

MASTEROPPGAVE
Master i psykisk helsearbeid
November 2019

Barns kommunikasjon i møte med helsesykepleier

En kvalitativ oppgave

Anne-Merete Optekamp

MAPSD5900_1

Antall ord: 18502



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

SAMMENDRAG

Formålet med studien er å få kunnskap om hvorfor barn tar kontakt med helsesykepleiere og hvordan de kommuniserer i møte med helsesykepleiere. Videre formål er hvordan helsesykepleiere tolker det barnet prøver å formidle i forhold til barnets psykiske helse. Denne studien undersøker hvordan barn ordlegger seg og om de bruker kroppene sine for å kommunisere, for å uttrykke sine følelser og opplevelser. Studien undersøker også hva helsesykepleiere opplever som de største utfordringene barn opplever i dag i 1. – 5. klasse, og hvordan helsesykepleierens tolkninger av disse kan variere. Problemstillingen er som følgende: *"Hvilke opplevelser har helsesykepleierne i skolehelsetjenesten av det barn strever med og hvilken opplevelser har de av barns kommunikasjon gjennom kroppen?"*

For å undersøke problemstillingen ble en kvalitativ studie valgt, basert på et semistrukturert intervju med fire helsesykepleier. Studien bruker en fenomenologisk tilnærming. Resultatene viser at alle helsesykepleiere har lignende opplevelsene av hvorfor barn søker kontakt, at de bruker kroppene sine til å kommunisere kroppslige og psykiske plager, men deres tolkninger av det som formidles varierer. Deres tolkning synes å være knyttet til deres egen forståelse av kroppen og livserfaring, som også kommer frem i valget av det videre tverrfaglige samarbeidet rundt barnet. En av de viktigste utfordringene barna rapporterer er knyttet til digitale video spill, som ser ut til å gi sosiale utfordringer blant venner og familie. Dette gir barn uttrykk for i form av somatiske plager som vondt i magen, hodet og andre deler av kroppen.

ABSTRACT

The main purpose of the study is 1) - to gain knowledge about why children contact health nurses and how they communicate, and 2) how do health nurses interpret how the child expresses mental health complaints. This study examines how school children in grades 1 – 5, organize-, and use, their bodies to communicate, feelings and experiences. The study also examines what health nurses experience as the most central challenges children experience today, and how the health nurses' interpretations of these can vary. The research question is as follows: *"What do the health nurses in the school health service experience with children's complaints and communication through the body?"*

To examine the issue, a qualitative study was selected, based on a semi-structured interview with four health nurses. The study uses a phenomenological approach. The results show that all health nurses have similar experiences of why children seek contact in-, that they use their bodies to communicate somatic and mental issues, but their interpretations of what is communicated vary. Their interpretation seems to be linked to their own understanding of the body and life experience, which also emerges in the choice of the further interdisciplinary cooperation around the child. One of the major challenges children report is related to digital video games, which appears to result in social challenges amongst friends and family and are expressed through somatic symptoms such as headaches, stomach aches and pain in other parts of the body.

INNHALDSFORTEGNESLE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Psykisk helse skal inn i skolen fra 2020	3
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Forskningsspørsmål.....	4
1.5 Kommunens organisering.....	4
1.6 Kommunehelsetjenester og helsesykepleiernes rolle i kommunen.....	5
2.0 TEORI	6
2.1 Barns språkutvikling.....	6
2.2 Kommunikasjon.....	7
2.2.1 Kommunikasjon i helsefag.....	7
2.2.2 Kommunikasjon med barn.....	7
2.3 Hvordan utvikler barn psykiske lidelser?.....	8
2.3.1 Affektregulering og affektbevissthet.....	9
2.3.2 Tilknytningsteori.....	10
2.4 Risikofaktorer.....	10
2.5 Helsekadelige og helsefremmende faktorer.....	11
2.6 Kroppsfenomenologien.....	12
3.0 VITENSKAPSTEORI	13
3.1 Fenomenologi.....	14
4.0 FORSKNINGSMETODE	14
4.1 Kvalitativ metode.....	14
4.2 Innsamlingsstrategier.....	15
4.3 Forskningsintervju.....	16
4.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter.....	16
4.3.2 Intervjuguide.....	17
4.3.3 Semistrukturert intervju.....	17
4.3.4 Innsamling av datamaterialet.....	18
4.3.5 Transkripsjon av datamateriale.....	19
4.4 Dataanalyse.....	19

4.5 Etiske vurderinger og betraktninger.....	20
4.6 Forskerrollen og forskningens kvalitet.....	21
4.7 Oppsummering av forskningsmetode.....	22
5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	22
5.1 Kommunikasjon og barns språk.....	23
5.2 Barns trivsel og fysisk aktivitet.....	23
5.3 Databruk.....	24
5.4 Konflikthåndtering.....	25
5.5 Tverrfaglighet.....	26
5.6 Oppsummering av funn.....	27
6.0 DISKUSJON.....	29
6.1 Kroppen som taler.....	29
6.2 Barns trivsel og databruk.....	34
6.3 Veien videre – tverrfaglighet.....	39
6.4 Oppsummering.....	42
6.4.1 Oppsummering av kroppen som taler.....	42
6.4.2 Oppsummering av barns trivsel og databruk.....	44
6.4.3 Oppsummering av veien videre – tverrfaglighet.....	46
7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	47
REFERANSELISTE.....	49
Vedlegg 1 NSD Personvern – Vurdering.....	53
Vedlegg 2 Informasjonsskriv/samtykke til informantene.....	55
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	59

1.0 INNLEDNING

I følge Folkehelseinstituttet har de fleste barn og unge i Norge og god psykisk helse. Samtidig viser Folkehelseinstituttet til at det er mange som blir diagnostisert med psykiske lidelser i løpet av barndoms- og ungdomsalder. For noen representerer dette langvarige og livslange tilstander (Folkehelseinstituttet, 2018).

