kan for eksempel være nyttig å bruke tid på å normalisere reaksjoner på belastninger og utfordringer, da flere av deltakerne fortalte at det kunne være stigmatiserende å oppsøke hjelp for egne utfordringer.

Videre hadde flere av deltakerne fokus på kjønnsforskjeller og hvordan disse utartet seg i deres hjemland og i Norge. Vi observerte at det var få menn som deltok i studien, noe som samstemmer med forskning som viser at menn oppsøker helsehjelp i mindre grad enn kvinner (Magaard et al., 2017). Samtidig var flere av deltakerne i studien opptatt av at menn de kjente hadde behov for å snakke om sine utfordringer. En mulig implikasjon av dette er at en bør være oppmerksom på hvordan en kan nå ut til menn med ulik kulturell bakgrunn, og at dette kan være en gruppe som mulig har lettere for å falle utenfor et lavterskel forebyggende tiltak.

En av de mest betydningsfulle implikasjonene er behovet for videre forskning. Vi trenger å vite mer om i hvilken grad de utvalgte øvelsene fra MSC ble forstått slik de var ment, om de kan brukes i hverdagen, om de hjelper deltakerne med å takle ulike typer utfordringer og i hvilken grad øvelsene kan forebygge psykiske utfordringer. Flere av deltakerne uttrykte også at andre i deres miljø var negative til å delta på psykologiske intervensjoner. Det vil også kunne være interessant å videre undersøke om deltakernes positive opplevelser av de utvalgte MSC-øvelsene ville vedvart i møte med potensiell kritikk fra venner og bekjente.

## Styrker og svakheter

Innen det kvalitative forskningsfeltet er det flere konkurrerende perspektiv og paradigmer (Stige et al, 2009). Pluralismen innen feltet sier noe om utfordringen det kan være å evaluere kvalitativ forskning (Stige et al. 2009). Stige og kolleger (2009) påpeker at evaluering er essensielt for å heve kvaliteten på forskningen, men foreslår at en istedenfor å ha spesifikke kriterier eller sjekklister, kan evaluere kvalitativ forskning gjennom refleksiv dialog. En styrke med studien er at vi har forsøkt å være bevisst på de valgene vi har tatt gjennom forskningsprosessen, så vel som å være åpne om vår bakgrunn og ståsted.

En fordel med studien er at den var utviklet i samarbeid med forskere med kompetanse på migranter og med terapeutisk erfaring. En mulig svakhet ved studien kan være at de samme forskerne var til stede både i intervensjonsgruppene og i fokusgruppene. Noen av deltakerne kan dermed ha følt seg invitert til å være enige med forskerne. For å motvirke en slik tendens forsøkte vi å stille spørsmål som veide både for og imot temaene som ble diskutert. Selv om forskernes tilstedeværelse i begge gruppene kan være problematisk, kan det også finnes mulige fordeler. Instruktørene vil for eksempel være kjente for deltakerne når de skal intervjues i fokusgruppene, noe som kan bidra til å skape trygghet og gjøre det lettere for deltakerne å snakke fritt. En annen mulig fordel er at instruktørene vil kjenne igjen hva deltakerne snakker om dersom de refererer til en samtale fra intervensjonsgruppen.

Flere av deltakerne uttrykte at de foretrakk å ha intervensjonen på norsk. Vi observerte likevel at det var noen språklige misforståelser. Noen av misforståelsene greide vi å oppdage, men det er også sannsynlig at vi ikke fanget opp alle. Dette kan være en svakhet, for eksempel da vi ikke kan være sikre på hvordan deltakerne har oppfattet instruksjonen til MSC-øvelsene. Samtidig gjorde vi oss på forhånd kjent med gruppens språknivå gjennom undervisning i klassene, i tillegg til å ha samtaler med de ansatte på skolen rundt hvordan de tilpasser sitt språk.



En annen mulig svakhet er bruk av fokusgrupper som metode. Hyde og kolleger (2005) identifiserte seks hovedtema når de undersøkte potensielle metodologiske problemer med fokusgruppeintervju. Blant dem var at det kan være vanskelig å utfordre det dominerende perspektivet eller meninger innad i gruppen, og de potensielle ulempene med informasjonsdeling innad i en fokusgruppe (Hyde et al., 2005). Det er vanskelig å si noe sikkert om i hvilken grad disse faktorene påvirket deltakerne i vår studie. Vi kan likevel anta at noen av deltakerne kan ha opplevd det vanskelig å bryte med gruppens dominante meninger. Samtidig forsøkte vi å legge til rette for å debattere ulike sider av temaene som ble tatt opp.

Det er flere fordeler ved å dele indre opplevelser; for eksempel vil åpenhet og meddelssomhet kunne være positivt da deltakerne kan oppleve å bli validert og få støtte for det de forteller (Yalom & Leszcz, 2005). I fokusgrupper med en støttende atmosfære kan det samtidig være en risiko for at deltakerne “over-selvavslører” (over-disclosure), noe som kan være problematisk med tanke på konfidensialitet (Bloor, 2009). Det er en risiko for at deltakerne deler innhold som i ettertid kan oppleves som pinlig, diskriminerende, skamfullt, stigmatiserende, og forstyrre eksisterende sosiale relasjoner (Kelman, 1982). Vi opplevde ikke at deltakerne over-selvavslørte, men vi kan ikke være sikre på hvilken følelse deltakerne satt igjen med i etterkant.

Utvalget vårt bestod av en flerkulturell gruppe med migranter og flyktninger der flere av deltakerne skilte seg fra hverandre både med tanke på flere områder, blant annet nasjonalitet, alder, kultur, religiøs bakgrunn, årsak for migrasjon, og antall år de har bodd i Norge. Dette kan være et metodologisk problematisk da noe forskning indikerer at intervensjoner som implementeres på homogene grupper har bedre effekt sammenlignet med heterogene grupper (Griner & Smith, 2006). Videre kan det tenkes at generaliserbarheten av studien vil være noe begrenset fordi det var få mannlige deltakere som deltok.

Det vil likevel være noen faktorer som flere av deltakerne i vårt utvalg har til felles, blant annet at de alle har migrert til Norge, bodd i Norge i en viss periode, forsøker å lære seg det norske språket, og at de tilpasser seg en ny kultur. Dette kan kanskje illustrere at heterogene grupper potensielt ikke er så ulike innad som en kanskje antar, noe som igjen kan vise til det hensiktsmessige ved å tilpasse intervensjoner til flerkulturelle grupper.

