



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Psykisk ohälsa hos människor på flykt

– en litteraturöversikt

Emil Oskarsson

Erik Pettersson

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
HT 2016

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se

Examensarbetstitel	Psykisk ohälsa hos människor på flykt – en litteraturöversikt Mental illness among fleeing people – a literature overview
Författare	Emil Oskarsson Erik Pettersson
Handledare	Monica Kinnander
Examinator	Åsa Rejnö
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT/2016
Antal sidor	20

Abstract

Background: There has been an increasing prevalence of mental illness among Swedes; in addition a lot more people have fled their home countries due to war and disaster. With them they carried traumatic experiences. What have these effects and occurrences had on their mental status?

Aim: This study aims to investigate the prevalence and experience of mental illness among fleeing people.

Method: A literature overview was performed to gather and analyse data from both qualitative and quantitative studies. A search for prevalence in quantitative data was used. Prevalence of mental illness is first presented in a compilation and then three themes with seven subthemes describing similarities and differences emerged in the analysis of qualitative and quantitative studies.

Results: Prevalence of mental illness was more common among displaced people than the non-displaced with depression, anxiety and posttraumatic stress as the most common diagnosis. Traumatic experiences were also a factor that could hinder the individuals from adopt in the new country. It also showed that there were effects that fortified the mental illness as well as their own defence mechanisms. However, the individuals also experienced support from people with similar experience as well as people in the society they now belong to. They also felt that they wanted to be acclimatized into their new country in order to create a new life.

Conclusions: The nurse's role is of importance to create an interpersonal relationship and thus provide safety and trustworthiness to give patients', persons who have fled, understanding and confidence in health care regarding their mental health.

Keywords: asylum seekers and refugees, experience, literature overview, mental disorders, prevalence

Populärvetenskaplig sammanfattning

De senaste åren har allt fler människor flytt till Europa. Folk tvingas på flykt på grund av krig, katastrofer och elände. Detta kan knappast vara positivt för deras psykiska hälsa. Allmänsjuksköterskans roll kommer att prövas av detta och det är därför viktigt att sjuksköterskan är medveten om olika tankesätt och omvårdnadsstrategier för att behandla den psykiska ohälsan. Inte minst när det visar att psykisk ohälsa har blivit en ökad trend för sjukskrivning bland den svenska befolkningen.

Tio vetenskapliga artiklar och en rapport som behandlade psykisk ohälsa hos människor på flykt analyserades för att ingå i resultatet. Den första delen av resultatet beskriver förekomsten av psykisk ohälsa medan den andra delen redovisar upplevelser i tre teman och sju underteman.

Resultatet visar att psykisk ohälsa bland människor på flykt är utbredd, även om det förekommer tydliga skillnader gällande psykiska diagnoser hos dem. Deras upplevelser handlar i stor utsträckning om faktorer som förstärker deras psykiska ohälsa och sätter dem i utanförskap. Det gör att de försöker värna om sig själva genom försvarsmekanismer som inte alltid är till det bättre, samtidigt som de upplever att det finns stöd i deras nya omgivning. Hos människorna själva finns en drivkraft om att kunna acklimatisera sig i det nya samhället även om hinder upplevs, såväl inom dem som runt om kring.

Det är därför önskvärt att sjuksköterskan, med hjälp av kunskap om förekomst och upplevelser hos människor på flykt, utför en mellanmänsklig, god och förtroendeingivande vård som behandling för de människor som lider av psykisk ohälsa till följd av flykt.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Definitioner av psykisk ohälsa	1
Depression	1
Ångest	1
Posttraumatiskt stressyndrom	2
Somatisering	2
Människor på flykt	2
Definition av människor på flykt	2
Tidigare känt om människor på flykt	3
Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter för sjuksköterskan	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval	4
Analys	5
Resultat	5
Förekomst av psykisk ohälsa	5
Upplevelser av psykisk ohälsa	7
Effekter som förstärker	7
Upprätthållande skydd	9
Vilja att passa in i samhället	9
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	12
Slutsatser	15
Praktiska implikationer	15
Kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	15
Referenser	17

Bilagor

Bilaga I	Översikt av systematisk sökning
Bilaga II	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
Bilaga III	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod
Bilaga IV	Översikt av analyserade artiklar

Inledning

Under åren 2014 och 2015 sökte mer än två miljoner människor asyl i europeiska länder. Det är sammanlagt lika många som registrerades som asylsökande till samma region under åren 2009 till 2013. Sveriges Television (2015) kallade det för den största flyktingkrisen i världen sedan andra världskriget. En stor andel av de människor som söker asyl i Sverige kommer från Syrien, Afghanistan eller Irak där det pågått konflikter och krig under en längre tid. Utifrån detta kan det antas att många individer har varit utsatta för traumatiska händelser, dels i sitt hemland, dels under sin tid på flykt. Det kan orsaka psykisk ohälsa hos de individerna. Individerna söker inte enbart vård på specialkliner eller avdelningar, utan sjuksköterskor kommer att stöta på dem i alla typer av vårdinrättningar. Så väl specialiserade sjuksköterskor som grundutbildade sjuksköterskor bör därför kunna ge individerna vård som möter deras behov. Det är därför av intresse att ta del av aktuell forskning som har utvärderat psykisk ohälsa hos människor på flykt.

Bakgrund

Den psykiska hälsan har på senare tid fått ökad uppmärksamhet. I en rapport från Statistiska Centralbyrån (2002) angavs det att under året 2000 rapporterade 3 % av Sveriges vuxna befolkning (16–84 år) att de led av en långvarig psykisk sjukdom. I Folkhälsomyndighetens (2016) årliga rapportering gällande läget 2015 rapporterades det att 24 % av männen och 37 % av kvinnorna var lidande av problem med oro, ångest eller ångslan.

Definitioner av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett stort problem i samhället. Av det totala antalet pågående sjukskrivningar under andra kvartalet av 2016 utgjordes 43,6 % av psykisk sjukdom (Försäkringskassan, 2016). För att klargöra vad problematiken i psykisk ohälsa handlar om beskrivs här nedan diagnoser inom ämnet som studien kommer att beröra.

Depression

Beroende på i vilken utbredning och allvarighet som symtomen existerar delar Socialstyrelsen (2016) in depression i tre svårighetsgrader: lindrig, medelsvår och svår depression. Depression utmärker sig genom sänkt stämningsläge, minskad ork och nedsatt företagsamhet hos individen. Därtill visar den nedsatt kraft i att engagera sig, känna sig glad, fokusera samt en påtaglig trötthet efter minimal påfrestning. Individer med depression känner ofta skuld känslor och känslor av obetydlighet dessutom är den egna självkänslan och självtilliten är ofta nedsatt. Vid depression av medelsvår eller svår art varierar stämningsläget väldigt lite från den ena dagen till den andra eller på händelser i omgivningen. Mårtensson & Åsberg (2016) säger att med depression ökar risken för att drabbas av andra kroppsliga sjukdomar men också risken att dö för tidigt. De menar vidare att depression har flera olika innebörder beroende på sammanhanget det finns i. Till exempel innebär inte alltid depression en psykisk sjukdom, utan kan även vara en beskrivning av en nedstämdhet och sorgsenhet hos en individ. Inom en medicinsk kontext används däremot depression för att beskriva en samling symtom, vilka beskrivs tidigare i stycket, och som har benägenhet att förekomma ihop: ett syndrom.

Ångest

Ångest står i nära relation till ordet *rädsla*. Upplevelser av katastrof, påträngande och långvarig oro eller panik passar in på dem båda. Både ångest och rädsla är till för att sätta igång kroppens försvarssystem för att göra den redo för hotet. Vad som skiljer dem åt är att ångest uppkommer när ett hot är diffust och individen känner sig osäker på vad det handlar om medan rädsla syftar till det akuta hotet (Rück & Hedman, 2016). Andra vanliga yttringar för ångest är kroppsskakningar, svimningskänsla, svettningar, hjärtklappning och yrsel (Socialstyrelsen,

2016). Rück & Hedman (2016) beskriver vidare att besväret är vanligt förekommande i flera sjukdomar, både psykiatriskt och kroppsligt. När ångesten är de huvudsakliga svårigheterna hos en individ kallas detta för ångestsyndrom.

Posttraumatiskt stressyndrom

Socialstyrelsen (2016) definierar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som en reaktion till följd av en traumatisk upplevelse eller situation. Den kan uppfattas som extremt hotande eller ytterst ogynnsam vilket förväntas ge betydande inverkan hos individen. Orsaker som ökar risken kan vara svår uppväxt och dåliga familjeförhållanden, familjeseparationer och livshotande trauman. Både American Psychiatric Association (2013) och Socialstyrelsen (2016) beskriver företeelser som är karaktäristiska för PTSD. De skildrar dem som stunder där traumat gör sig påmint genom drömmar, mardrömmar eller minnesbilder som gör individen emotionellt paralyserad och frånvarande samt leder till påtagliga sömnsvårigheter. Dessutom kan det utmärkas genom en ökad försiktighet och tillbakadragenhet från individens omgivning som gör att den undviker sammanhang som påminner om traumat.

Syndromet blir mer omfattande efter traumat och kan ligga latent mellan några veckor upp till flera månader. Sjukdomstillståndet är inte likvärdigt hos alla individer men i de allra flesta fall kan de bli friska från diagnosen. För ett fåtal individer kan dock syndromet bli kroniskt vilket då kan resultera i personlighetsförändringar som blir bestående (American Psychiatric Association, 2013; Socialstyrelsen, 2016). Individer med PTSD lider större risk att uppfylla kriterier för andra psykiska diagnoser jämfört med individer utan PTSD. Exempelvis kan kriterier för depression, ångest och bipolär sjukdom uppfyllas (American Psychiatric Association, 2013).