I rapporten Ungdata 2018 (Bakken, 2018), ble det undersøkt hvordan ungdom mellom 13- og - 19 år har det på skolen, og hva de gjør i fritiden sin. Det er lite informasjon tilgjengelig om hvordan barn fra 1.- og - 5. klasse har det på skolen. I en rapport fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning kommer det frem at lærere ønsker at skolen skal jobbe forebyggende mot psykiske vansker og fremme god psykisk helse hos elevene. Rapporten viser at, - mangel på kompetanse og, tid forhindrer dette arbeidet (Holen & Waagene, 2014). Hvis vi ønsker å jobbe forebyggende i forhold til barns psykisk helse, er det viktig å forstå hvordan barn kommuniserer og hva de prøver å formidle. Bedre forståelse av barns kommunikasjon rundt barns psykisk helse vil kunne bidra for i arbeidet med å fange opp barn som strever på et tidligere tidspunkt.

De siste 10 årene har digitalisering i skolen blitt mer utbredt, helt ned i barneskolen. 25 % av norske kommuner har vedtatt at barn fra 1. – 4. klasse skal ha tilgang til eget nettbrett. Dette har forandret læringsplattformen og kommunikasjonen i skolen, og er i raskt utvikling spesielt i de siste 10 årene (Mossige, 2019). Vi vet at barn ikke bruker nettbrett kun som lærings-, og kommunikasjonsverktøy i skolen, men også til å se på film og spille video/dataspill. I en ny IKT rapport fra SINTEF om barn som bruker nettbrett på skolen, som offentliggjøres i begynnelsen av 2020, kommer det frem at 64, 4 % av 4. trinns elever ser på film, eller tv serier i spisepausen på skolen (Regjering, 2019). I følge Mossig (2019) er digitalisering i skolen et nytt forskningsfelt med mange perspektiver og uten fasitsvar. Hvordan det påvirker barn i barneskolen som er i utvikling, spesielt i forhold til kommunikasjon, er et interessant spørsmål. Barn som rapporterer uspesifiserte magesmerter og vondt i hodet er økende, og en liten del av barn vegrer seg å gå på skolen. I noen tilfeller er det sammenheng mellom mobbing av medelever der dataspill er nevnt som en av årsakene når barn ikke makter å gå på skolen (Bjørndal & Vigran, 2012).

Barn i skolealderen kan uttrykke seg med egne ord i større grad enn de aller minste barna, men de psykologiske og utviklingsmessige forutsetningen for å uttrykke følelser og tanker er likevel begrenset. Helsepsykeleier (tidligere Helsesøster) i skolen har en særlig sentral rolle i opptagelse og oppfølging av psykisk helse hos barn og unge. Det er allikevel lite kjent hvordan helsepsykeleier observerer og kommuniserer rundt psykisk og fysisk helse hos barn i småskolealder. I denne masteroppgaven ønskes det å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser helsepsykeleierne har i kommunikasjon med skolebarn fra 1. – 5. klasse når det gjelder barns psykisk og fysisk helse. Hvorfor barn oppsøker helsepsykeleiere og hvilke opplevelser helsepsykeleierne har av de ulike områdene barn eventuelt strever med. Fokuset i denne oppgaven ligger på hvordan barn ordlegger seg i forhold til sine fysiske og psykiske utfordringer, og hvordan helsepersonell opplever og tolker det barn formidler gjennom kroppen. Videre ønskes det å få kunnskap om hvilke profesjonsgrupper helsepsykeleier velger å jobbe sammen med rundt barn. Barns skole hverdag foregår i samspill med andre mennesker i et digitalt samfunn som påvirker hverandre. Bruk av digitale verktøy er en del av barns hverdag og er tatt med for å få ett innblikk i om det kan ha innflytelse på deres helse, ikke for å se på bruk av digitale verktøy som et eget tema. På grunn av denne kompleksiteten velges det derfor å gå inn i ulike tema som er knyttet til hverandre. Selv om denne oppgavens omfang er begrenset ansees det for viktig å velge ut flere områder for å belyse det som ansees for sentralt, for å kunne svare på problemstillingen.

Det empiriske datamaterialet som ligger til grunn for oppgaven er kvalitative intervjuer med helsepsykeleiere som jobber i det daglige med barn fra 1. – 5. klasse.

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet er et fenomenologisk perspektiv og kroppsfenomenologi, som er hentet fra filosofiske teorier der kroppen ikke har et skille mellom kropp og sjel. Men at kroppen er historisk gjennom at den preges av sine opplevelser og erfaringer (Bunkan, 2008). Også et samfunnsvitenskapelig psykologisk perspektiv er tatt med for å belyse barns utvikling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge er en velferdsstat med et godt helseapparat som skal ivareta alle samfunnets medlemmer, hvis de skulle komme ut for helsesvikt (Christensen & Berg, 2018). Barn blir fulgt opp fra fødselen av gjennom helsestasjoner, og senere via helsepsykeleier på skolen. I

den siste tiden ble det mye skrevet i mediene om leger som slår alarm ved barneavdelinger på sykehus. De beskriver et økende antall innleggelseser av barn fra 1. klasse med vondt i magen, uten at det grunner i fysiske årsaker. Barn med, blant annet, hodepine og vondt i magen har økt de siste årene. Som psykomotorisk fysioterapeut har jeg selv opplevd å få henvist barn med uspesifiserte magesmerter, og hodesmerter der grunnen ikke hadde fysiologiske årsaker, men har vist seg til å være en somatisering av andre årsaker barn strevde med. Akkurat som voksne, bruker også barn kroppen sin for å kommunisere ting som er vanskelig å sette ord på. Barn er ikke alltid klar over hva de strever med, dermed blir det ekstra utfordrende for dem å skulle sette ord på det.

Hvis ikke barn som strever fanges opp og ivaretas fra 1.klasse, og det viser seg at antallet av barn som strever er økende, kan det ha store og langsiktige konsekvenser for samfunnet. Barn har ressurser tilgjengelig i form av kontaktlærer og helsesykepleiere fra 1. klasse, og allikevel er det et økende antall små barn som strever. Det har vist seg at små barn som strever har en økt risiko for å utvikle psykiske lidelser i form av angst og depresjoner (Skårderud, 2010). For å se nærmere på fenomenet er det nærliggende å se på hvilke opplevelser og forståelse fagpersonene har med barneskolebarn, om kroppen og hvordan de tolker denne i forhold til psykisk helse. Videre ønsker jeg å se på hvilke erfaringer helsesykepleierne har om hva de opplever som barns hovedutfordringer de eventuell strever med i dag.