En kan også tenke seg at det finnes fordeler ved å undersøke heterogene grupper. Blant disse er at en unngår å måtte dele deltakere i grupper basert på landbakgrunn, noe som vil gjøre det mer praktisk og økonomisk å implementere et tilbud til heterogene grupper i førstelinjetjenesten.

Det er en styrke at studien vår kan regnes som et første trinn i henhold til forskningstilnærmingen samfunnsbasert deltakelse (CBPR), og dermed være et skritt i utarbeidelsen av et større forskningsprosjekt knyttet til å tilpasse MSC som et forebyggende tiltak i førstelinjetjenesten for en flerkulturell gruppe. Som tidligere nevnt har mye psykologisk forskning blitt kritisert for å være WEIRD, blant annet forskning på selvmedfølelse og mindfulness (Hendriks et al., 2019; Henrich et al., 2010). En annen styrke med vår studie er derfor at den kan bidra til å redusere denne begrensningen på feltet.

## **Konklusjon**

Denne studien har undersøkt en flerkulturell gruppes opplevelse av utvalgte MSC-øvelser, og undersøkt om en slik intervensjon må tilpasses til gruppen. Vi observerte at de fleste deltakerne uttrykte at de var positive til mindfulness- og selvmedfølelsesøvelsene. Videre uttrykte de fleste deltakerne at de satte stor pris på at intervensjonen ble gjennomført i en gruppekontekst der deltakerne kunne snakke sammen i et trygt rom. Flere deltakere uttrykte at de var opptatt av forskjeller mellom egen og norsk kultur, særlig knyttet til kjønn og psykisk helse. Innspillene knyttet til gruppekontekst og kulturelle forskjeller kan ha

implikasjoner for hvordan en bør tilpasse en MSC-intervensjon. Et siste gjennomgående tema var at deltakerne satt pris på at intervensjonen og fokusgruppene ble gjennomført på norsk.

## Kilder

- Abebe, D. S., Lien, L. & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), <https://doi.org/679-687.10.1007/s00127-017-1381-1>
- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Anālayo, B. (2019). Adding historical depth to definitions of mindfulness. *Current opinion in psychology*, 28, 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.09.013>
- Andersen, R. M. & Davidson, P. L. (2014). Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. I R. M. Andersen, T. H. Rice & G. F. Kominski (Red.), *Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (s. 3-31). Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. I R. A. Baer (Red.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (s. 135–153). New Harbinger Publications.
- Bakić, A. & Škifić, S. (2017). The relationship between bilingualism and identity in expressing emotions and thoughts. *Íkala, Revista de Lenguaje y Cultura*, 22(1), 33-54. <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.17533/udea.ikala.v22n01a03>
- Baltzell, A. & Summers, J. (2018). *The power of mindfulness: Mindfulness meditation training in sports (MMTS)*. Cham: Springer International Publishing AG.
- Benish, S. G., Quintana, S. & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and

- the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 58(3), 279. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Bergen kommune (2020a, 15. juni). *Senter for Migrasjonshelse: Om oss*.  
<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/senter-for-migrasjonshelse/om-oss> (26.08.2020)
- Bergen kommune (2020b, 03. august). *Nygård skole*.  
<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/nygard-skole/om-skolen/nygard-skole>
- Berger, J. M., Levant, R., McMillan, K. K., Kelleher, W. & Sellers, A. (2005). Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(1), 73-78. <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/1524-9220.6.1.73>
- Bernal, G. (2006). Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family Process*, 45(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00087.x>
- Bernal, G. & Scharrón-del-Río, M. R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 7(4), 328–342. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.7.4.328>
- Beshai, S., Prentice, J. L. & Huang, V. (2018). Building blocks of emotional flexibility: Trait mindfulness and self-compassion are associated with positive and negative mood shifts. *Mindfulness*, 9(3), 939-948. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0833-8>
- Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x>
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative

- and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Blom, S. (2017). Helse. I S. Vrålstad & K. S. Wiggen (Red.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Statistisk Sentralbyrå.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2000). Compositions of groups. I M. Bloor (Red.), *Focus Groups as Social Research* (s. 19-37). Sage, London.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Castro, F. G., Barrera, M. & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45 <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Cohen, S., Janicki-Deverts D. & Miller G., E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*. 298(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Courtenay, W. H. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of men & masculinity*, 1(1), 4-15. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.1.1.4>
- Crane, R. S., Stanley, S., Rooney, M., Bartley, T., Cooper, L. & Mardula, J. (2014). Disciplined Improvisation: Characteristics of Inquiry in Mindfulness-Based Teaching. *Mindfulness*, 6(5), 1104-1114. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0361-8>
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child development*, 73(4), 1220-1237. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00468>
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M. & Syed, H. R. (2006). Immigration,

- lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian journal of psychology*, 47(6), 551–558. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00546.x>
- Davis, J. M. & Liang, C. T. H. (2015). A test of the mediating role of gender role conflict: Latino masculinities and help-seeking attitudes. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(1), 23-32. <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/a0035320>
- Denzin, N. L. & Lincoln, Y. S. (Red.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dilshad, R. M. & Latif, M. I. (2013). Focus group interview as a tool for qualitative research: An analysis. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 33(1), 191-198.
- Direktoratet for e-helse. (u.å.). *Normen*. <https://ehelse.no/normen>
- Domenech Rodríguez, M. M., Baumann, A. A. & Schwartz, A. L. (2011). Cultural adaptation of an evidence based intervention: from theory to practice in a Latino/a community context. *American journal of community psychology*, 47(1-2), 170–186. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9371-4>
- Dundas, I., Binder, P. E., Hansen, T. G. & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian journal of psychology*, 58(5), 443-450. <https://doi.org/10.1111/sjop.12385>
- Edwards, R., Temple, B. & Alexander, C. (2005). Users' experiences of interpreters: The critical role of trust. *Interpreting*, 7(1), 77-95. <https://doi.org/10.1075/intp.7.1.05edw>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 60(5), 376-381. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Ewing, S. W. F., Wray, A. M., Mead, H. K. & Adams, S. K. (2012). Two approaches to