Somatisering

Ordet *somatisering* står för psykiska föreställningar eller känslor som yttrar sig i förkroppsligade reaktioner (Ottoson, 2016). Symtom kan variera mellan att vara specifika, som exempelvis lokaliserad smärta eller mer diffusa som orkeslöshet och nedsatt impulsivitet (American Psychiatric Association, 2013). Tillståndet visar sig oftare hos individer som utsätts för psykosocial stress under skeenden av förändringar och påfrestningar. De kroppsliga reaktionerna uppfattas som symtom för en fysisk sjukdom och kan då orsaka ovisshet hos individen om att den har en allvarlig sjukdom som inte kan botas (Lundin & Sjöström, 2016).

Människor på flykt

I alla tider har människor fördrivits på flykt. Israeliternas uttåg ur Faraos Egypten enligt bibeln och Columbus kolonisering av Amerika som ledde till förtryck av människor i både Syd- och Nordamerika är två tydliga och välbeskrivna exempel då människor tvingats på flykt. Nedan finns beskrivet nyckelbegrepp och dess innebörd gällande människor på flykt som blir berörda i studien.

Definition av människor på flykt

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (1996) definierar en flykting som en individ som förföljs eller på välgrundade skäl fruktar förföljelse på grund av sin etnicitet, nationalitet, tillhörande viss samhällsgrupp, religion eller politisk åskådning och därför vistas utanför det land som den är medborgare i. Denna fruktan gör att individen lämnar sitt hemland då den inte kan eller vill nyttja sitt hemlands skydd. Migrationsverket (2016a) definierar en flykting dels enligt UNHCR:s definition. Dels som ”utlänning som sökt asyl och fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingskäl”. Samt en asylsökande som ”en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol”. Utöver de begreppen finns

även immigrant som begrepp, vilket Park (2014) beskriver som en person som söker ett nytt liv i ett annat land av till exempel ekonomiska skäl, det vill säga att de är ej på flykt. Denna definition av immigrant ges även av UNHCR (1996). Park (2014) menar också att immigrant är ett övergripande begrepp för invandring av alla människor, vilket innefattar flyktingar, asylsökande och immigranter. Det betyder att alla flyktingar är immigranter men inte alla immigranter är flyktingar.

Tidigare känt om människor på flykt

Under åren 2014-2015 sökte fler än 2 miljoner individer asyl i Europa (Eurostat, 2016) varav cirka 244 000 i Sverige och de kom huvudsakligen från Syrien men även Afghanistan och Irak (Migrationsverket, 2016b). I dessa tre länder pågår det konflikter och krig sedan en längre tid tillbaka. Därför kan det med stor sannolikhet antas att många av dessa människor på flykt har blivit utsatta för traumatiska händelser i sitt hemland men även under deras tid på flykt.

Tidigare forskning säger att människor på flykt lider av psykisk ohälsa. I en studie av Turner, Bowie, Dunn, Shapo och Yule (2003) framkom de att människor på flykt från Kosovo i Storbritannien led av ångest (57 %), depression (61 %) och av PTSD (71 %). Vidare visar även Alemi, James, Cruz, Zepeda, och Racadio (2013) i sin litteraturöversikt att människor på flykt var starkt påverkade av psykisk ohälsa. De fann att förekomsten av PTSD var mellan 25-50 % och depression mellan 50-55 %. Samma studie påvisar bland annat att människor på flykt upplevde sig ha skuld känslor för att ha klarat sig samt att kulturella skillnader påverkade deras psykiska ohälsa. Ahearn (2000) säger att vårdgivaren bör vara medveten om att alla kulturer, inklusive deras egen, har idéer om vad som är normalt och onormalt, vad som är friskt och vad som är sjukligt. Sjuksköterskan bör därför förstå vad kulturer har för likheter och skillnader samt se värderingar, livsförhållanden och förväntningar för att tillämpa god vård.

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter för sjuksköterskan

För den omvårdnadsteori som Joyce Travelbee skapade ligger en existentiell människosyn till grund (Travelbee, 1971). Den är sammankopplad med att lidande och smärta är ofrånkomligt i en människas liv. En av uppgifterna för en sjuksköterska är att hitta mening med lidandet och sjukdomen men även att stötta i bärandet och hanteringen. Detta görs genom att sjuksköterskan stödjer hoppet hos patienter som lider eller är drabbade av en sjukdom. Sjuksköterskan kan endast stödja en annan människa genom att själv vara människa, inte enbart i sin profession som sjuksköterska, och måste låta en mellanmänsklig relation (human-to-human) skapas. Relationen kan endast skapas om sjuksköterskan visar sig vara villig att ta in och förstå vilka behov som patienten har. Genom en interaktionsprocess byggs relationen upp i flera faser. Sjuksköterskans och patientens identitet växer fram från stereotypa och generaliserade uppfattningar hos de båda. Relationen fortsätter att växa och sjuksköterskan kan utveckla starkare känslor av empati och sympati för patienten. Det leder till att relationen får en nära och ömsesidig förståelse mellan parterna. Det främjas också i form av en etisk kod för sjuksköterskan där denne uppmanas till att patienten skall tillgodoses med information på ett sätt som anpassas kulturellt vilket gör att den kan förstå och ge sitt tillstånd för vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Dessutom bör individens religion, tradition och värderingar respekteras. Likväl som att sjuksköterskan bör aktningsfullt visa hänsyn, lyhördhet, förståelse och tillförlitlighet samt inte kränka någon i sitt utövande av professionen. Travelbee (1971) beskriver hur sjuksköterskan kan använda sig själv terapeutiskt för att lindra lidandet hos patienten genom att hitta en efterlängtd förändring för den. Sjuksköterskan kan även med hjälp av en inriktad intellektuell ansats hjälpa patienten att själv hantera sitt tillstånd och senare eventuellt finna mening med sitt lidande eller sjukdomen.

Problemformulering

Det är känt att psykisk ohälsa har ökat bland Sveriges befolkning i den statistiska jämförelsen mellan åren 2000 och 2016. Dessutom har antalet människor på flykt från sina hemländer ökat drastiskt de senaste åren. Inte minst från länder i Afrika och Mellanöstern och det är inte helt osannolikt att orsakerna till flykten och flykten i sig varit traumatiska. Sådana upplevelser kan i stor utsträckning leda till olika former av psykisk ohälsa. Mellan människor på flykt och den generella populationen i värdlandet existerar skillnader i förekomst av psykisk ohälsa vilket måste åskådliggöras med ny kunskap. Det är därför av intresse och behov att ta del av vilka upplevelser och hur psykisk ohälsa förekommer hos människor på flykt. Detta för att kunna upplysa allmänsjuksköterskan om situationen och omständigheter hos de drabbade. Genom att utvärdera aktuell forskning som behandlar människor på flykt kan beskrivning av förekomsten och upplevelser av psykisk ohälsa kartläggas. Det kan användas som verktyg för sjuksköterskan i utövandet av sin profession.

Syfte

Syftet med studien är att belysa förekomst och upplevelser av psykisk ohälsa hos människor på flykt.

Metod

Valet av metod till examensarbetet är en litteraturöversikt. Metoden beskrivs av Friberg (2012a) som en metod som på ett strukturerat tillvägagångssätt skapar en översikt av det område som valts att studeras. Den genomförs genom att identifiera och avgränsa det område som valts att studeras vilket görs genom en tydlig problemformulering och överskådligt se att det finns publicerat material.

Litteratursökning

För att skapa en litteraturöversikt skedde sökning av vetenskapliga artiklar och rapporter, både kvalitativa och kvantitativa, i lämpliga databaser på sätt som Friberg (2012a) beskriver. Därefter genomfördes en översikt av det funna materialet i två steg där det första steget syftade till att överblicka ämnet och med hjälp av öppenhet och kreativitet finna olika aspekter i området. Det gjordes för att inte låsas vid en aspekt för tidigt. I det andra steget begränsades området för att det inte skulle bli för stort och där med lättare att hantera. Under dessa båda skeenden är det viktigt att dokumentera vilka inkludering- och exkluderingsskriterier som använts (Friberg, 2012a). Databasen Cinahl användes för att söka fram de studier som har valts till denna litteraturöversikt. Ämnesordet *Mental Disorders* kompletterades med sökorden *asylum seekers or refugees*. Inledningsvis fanns en tanke att studien enbart skulle behandla PTSD hos människor på flykt. I samband med det genomfördes sökningar som behandlade detta ämne vilket gav kunskap om lämpliga och användbara nyckelord som berörde psykisk ohälsa hos samma grupp. Därför behövdes bara en sökning när beslutet togs om att vidga studiens perspektiv från PTSD till psykisk ohälsa. Begränsningarna för denna sökning var studier som publicerats mellan åren 2006 och 2016, studier som var skrivna på engelska samt studier som var peer reviewed (vetenskapligt granskade) (se bilaga I). Osystematisk sökning, genom tips från utomstående källa, gav en vetenskaplig rapport utförd av Röda korsets högskola vilket redovisar bland annat förekomst av psykisk ohälsa hos asylsökande.

Urval

När sökningen var gjord lästes studiernas titlar. Abstracts till de som ansågs vara relevanta lästes parallellt och valdes ut. Därefter lästes de valda artiklarna igenom och efter ytterligare en sällning kvarstod 11 vetenskapliga artiklar samt en rapport. Inklusionskriterier för valet av artiklar var studier som beskriver förekomst av psykisk ohälsa hos flyktingar och asylsökande

samt upplevelser kring det och därför valdes både kvantitativa och kvalitativa studier. De valdes från hela världen för att ge en bredare uppfattning av psykisk ohälsa. Exklusionskriterier var dels studier som behandlade behandlingsmetoder och behandlingsstrategier, dels studier som behandlade små barn (0–12 år) samt litteraturöversikter av tidigare studier.