1.2 Psykisk helse skal inn i skolen fra 2020

Helse- og omsorgsminister Bent Høie har lovet at psykisk helse skal inn i skolen fra 2020. Det skal komme med i timeplanen og gi barn en bedre skolehverdag og generell livsmestring. Spesielt de minste skolebarn trenger god støtte av voksne på skolen. Derfor ønsker jeg å undersøke helsesykepleiernes erfaringer nærmere, som er, ved siden av klasselærerne, barns største støttespillere på skolen når de opplever ting som utfordrende.

1.3 Problemstilling

”Hvilke opplevelser har helsesykepleierne i skolehelsetjenesten av det barn strever med og hvilken opplevelser har de av barns kommunikasjon gjennom kroppen?”

1.4 Forsknings spørsmål

1. Hvilken forståelse har helsesykepleier om kroppens rolle i psykisk helsearbeid?
2. Hvordan tolker helsesykepleiere det barn prøver å formidle?
3. Hvilke andre profesjonsgrupper velger helsesykepleierne å spille på?

1.5 Kommunens organisering

For å ivareta anonymiteten til mine informanter skal jeg ikke gå spesifikk inn i hver enkeltes kommune der mine informanter jobber i. Men jeg skal gi et overordnet bilde av hvordan kommunene i Norge er organisert. Deretter skal helsesykepleierens rolle i kommunens organisering berettes.

I følge Thosnæs & Berg (2019) ble reglene for hvordan kommunene skal organiseres og drives i Norge endret senest i 2011. Kommunene kan enten organiseres etter formannskapsprinsippet, eller de kan organiseres etter det parlamentariske prinsipp. Eksempel på det sist nevnte er Oslo og Bergen. Formannskapsprinsippet er det mest vanlige. Her velges det et kommunestyre for fire år, som utøver det kommunale styret i denne tidsperioden. Her gjelder de samme regler for stemmerett som ved stortingsvalget, med unntak for utenlandske statsborgere. Disse har stemmerett ved kommunevalg etter en viss botid i Norge.

Ved det parlamentariske prinsippet fungerer kommunestyret som det parlamentariske organ. Byrådet utgår fra flertallet i kommunestyret og er ansvarlig for overfor kommunestyret. Byrådet regjerer lokalt og leder kommuneforvaltningen på lik måte som regjeringen leder statsforvaltningen. Den enkelte byråd har myndigheten til å ta beslutninger for saksområder han eller hun er ansvarlig for. Under denne modellen blir ordførerens rolle tilsvarende den av stortingspresidenten. Her kan det virker slik at den parlamentariske modellen bidrar i større grad enn formannskapsmodellen, til å gjøre administrasjonssjefsrollen til en konsernlederrolle.

1.6 Kommunehelsetjenester og helsesykepleiernes rolle i kommunen

Kommunehelsetjenesten er en samlebetegnelse av alle tjenester kommunen har ansvar for å drive. Helsetjenesten i kommunen skal yte nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som til enhver tid oppholder seg i kommunen. Dermed er tjenestene ikke forbeholdt kommunens innbyggere. Helse- og omsorgstjenester omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke faller under stat eller fylkeskommunen. Primærhelsetjenester skal sikres i kommunen for å løse oppgaver innen forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt hjelp ved akutte situasjoner som ulykker. Kommunen skal sørge for allmennlegetjeneste, legevakt, fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste med helsesøster tjeneste og hjemmesykepleie, jormordtjeneste samt sykehjem.

Kommunens ansvar innenfor forebyggende og helsefremmende ansvar omfatter helseopplysning, helsestasjonstjeneste med tilbud om forebyggende tjenester for barn under skolealder og gravide, forebyggende tjenester ovenfor barn og unge i grunnskolen og videregående skole, og miljørettet helsevern (Braut, 2019).

Fra 01.01.2019 ble tittelen fra helsesøster offisielt endret til helsesykepleier. Denne endringen representerer en modernisering av yrkestittelen og legger til fagkompetansen (Norsk Sykepleieforbund, 2018).

Helsesykepleier er en videreutdanning etter fullført grunnutdanning i sykepleiestudie. Videreutdanning er en fordypning i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Videreutdanningen er i tråd med helsesykepleiernes arbeidsoppgaver som er særlig knyttet til forebyggende arbeid med barn i helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Helsesykepleierne jobber blant annet med forebyggende helsearbeid blant barn og unge, skolehelsetjeneste, vaksinasjon og rådgivning om svangerskap. Helse- og omsorgstjenesteloven krever at alle kommuner har helsesykepleiertjeneste (Braut, 2016).

2.0 TEORI

2.1 Barns språkutvikling

Språket har tidligere blitt kalt for ”menneskets essens” av Naom Chomsky (gjengitt etter Passer & Smith, 2004, s.286) og kan godt være vår viktigste kognitive egenskap. Evolusjons teoretikere mener at språk utviklet seg når mennesker begynte med å samle seg i større sosiale grupper. Utvikling av språket gjorde det enklere å utvikle kooperative sosiale systemer, kommunisere og formidle tanker, dele arbeidsoppgaver og videreformidle kunnskap (Passer & Smith, 2004).

Det er mange språkeksperter som tror at barn er født som lingvister. De antar at mennesker er født med en biologisk egenskap for å gjenkjenne, og senere etterligner lyden og strukturen av hvilket som helst språk de blir eksponert til. Pinker mener at dette skjer gjennom sosial læring (gjengitt etter Passer & Smith, 2004,s.281). Uansett i hvilket land eller hvilken verdensdel barn blir født i, etterligner spedbarn alle fonemer i alle verdens språk. Ved ca 6 måneders alderen etterligner barn kun de lydene som er spesifikk for deres eget språk (Passer & Smith, 2004).