- tailoring treatment for cultural minority adolescents. *Journal of substance abuse treatment*, 43(2), 190–203. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.005>
- Fazel, M. & Betancourt, T. S. (2018). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(2), 121-132. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P. & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455-1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Galla, B. M., O'Reilly, G. A., Kitil, M. J., Smalley, S. L. & Black, D. S. (2015). Community-based mindfulness program for disease prevention and health promotion: targeting stress reduction. *American journal of health promotion*, 30(1), 36-41. <https://doi.org/10.4278/ajhp.131107-QUAN-567>
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion. Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. London: The Guilford Press.
- Germer, C. K. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Germer, C. & Neff, K. D. (2019). *Mindful self-compassion teacher guide* [Unpublished manual]. San Diego, CA.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>



- Hadziabdic, E. & Hjelm, K. (2014). Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. *International Journal for Equity in Health*, 13(49), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-49>
- Haley, H. L., Walsh, M., Maung, N. H. T., Savage, C. P. & Cashman, S. (2014). Primary prevention for resettled refugees from Burma: where to begin?. *Journal of community health*, 39(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9732-7>
- Hammond, R. A. & Axelrod, R. (2006). The Evolution of Ethnocentrism. *Journal of Conflict Resolution*, 50(6), 926–936. <https://doi.org/10.1177/0022002706293470>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Regjeringen. [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E. & de Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 14(4), 489-501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>
- Henrich, J., Heine, S. J. & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 61-83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G. & Otto, M. W. (2013). Acceptance and Mindfulness

- Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From "Culturally Adapted CBT". *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001>
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H. & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 340-365. <https://doi.org/10.1177/1363461512441595>
- Hochwalder, J. (2019). Sense of coherence: Notes on some challenges for future research. *Sage Open*, 9(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2158244019846687>
- Horst, K., Newsom, K. & Stith, S. (2013). Client and therapist initial experience of using mindfulness in therapy. *Psychotherapy Research*, 23(4), 369-380. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.784420>
- Huey, S. J. & Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 262–301. <https://doi.org/10.1080/15374410701820174>
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D. & Drennan, J. (2005). The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Social science & medicine*, 61(12), 2588-2599. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.040>
- Interian, A., Martinez, I., Rios, L. I., Krejci, J. & Guarnaccia, P. J. (2010). Adaptation of a motivational interviewing intervention to improve antidepressant adherence among Latinos. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 16(2), 215–225. <https://doi.org/10.1037/a0016072>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15 utg.). Bantam Dell.

- Kelman H. C. (1982). Ethical issues in different social science methods. I T. L. Beauchamp, R. R., Faden, R. J., Wallace & L. Walters (Red.), *Ethical issues in social science research* (s. 40-98). Johns Hopkins University Press.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Krüeger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A Practical Guide for Applied Research* (5. utg). SAGE Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage Publications.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 295–310. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00042.x>
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 69(2), 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- Lindsey, L.L. (2011). *Gender Roles: A sociological perspective* (5. utg.). Routledge.
- Liu, Q., Wang, H., Wang, W., Zhang, F., Janice, L., Song, W. F., Lei, X., Li, L. & Wang, Y. (2009). Interventions on preventing and treating mental health problems of involuntary migrants: A systematic review. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine* 9(9), 929-937.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical

- evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H. & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PloS one*, 12(5), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176730>
- Markova, V. (2017, 16. februar). *Hvorfor somaliere aldri blir “deprimert”*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/02/20/hvorfor-somaliere-aldri-blir-deprimert/>
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Mail, P. D., Hawkins, E. H., Cummins, L. H., Blume, A. W., Lonczak, H. S., Burns, K. M., Chan, K. K., Cronce, J. M., La Marr, C. J., Radin, S., Forquera, Gonzales, R., Tetrick, C. & Gallion, S. (2003). Journeys of the Circle: a culturally congruent life skills intervention for adolescent Indian drinking. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27(8), 1327–1329.  
<https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000080345.04590.52>
- Martin, R. A. & Ford, T. (2018). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Elsevier Academic Press.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G. & Kolvin, I. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00113.x>
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste—Melding om*

- prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=7>
- Miller, W. R., Villanueva, M., Tonigan, J. S. & Cuzmar, I. (2007). Are special treatments needed for special populations? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 63–78.  
[https://doi.org/10.1300/J020v25n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J020v25n04_05)
- Montero-Marin, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Al-Awamleh, A. A., Akutsu, S., Araya-Véliz, C., Ghorbani, N., Chen, Z. J., Kim, M. S., Mantzios, M., Rolim Dos Santos, D. N., Serramo López, L. C., Teleb, A. A., Watson, P. J., Yamaguchi, A., Yang, E. & García-Campayo, J. (2018). Self-Compassion and Cultural Values: A Cross-Cultural Study of Self-Compassion Using a Multitrait-Multimethod (MTMM) Analytical Procedure. *Frontiers in psychology*, 9(2638), 1-15.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02638>
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K. & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare barriers of refugees post-resettlement. *Journal of community health*, 34(6), 529-538. <https://doi.org/10.1007/s10900-009-9175-3>
- Murray, K. E., Davidson, G. R. & Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 576-585. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01062.x>
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European journal of social psychology*, 15(3), 263-280. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420150303>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-102.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion.

- Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Neff, K. D. (2015). *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. Harper Collins.
- Neff K.D. & Dahm K.A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. I B. Ostafin, M. Robinson, B. Meier (Red.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. Springer, New York, NY.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10)
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I. & Breines, J.G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627–645.  
<https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>
- Nickerson, A., Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Bryant, R. A., Christensen, H., & Liddell, B. J. (2020). ‘Tell Your Story’: a randomized controlled trial of an online intervention to reduce mental health stigma and increase help-seeking in refugee men with posttraumatic stress. *Psychological medicine*, 50(5), 781-792. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000606>

- Nyheim-Jomisko, W. (2020). Kommunepsykologen i arbeid med flyktninger og innvandrere. I A. O. Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (271-286). Gyldendal akademisk.
- Ozaki, R. & Otis, M. D. (2017). Gender equality, patriarchal cultural norms, and perpetration of intimate partner violence: Comparison of male university students in Asian and European cultural contexts. *Violence against women*, 23(9), 1076-1099.  
<https://doi.org/10.1177/1077801216654575>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., M.A., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853-860.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Polgar S. & Thomas S. (1995). *Introduction to Research in the Health Sciences* (3. utg., s. 91-98). Elsevier Health Sciences.
- QSR. (2016). Nvivo (Versjon 12) [Programvare]. QSR International.  
<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0040-y>
- Reebs, A., Yuval, K., Hadash, Y., Gebremariam, S. G. & Bernstein, A. (2020). *Mindfulness-Based Trauma Recovery for Refugees (MBTR-R): Randomized Waitlist-Control Evidence of Efficacy and Safety*. MindRxiv. <https://mindrxiv.org/jyhwa/>  
<https://doi.org/10.31231/osf.io/jyhwa>
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, S. S. & Lindahl, A. K. (2014). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8), 1-162.
- Schwei, R. J., Schroeder, M., Ejebe, I., Lor, M., Park, L., Xiong, P. & Jacobs, E. A. (2018).