Efter urvalet av artiklar genomfördes en kvalitetsgranskning för att säkerställa legitimiteten i studierna. Till examensarbetet användes granskningsmallar för kvalitativ respektive kvantitativ forskning skapade av Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2011) som är modifierade av institutionen för hälsovetenskap vid Högskolan Väst (bilaga II och III). Efter kvalitetsgranskningen exkluderades en artikel då det uppdagades att den behandlade området psykisk ohälsa på ett sätt som inte stämde överens med den här studiens syfte. Artiklarna som valdes att ingå i studiens resultat uppfyllde kvalitetsgrad I och II. Totalt ingick 10 vetenskapliga artiklar, varav sju kvantitativa och tre kvalitativa, samt en rapport i analysen. De valda studierna finns översiktligt presenterade i bilaga IV.

Analys

Första steget i analysen av de valda studierna var att läsa igenom de kvalitativa studierna för att skapa en grundlig uppfattning och därefter jämfördes fynden med varandra. Ett sätt att ta sig an studier i en litteraturöversikt är att lyfta fram likheter och skillnader i en studie menar Friberg (2012a). De fynd som författarna hittade plockades ur, jämfördes och diskuterades vilket ledde till skapandet av möjliga kategorier och teman. För att inte låsas fast i de kvalitativa studierna lämnades de åt sidan och samma procedur genomfördes sedan med de kvantitativa studierna. Därefter omarbetades kategorier och teman då de kvantitativa studierna gav nytt innehåll och sammanhang. Dessa kategorier och teman var inte de slutgiltiga som sedan presenteras i resultatet utan de genomgick flertalet bearbetningar. När alla resultat blivit analyserade, och märkta med teman, lästes allt igenom ännu en gång. Parallellt med att säkerställa att alla kategorier och teman förekom i studierna kontrollerades att datamätnad rådde bland dem. Även här förekom omformuleringar och hopslagningar av det redan befintliga kategorierna och temana för att skapa nya formuleringar. Utifrån analysen skapades slutligen ett stycke som beskriver förekomst av psykisk ohälsa hos människor på flykt samt tre teman med totalt sju underteman för att beskriva psykisk ohälsa hos människor på flykt.

Resultat

Det framkomna resultatet redovisas först med en sammanställning av förekomst gällande psykisk ohälsa hos människor på flykt utifrån vad som framkommit i de kvantitativa studierna. Därefter beskrivs de upplevelser som kom fram i de kvalitativa och kvantitativa studierna utifrån tre teman med tillhörande underteman, de redovisas i tabell 1 utan inbördes ordning. Det första temat är *Effekter som förstärker med Brist på tillit, Stigmatisering och Förlust* som underteman. Temat beskriver effekter som förstärker individernas upplevelser av deras psykiska ohälsa. Det andra temat, *Upprätthållande skydd*, har undertemana *Strategier inifrån* och *Andras stöd*, beskriver hur individer hanterar sin psykiska ohälsa samt var de finner stöd i omgivningen för att hjälpa dem med sina besvär. Det tredje och sista temat är *Vilja att passa in i samhället* och har undertemana *Drivkraft* samt *Hinder*. Det temat beskriver hur individerna söker ett nytt liv i värdlandet på olika sätt samt vilka hinder det upplever för att uppnå det nya livet.

Förekomst av psykisk ohälsa

Mölsä, Punamäki, Saarni, Tiilkainen, Kuittinen & Honkasalo (2014) jämför psykisk och somatisk ohälsa mellan somaliska flyktingar som var äldre än 50 år och en finsk kontrollgrupp. Det visades att psykisk ohälsa var mer förekommande hos somalierna (85.3 % av 128 individer) än hos finländarna (14.7 % av 128 individer). Även en studie från Australien visar att

förekomsten av måttlig till svår psykisk ohälsa var större hos den grupp av flyktingar som undersöktes 2013 (39.7 %) jämfört med den befintliga populationen i Australien som undersöktes 2007 (34 %) ($p < 0.001$) (Lillee, Thambiran, & Laugharne, 2015). Studien visar också att kön, ålder, utbildning eller tid tillbringad i flyktingläger inte utgjorde någon signifikant skillnad på flyktingarnas psykiska ohälsa.

Traumatisering

I fyra kvantitativa studier listades traumatiska upplevelser och förekomsten av dem bland deltagarna (Carswell, Blackburn, & Barker, 2011; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011; Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm, & Saboonchi, 2016). Tre upplevelser förekom i samtliga studier: krigssituationer, dödsfall av anhörig och kroppslig skada. Förekomsten av traumatisk upplevelse i form krigssituationer var mellan 57.6–80 % och dödsfall av anhörig var mellan 45.6 % och 90 %. Trauman som härrör av kroppslig skada förekom hos mellan 27.9–30.1 % hos burmesiska flyktingar i Australien och unga vuxna bosatta i Belgien samt mellan 90–92 % hos asylsökande från Eritrea och Somalia och människor på flykt bosatta i Storbritannien (Carswell, Blackburn, & Barker, 2011; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011; Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm, & Saboonchi, 2016). I studien av Lillee et al. (2015) jämfördes dessa tre upplevelser med medelvärden som framkom när de använde *The Kessler Psychological Distress Scale*, som ger indikation på förekomst av psykisk ohälsa. Alla tre upplevelser indikerar att individen hade måttlig psykisk ohälsa. Derleyn et al. (2008) visade att ungdomar på flykt utan sällskap av förälder hade upplevt fler trauman än de som kom i sällskap av en eller båda föräldrarna i alla kategorier i enkäten *Stressful Life Events* (båda föräldrarna: 3.03, pappa: 3.21, mamma: 3.55 och ensam: 7.08), förutom i kategorin *erfarit en allvarlig olycka*. Vidare visade variansanalysen, som undersökte hur kön, ålder och vem individen åtföljdes av (båda föräldrarna, pappan, mamman, annan, ensam), påverkade antalet traumatiska upplevelser. Det framkom att medelvärdet i antalet traumatiska upplevelser hos åtföljda pojkar var högre än bland åtföljda flickor (pojkar/flickor åtföljda av båda föräldrarna: 3.26/2.78, pappa: 3.65/2.76, mamma: 3.79/3.31 och annan 4.67/4.27) men att det var tvärtom gällande ensamkommande flickor jämfört med ensamkommande pojkar (flickor: 7.90 och pojkar 6.53).

Depression

Förekomsten av depression var mer vanligt hos ensamkommande ungdomar jämfört med om individen kom i sällskap av en eller två föräldrar. Dock visade *Hopkins Symtom-checklistan* att det var mer vanligt bland flickor än hos pojkar som var ensamkommande (medelvärdet för flickor: 1.82 och för pojkar: 1.67) (Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009). Enligt Carswell et al. (2011) visade det sig att bland asylsökande och flyktingar i Storbritannien var förekomsten av depression hos 45 individer (96 %). Mölsä et al. (2014) visar att människor på flykt tenderade att lida av måttlig till svår depression i större utsträckning (21.1 % av 128 individer) än den finska befolkningen (14.1 % av 128 individer). Bland män och kvinnor i Australien på flykt från Burma var förekomsten av depression 36 % (Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011). Söder om Burma i Andamanerna och Nikobarerna genomfördes en studie på individer som utsattes för en tsunami och jämfördes med en grupp som ej behövt fly. Den visade att depression förekom hos 49 individer (20.1 %) av de som tvingats fly jämfört med 53 individer (22.9 %) som inte gjort det (Math et al., 2008).

Ångest

Schweitzer et al. (2011) visar i sin studie att förekomsten av ångestsymtom var 20 % gällande flyktingar i Australien. I högre utsträckning fanns ångestsymtomen hos äldre somaliska flyktingar (96.5 % av 128 individer) jämfört med den finska kontrollgruppen (17.2 % av 128 individer) (Mölsä, o.a., 2014). I studien av Derluyn et al. (2009) var ångest mer förekommande

hos ensamkommande flickor jämfört med ångest bland pojkar. Det kan jämföras med Tinghög et. al (2016), som i sin studie valde att slå ihop förekomsten av depression och ångest, som visar att fler kvinnor led av symptom än de män som deltog i studien, 43 % av kvinnorna och 32 % av männen.

Posttraumatiskt stressyndrom

I två studier (Carswell, Blackburn, & Barker, 2011; Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011), som båda använt *Harvard Trauma Questionnaire* som mätinstrument, visas motsatta resultat för förekomst av PTSD. I studien av Carswell et al. (2011) var förekomsten 81 % (n = 38) medan i studien av Schweitzer et al. (2011) var den 9 % (n=70) bland individer på flykt. Tidigare visade Math et al. (2008) att förekomsten av syndromet bland människorna på flykt var 11.9 % jämfört med 10.4 % bland de som inte behövt fly. Lillee et al. (2015) visade på positiv signifikans i sambandet mellan psykisk ohälsa och PTSD (Spearman's $\rho=0.44$, $p < 0.001$). De visade även i sin studie att både män och kvinnor kunde i lika stor utsträckning vara drabbade av PTSD. Det framkom också att desto fler barn deltagarna i studien hade ökade förekomsten av att lida av PTSD (medelvärde med fler barn: 2.9 och med färre barn: 2.3, $p < .01$). Även Tinghög et al. (2016) visade att det fanns skillnader mellan män och kvinnor, 29 % av männen och 32 % av kvinnorna bland flyktingar från Syrien led av PTSD.

Somatisering

Det framgick att 37 % visade sig lida av somatisering enligt Schweitzer et al. (2011) och i Mölsä et al. (2014) visades det ingen skillnad i värden för hur mycket det statistiskt skiljde sig mellan den somaliska flyktinggruppen och den finska kontrollgruppen (standardavvikelse).