I tillegg til den biologiske grunnegenskapen barn har for å lære språk, er det gjennom sosial læring de videreutvikler språkferdigheter. Foreldrene begynner allerede etter fødselen å lage lyder og snakker med barnet sitt. De peker på ting og navngir gjenstandene. De leser høyt for barnet sitt, peker på dyr og lager dyrelyder. De synger barnesanger og rimer for barna sine. Foreldrene svarer på spørsmålet ”hva er det?” når barn spør. Den biologiske faktoren og de sosiale faktorene er grunnlaget for språkutviklingen, og den språkutviklingen barn har kan følges i utviklingsstadier som følger et skjema som er likt for alle kulturene. Barn går fra refleksivt gråting etter fødselen til ulike stadier med babling, og til et ords uttalelse. Ved 2- års alder uttrykker barn setninger som kalles for ”telegrafisk tale”, som består av et substantiv og et verb til å begynne med. Fra dette stadiet utvikles språket fort og blir mer korrekt i forhold til grammatikken, etter de lærer seg flere vokaler. I et tidsrom av fem år klarer barn å produsere og forstå et kompleks språk (Passer & Smith, 2004).

2.2 Kommunikasjon

I følge Eide (Eide & Eide, 2008) kommer selve begrepet kommunikasjon av det latinske *communicare*, som representerer det å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, å ha forbindelse med. I sin enkleste form kan kommunikasjon beskrives som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Det innebærer at et menneske som ønsker å kommunisere noe, har en tanke han ønsker å formidle. Han produserer ord eller handlinger, eller begge deler, med målet om at mottakerne skal forstå hans meningsinnhold (Allott, 2019). Vi mennesker kommuniserer konstant med hverandre. Denne mellommenneskelige utveksling foregår på ulike måter. Her skal det presenteres de områdene som jeg anser som aktuelt for denne oppgaven.

2.2.1 Kommunikasjon i helsefag

Helsefaglig kommunikasjon baseres på yrkesgruppens verdigrunnlag. Tanken om likeverd, respekt for forskjellighet og rettferdighet ligger til grunn for alle helsefaglige profesjoner. Eide & Eide (2008) siterer fra de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne slik: *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter”* (Eide & Eide, 2008, s.19). Verdiene gjelder for helsefag generelt, og disse lar seg kun virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende.

2.2.2 Kommunikasjon med barn

Når vi snakker om kommunikasjon med barn er det viktig å tenke på at barn er, akkurat som voksne, svært forskjellig. Kommunikasjon mellom voksne varierer ut ifra hvem vi snakker med. Også barn har ulike biologiske forutsetninger og tidligere opplevelser som preger dem. I tillegg er det avgjørende på hvilket utviklingstrinn de befinner seg på. Voksne som kommuniserer med barn må bruke sin evne til å kommunisere på barns premisser.

Eide & Eide (2008) mener at barn opplever kontroll i trygge omgivelser, der de kjenner personene rundt seg og det er en forutsigbarhet i det som kommer til skje. Barn trenger å bli sett. Viser man barn at man ser og forsår, forklarer enkelt det som kommer til å skje slik at barnet forstå, kan det bidra med å øke følelsen av kontroll og trygghet. Barns evne til å forstå

og hvordan de har det er avhengig av ulike faktorer. En av faktorene er barns tilknytning til sine omsorgsgivere, som jeg skal komme tilbake til i et eget avsnitt. Barn føler seg ofte utrygge og det å oppnå et barns tillit kan ta tid. Å bygge tillit forutsetter kontakt, kontakt forutsetter et berøringspunkt, noe som barn er oppatt av. Det barn tenker og føler holder de ofte for seg selv, og ofte er tankene og følelsene uklare for dem selv. Å rette oppmerksomheten mot noe barnet er opptatt av eller har interesse for kan være til hjelp. For eksempel liker barn å tegne, leke, synge eller lese. Blir den voksne for interessert eller ivrig kan barnet lukke seg og trekke seg tilbake. Det å tilpasse seg barnet og respektere at det kan ta lang tid og det å tåle skiftninger i barns oppmerksomhet er veien til kontakt og tillit (Eide & Eide, 2008).

2.3 Hvordan utvikler barn psykiske lidelser?

Dette er et stort spørsmål og i denne oppgaven skal det kun gis en kort oversikt av den delen i nevrobiologien som anses som viktig for oppgavens foremål.

I følge Skårderud et al. (2010) har alle psykiske forholdene som det psykiske helsevesenet befatter seg med, sitt opphav i hjernen og i hjernes forhold til kroppen for øvrig. Hjernen har to halvdelar som kalles for hemisfærer og er delt inn i fire hoveddeler. Disse er frontallappen, parietallappen, temporallappen og occipitallappen. Frontal- og temporallappen danner, sammen med andre strukturer, det limbiske systemet som rommer mange av de strukturene som regulerer følelsene våre. Vår venstre hjerne halvdel spiller en stor rolle for språk og finmotorikk, mens den høyre halvdel spiller en stor rolle for sosial og emosjonell informasjon. I høyre halvdel ligger også områdene som rommer den ikke-verbale kommunikasjonen, musikalitet, evner for å se for seg romlige forhold og kroppsbildet. Men begge hjernehalvdelen samarbeider om disse (Skårderud, 2010).

Hjernen består av nerveceller som kommuniserer med hverandre gjennom synapser. Fra fødselen av fortsetter hjernen å utvikle seg, men blir styrt av kommunikasjonen mellom genene og miljøet rundt barnet. Der med er hjernens organisering avhengig av spedbarnets interaksjon med omgivelsene og av den kvaliteten på disse tidlige erfaringer (Anstorp et al, 2016).

Barnets tilknytning og affektregulering igangsettes av fysiologiske reaksjoner, men hvordan hver enkels tilknytningshistorien foregår videre er svært individuelt. Vi alle har en egen

livshistorie som Skårderup (2010) kaller for læringshistorie. Denne læringshistorien har satt seg fast i vår sentralnervesystemet i form for minner, bilder, ord og assosiasjoner.