- Limited English proficient patients' perceptions of when interpreters are needed and how the decision to utilize interpreters is made. *Health communication*, 33(12), 1503-1508. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1372047>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Sim, J. & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53(6), 3003-3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Smith, M. W. (1995). Ethics in focus groups: A few concerns. *Qualitative Health Research*, 5(4), 478-486. <https://doi.org/10.1177/104973239500500408>
- Solhaug, I. (2020, 7. november). Mindfulness. I *Store norske leksikon*.  
<https://snl.no/mindfulness>
- Statistisk sentralbyrå. (2020a, 9. mars.). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*.  
<https://www.ssb.no/innvbef>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020b, 13. mai). *Personer med flyktningbakgrunn*.  
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger>
- Stephens, T., Dulberg, C. & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic diseases in Canada*, 20(3), 118-126.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. (2014). *Focus groups: Theory and practice* (3. utg). Sage publications.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516.  
<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Sun, S., Hoyt, W. T., Brockberg, D., Lam, J. & Tiwari, D. (2016). Acculturation and



- enculturation as predictors of psychological help-seeking attitudes (HSAs) among racial and ethnic minorities: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 617-632. <https://doi.org/10.1037/cou0000172>
- Svendsen, J. L., Schanche, E., Osnes, B., Vøllestad, J., Visted, E., Dundas, I., Nordby, H., Binder, P. E. & Sørensen, L. (2020). Is Dispositional Self-Compassion Associated With Psychophysiological Flexibility Beyond Mindfulness? An Exploratory Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 11(614), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00614>
- Synnes, R., M. (2019). Kjønn og religiøse grenser: Unge muslimer og kristnes forhandlinger av kjønn i migrantmenigheter. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(4), 254-268. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-04-02>
- Tóth-Király, I. & Neff, K. D. (2020). Is self-compassion universal? Support for the measurement invariance of the Self-Compassion Scale across populations. *Assessment*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/1073191120926232>
- Treleaven, D., A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: practices for safe and transformative healing*. W.W Norton & Company.
- Tønnessen, M. (2019, 23. september). Migrant. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/migrant>
- Unrau, Y. A. & Grinnell Jr, R. M. (2005). Exploring out-of-home placement as a moderator of help-seeking behavior among adolescents who are high risk. *Research on Social Work Practice*, 15(6), 516-530. <https://doi.org/10.1177/1049731505276302>
- Uphoff, E., Robertson, L., Cabieses, B., Villalón, F. J., Purgato, M., Churchill, R. & Barbui, C. (2020). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013458.pub2>

- Utlendingsdirektoratet. (u.å.a). *Asylmottak*. UDI. <https://www.udi.no/asylmottak/>
- Utlendingsdirektoratet. (u.å.b). *Flyktning*. UDI.  
<https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>
- Venner, K. L., Feldstein, S. W. & Tafoya, N. (2007). Helping clients feel welcome: Principles of adapting treatment cross-culturally. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 11–30.  
[https://doi.org/10.1300/J020v25n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J020v25n04_02)
- Williamson, J. (2020). Effects of a Self-Compassion Break Induction on Self-Reported Stress, Self-Compassion, and Depressed Mood. *Psychological Reports*, 123(5), 1537–1556. <https://doi.org/10.1177/0033294119877817>
- Wong, E. C., Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Hambarsoomians, K., Chun, C. A. & Berthold, S. M. (2006). Barriers to mental health care utilization for US Cambodian refugees. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1116-1120.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1116>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.  
<https://www.who.int>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J. & Cunha, M. (2016). The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health*, 8(4), 476-485. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9197-9>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5. utg.). Basic Books.
- Zessin, U., Dickhäuser, O. & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Prosess fram mot valg av tema

#### Prosess fram mot valg av tema

Før veiledning leser studenter/veiledere gjennom transkripsjoner og kommer med et første utkast med forslag til tema (se egne dokumenter i driven). Dette diskuteres sammen i gruppe, og det reflekteres rundt hvilke tema som er likt/ulikt mellom deltakerne i gruppen.

Studenter leser i neste omgang gjennom transkripsjoner på nytt og benytter seg av analyseprogrammet NVivo. Det blir enighet om to hovedtema: Opplevd kulturforskjell og selvmedfølelse som virkemiddel til å skape terapeutisk rom, med 4 følgende undertema:

1. barrierer for deltakelse
2. konkret opplevelse av øvelsene
3. opplevd kulturforskjell
4. Terapeutisk rom/felles faktorer
- 5.

Det blir også avtalt å ha åpenhet mot andre tema dersom de skulle synes aktuelle i 2 gjennomgang.

Etter gjennomgang med nevnte tema, finner studentene at temaene må revideres. De nye kategoriene som blir opprettet er:

1. Barrierer for deltakelse (språk som utfordring, overvåkning som hinder for deltakelse)
  - a. Forslag til tilrettelegging (konkret hvordan form kurset skal ha, for eksempel timeantall, rekruttering)
  - b. Opplevd kulturforskjell knyttet til
    - i. Kjønnforskjeller
    - ii. Psykisk helse
    - iii. Andre forhold
2. Opplevelse av kurset av kurset og gruppen:
  - . Terapeutisk rom/fellesfaktorer
  - . Dele personlige opplevelser i gruppen
  - i. Metatanker om gruppen
    - a. Opplevelse av øvelser med selvmedfølelse

De nye kategoriene drøftes med veiledere. Kommer fram til ny organisering av temaene: Opplevelse av kurset. Tre hovedtema:

1. Opplevelse av Selvmedfølelse øvelsene. Gjennomførbare, positivt mottatt.
- 2) Kulturforskjeller som ifølge deltakere kunne være relevante å ta i betraktning, inklusive mulige barrierer (kjønn, psykisk helse stigma, språk, overvåkning)
- 3) Nye relasjoner:
  - Opplevelse av fellesfaktorer/gruppens betydning
  - Betydningen av å kunne snakke om personlige ting.