Upplevelser av psykisk ohälsa

Tabell 1: Teman och underteman

Teman	Underteman
Effekter som förstärker	Brist på tillit Stigmatisering Förlust
Upprätthållande skydd	Strategier inifrån Andras stöd
Vilja att passa in samhället	Drivkraft Hinder

Effekter som förstärker

Människor som har flytt till ett nytt land och väntar på uppehållstillstånd hade ofta kontakt med psykiatrisk vård, trots detta fanns en generell *brist på tillit* för vården. Denna brist på tillit grundas till viss del i deras känsla av kulturell skillnad till värdpopulationen (Majumder, O'Reilly, Karim, & Vostanis, 2015; Strijk, van Meijel, & Gamel, 2011; Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm, & Saboonchi, 2016). En del av individerna förnekade också att de led av psykisk ohälsa (Majumder et al., 2015). Strijk et al. (2011) förklarade att rädslan för att bli missförstådd på grund av språkförbristningar ytterligare förstärkte känslan av brist på tillit. Majumder et al. (2015) förklarade att känslan av brist på tillit hos ensamkommande ungdomar (15–18 år) kunde vara en yttring av att de inte kände sig trygga. Anledningen till att ungdomarna hade svårt att känna trygghet kunde vara en följd av traumatiska händelser och att de eventuellt

blivit utnyttjade före och under sin flykt. Till följd av bristen på tillit för psykiatrisk vård tenderade flera av ungdomarna att avstå från att närvara vid planerade möten och de upplevde inte vården som hjälpsam. De upplevde att deras problem blev värre när de under terapeutbehandling återupplevde de traumatiska händelser som de blivit utsatta för (Majumder et al., 2015). En annan orsak till brist på tillit mot psykiatrisk vård var vilken syn på denna typ av vård som människor på flykt tar med sig från sina hemländer. Majumder et al. (2015) beskrev hur ungdomarna hade en uppfattning om att sjukhus upplevdes som ett fängelse och där människor som blir diagnostiserade med psykisk ohälsa blir hånade eller inlåsta. Brist på tillit yttrade sig även genom att såväl ungdomar (Groark, Scclare, & Raval, 2010) som vuxna (Strijk et al., 2011) inte litade på andra människor och drog sig för att skapa nya kontakter. Groark et al. (2010) beskrev hur vissa ungdomar helt undvek från att skaffa vänner för att skydda sig från att bli svikna. Strijk et al. (2011) beskrev hur individer räds för att skapa kontakt med andra människor utanför behandlingskliniken. Deras tro på andra människor hade blivit förbrukad på grund av negativa händelser, dels i sitt hemland och dels i värdlandet, vilket förvärrade deras rädsla för att möta nya människor. Detta yttrade sig bland annat genom att flera individer kände ett obehag av att resa med kollektiv trafik. De kände sig uttittade och att de stack ut från mängden vilket skapade ett upplevt obehag. Obehag upplevdes även mot personalen inom kollektivtrafiken, deras uniformer triggade dem att återuppleva traumatiska händelser (Strijk et al., 2011).

Många individer upplevde *stigmatisering* från människor i deras omgivning dels på grund av psykiska ohälsa och dels på grund av deras flyktingstatus. Hos de individer som upplevde stigmatisering i relation till sin psykiska ohälsa grundades det i vilken syn på eller tabu kring psykisk ohälsa de hade med sig från sitt hemland eller sin kultur (Strijk et al., 2011). Flera individer, även fast de accepterade att de hade psykisk ohälsa, var rädda för att just bli stämplade som galna eller bli skrattade åt. Det associerades också med att de skulle bli en exkluderad social grupp (Majumder et al., 2015; Strijk et al., 2011). Individer som upplevde att de blev stigmatiserade på grund av sin flyktingstatus kände att de blev betraktade som något annorlunda och stack ut från mängden (Groark et al., 2010; Strijk, et al., 2011). Tinghög et al. (2016) visade i sin studie att 10 % av 173 asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien samt 5 % av 1215 flyktingar från Syrien upplevde att de inte känt sig respekterade på grund av sin nationella bakgrund. För en del individer hade innebörden av att vara asylsökande en kraftig inverkan på deras identitet och vidare upplevdes att samhällets negativa uttryck hade en inverkan på deras självförtroende (Groark et al., 2010). Strijk et al. (2011) fann att individer var oroliga för att bli stigmatiserade av samhället som kriminella eller terrorister på grund av sin härkomst, vilket förstärkte deras känsla av ensamhet, fruktan och maktlöshet. Identiteten som asylsökande ökade risken att bli sårad eller utfrys vilket påverkade förmågan att skapa relationer och vänner, vilket ledde till ökad isolering (Groark et al., 2010).

En vanligt förekommande känsla hos människor på flykt var känslan av *förlust*. Förlusten kunde handla om förlust av nära och kära, förlust av identitet, förlust av kontroll och förlust av säkerhet (Groark et al., 2010; Strijk et al., 2011; Tinghög et al., 2016). Mellan 32 % och 42 % av flyktingar som uppfyllde kriterier för depression, ångest och PTSD, kände sig ofta nedstämda till följd av att de inte blivit återförenade med sina nära anhöriga (Tinghög et al., 2016). Förlusterna av nära och kära upplevdes ofta som smärtsamma och lämnade individerna med känslan av att vara ensamma och isolerade. Det gjorde även att individerna upplevde sig utan stöd och säkerhet. Ungdomarna som upplevde att de förlorat sin identitet beskrev det som förlust av sin rötter, sin kultur, sitt hem, sitt sätt att leva och säkerhet (Groark et al., 2010). Groark et al. (2010) beskrev vidare att förlusten av säkerhet och trygghet upplevdes som en inre nivå av förlust som inte var lika gripbar som andra förluster och grundades mycket i osäkerheten

ifall individerna skulle få stanna kvar i värdlandet. Olika känslor av förlust kunde leda till att individerna upplevde ångest (Groark et al., 2010) och högre grader av stress (Strijk et al., 2011).

Upprätthållande skydd

Individer upplevde att de fann skydd genom *strategier inifrån* sig själva. En studie som undersökte associationer mellan försvarsmekanismer och psykiska diagnoser visade att individer med depressions- och ångestsymtom ofta använde sig av emotionellt avståndstagande från omvärlden (regression), tillbakadragenhet och att inte känna vid sina svagheter utan tillskrev dem till andra individer (projektion) (Jin Yong, Yu-jin, So-Hee, So Young, Jungeun & Seog Ju, 2015). Individer med somatiska symtom påvisade även de regression och projektion men även att de höll tillbaka handlingar eller tankar vid något som de annars fann normalt (självhämning) som försvarsmekanism. Försvarsmekanismer hos individer med PTSD-symtom var ofta självhämning och isolering. *Undoing* var också vanligt förekommande vilket innebär att när individen upplevde att den har gjort något dåligt kompenserade den det med att göra något bra. Majumder et al. (2015) visar hur en deltagare i studien beskrev sin mentala hälsa som en kroppslig skada istället för att prata om det emotionella. En annan skyddande mekanism som individerna använde för att värna om sig själva var att försöka distansera sig från smärtsamma minnen och tankar genom att koppla bort sig från sin omvärld för att kunna fortsätta. De som berättade om detta beskrev också hur deras erfarenheter okontrollerat kunde tränga sig på dem genom tankar eller minnen från sitt tidigare liv (Groark et al., 2010).

Andras stöd var en vital upplevelse hos flera individer. Familjemedlemmar och andra nära anhöriga kunde ha svårt att visa förståelse för att individerna led av psykisk ohälsa. Särskilt vid utåtagerande upplevde deltagarna att deras barn kunde vara förundrade över varför de gjorde som de gjorde. Sådana upplevelser underlättades när de upptäckte att det fanns andra individer som också led av psykisk ohälsa och hade liknande erfarenheter. Genom att få dela upplevelser med andra som upplevt samma sak skapades en känsla av att de inte var ensamma vilket hjälpte dem att prata med varandra om sina upplevelser (Strijk et al., 2011). Groark et al. (2010) beskrev hur ungdomar nyttjade olika former av nätverk för att hantera sin tillvaro. Bland annat använde de vänner på ett sätt för att undvika svåra tankar och minnen. Genom hjälp av vännerna kunde ungdomarna befinna sig ”här och nu” och det var lättare att tänka på annat än känslorna av förlust och osäkerhet. Vissa uttryckte att vännerna hjälpte dem att passa in i det nya samhället med råd och tips om till exempel hur de kunde klä sig. Trots detta upplevde många att de inte kunde lita på sina vänner och vissa undvek att skaffa nya vänner för att skydda sig själva. Faktorer som hindrade dem från att skapa relationer var bland annat rädslan över att bli hemskickade, att de dolde att de var asylsökande och deras oförmåga att sörja och hantera sina tidigare förluster. Strijk et al. (2011) beskriver även hur vuxna bara vågade anförtra sina psykiska besvär och behandling de fick åt enstaka personer som de verkligen litade på. Groark et al. (2010) beskrev vidare hur ungdomarna i studien nyttjade olika yrkesmän som stöd i deras tillvaro. De kunde uppfatta att vissa av socialarbetare var likt fadersfigurer som de hade viss respekt och tillit till och socialarbetarna tillfredsställde vissa av deras behov såsom råd, uppmuntran och finansiellt stöd. Vissa av ungdomarna upplevde hjälp från kyrkan, den gav en säker plats där de kunde möta nya människor och skapa nya relationer. Däremot sa vissa att de inte behövde någon hjälp med att hantera känslor eller sin mentala hälsa. De talade om behovet och nyttan av rådgivning i form av råd för problemlösning snarare än hantering av deras emotionella problematik.

Vilja att passa in i samhället

Strijk et al. (2011) visade i sin studie att i flertalet intervjuer uttryckte deltagarna en önskan om att ha ett ”normalt liv”. En känsla av *drivkraft* att få vara del i samhället, inte ses som annorlunda utan kunna smälta in och vara som alla andra och att detta var deras chans till ett nytt liv.