Affekttilstander som også blir kalt for verdier, grunner i organismens overlevelsesinteresser og har konstant innflytelse på vår tenkning og sansning. Det vil si at all vår tenkning er følelsesmessig stemt. Dermed er vår tenkning og sansning grunnet i at vi raskt kan se for oss et helhetsbilde. Dette er basert på tidligere erfaringer. Denne subjektiviteten er en nødvendighet for menneskets overlevelse. Det emosjonelle reguleringsarbeidet som omsorgspersoner står for er en forutsetning for at barnet, og sener den voksne, mer på egenhånd skal kunne klare å regulere positive og negative stimuli (Anstorp et al, 2016).

2.3.1 Affektregulering og affektbevissthet

I følge Anstorp et. al (Anstorp, Benum, Jakobsen, 2016) læres affektregulering gjennom trygg tilknytning det første leveåret. Foreldrene er i utgangspunkt barnets affektregulator og kvaliteten på tilknytningen påvirker hjernens utvikling og fungering.

I følge Skårderup (2010) kan affektregulering enkelt beskrives som at omsorgspersonen bruker sin empati for å kommunisere med barnets følelsesliv, som resulterer i at barnets empati med seg selv, knyttet til frontal cortex, utvikles. Hos alle mennesker utvikles evnen til å regulere følelsene (affekter) gjennom barndommen og utover i 20-årene. En liten baby er avhengig av ytre regulering fra omgivelsene med trøst, beroligelse, trygge rammer og forutsigbarhet. Med tiden erstattes den ytre med indre regulering. Ideell sett vil man med tiden bli mer selvregulert og mindre avhengig av omverden og andre mennesker for å håndtere egne følelser. Jo mer moden man er har dermed betydning for evnen av affektregulering.

Omsorgssvikt, alvorlige traumer eller overgrep vil kunne svekke evnen til å regulere og håndtere egne følelser (Helsekompetanse, u.å.).

Affektbevissthet beskriver en individets mulighet til å legge merke til, tolererer, reflekterer over og setter ord på emosjonelle erfaringer (Gulbrandsen, 2017). Affektbevissthetsbegrepet graderer oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk av de følgende elleve spesifikke følelsene: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet. Det antas at følelsene inneholder iboende, spesifikk og evolusjonsmessig

basert motivasjons- og informasjonsverdi som informerer individet om relevansen av indre og ytre stimuli for ens eget velvære (Monsen & Solbakken, 2013).

2.3.2 Tilknytningsteori

Den britiske barnepsykiateren John Bowlby (1907-1990) er kjent for sin tilknytningsteori som han presenterte i 1958. Han mente at barns følelsesmessig tilknytning til sine omsorgspersoner var fundamental i barnets psykologiske utvikling. I sin teori kobler han barnets behov for omsorgsgiveren som trygg base til evolusjonsteorien, som danner grunnlaget for utviklingslæren som ble presentert av Charles Darwin i 1859 (Skre, 2018).

Bowlby hevder at det er viktig at barnet føler på angst og søker tilbake til omsorgspersonen som en trygg base. Når barnet blir eldre og utforsker omverden mer på egenhånd, er det en form for overlevelse for barnet å søke tilbake til den trygge basen, da barnet kan utsettes for farer. Han mente at omsorgsgiverens reaksjonsmåte på barnets angst fremmed en trygg utvikling av barnets tilknytning. Når omsorgspersoner reagerer med å ta barnet opp på fanget for å gi trøst eller gi omsorg når det er hensiktsmessig, vil det bygges opp en såkalt arbeidsmodell hos barnet. Dette er en mental representasjon om hvilke omsorgspersoner og på hvilke måter barnet kan oppnå trygghet. Bowlby sin tilknytningsteori ble senere videreutviklet av andre forskere, blant annet av den kjente forskeren Mary Ainsworth.

Tilknytningsteorien har stor betydning for å forstå samspillet mellom barn og omsorgsgiveren i dag. Den er også sentral i videre foreldreveiledning og videre utredning i for eksempel barnevernet. Teorien danner i dag grunnlaget på institusjoner og for behandling av barn, at det er gunstig i behandlingsforløpet at foreldrene og omsorgspersoner er mest mulig til stedet og involvert (Skre, 2018). Bowlbys teori har i dag empirisk belegg for at det eksisterer økt risiko for å utvikle en depresjon seinere i livet når barn har opplevd tap og skilsmisse.

2.4 Risikofaktorer

I rapporten Forebygging blant barn og unge 2018 (Skogen, et al.2018) kommer det frem at vi har mye kunnskap om forhold som kan knyttes til økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Det er i følge Skogen et al. (2018) svært sannsynlig at flere forhold til sammen gir økt risiko for psykiske lidelser. Arvelighet og genetikk kan forklare en stor del av variasjonen i

forekomsten av psykiske lidelser, men studiene viser samtidig at en del av variasjonen ikke kan forklares av arv og genetikk. Det er viktig å identifisere hvilke miljøfaktorene vi kan gjøre noe med fordi de øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser, også fordi de inngår i et sammensatt samspill med genetiske faktorer. En utfordring er at risikofaktorer ikke er spesifikke for en lidelse. En og samme risikofaktor kan ha sammenheng med flere ulike lidelser, eller helseproblemer. En utfordring er at risikofaktorer kan være vanskelig å måle, delvis fordi de er skjult som vold og overgrep. Årsaken er at de er ulovlig og sosialt uakseptert noe som gjør det vanskelig å få deltaker i undersøkelser. Målbare forhold som inntekt og utdanning er enklere å hente objektiv informasjon om.

I perioden som nyfødt og tidlig barndom skjer utviklingen i tett samspill med omsorgspersoner, og kvaliteter ved forholdet mellom barn og omsorgsgiver er avgjørende som beskrevet under avsnittet om tilknytning. Det er bredt enighet om at noen av de viktigste risikofaktorene for psykiske lidelser utover det genetiske og de mest individnære er knyttet til vanskelige oppvekstvilkår, sosial avvisning eller mobbing fra jevnaldrende, akutte livshendelser, og påkjenninger og sosiale forhold i lokalsamfunnet. I følge Skogen et al. (2018) er det viktig og skape positive miljøer i hjem, nærmiljø, barnehager og på skoler, overalt der barn og unge oppholder seg.