Går gjennom nodene på NVivo for å finne ut hvilke sitater som er mest nyttige på de ulike kategoriene. i denne prosessen beveger vi oss bort fra konkrete forslag på tilrettelegging av

kurset, for eksempel hvilken dag i uken, hvor mange timer o.l. Dette fordi vi opplever at dette ikke er like generaliserbar som andre funn.

Etter å ha begynt å skrive oppgaven endret vi temastrukturen til:

1. Opplevelse av øvelsene
2. kulturforskjeller
  - a. Psykisk helse
  - b. Kjønn
  - c. Språk
3. Positiv opplevelse av deltakelse i gruppen

Etter å ha skrevet diskusjonen endres temaenes organisering på nytt.

1. Opplevelse av øvelsene
2. kulturforskjeller
  - i. Psykisk helse
  - ii. Kjønn
3. Positiv opplevelse av deltakelse i gruppen
4. Språk

Etter ytterligere litteratursøk og revidering av oppgaven ble følgende temastruktur valgt:

Tabell 1

*Tematisk analyse*

---

**Tema 1: Positive opplevelser med intervensjonen**

- 1. «Puste inn og puste ut, det hjelper» - positive opplevelser med de utvalgte MSC-øvelsene
  - 2. «Det var veldig positivt for meg» - bruk av gruppen som et terapeutisk rom
    - A. «Jeg har ikke sagt så mye på mange år» - tanker om deltakelse i gruppen
    - B. «Av og til er jeg redd» - om å dele av seg selv
- 

**Tema 2: «I mitt land» - deltakernes oppfatninger av kulturforskjeller**

- 1. «Du må tøffe deg, du er mann» - kjønn og kultur
  - 2. «Hun går til psykolog – hun er gal» - psykisk helse og kultur
- 

**Tema 3: Et ønske om å lære norsk – om språk og bruk av tolk**

---

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring



UNIVERSITETET I BERGEN  
Institutt for klinisk psykologi  
Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

### **Bakgrunn og hensikt**

Det er et spørsmål til deg om å delta i en undersøkelse hvor vi tester ut et trettimers kurs om mindfulness og selvmedfølelse. Vi ser etter deltakere med ulik kulturell bakgrunn, som går på Nygård skole. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Målet med undersøkelsen er å få tilbakemeldinger om kurset fra deltakerne, og slik bidra til kunnskap om hvordan en kan tilpasse kurset. To studenter ved psykologstudiet ved Universitetet i Bergen kommer til å skrive en masteroppgave om hva vi lærer. De heter Silje Patrica Stevens og Sofie Skjelstad Jensen. Vi planlegger også å publisere resultatene slik at andre kan lære av det dere forteller oss.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet**

De ansvarlige for dette prosjektet er Universitetet i Bergen. Vi samarbeider med Senter for Migrasjonshelse (SEMI).

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å dra nytte av erfaringene med kurset til innvandrere og flyktninger bosatt i Norge, for å gjøre kurset best mulig.

### **Hva innebærer det å være med på undersøkelsen?**

Deltakelse i undersøkelsen innebærer å være med på et tre timers kurs ved Nygård skole, i en liten gruppe på ca. 15 deltakere. Kurset handler om:

- Å finne måter å roe seg selv ned på når en er stresset
- Å få ideer til hvordan en kan bedre slappe av og sove
- Å være vennlig med seg selv når en har det vondt

Kurset er basert på «mindfulness» meditasjon, og selv-vennlighets trening (self-compassion). Vi kommer til å foreslå ulike øvelser som dere kan få prøve. Målsettingen er å gi seg selv respekt og støtte, og finne måter å roe seg på.

Etter at kurset er gjennomført og det har vært en spisepause vil du bli bedt om å være med i små grupper som diskuterer hva dere synes om øvelsene (med hverandre og med oss), i ca 90 minutter. Også dette vil være på Nygård skole. Diskusjonen vil bli tatt opp på video for

at vi skal huske det dere forteller oss. Videoopptaket vil ikke være tilgjengelig for andre enn forskerne. Totalt vil det altså dreie seg om at du setter av 5 timer til sammen, på samme dag.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Fordelene med deltakelse er at du kan lære mer om mindfulness og selvmedfølelse, og finne ut om det er nyttig for deg. Ulempen er at dette kanskje er nytt for deg, og mange blir litt urolig når de skal prøve noe nytt.

### **Hvem passer kurset for?**

Kurset passer for dem som gjerne vil lære øvelsene, og som ikke har alvorlige plager som krever annen type behandling. Plager som vi tenker krever annen type behandling er alvorlige rusmiddelproblemer, selvmordsønsker og planer, og store vansker med å klare hverdagen pga påtrengende bilder/minner. Hvis du går i traumefokusert terapi gruppene er det kanskje best at du fortsetter med kun det. Kurset vil være på norsk. Hvis du lurer på om kurset passer for deg, kan du kontakte: Silje P. Stevens ([silje.stevens@student.uib.no](mailto:silje.stevens@student.uib.no)) eller Sofie S. Jensen ([sofie.jensen@student.uib.no](mailto:sofie.jensen@student.uib.no))

### **Det er frivillig å delta og muligheter til å trekke seg**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om det til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun prosjektgruppen, studentene og deres veileder vil ha tilgang til opplysningene om deg. Datamaterialet vil oppbevares på forskningsserver ved Universitetet i Bergen.

Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes av andre enn seg selv når resultatene blir publisert.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

For å huske hva dere forteller oss, tar vi opptak av diskusjonene. Vi sletter opptakene så snart de er overført til skrift. Vi vil ikke registrere personopplysninger som navn og fødselsnummer. Når opptakene er slettet og overført til skrift, vil disse behandles uten personopplysninger. Vi oppfordrer de som deltar om ikke å spre opplysninger om deltakerne til andre.