Schweitzer et al. (2011) rapporterade i sin studie, angående flyktingarna från Burma i Australien, att mer än 90 % (n = 70) upplevde svårigheter att anpassa sig till det kulturella livet som inget eller ett väldigt litet problem. Ungdomarna i studien av Groark et al. (2010) var mån om att ta del av utbildning för att kunna förbättra sig själva. Detta beskrivs som ett sätt för dem att ta sig ut från sitt lidande och skapa ett bättre liv i kontrast mot den känslan av kraftlöshet och förlust som de tidigare känt.

Individer upplevde dock *hinder* för att passa in i det nya samhället. Bland flyktingar från Syrien i Sverige visade det sig att mer än 60 % av de som ofta känt sig exkluderade eller isolerade av det nya samhället uppfyllde kriterier för depression eller ångest. Jämfört med de som sällan upplevt samma sak var siffran för förekomsten av samma diagnoser cirka 30 % (Tinghög et al. 2016). Mölsä et al. (2014) visar att andelen flyktingar som saknade utbildning låg på 63–66 % medan 13 % var yrkes- eller universitetsutbildade. Arbetslöshet bland flyktingar associerades med psykisk ohälsa ($F(1,235) = 5.46, p < 0.02$). Vidare visade Tinghög et al. (2016) att den frustration som uppstod när flyktingar inte fick möjlighet att använda sin kompetens ofta kunde kopplas till förekomst av en psykisk diagnos; mer än hälften uppfyllde kriterier för ångest och depression samt drygt 45 % av motsvarande för PTSD. Strijk et al. (2010) beskrev att redan från första dagen i värdlandet får individer anstränga sig för att klara sociala motgångar som finns i samhället. Flera individer påstod att säkerhet och lugn var allt de sökte men de lyckades inte finna det. En studie visade att för flyktingar där språkförbristningar var ett uttalat problem led 49 % (n = 1215) av depression eller ångest och 45 % uppfyllde kriterier för PTSD. Motsvarande siffror för de som sällan upplevt språket som ett problem var 29 % och 21 % (Tinghög et al., 2016). Även Schweitzer et al. (2011) visar att kommunikationssvårigheter var ett problem där 70.6 % (n = 70) av flyktingarna menade att detta var ett allvarligt problem.

Metoddiskussion

Valet av litteraturöversikt som tillvägagångssätt för studien är relevant utifrån syftet att belysa både förekomst och upplevelser kring psykisk ohälsa hos människor på flykt. Möjligheten att använda resultatet i det praktiska yrket är dock inte lika stor jämfört med hur det hade varit om fler kvalitativa studier hade använts. Enligt Polit och Beck (2004) syftar överförbarhet till möjligheten att resultatet kan användas till andra likvärdiga grupper än den som har undersökts. Genom att påvisa förekomst av psykisk ohälsa från kvantitativa studier möjliggörs dock överförbarhet för sjuksköterskan att nyttja den vetskapen vid patientmötet. Däremot presenteras det inte lika mycket data som ger grund för åtgärder som studier vilka bidrar till evidensbaserad omvårdnad som grundas i analys av kvalitativ forskning (Friberg, 2012a).

I processen för valda studier gjordes endast en sökning i en databas för att finna de artiklar som sedan valdes. Fördelningen i antalet mellan kvalitativa och kvantitativa studier var ojämn (8 kvantitativa respektive 3 kvalitativa). Genom att ha utökat sökningen via fler databaser, exempelvis *Proquest*, som behandlar forskning inom psykiatri i mer utsträckning än CinAhl, kunde möjligen fördelningen av artiklar ha blivit mer gynnsamt. Vid sökningen användes bara ett ämnesord (*Mental Disorders*) och ett sökord (*refugees or asylum seekers*). Sökresultatet gav tillräckligt många artiklar med relevant data som vi ansåg vara tillräckligt för ett resultat. I avgränsningarna till sökningen valdes studier från hela världen för att få ett brett spektrum av studier som eventuellt behandlar förekomst och upplevelser på olika sätt. I bakgrunden har fokus varit på innehåll och fakta från Europa vilket kan anses krocka med valet av studier från hela världen i resultatet. Tanken med valet var att flyktingar förekommer och kan komma från hela världen och därför är det viktigt att få perspektiv från flera olika delar av världen. Genom den osystematiska sökningen valdes en rapport från en högskola som behandlar det valda ämnet i linje med litteraturöversiktens syfte. Enligt Friberg (2012a) kan det, förutom vetenskapliga

artiklar publicerade i tidskrifter, även användas rapporter till en litteraturöversikt som utgivits av lärosäten.

En artikel som framkom i litteratursökningen behandlade den mentala hälsan hos flyktingar i Australien och hur den påverkas av att de blev frihetsberövade samt vilka brott mot mänskliga rättigheter som begåtts. Den artikeln exkluderades och ingick inte i analysen av förekommen anledning. De valda studierna erhöll huvudsakligen grad I i kvalitetsgranskningen, förutom en som erhöll grad II. Trots det valdes ändå artikeln att ingå i analysen eftersom innehållet ansågs relevant utifrån studiens syfte. Studier med lägre kvalitetsgrad kan inkluderas om resultatet anses vara relevant. Även om resultatet anses vara relevant för den aktuella studien måste processen för hur de valda studierna framställts tas i beaktning för resultatets validitet (Friberg, 2012b).

Artikeln av Mölsä et al. (2014) kan ifrågasättas. I studien studerades en grupp äldre somaliska flyktingar i Finland och jämfördes med en likvärdig kontrollgrupp. I artikelns resultat saknas tabeller för vissa analyser som gjorts. I samma artikel genomfördes en ytterligare analys på den ekonomiska och arbetssysselsättningens effekt på psykisk och somatisk hälsa inom båda grupperna. Dock redovisas inte den kvantitativa datan i en tabell utan bara i löpande text. Artikeln ingick ändå i studien eftersom den uppfyller kvalitetsgrad I och redovisar sitt resultat, om ej överskådligt i tabell men tydligt i löpande text, samt att den har ett resultat som är relevant för studiens syfte.

Även artikeln av Math et al. (2008) kan ifrågasättas när den inte presenterar en förklaring till varför förekomsten av depression är så jämnt fördelad mellan människor som flytt och inte flytt till följd av en naturkatastrof. Vi antar att resultatet påvisar att det är huvudsakligen traumatiseringen som bidrar till depression och inte beroende på om individen behövt flytt på sig eller ej. Dock kan detta inte överföras till alla människor på flykt eftersom flykten i sig också kan bidra till traumatisering och påverkan på den psykiska ohälsan.

Analysen genomfördes genom att författarna på egen hand först läste igenom de kvalitativa studierna och initialt skapade teman från dem. Därefter lästes de kvantitativa genom för att bygga vidare eller skapa nya teman. Det kunde ha gjorts gemensamt från början och på så vis ha möjliggjort en produktiv diskussion redan i inledningsskedet. Sättet det gjordes på kändes dock mest givande för att presentera egna tankar utifrån hela resultaten och jämföra dem mot varandra. Detta anser vi också är en del för studiens tillförlitlighet som stärker dess trovärdighet (Polit & Beck, 2004). Teman skapades sedan utifrån likheter som fanns i artiklarnas resultat. Därefter lästes de kvantitativa studierna genom, på samma vis som tidigare, för att se om de kunde styrka de teman som skapades ur de kvalitativa studierna. De teman som skapades initialt ur de kvalitativa studierna var inte de som utgör det slutgiltiga resultatet, utan de omarbetades under hela arbetsprocessen. Innan sammanställningen kontrollerades att samtliga teman var grundade på minst två olika studier för att säkerställa för oss själva att innehållet i resultatet är välgrundat. I resultatet presenteras förekomst av psykisk ohälsa utifrån de kvantitativa studierna, samt teman med stöd från både kvalitativa och kvantitativa studier. Resultat i en litteraturöversikt kan presenteras på olika sätt beroende på deras struktur. Kvalitativa resultat presenteras i kategorier eller teman och kvantitativa resultat presenteras med de statistiska beräkningar som använts (Friberg, 2012a). I analysen lades fokus på de kvalitativa studierna för att skapa teman trots att majoritet av de valda studierna var kvantitativa. Tillvägagångssättet hade kunnat varit det omvända om resultatet presenterats med de kvantitativa studierna som bas vilket styrkts med upplevelser från de kvalitativa.

De etiska ställningstagandena för studien tillämpades bland annat i analysen av de valda studierna för resultatet. Eftersom sjuksköterskan i sitt arbete bör bidra till en vårdkultur som gynnar dess professionella ståndpunkter, såsom trovärdighet, (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) var det viktigt för studiens resultat att översättning och tolkning av data skedde på ett korrekt sätt. Detta för att skapa giltighet för att resultatet skall kunna nyttjas av sjuksköterskan (Polit & Beck, 2004). I analysen var det viktigt att inget skulle misstolkas vilket bland annat kunde ha lett till en hopblandning mellan olika typer av migranter. Ytterligare ett ställningstagande som gjordes var att exkludera studier som behandlade barn (0-12 år). Litteraturstudiens författare anser att barns upplevelser av psykisk ohälsa är viktigt att belysa, men också är ett skört område att beröra. Det kan vara komplext att få barn att tydligt beskriva sina besvär men också att granska sådana studier. Därför valdes det bort då vi ansåg att vi inte har tillräcklig kunskap för att jämföra likheter och skillnader mellan barn och vuxna.

Förutom en artikel i resultatet redovisade alla artiklar att de fått etiskt godkännande för att genomföra sin forskning. Enligt Friberg (2012a) skall granskningen innefatta att det undersöks om etiska resonemang genomförts när kvalitén i en artikel skall bestämmas. Många artiklar saknade etiskt resonemang vilket kan anses som en vital brist eftersom alla studier som valdes behandlar redan utsatta människor. Det hade varit önskvärt ur ett etiskt perspektiv att se ett resonemang kring om forskningen påverkade eller förhindrade ytterligare skada gällande deltagarnas psykiska hälsa.