Det eksisterer ikke en enkel forklaringsmodell for å svare på spørsmålet om hvordan barn utvikler en psykisk lidelse. Det må tas i betraktning at det er et samspill mellom flere risikofaktorer som kan ha betydning. Det biologiske, det psykologiske og det sosiale er faktorer som ikke kan isoleres fra hverandre. Men de eksisterer i et konstant samspill med hverandre (Skårderud, 2010).

2.5 Helseskadelige og helsefremmende faktorer

I følge Skårderud (2010) er en grunnleggende tankemodell det såkalte sårbarhet-stress-modellen for å forstå psykiske lidelser. De fleste psykiske lidelser skapes i en kombinasjon av en foreliggende sårbarhet på en side, og på den andre siden av stress som når et nivå som går over det personen makter å håndtere. Slik at vedkommendes vanlige likevekt bryter sammen. Så med mister man evnen til å fungere som før, og man får symptomer. Ved ekstrem stress, som tortur eller livstruende situasjoner, vil alle mennesker, uansett hvor motstandsdyktige de er, bryte sammen. Hos mennesker som er sårbare kan moderat stress frembringe

sammenbrudd, mens andre takler å håndtere påkjenningen. Det er viktig å være klar over at en slik modell ikke er en forklaringsmodell, men en tankehjelp for å kartlegge en gitt situasjon.

Stress er et begrep som samler alle faktorer som kan være med å true et menneskets psykiske likevekt. Avhengig av situasjonen vil ønsker å vurdere, vil det vi betrakter som sårbarhet variere. Hos nyfødte menes med sårbarheten temperamentmessige egenskaper og andre antatt arvede særtrekk når det gjelder begrensninger og potensialer, men også belastninger som er et resultat av forhold i fosterlivet, som rusmisbruk hos moren, sykdommer og skader som kan ha vært med å påvirke hjernens utvikling. Her vil ugunstige forhold ved foreldrenes psykiske helse, trivsel og tilknytningsmåte være å anse som stressfaktorer. Disse medfødte forholdene vil hos ungdom derimot resultere i sårbarhet, samt hva barndommen har ført til av utvikling av mestringsstrategier og personlighetstrekk. Mobbing og overgrepserfaringer, konflikter i barndomshjemmet og kvaliteter i ungdomsmiljøet vil her bli stressfaktorer. I helsearbeid i dag er man ikke så opptatt av helsetruende stressfaktorer, men også av helsefremmende faktorer. Aaron Antonovskys begrep om salutogenese er det nye begrepet om helsefremmende faktorer som brukes i dag. Dette er kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer helse og motvirker risikoen for sykdom. Helsefremmende faktorer rommer ikke kun kjennetegn og ressurser hos det menneske det gjelder, men også kjennetegn og ressurser i individets omgivende miljø. Fordelen med å bruke den tredimensjonale modellen om sårbarhet, stress og ressurser ligger i at den kan være med å hjelpe oss til å identifisere forhold som helsearbeidere kan påvirke, til det beste for mennesker hvis psykiske helse er truet (Skårderud, 2010).

Som beskrevet finnes det ikke et konkret svar for å kunne forklare hvordan barn utvikler en psykisk lidelse. Derimot er det et konstant samspill mellom ulike faktorer. Med hjelp av den tredimensjonale modellen fokuseres ikke lenger kun på patologien, men også på ressursene av individet og ressursene av mennesker i miljøet. På den måten kan en få et innblikk i de ulike faktorene som kan spille en rolle i dette samspillet for å oppnå forståelse og være med å påvirke.

2.6 Kroppsfenomenologien

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) var en fransk filosof og professor i psykologi ved Sorbonne-universitet i Paris. Ved siden av Jean-Paul Sartre var han den andre ledende tenker i fransk åndsliv etter den andre verdenskrigen (Østerberg, 1994). Merleau-Ponty kritiserte det

dualistiske synet som eksisterte innfor psykologien og medisinen. Kroppen eksisterer som sansning, opplevelser og følelser. Han mente at det ikke finnes en ånd eller åndelige lengsler som ikke har utgangspunkt i kroppen. I følge Merleau -Ponty er mennesket både en fysisk levende kropp, en objektiv kropp som kan betraktes utenfra, en levd, opplevende, subjektiv kropp. Psyken og dens særegenheter er noe vi møter innenfra. Å være bevisst betyr å kommunisere innenfra med verden, kroppen og de andre. Han mente at kroppen er en forutsetning for menneskets eksistens, og at den er rasjonell i sin natur. Uten kroppen hadde det ikke vært mulig for oss å kunne oppleve omgivelsene eller være i verden. Den tradisjonelle psykologien betraktet kroppen som et objekt, mens Merleau -Ponty betraktet kroppen som et subjekt. Han anser persepsjonen som en forutsetning for tenkning. Kroppen er alltid tilstedet for meg, og at det er gjennom den at verden fremtrer i tid og rom. Det hevdes at gjennom uttrykket "the lived body" overvinnes Merleau -Ponty dualismens kropp/sjel - begrepet. Vi både er og har en kropp, og ser og blir sett (Bunkan, 2001).

Med sin kroppsfenomenologi ville han vise hvordan kantianismens erfaringsbegrep er for snevert. *"Til grunn for objektiv erfaring, dannet av forstanden og tilgjengelig for forstanden, finnes en stilltiende kroppens viten om de før -objektive fenomener* – dette kalte Merleau -Ponty eksistens (Merleau -Ponty, 1994, s.VII). Kroppen spiller en avgjørende rolle for Merleau -Pontys egen erkjennelsesteoretiske posisjon. Han mener at persepsjonen er den menneskelige bevissthetens måte å være i verden på; som inkarnert i en kropp, og ut fra dette perspektiv må den avdekke verden. Det subjektive (bevisstheten) og det objektive (verden) blir da nødvendigvis to aspekter av det å være i verden (Tranøy, 2018).