### **Dine rettigheter**

Informasjonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til å vite hvilke opplysninger som er registrert om deg. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- få rettet eller slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Det vil ikke bli publisert noen gjenkjennende/personidentifiserbare opplysninger.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Videopptakene er «personidentifiserbare opplysninger». Videopptakene vil kun oppbevares til de er overført til skrift, seinest 6 måneder etter at opptaket er gjort. Vi vil ikke ha personidentifiserende opplysninger etter dette.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Bergen* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Også Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning 2019/32753. Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Bergen og prosjektleder Ingrid Dundas et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- *Universitetet i Bergen* ved Førsteamanuensis Ingrid Dundas ([ingrid.dundas@uib.no](mailto:ingrid.dundas@uib.no), tlf. 55 583184) eller UiB/SEMI ved Valeria Markova ([valeria.markova@bergen.kommune.no](mailto:valeria.markova@bergen.kommune.no))  
Stud. psychol Silje P. Stevens ([silje.stevens@student.uib.no](mailto:silje.stevens@student.uib.no)) eller stud.psychol. Sofie S. Jensen ([sofie.jensen@student.uib.no](mailto:sofie.jensen@student.uib.no)).  
Du kan også kontakte studentenes biveileder Vivian Woodfin ([Vivian.Woodfin@uib.no](mailto:Vivian.Woodfin@uib.no), tlf. 94140349).
- Ved spørsmål som dreier seg om dine rettigheter kan du kontakte personvernombudet ved Universitetet i Bergen Janecke Helene Veim. [janecke.veim@uib.no](mailto:janecke.veim@uib.no).
- Du kan også kontakte NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta, kan du ta kontakt med:  
Silje Patrica Stevens ([silje.stevens@student.uib.no](mailto:silje.stevens@student.uib.no)) eller  
Sofie Skjelstad Jensen ([sofie.jensen@student.uib.no](mailto:sofie.jensen@student.uib.no))

Med vennlig hilsen

Ingrid Dundas  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Sofie Skjelstad Jensen  
Psykologstudent

Silje Patrica Stevens  
Psykologstudent

## **Samtykkeskjema**

Jeg samtykker til å delta i kurset og deretter i en fokusgrupper der vi diskuterer vår opplevelse av kurset. Diskusjonen vår tas opp på video, og videoen slettes etter at det som er blitt sagt i diskusjonen er overført til skrift.

-----  
(Signert av prosjektdeltager, dato)

## Vedlegg 3: Kursplan

### Kursplan

**Kurs 5. desember:** Kl. 09.00-14.00.

Kurs på naturfagsrommet. 4 etg

Fokusgrupper på naturfagsrommet og på et "pc-rom" på biblioteket.

#### Første del: Intervensjonen.

1. Valeria: Introduksjon 9-9.30. Minne om hvorfor vi gjør dette; det er for å lære om hva de synes om de øvelsene vi skal ha i dag. Vi kommer til å skrive om det for at også andre skal kunne lære.

Vi kommer ikke til å skrive hvem som har vært med. Alle som er med, snakker og forteller så mye eller så lite de vil.

For at det skal være trygt for alle å snakke fritt, ikke spre det som sies her, til andre. Hvis de snakker om kurset med andre kan de snakke om det de selv opplever, men ikke dele hva andre forteller.

Vi skal først ha øvelsene, så en pause, så dele dem inn i to grupper som diskuterer øvelsene.

Åpning for spørsmål.

2. Valeria eller Ingrid: Litt om hva som er formålet med øvelsene: å få noe de kan prøve når de har situasjoner som de skal takle. F eks når de skal ha eksamener. Eller situasjoner der de har det vondt på noen måte. F eks: 9-9.30
3. Ingrid: Mindfulness fokus på pust øvelse 9.30-10 (inquiry: hva merket de. Evt justeringer for dem som trenger det. Oppklare misforståelser)
4. Valeria: How would you treat a friend 10-10.30 (inquiry: hva merket de. Hva ville skje, hvis en behandlet seg selv like godt som en behandler en god venn, når de har det vondt)
5. Vivian: Verdiøvelsen 10.30-11 (Inquiry: hva merket de. Oppdaget de noen verdier de kan minne seg selv på, iblant?)
6. Ingrid: self compassion break tidligere (enten nå eller tidligere) Hva kan en gjøre når en har det vondt ( f eks etter en eksamen som gikk dårlig eller annen vond hendelse)  
Trenger ikke inquiry etter denne, men kan åpne for spørsmål. 11.-11.15
7. Hvis mye tid til overs kan evt Ingrid ta en «tanker som skyer på himmelen eller blad ned en elv» øvelse. Når tankene hopper rundt når en skal sove.

Generelt: den som har øvelsen leder inquiry, vi hjelper hverandre.

Dele inn i fokusgrupper.

**Pause: 10 min?**

#### Fokusgruppeintervju

Ha dem sittende i en halvsirkel, og sitte på samme nivå som dem, evt bare la dem sitte ved bordene.



1. Før intervju starter, gjenta kort hva som er hensikt med intervjuet.
2. Navn (før video), notere på ark. Trenger det når vi snakker sammen nå, men vil ikke bli oppbevart etter intervjuet.
3. Gjøre oppmerksom på video: dere ser at vi har video her (begrunne: for å huske hva de sa. Vi vil gi dem kunstige navn. Hvis vi f eks kaller en Anna, kan vi se fra videoen hva Anna sa.)

Ikke blir vist på TV eller lagt ut på internett, men slettet så snart det er overført til skrift. Enige i at vi kan gjøre det? Hvis ikke kan vi bruke bare lydopptak. Ok for dem at vi setter opp kamera?

4. Begynne med at gruppens medlemmer sier litt om seg selv. Si det du vil, f eks. alder, hvor lenge du har bodd i Norge, og hvis du vil hvor du kommer fra, om du bor sammen med noen eller ikke, hvorfor du ville være med og hjelpe oss med dette. Vi skriver ned dette for å huske det, si hvis det er noe vi ikke skal skrive ned. Du kan også si hvilket navn du vil ha, når vi skriver om det vi lærte.

5. Deltakere minnes om å behandle informasjon som blir gitt av andre deltakere i intervjuene konfidensielt.

6. Du har nå deltatt på en kort kurs i mindfulness og selvmedfølelse og gjennomført flere øvelser, vi vil nå stille deg noen spørsmål om dine tanker og erfaringer knyttet til det.

Hvordan var dette for dere (hva merket du), Hvordan opplevde du det vi gikk gjennom på dette korte kurset. Følge intervjuguide.

## Vedlegg 4: Semistrukturert intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

Relevante oppfølgingsspørsmål

a) Var det nytt for deg? Hva var nytt?

i. Fikk du noe ut av disse øvelsene / den spesifikke øvelsen, og i så fall: hva var det?