I analysen av de kvantitativa studierna förekom olika värden som var relevanta för resultatet. Ett sådant är p -värdet som enligt Ejlertsson (2012) används för att bedöma hur sannolikt det är att värde som framkommit beror av en slump. En signifikansprövning används för att få fram p -värden och de genomförda analyserna bedöms utifrån resultatet av denna signifikansprövning. Ett högre värde av p säger att resultatet i större utsträckning beror på av en slump. Exempelvis säger värdet $p=0.05$ att ett resultat i 5 % beror på en slump. Vidare används även Spearmanns korrelationskoefficient, som är en typ av korrelationskoefficient. Den mäter samband hos olika variabler som presenteras mellan värdet 1 och -1. Där 1 visar största möjliga positiva samband och -1 anger minsta möjliga negativa samband och 0 påvisar inget samband (Ejlertsson, 2012). Vi anser att det är av vikt att redovisa dessa olika värden för att dels skapa en trovärdighet att presenterade värden är pålitliga, dels påvisa att vi har förstått och därmed tolkat informationen på ett korrekt sätt.

Studiernas resultat kommer från olika geografiska områden. Vi valde att inte begränsa studien till en specifik region därför att vi anser att människor kan uppleva psykisk ohälsa oavsett var de kommer ifrån. Det finns dock skillnader för hur människor på flykt tas emot, hur de vårdas och blir bemötta i det nya samhället. Det är även skillnad på de olika studiernas deltagare eftersom de skiljer sig med kulturell bakgrund och förutsättningar för stöd från anhöriga. Dessutom skiljer sig anledningen till varför de har flytt. Det kan därför bli svårt att överföra studiens resultat till särskilda sammanhang. Vi anser ändå att studiens resultat kan komma till nytta för alla yrkesprofessioner inom vården, inte minst allmänsjuksköterskan, som generell information på grund av sin mångsidighet. Därför är detta något som alla bör ta till sig och vara lyhörda inför eftersom psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos människor på flykt och att de upplever det tabubelagt att föra ämnet på tal.

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturoversikten visar att 85.3 % bland människor på flykt led av psykisk ohälsa jämfört med 14.7 % hos den befintliga befolkningen. Det framkom även att människor på flykt upplevde sig traumatiserade i en utsträckning upp till 92 %. Utbredningen av psykisk ohälsa

har ökat hos den svenska befolkningen sedan 2006 vilket har lett till fler sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016; Statistiska Centralbyrån, 2002). Detta antyder att det redan är ett växande problem. Dessutom pågår en större invandring till europeiska länder inklusive Sverige. Många av människorna på flykt har upplevt krig och missförhållanden vilket ofta leder till traumatiska händelser, såsom hot om våld och kroppsskada samt separation och förlust av nära och kära. Det är därför lätt att förstå att individerna lider av olika former av psykisk ohälsa och är i stort behov av stöd och hjälp med hantering av psykisk ohälsa. Resultatet visar även att människor på flykt inte vill erkänna att de lider av psykisk ohälsa och inte vill söka hjälp för det eftersom psykisk ohälsa anses vara tabulagt utifrån kulturella och sociala normer från deras hemländer vilket också bekräftas av Kirmayer et al. (2011). Detta leder oss in på frågan om ett eventuellt mörkertal. Hur stort är antalet individer som faktiskt inte söker vård eller hjälp för sina psykiska besvär för att de inte vill eller kan? Hur många är de som inte svarar att de lider av psykisk ohälsa när/om de får en enkät/fråga om detta? Målet är att alla som behöver skall komma i kontakt med sjukvård för sina besvär. När psykisk ohälsa redan är ett växande problem, kommer den ökade tillströmningen av människor på flykt med olika typer av psykisk ohälsa ytterligare sätta krav och press på sjukvård och samhälle. Det ökade trycket och pressen kommer mest troligt att kännas av i flera arbetsområden inom vården, såsom primärvård med barnavård- och mödravårdscentral inberäknade samt akutsjukvård med tillhörande akutmottagningar och ambulanser.

När förekomsten av psykisk ohälsa ökar kan problematik uppstå såsom brist på tolkar vid akuta och oplanerade besök vilket kan leda till missförstånd och feltolkningar av situationen och sjukdomstillstånd. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) bör sjuksköterskan anpassa vården på ett kulturellt sätt för att därigenom göra patienten införstådd med vårdens mål och därmed kan patienten ge sin tillåtelse till vården. Vi anser att tolkar inte bara översätter språk utan även kulturella värderingar vilket kan underlätta sjuksköterskans kulturella anpassning av vården. Om problematiken, med tolkbrist vid akuta och oplanerade besök, inte hanteras på ett tillfredsställande sätt kan följderna leda till ett större antal individer inte får den vård de behöver. För individen och dess anhöriga kan detta leda till ett långt och onödigt lidande som blir svårt att komma ur. Detta kan eventuellt upplevas som att starta i en brant uppförsbacke för de som söker sjukvård. När sjuksköterskan skall möta individer med psykisk ohälsa är vikten av att bygga en relation centralt för att omvårdnaden skall möta behovet. Relationen byggs bland annat av sjuksköterskans förståelse för individens behov. Detta tillvägagångssätt samt att låta individen inse att lidande och smärta är ofrånkomligt i livet bidrar till att skapa begriplighet för dem (Travelbee, 1971). Det kan låta enkelt men med den ovan nämnda problematiken, såsom brist på tolkar, kan det i många fall bli svårt att skapa förtroendet som möjliggör en god omvårdnad. Kirmayer et al. (2011) beskriver hur en systematisk undersökning och uppföljning av kulturella tecken (av bland annat sociala- och familjära funktioner) underlättar för vårdpersonal att upptäcka anpassningssvårigheter. Den underlättar även att prevention eller behandling av psykisk ohälsa samt främjande av psykisk hälsa påbörjas inom en rimlig tid.

I resultatet framkommer det i temat *Effekter som förstärker* att människor på flykt ofta upplever brist på tillit för vården och betvivlar att de ens skulle kunna lida av psykisk ohälsa. I och med detta undveks inplanerade möten och att söka vård överhuvudtaget. Detta är en betydande aspekt som framkommit. För hur ska vi som sjuksköterskor kunna bedriva effektiv vård om patienten inte erkänner sig vara i behov av det? Kirmayer et al. (2011) bekräftar att människor på flykt undviker att söka vård för sin psykiska ohälsa. Orsakerna beskrivs som brist på att få assistans med språkförbristningar och att de hellre vill kunna lösa problemet själv. Det påpekas även en oro för att ingen skulle förstå deras problem på grund av kulturella

meningsskiljaktigheter eller rädslan för att bli stigmatiserade. Vi anser att det största problemet är att skapa ett förtroende för vården och lyckas få individerna att inse behovet av vård och/eller stöd. Sjuksköterskan har en viktig uppgift när det gäller att stötta de individer som upplever brist på tillit. Genom att skapa en mellanmänsklig kontakt med patienten hjälper det den att hantera och förstå sin situation (Travelbee, 1971), vilket underlättar för individen att klara sig själv. Sjuksköterskans uppgift, enligt Travelbee (1971), är att förmedla att lidande och sjukdom är ofrånkomligt i en människas liv. Vi anser då att när individen är införstådd med sitt lidande kan den inse sitt eget behov av vård. I ett kunskapsunderlag, för behandling av psykisk ohälsa hos människor på flykt, från Socialstyrelsen (2015) påvisas att individens negativa fördomar och inställning till psykisk ohälsa skulle kunna förvärra symtomen (så kallad noceboeffekt, motsats till placebo) och få denne att avbryta behandlingen. De rekommenderar stöd- och krissamtal som del i behandling av psykisk ohälsa hos människor på flykt, vilket kan lindra symptom betydligt så länge kontakten bibehålls. Vidare rekommenderas även patientutbildning som en annan del i behandlingen. Detta anser vi bör utnyttjas i skapandet av relationen med patienten, för att förmedla kunskap och få patienten att förstå sitt eget behov av vård samt skapa tillit. Sjuksköterskan skall dock inte förbise individens eget självbestämmande (SFS 2014:821). Vi bedömer att individen alltid är den som känner sig och sina upplevelser bäst. Därmed bedömer vi att sjuksköterskan måste förstå hur individen mår, genom att vara lyhörd och uppmärksam på intryck från individen, och identifiera behovet. Därefter kan behandling, utbildning och stöd utformas tillsammans med individen innan de implementeras. Utesluts individen från processen kan det leda till ytterligare brist på tillit och att förtroende för vården försämras. Slutligen menar vi att det kan innebära ökat lidande för individen men kan även komma att skada familjemedlemmar till den drabbade.