3.0 VITENSKAPSTEORI

I følge Malterud (2017) må forskeren bruke teorier til å komme frem til en problemstilling. Disse teorier bruker forskeren til å styre utvalget av de relevante data, for å tolke disse og foreslå forklaringer på underliggende årsaker og virkninger knyttet til det som ble observert. Spesielt i kvalitativ forskning har teorier betydning for å forstå, tolke og videreutvikle empiriske observasjoner ut over, det hun beskriver som, et rent deskriptivt nivå (Malterud, 2017).

3.1 Fenomenologi

Brown & Granberg (2012) beskriver fenomenologi som en lære om fenomenene, og at fenomenologien er opptatt av å undersøke hvordan ulike fenomener fremtrer for oss, og hvordan vår forståelse av dem er strukturert. Johannessen et al. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016) beskriver fenomenologi både som en filosofi og en kvalitativ metodisk tilnærming. Fenomenologene studerer individene ut fra deres væremåte og deres subjektive virkelighetsoppfatning. I følge Johannessen et al. (2016) brukes fenomenologisk metode for å studere verden slik vi mennesker oppfatter den. Fokuset, eller målet er å kunne gi en presis beskrivelse av individets egne perspektiver, opplevelser og forståelseshorisont. Gjennom denne beskrivelsen fanger forskeren opp de strukturene som har nedfelt seg i deres bevissthet, de rutiner og vaner i tenkningen som utgjør fenomenene (Johannessen et al., 2016). Fenomenologien som metodisk tilnærming krever, i følge Thomassen (2006), en mest mulig forutsetningløs undersøkelse. Hun mener videre at vi må se bort fra alle teorier, antagelser og forventninger vi vanligvis møter erfaringer med. Målet er å nå frem til det særegne ved fenomenet, det som forblir konstant på tvers av alle mulige variasjoner, fenomenets essens eller vesen (Thomassen, 2006).

4.0 FORSKNINGSMETODE

I delen forskningsmetode, skal det gjøres rede for, og gi en oversikt over valgene som ble tatt for å innhente informasjon, analyserer denne, og redegjørelsen for funnene. Det skal gjøres rede for den metodiske tilnærmingen og hvordan jeg har valgt å gå frem. Først skal det gis et innblikk i kvalitativ metode, hvordan informasjonen ble samlet inn og selve forskningsintervjuet. Deretter skal det presenteres mitt utvalg og rekrutteringsprosessen, arbeidet med intervjuguiden og innhenting av data. Til sist skal mine funn presenteres med hjelp av sitater fra de transkriberte intervjuene, og analyseprosessen.

4.1 Kvalitativ metode

Selve tema for denne oppgaven har vært veiledende i valg av den metodiske tilnærming. Oppgaven er undersøkende, eller eksplorativ, der fokuset ligger på opplevelser og erfaringer helsesykepleierne har med barn fra 1.- 5. klasse. Det var viktig for meg å lære mer om hvilke

erfaringer helsesykepleierne har med det barn strever med og hvordan dette formidles av barn, hvilket syn helsesykepleierne har på kroppen, og hvordan de tolker fysiske symptomer i forhold til psykiske plager. For å oppnå innsikt og mer kunnskap om dette ble det valgt en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming.

I følge Malterud (2017) er kvalitative metoder forskningsstrategier for å beskrive, analysere og fortolke ulike karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. I kvalitative metoder foreligger materialet som tekst, som stammer fra samtaler eller observasjoner. De kvalitative metodene kan være med på å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer. De kvalitative metodene kan brukes når vi ønsker mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Malterud (2017) mener at kvalitative tilnærminger er godt egnet for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet.

4.2 Innsamlingsstrategier

Det har vært et tema i avisene den siste tiden om små barn som ble innlagt på sykehusene med vondt i magen. Det var overlegen som slo alarm på grunn av den økende forekomsten av innleggelser, uten at det var tilsynelatende somatiske årsaker. Det satt i gang en interesse hos meg personlig da jeg ikke fant mye forskning rundt barn fra 1. – 5. klasse. Med denne manglende kunnskapen utarbeidet jeg et spørreskjema til helsesykepleier som jobber med barn i denne aldersgruppen. Et informasjonsskriv om hvem jeg er og hva masteroppgaven handler om ble sendt til helsesykepleierne i fire kommuner. I informasjonsbrevet ble de mulige deltakerne informert om tema for intervjuene og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen. Alle ble informert om at all informasjon og kommunikasjon skulle anonymiseres, i forhold til dem som person og i hvilken kommune de jobber i. På grunn av mange sykemeldinger og lite kapasitet i kommunene, fikk jeg i utgangspunkt rekruttert seks helsesykepleier som var villig til å stille opp til intervju. Jeg tok personlig kontakt med dem, og avtalte et møte for gjennomføring av intervjuene på telefon. Ved første møte fikk informantene utlevert et samtykke skjema de skulle signere. I følge Johannessen et al. (2016) er informert samtykke et krav i de tilfellene det er opplagt hvilke personer som skal delta i undersøkelsen. Personopplysningsloven stiller krav til samtykke. Hvis enkeltpersoner kan identifiseres, skal de samtykke om å delta i undersøkelsen. Det skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysningene gjelder, om at vedkommende godtar

behandling av opplysninger om seg selv (Johannessen et al., 2016). Vi brukte en diktafon for å ta opp intervjuene på bånd, dette for å gjøre det enklere for meg til å være til stedet i samtalen, og for å gjøre det enklere med transkriberingsprosessen. Alle intervjuene ble gjennomført i februar 2019. To av de seks helsesykepleierne trakk seg under prosessen. En av dem på grunn av personlige årsaker og den andre kuttet kontakten etter hun avlyste det avtalte intervjuet per sms dagen i forveien. Dessverre svarte hun ikke på mine henvendelser etter det.

4.3 Forskningsintervju

Kvalitative intervjuer egner seg i følge Johannessen et al. (2016) når forskeren har behov for å gi informantene større frihet til å uttrykke seg enn ved strukturerte spørreskjemaer. Individets erfaringer og oppfatninger kommer best fram når informantene er selv med på å bestemme hva som tas opp i intervjuet. Mye av kunnskap er situasjonsbestemt, og et intervju er like mye en sosial situasjon som annen samhandling.