De øvelsene vi gjorde var:

- Fokus på pust
- Hvordan behandle en venn
- Hvilke verdier er viktige for meg
- En pustepause når du har det vondt

Spørsmål til øvelsene:

1. Var det noen øvelser du likte bedre?
2. Noen du ikke likte?
3. Var det noe ubehag ved noen øvelser?
4. Vil disse øvelsene passe for alle fra ditt hjemland? Hvem vil de passe/ikke passe for? Hvorfor?
5. Tror du det vil være forskjeller på hvordan mennesker fra ditt land, og et annet land, tenker om slike øvelser?
6. Tror du det kan være kjønnsforskjeller på hvordan øvelser oppleves? På hvilken måte tenker du da?
7. Hvem tror du disse øvelsene passer best for?
8. Hva kan være forklaring på at det er denne gruppen disse øvelsene passer best for?
9. Hva tenker du om det å tilby kurset som et tilbud til de andre som ønsker det? (Bør det være lengre? Mer av noe, mindre av noe annet?)
10. Mange unge og eldre også, har problemer med å få nok søvn. Tror dere det er vanlig blant elever her på skolen? Har noen av dere det selv?
11. Tror dere noen av øvelsene kunne hjelpe på dette? Hvilke/evt hvordan?

Har du lagt merke til hva du vanligvis gjør når du opplever ubehagelige følelser eller situasjoner i hverdagen? a. Dersom aktuelt: kan noen av disse øvelsene / kan selvmedfølelse være et nyttig alternativ i en slik situasjon?

- Hvorfor/hvorfor ikke

Hva kan være typiske utfordrende situasjoner for deg? (evt spørre spm 7 for hver situasjon, hvis naturlig)

## Vedlegg 5: Forhåndsvurdering fra REK - godkjenning med vilkår



**Region:** REK vest      **Saksbehandler:** Camilla Gjerstad      **Telefon:**      **Vår dato:** 07.10.2019  
**Deres referanse:**      **Vår referanse:** 32753

Ingrid Dundas

### **32753 Immigranternes erfaringer med en kort mindfulnessbasert selvmedfølelses intervensjon**

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Bergen

**Søker:** Ingrid Dundas

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Prosjektets formål er å undersøke opplevelsen av utvalgte øvelser i oppmerksomt nærvær (mindfulness) og selvmedfølelses (self-compassion), blant en liten gruppe førstegenerasjons innvandrere med flyktningbakgrunn. Etter en tre timers intervensjon med de valgte øvelsene vil deltakerne delta i to forsker/kliniker-ledete fokusgrupper som diskuterer intervensjonen. En vil også fokusere på deltakernes selvopplevde søvnkvalitet, og hvorvidt de tror en slik intervensjon vil kunne være nyttig for blant annet avslapning og søvn. Den tiltenkte nytteverdien av prosjektet er å få begynnende kunnskap om hvordan en slik intervensjon oppleves av førstegenerasjons flyktninger/innvandrere og hvordan en best kan tilpasse denne typen intervensjoner til denne gruppen. En vil også få grunnlag for å vurdere om en skal prøve ut en mer omfattende intervensjon av samme type med målsetting å redusere stress og lettere/moderate psykiske vansker samt å bedre søvn blant førstegenerasjons flyktninger.*

#### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt, mottatt 20.08.2019. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 11.09.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Lin Sørensen meldte seg inhabil og deltok ikke i behandlingen av saken.

#### **Studieutvalg**

16 immigranter med ulike opprinnelsesland vil inkluderes i studien. Dette er førstegenerasjons innvandrere med flyktningbakgrunn. Dette vil utgjøre to fokusgrupper.

## **Metode**

Formålet med prosjektet er å undersøke deltakernes opplevelse av et kurs med utvalgte øvelser i oppmerksomt nærvær (mindfulness) og selvmedfølelse (self-compassion). Etter kurset vil det holdes to parallelle fokusgrupper. Komiteen oppfatter det slik at kurset allerede er et eksisterende tilbud for immigranter. Dersom dette ikke er tilfellet, må kurset vurderes som en del av forskningsstudien. Dersom kurset ikke er et eksisterende tilbud for immigranter, må beskrivelsen av selve kurset inngå i studieprotokollen og revidert protokoll sendes til REK.

## **Forsvarlighetsvurdering**

I følge søknaden har intervensjonen som øvelsene bygger på, god støtte i forskning på vestlige utvalg. Kurset vil ledes av kliniske psykologer som kan videre henvise til egnete behandlingstilbud dersom noen deltakere skulle trenge det. Når det gjelder fokusgruppene, ledes de av en klinisk psykolog og en psykologistudent. Dersom individer i ettertid opplever ubehag eller uro av noe slag, vil de ha kontaktinformasjon til kurslederne.

## **Rekruttering**

Det vil gis informasjon om studien i den ordinære undervisningen om psykisk helse ved Nygård skole i Bergen. Denne undervisningen holdes av ansatte ved Senter for migrasjonshelse. Nygård skole er et voksenopplæringscenter som underviser i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere. Samtykke vil innhentes skriftlig. Det vil også bli utdelt et informasjonsskriv med kontaktinformasjon og hengt opp plakater med bilder og en enkel tekst.

Deltakere som har plager som krever annen type behandling vil bli ekskludert fra kurset og satt i kontakt med en representant for Senter for Migrasjonshelse som vil kunne henvise til annen behandling. Prosjektgruppen vil opplyse om at dersom de har andre problemer som kanskje krever andre typer behandling, kan de henvende seg til Senter for Migrasjonshelse for en videre henvisning. Komiteen har ingen merknader til rekrutteringsprosedyren.

## **Informasjonsskriv**

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:

- Vi ber om at det benyttes REKs nye mal for informasjonsskriv som er oppdatert til nye personvernregler/GDPR, se <https://rekportalen.no/#home/fane3>.
- Følgende formulering bør utgå: «Jeg har mottatt og forstått informasjon».
- Skrivet bør oppfordre til at man ikke deler informasjon om de andre kursdeltakerne utenfor kurset.

## **Datalagring**

Deltakerne gis fiktive navn, og det registres hvilket videoopptak deltakeren finnes på i tillegg til de oppgitte bakgrunnsopplysningene. Opptakene slettes etter transkribering, og senest innen ett år. I følge søknaden vil opptakene overføres til forskningsserveren umiddelbart etter at de er gjort, eller alternativt lagres nedlåst. REK vest ber om at studien følger rutine til forskningsansvarlig for sikker datalagring, dvs. at data oppbevares på forskningsserver.