Människor på flykt upplever drivkraft för att passa in i samhället, vilket vi anser är något oerhört positivt, men anpassningen sker inte helt utan hinder. Resultatet visar i undertemat *Andras stöd* att det finns stöd att tillgå från samhället. För ungdomar finns vuxna förebilder som socialtjänstarbetare och lärare. Det kan antas att ungdomsledare och frivilligarbetare i bland annat ungdomsgårdar kan engagera och involvera individer som behöver olika typer av stöd. Unga människor på flykt, framförallt ensamkommande, är en utsatt grupp på grund av att de tvingas ta stora beslut på egen hand. Thommessen, Corcoran & Todd (2015) beskriver att ungdomar på flykt uttrycker ett behov av att få råd, stöd och uppmuntran från vuxna i det nya samhället. Detta tillgodosågs bland annat genom ”gode män” och mentorer som engagerade sig emotionellt och empatiskt vilket var utöver deras egentliga uppgift. Trots stödet upplevde ungdomarna i samma studie att det var huvudsakligen deras eget ansvar att ta del av samhällstjänster och anstränga sig för att passa in i det nya samhället samt att ta sig fram genom att utbilda sig. Utbildning kan skapa förutsättningar för dem att lära sig språk och möjliggöra jobbtillfällen som förbättrar deras psykiska hälsa. Vi anser att hur sjuksköterskan passar in i individens behov bör redas ut. Sjuksköterskans uppgift är att tillgodose individens behov av vård samt att uppmärksamma behovet. Genom att interagera med individen på ett genomtänkt och praktiskt sätt kan sjuksköterskan skapa en efterlängtat förändring hos individen för att lindra den psykiska ohälsan (Travelbee, 1971). Vi bedömer att denna terapeutiska omvårdnad från sjuksköterskan möjliggör den förändring som individen vill uppnå med sin upplevda drivkraft. Förändringen kan skapa stabilitet för individen vilket kan hjälpa den att hantera sitt tillstånd och möjliggör en känsla av meningsfullhet i sin situation. Vi anser även att med hjälp av sjuksköterskans omvårdnad understöds individens sätt att hantera sina upplevda hinder vilket underlättar för att passa in i det nya samhället och orka ta sig vidare i livet. Om sjuksköterskan, i sin terapeutiska roll, inte kan ta till vara individens drivkraft är vi rädda för att detta kan det leda till att den hänvisas runt till olika vårdinstanser. Det vill säga att individen inte tillgodoses med en kontinuerlig vårdkontakt. På så vis hamnar individen i ingenmansland och behovet av vård tillfredsställs inte. Om behovet av vård för psykisk ohälsa inte uppfylls riskerar individen

att drabbas av förvärrade tillstånd. Därmed anser vi att upplevelserna av drivkraften och viljan till anpassning i samhället undermineras.

Slutsatser

I resultatet framgår att människor på flykt i stor utsträckning lider av psykisk ohälsa till följd av att ha tvingats lämna sina hemländer och på grund av de traumatiska händelser som upplevts. Tre teman framkom som visar upplevda effekter som bidrar till psykisk ohälsa och upplevelser av upprätthållande av skydd samt en vilja att passa in i det nya samhället. Det betyder att bli tvingad från sitt hem i många fall har en negativ effekt på den psykiska hälsan. Vidare begränsar det möjligheter att få lugn och ro i det nya samhället. Det nya samhället blir ett hinder i sig självt som kan upplevas ansträngande att komma förbi men som människor på flykt samtidigt känner att de vill klara av. Problemen som hindren skapar kan förmildras med hjälp som finns att erhålla från samhället och av skydd skapat inifrån individen själv. På lång sikt är dock det egna skyddet något som kan orsaka mer skada än nytta då skyddet ofta består i att individen inte åtgärdar sin psykiska ohälsa utan istället distanserar sig från och skjuter bort sina problem. Sjuksköterskans roll kommer därför bli allt viktigare för att skapa en mellanmänsklig relation och därmed skapa trygghet och ge människor som flytt förståelse samt förtroende för vården gällande deras psykiska ohälsa.

Praktiska implikationer

Resultatet som presenteras i studien kan användas av sjuksköterskan oberoende av dennes utbildningsgrad eller arbetsplats. Kännedom om förekomsten av psykisk ohälsa hos människor på flykt tillsammans med deras upplevelser kan användas av sjuksköterskan som upplysning om hur den kan agera i mötet med individerna. Genom att som sjuksköterska ställa relevanta frågor för att utesluta eller identifiera psykisk ohälsa kan detta leda till att omvårdnaden blir mer effektiv. Dessutom kan bemötandet förbättras om sjuksköterskan är införstådd med lämpliga omvårdnadsmetoder. Omsätts omvårdnadsmetoderna i praktiken kan det innebära ett ökat förtroende, vilket skapar en god grund för människor på flykts upplevelse av sjukvård i det nya samhället.

Kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Resultatet indikerar att psykisk ohälsa är utbrett bland människor på flykt. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att vara väl insatt i området. Vårt behov av ytterligare kunskap är fördjupning inom ämnet psykisk ohälsa hos människor på flykt. Vi upplever att denna kunskap bör förmedlas i grundutbildningen av sjuksköterskan. Vidare vill vi också ha kunskap för att bättre kunna bemöta målgruppen utifrån kulturella, sociala och etniska aspekter. Inom sjuksköterskeprofessionen bör dock kunskapen eftersträvas att ges kontinuerligt eftersom det alltid finns behov av uppdatering. Vidare är vi i behov av utbildning och fördjupade kunskaper inom behandlingsmetoden stöd- och krissamtal, i synnerhet till människor på flykt. Vi anser att detta är en viktig del i omvårdnaden och i skapandet av förtroendet mellan sjuksköterskan och individen. En fördjupad kunskap i stöd- och krissamtal kan möjliggöra att sjuksköterskan är bättre rustad och förbered på att möta psykisk ohälsa och därmed kan behovet av omvårdnad tidigare identifieras.

I litteratursökningen förekom kvantitativ forskning i större utsträckning än kvalitativ forskning. Det är därför önskvärt att i framtiden utvärdera den psykiska ohälsan hos människor på flykt med hjälp av fler kvalitativa studier. Metoden kan vara problematisk på grund av skillnader i språk och kultur. Dock skulle fler sammanställningar av upplevelser och erfarenheter för denna grupp ge ökad förståelse inom vården. Även longitudinella studier och uppföljningsstudier skulle vara av betydelse för att förbättra kunskapen om hur människor på flykt anpassar sig och

hanterar sin psykiska ohälsa efter flertalet år. Det hade också varit av intresse att studera nästkommande generationer för att identifiera möjliga konsekvenser av psykisk ohälsa hos människor på flykt ur ett längre perspektiv.

Referenser

- Ahearn, F. L. (2000). *Psychosocial wellness of refugees - Issues in qualitative and quantitative research*. New York: Berghahn Books.
- Alemi, Q., James, S., Cruz, R., Zepeda, V., & Racadio, M. (2013). Psychological Distress in Afghan Refugees: A Mixed-Method. *Immigrant Minority Health* 16(6), 1247–1261. doi:10.1007/s10903-013-9861-1
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119. doi:10.1177/0020764008105699
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291-297. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.07.016
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eurostat. (2016). *Asylum statistics*. Hämtat 161107 från http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016: årlig rapportering*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg, *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37 - 46). Lund: Studentlitteratur.
- Försäkringskassan. (2016). *Aktuell statistik*. Hämtat 161128 från https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys2/aktuell_statistik/!ut/p/z1/jZBNC4JAEIZ_jVdn1MWs22KkJeVHbNpeQmFbBXVDL9-QSejr7nN8DzzMgMcMuBtfqtkPlSqzetHf-T2ifhL1_BcDEIauEh9YxYdrLkRUGvSKeDt4yVSgyWmn9hetLeB_-Pjh6L4n_8F4N_Xp8CnEcgOK6Rrsts6MTM
- Groark, C., Sclare, I., & Raval, H. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylumseeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 421-442. doi:10.1177/1359104510370405

- Jin Yong, J., Yu-jin, L. G., So-Hee, L., So Young, Y., Jungeun, S., & Seog Ju, K. (2015). Association between defence mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean refugees. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 179-187. doi:10.1016/j.comppsy.2014.10.001
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292
- Lillee, A., Thambiran, A., & Laugharne, J. (2015). Evaluating the mental health of recently arrived refugee adults in Western Australia. *Journal of Public Mental Health*, 14(2), 56-68. doi:10.1108/JPMH-05-2013-0033
- Lundin, A., & Sjöström, C. (2016). Kroppssyndrom och relaterade syndrom. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 411-441). Lund: Studentlitteratur.
- Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). 'This doctor, I not trust him, I'm not safe: The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 129-136. doi:10.1177/0020764014537236
- Math, S., John, J., Girimaji, S., Benegal, V., Sunny, B., Krishnakanth, K., Tandon, S., Jangam, K. . . . Nagaraja, D. (2008). Comparative study of psychiatric morbidity among the displaced and non-displaced populations in the Andaman and Nicobar islands following the tsunami. *Prehospital & Disaster Medicine*, 23(1), 29-34.
- Migrationsverket. (2016a). *Ordförklaringar*. Hämtat 161107 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html#f>
- Migrationsverket. (2016b). *Statistik*. Hämtat 161128 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- Mårtensson, B., & Åsberg, M. (2016). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 299-339). Lund: Studentlitteratur.
- Mölsä, M., Punamäki, R.-L., Saarni, S. I., Tiilikainen, M., Kuittinen, S., & Honkasalo, M.-L. (2014). Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 499-525. doi:10.1177/1363461514526630
- Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (1996). *Handbok om förfarandet och kriterierna vid fastställande av flyktingars rättsliga ställning: enligt 1951 års konvention och 1967 års protokoll angående flyktingars rättsliga ställning*. Stockholm: Publica.

- Ottoson, J.-O. (2016). Somatisering. i *Nationalencyklopedin*. Hämtat 161128 från Somatisering: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/somatisering>
- Park, J. (2014). *Europe's migration crisis*. Hämtat 161107 från <http://www.cfr.org/refugees-and-the-displaced/europes-migration-crisis/p32874>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rück, C., & Hedman, E. (2016). Ångestsyndrom. I J. Helofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 341-357). Lund: Studentlitteratur.
- Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 299-307. doi:10.3109/00048674.2010.543412
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter - Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20199/2016-5-17.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2002). *Ohälsa och sjukvård 1980 - 2000*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Tillgänglig: <http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2000I02/LE95S%C3%850301.pdf>
- Strijk, P. M., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 48-55. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Sveriges Television. (2015). *Extra: Flyktingkrisen*. Hämtat 161129 från <http://www.svt.se/omsvt/extra-flyktingkrisen>

- Thommessen, S. A., Corcoran, P., & Todd, B. K. (2015). Experiences of arriving to Sweden as an unaccompanied asylum-seeking minor from Afghanistan: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Violence, 5*(4), 374-383.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000011>
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Huddinge: Röda Korsets högskola. Tillgänglig:
<http://www.rkh.se/PageFiles/5889/Studie%20-%20Nyanl%C3%A4nda%20och%20asyls%C3%B6kande%20i%20Sverige.pdf>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspect of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry, 182*(5), 444-448.
doi:10.1192/bjp.182.5.444
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Översikt av systematisk sökning

Cinahl 161115	Sökord	Antal träffar	Valda titlar	Valda abstracts	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1	(MH "Mental Disorders")	29823				
S2	asylum seekers or refugees	4264				
S3	S1 + S2	204				
Begränsningar	Peer-reviewed Engelska 2006-2016	116	54	54	23	11

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Informant karaktäristika			
Antal			
Ålder			
Man/kvinna			
Är kontexten presenterad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Finns etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Urval			
- Relevant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Strategiskt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
- datainsamling tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- analys tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Giltighet			
- Är resultatet logiskt och begripligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
- Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Kommunicerbarhet			
- Är resultatet klart och tydligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Genereras teori?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Kvalitetsberäkning			
Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent			
Granskningspoäng; grad I (80-100%) <input type="checkbox"/> grad II (70-79%) <input type="checkbox"/> grad III (60-69%) <input type="checkbox"/>			
Tidskriftens bedömningssystem	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Ej
Peer review	blinded	blinded	angivet

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Beskrivning av studien Forskningsmetod

Kontrollgrupp/-er

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera? (syftet)

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Representativt urval?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Randomiseringsförfarandet beskrivet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Likvärdiga grupper vid start?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Blindning av patienter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Blindning av vårdare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Blindning av forskare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Bortfallsanalysen beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Bortfallsstorleken beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Adekvat statistisk metod?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Är instrumenten valida?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Är instrumenten reliabla?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
Är resultatet generaliserbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	

Huvudfynd

Hur stor var effekten? (statistisk signifikans, klinisk signifikans?)

Kvalitetsberäkning: Varje ja ger ett (1) poäng. Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double blinded Single blinded Ej angivet
Peer review

Översikt över analyserade litteratur

Författare År Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. 2011 Storbritannien	Faktum är att post-migratoriska faktorer påverkar flyktingars psykiska hälsa. Syfte att undersöka den psykiska hälsan i relation till trauma, post-migrationsproblem och social assistans.	Enkäter som mätte post-migrationsproblem, psykiska hälsoproblem och social assistans användes.	Flyktingar, asylsökande och individer som fått nekad asyl där alla var över 18 år. Rekrytering skedde huvudsakligen i kliniska miljöer. Totalt 47 stycken deltog.	Post-migrationsproblem var signifikant associerat med PTSD-symtom och emotionell stress.	Grad I
Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. 2009 Belgien	Migration och separation har en negativ effekt på psykisk hälsa. Studien syftade till att undersöka den psykiska hälsan hos ensamkommande ungdomar och jämföra det mot ungdomar åtföljda av båda/en förälder.	Tre enkäter användes för att utvärdera förekomsten av trauman, ångest, depressionssymtom och PTSD.	1294 individer (varav 10 % var ensamkommande), 11–18 år gamla, från 34 olika skolor deltog i studien.	Ungdomar som flytt utan sina föräldrar registrerade flest antal trauman. Riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa är separation från föräldrar, flera trauman och kön.	Grad I
Groark, C., Sclare, I., & Raval, H. 2016 Storbritannien	Det finns förhållandevis väldigt lite forskning på psykisk hälsa hos ensamkommande barn och ungdomar som söker asyl i Storbritannien. Artikeln syftar till att måla upp unga människors egna upplevelser av att söka asyl i Storbritannien.	Semistrukturerade intervjuer som analyserades med tolkande fenomenologi	8 stycken asylsökande ungdomar mellan 16–18 som vårdades under §17 eller §20 av barnkonventionen, hade bott i Storbritannien i minst 6 månader och var inte involverad i CAMHS	Fyra utforskande teman: Förlust, förhandla ett nytt liv, psykologisk sjuklighet, anpassningsprocess	Grad I

Författare År Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Jin Yong, J., Yujin, L. G., So-Hee, L., So Young, Y., Jungeun, S., & Seog Ju, K. 2015 Sydkorea	På grund av traumatiska upplevelser är flyktingar utsatta för olika psykiska problem. Syftet var att undersöka försvarsmekanismers förekomst i olika psykiska diagnoser hos nordkoreanska flyktingar.	Svar från mätinstrument för psykiska diagnoser och försvarsmekanismer behandlades med regressionsanalyser för att hitta associationer mellan dem.	201 nordkoreanska individer på flykt deltog.	PTSD-symtom förutspådde isolering. Depression kopplades ihop med undergivenhet. Ångest visade koppling till uttryck som utåtagerande och minde humor medan somatisering förespådde hämning som försvarsmekanism.	Grad I
Lillee, A., Thambiran, A., & Laugharne, J. 2015 Australien	Det finns ingen formaliserad data för flyktingar som löper risk för psykisk ohälsa. Syftet var att mäta nivåerna av psykiskt lidande hos vuxna flyktingar i västra Australien.	Enkätinstrument för att mäta PTSD och psykisk ohälsa användes.	Deltagarna var 300 individer som för tillfället deltog i <i>Entrant Health Service</i> i Perth.	Flyktingar hade en hög grad av pågående PTSD och genomsnittlig högre grad av psykisk ohälsa än allmänna populationsnormer.	Grad I
Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. 2015 Storbritannien	Ensamkommande ungdomar på flykt är en liten men klinisk viktig grupp. Det finns flera hinder för att förse denna grupp med vård, dels bland flyktingarna, dels hos tillgänglig vård. Syfte var att uppskatta synen och uppfattningen hos ensamkommande yngre av psykiatrisk hälsa och vård.	Intervju av deltagare och tematisk analys för att finna relevanta problem.	15 ensamkommande ungdomar mellan 15-18 år som deltog i CAMHS. 14 män, 1 kvinna. Kom huvudsakligen från Afghanistan men även från Iran, Somalia och Eritrea.	Fyra stycken teman: Skildringar av mental hälsa, mental hälsa associerat med asylsökande/flyktingstatus, upplevelser av att nyttja tjänster samt åsikter om behandlingar.	Grad I

Författare År Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Math, S., John, J., Girimaji, S., Benegal, V., Sunny, B., Krishnakanth, K., Kumar, U., Hamza, A., Shweta, T., Jangam, K., Meena, K.S., Chandramukhi, B. & Nagaraja, D. 2008 Indien	Tsunamin 2004 skapade många offer. Syftet var att jämföra förekomsten av psykisk ohälsa mellan folk som behövt fly och de som kunnat stanna kvar.	Deltagarna undersöktes utifrån kriterier hos ICD-10.	På olika läger på Andamanerna och Nikobarerna jämfördes 4684 individer som flytt med 8100 som kunnat stanna kvar.	Psykisk ohälsa förekom i större utsträckning hos de människor som tvingats lämna sin hem.	Grad II
Mölsä, M., Punamäki, R.-L., Saarni, S. I., Tiilikainen, M., Kuittinen, S., & Honkasalo, M.-L. 2014 Finland	Undersökning av psykisk och somatisk hälsa hos äldre somaliska flyktingar i Finland jämfört med en likvärdig kontrollgrupp.	Deltagarna jämfördes med finnar i samma ålder, kön, utbildning och medborgarstatus. Båda grupperna genomförde enkäter som mätte psykisk ohälsa.	128 somalier i Finland med en ålder mellan 50 och 80 användes som studiegrupp.	Skillnader påvisas mellan den somaliska och finska gruppen där flyktingarna visade större förekomst av psykiska besvär. Finnarna var mer hypokondriska angående sin hälsa.	Grad I

Författare År Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. 2011 Australien	Syftet var att undersöka psykisk hälsa hos burmesiska flyktingar i Australien, före och efter migrationen.	Genom enkäter undersöktes förekomsten av depression, ångest, somatisering och traumatisering samt problem före och efter migrationen.	70 vuxna individer från Burma inkluderades i studien.	Förekomst av psykisk ohälsa samt besvär efter migrationen som orsakade bekymmer hos flyktingarna samt hur svårigheter att leva i landet påverkade psykisk ohälsa.	Grad I
Strijk, P. M., van Meijel, B., & Gamel, C. J. 2011 Nederländerna	Vilka hälso- och sociala behov har traumatiserade flyktingar och asylsökande som behandlas på psykiatriska specialistsjukhus för överlevare av organiserat våld? Syftet var beskriva vårdbehov hos vuxna traumatiserade flyktingar och asylsökande.	En blandad metod, en enkätstudie med hjälp av Camberwell Assessment of Needs (CAN) bland 30 deltagare. Semistrukturerade ingående intervjuer genomfördes senare bland åtta av deltagarna.	Under 18 månader förfrågades 65 patienter som vårdades på ett psykiatriskt sjukhus om de ville delta. Totalt deltog 30 patienter (14 inlagd och 16 dagvård) deltog i enkätstudien och i den frivilliga intervjun deltog åtta patienter	Huvudtemat hos flyktingar var ensamhet och sorg. Flyktingar lider av allvarlig psykisk påfrestning. De stöter på olika typer av praktiska hinder på påverkar deras livskvalité. Många lider av allvarliga psykiatriskt- och traumatiskt relaterade problem.	Grad I
Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. 2016 Sverige	65 miljoner människor på flykt världen över samt en markant ökning bara i Sverige. Syftet var att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande.	Tvärsnittsdata insamlad via enkäter.	1215 flyktingar från Syrien och 173 asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia.	Tydligt utbredd förekomst av psykisk ohälsa bland asylsökande. Var tredje individ bland flyktingar visade sig ha depressions- eller ångestproblematik.	Grad I