## **Prosjektslutt og datadeling**

Prosjektslutt: 01.09.2029. Søker bekrefter at etter prosjektslutt vil koblingsnøkkel oppbevares i inntil fem år for kontrollhensyn. Deretter skal materialet anonymiseres. REK vest har ingen merknader til dette.

I følge søknaden legges det opp til datadeling etter prosjektslutt, jf.: «Noen journaler ber om at datagrunnlaget skal arkiveres for at andre forskere skal kunne benytte det siden. Vi er usikre om hva som er vanlig når dataene er kvalitative, men ser for oss at det skal være liten risiko i å dele aidentifiserte data i form av transkriberte filer fra videoopptakene av fokusgruppene.» REK vest forutsetter at det kun er snakk om å dele reelt anonyme data der det ikke er mulig å indentifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte.

## **Vedtak**

Godkjent med vilkår

### **REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:**

- Revidert informasjonsskriv må sendes til REK vest.
- REK vest ber om at man følger rutineene til forskningsansvarlig for sikker datalagring.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av ovennevnte vilkår.

Med vennlig hilsen

Ketil Joachim Ødegaard  
Professor dr.med.  
nestleder REK vest

Camilla Gjerstad  
Rådgiver

## **Vedlegg 6: Godkjent forhåndsvurdering**

**Svar vedr utfyllende beskrivelse av intervensjonen. Svaret ble mottatt**

**fra REK på email 2019.10.23: Immigranternes erfaringer med en kort**

**mindfulnessbasert selvmedfølelses intervensjon**

Vi viser til din tilbakemelding mottatt i portalen 18.10.19 og 21.10.19 der det er vedlagt revidert protokoll og informasjonsskriv i tråd med vilkår fra REK vest. Tilbakemeldingen er vurdert i samråd med nestleder Ketil Joachim Ødegaard.

I REK-møtet oppfattet komiteen at dette kun var en søknad om godkjenning av selve evalueringen av tilbudet, ikke intervensjonen. Komiteen gikk mao ut fra at intervensjonen var et etablert tilbud for immigranter. Dette er altså ikke korrekt oppfattet av REK. I den reviderte protokollen som nå er innsendt er også intervensjonen beskrevet.

REK vest tar dette til orientering og har ingen ytterligere merknader.

Med vennlig hilsen

Ketil Joachim Ødegaard  
Professor dr.med.  
nestleder REK vest

Camilla Gjerstad  
rådgiver

## **Vedlegg 7: Godkjenning fra NSD**

11/10/2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Immigranternes erfaringer med en kort mindfulnessbasert selvmedfølelses intervensjon

#### **Referansenummer**

918855

#### **Registrert**

27.08.2019 av Ingrid Dundas - Ingrid.Dundas@uib.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Institutt for klinisk psykologi

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Ingrid Dundas, ingrid.dundas@uib.no, tlf: 40551183

#### **Type prosjekt**

Forskerprosjekt

#### **Prosjektperiode**

01.09.2019 - 01.09.2029

#### **Status**

05.11.2019 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

#### **05.11.2019 - Vurdert**

##### **BAKGRUNN**

Prosjektet er vurdert og godkjent av REK etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 2019/32753).

Prosjektets formål er å undersøke opplevelsen av utvalgte øvelser i oppmerksomt nærvær (mindfulness) og selvmedfølelse (self compassion), blant en liten gruppe førstegenerasjons innvandrere med flyktningbakgrunn. Deltakerne vil deretter delta i en forsker/kliniker-ledet fokusgruppe som diskuterer intervensjonen, blant annet i forhold til utfordringer med avslapning og søvn. Den tiltenkte nytteverdien av prosjektet er å få begynnende kunnskap om hvordan en slik intervensjon oppleves av førstegenerasjons flyktninger/innvandrere og hvordan en best kan tilpasse denne typen intervensjoner til denne gruppen.

Det tas videoopptak av gruppediskusjonene i etterkant av kurset. I telefonsamtale 04.11.2019 går det fram at videoopptakene slettes innen seks måneder etter at opptaket er gjort. Transkripsjoner gjøres anonyme, og det benyttes ikke koblingsnøkkel. Overnevnte metode er avklart med REK, jf. melding 04.11.2019.

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 05.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2029. Forskningsdata oppbevares frem til 01.09.2034 av dokumentasjon- og kontrollhensyn.

## LOVLIG GRUNNLAG

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

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

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for



spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Dersom behandlingen av personopplysninger avsluttes før oppgitt prosjektslutt ber vi om en tilbakemelding på dette.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 8: Tanker og refleksjoner

### Observasjoner, tanker og refleksjoner fra intervensjonen.

“(…) Jeg opplevde at noen av de yngre deltakerne var bråkete og ”gjorde seg til”, for eksempel var det en yngre person som sa ”nå er vi ferdig” midt i en mindfulnessøvelse og begynte å le, mens en annen ung person spiste chips gjennom hele opplegget fra en knitrete pose. Det kunne kanskje se ut til at noen av de eldre på mange måter ”holdt dem i sjakk”. (...) kanskje kan hende at de hjalp hverandre med oversetting eller at det var trygghetsskapende å sjekke inn med en person med samme morsmål. (...)”

“(…) Reagerte på at mange av de yngre deltakerne lo under øvelsene. Også mange som ikke lukket øynene, hvis jeg husker riktig. Framsto som ukonsentrert/ufokusert. (...) Usikker på hvorfor denne latteren var tilstede. Snakket om etter intervensjonen om dette kunne handle om nervøsitet, at de synes øvelsene var rare, ukomfortable eller lignende. Når vi forsøkte å få deltakerne til å fortelle om dette i fokusgruppene utdypet de ikke hva latteren handlet om. (...)”

“(…) Etter ”verdiøvelsen” snakket jeg med en deltaker. I verdiøvelsen instrueres deltakerne, etter å ha visualisert en hage, til ”å se tilbake på livet sitt”. Deltakeren jeg snakket med fortalte at hun hadde sluttet helt å gjøre øvelsen når dette ble sagt, fordi livet hadde vært så vanskelig, og hun ville derfor ikke se tilbake på det. Det kan virke til at deltakeren ikke hadde forstått at hagen som ble visualisert var i fremtiden, altså når man er gammel, og at man ikke bare skulle se tilbake på livet som har vært fram til nå. (...)”