Under skal jeg presenterer hele prosessen som gikk inn i gjennomføring av intervjuene. Det viste seg som en lang og utfordrende prosess å få gjennomført intervjuene. Forberedelsen, gjennomføring og etterarbeidet med analysering av materialet var tidskrevende. Nedenfor har jeg delt inn denne prosessen i de ulike fasene.

4.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter

I kvalitative undersøkelser har rekrutteringen av informanter en klar hensikt. Derfor benyttes det noe som kalles for strategisk utvelgelse av informanter. I følge Johannessen, et al. (2016) vil dette si at forskeren først bestemmer seg for hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra denne målgruppen som skal delta i undersøkelsen. Hvor mange intervjuer som skal gjennomføres er veldig forskjellig i litteraturen. Johannesen, et al. (2016) mener det i teorien ikke finnes en nedre eller øvre grense av antall intervjuer. Det er viktigere å skaffe et relevant utvalg av informanter enn å skaffe mange.

For denne oppgaven ønsket jeg å gjennomføre intervjuer av seks helsesykepleier som jobber i barneskolen. Jeg hadde ingen krav til informantene når det gjaldt kriterier om kjønn, alder, arbeidskommune, eller antall år med arbeiderfaring. Det eneste kravet var at de var ansatt som

helsesykepleier i en barneskole med barn fra 1. – 5. klasse når intervjuene skulle gjennomføres. Jeg tok personlig kontakt med fire kommuner. Det var en del frustrasjon rundt denne prosessen, da muligheten for å stille til intervju nesten var fraværende. Lederen i en av de fire kommunene mente at en deltakelse fra deres kommune var helt uaktuelt på grunn av stor arbeidspress, og den lille kapasitet de hadde skulle gå til barna. I en annen kommune var en av 12 villig til å stille opp. Det samme var gjennomgående for alle andre kommuner. Jeg endte opp med seks informanter som ble skriftlig informert om hvem jeg var og hvilken oppgave jeg skulle skrive. Alle ble informert om at det var anonymt å delta og at informantene kunne trekke seg når som helst i prosessen. Vi avtalte et tidspunkt for intervjuene over telefon, og jeg reiste til vedkommendes arbeidsplass. Alle fikk lese og signere et samtykkeskjema (vedlegg 2) før intervjuene startet. To av intervjuene ble ikke gjennomført, da begge trakk seg fra prosessen av ulike grunner, etter avtalt tid, men før intervjuene kunne gjennomføres.

4.3.2 Intervjuguide

Hensikten med å bruke kvalitativ metode og intervju var å få innsikt i informantenes personlige erfaringer med barn fra 1. – 5. klasse og deres individuelle arbeidsholdninger. Kvale og Brinkmann (2017) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med struktur og et formål. De hevder at det egner seg godt for å studere meninger, holdninger og erfaringer.

Intervjuguiden (vedlegg 3) var delt inn i flere områder for å få kunnskap om å kunne belyse problemstillingen. Samtidig at det var rom for informantene å spe på med egne tema som de følte var relatert og områder de synes var viktig å ta med. Spørsmålene var de samme til alle informantene, men åpen nok for å få deres individualitet til å komme gjennom og for å åpne for deres egne tolkninger.

4.3.3 Semistrukturert intervju

I følge Malterud K. (2017) kalles intervjuer med individuelle deltakere semistrukturerte intervjuer. Et semistrukturert intervju benytter seg av en overordnet intervjuguide, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen et al., 2016). Spørsmålene er stort

sett åpent formulert og har ingen formulerte svaralternativene. Informantene formulerer svar med egne ord (Johannessen et al., 2016). Videre mener Johannessen et al. (2016) at forskeren på denne måten har mindre innvirkning på hvordan intervju objektet svarer, og svarene viser hvordan spørsmålene ble forstått av informanten. På denne måten får forskeren dermed mer utfyllende svar enn ved forhåndskodede spørreskjemaer.

Jeg valgte å bruke en semistrukturert intervju til min oppgave. Mest fordi jeg ønsket å stille de samme spørsmålene til alle mine informanter, men med muligheten for at individene kunne utdype med egne ord. Når åpne spørsmål brukes, kan det være nødvendig med en viss standardisering. For eksempel at alle informantene i en undersøkelse får de samme spørsmålene (Johannessen et al., 2016). I følge Kvale og Brinkmann (2017) skal intervjuene åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden. Levende kunnskap slik den fremstår for den som lever det livet vi snakker om. Intervjuene skal skape en situasjon der det er mulig for informanten å fortelle om meningsinnholdet, altså hvilken betydning det vi snakker om, har for ham eller henne.

4.3.4 Innsamling av datamaterialet

Før hvert intervju ble informantene kort informert om hvor lenge intervjuene omtrent skulle vare. Dette var viktig for dem, der de var på jobb og dette intervjuet foregikk i arbeidstiden deres. De fikk informasjon om temaene intervjuene var delt inn i, på den måten kunne de forberede seg noe, og de virket glad for å vite hva de gikk til. Alle intervjuobjekter var svært åpne for å svare på spørsmålene og var villig til å utdype noen av spørsmålene med eksempler, eller ting de følte forklarte det best med deres egne ord. Noen få av dem var synlig spent og samtalen fløt ikke like av seg selv som hos andre. Intervjuguiden var i disse tilfellene godt å forholde seg til. I noen tilfeller stilte jeg utdypende spørsmål, mens i andre tilfeller måtte jeg hente informantene tilbake til spørsmålene der de hadde mye på hjertet. Informantene hadde samme utgangspunkt i henhold til utdanning og jobben, men var ganske ulik som individer, noe som kom til uttrykk i svarene og deres synspunkter. Alle intervjuene ble gjennomført mellom 40 og 60 minutter.

4.3.5 Transkripsjon av datamateriale

Transkripsjon innenfor språkvitenskap betyr og skifte fra tale til lydskrift (Bjerkestrand, 2018). All forskning bygger i følge Malterud (2017) på fortolkning av representasjoner av de forholdene vi undersøker. Den kvalitative analysen forutsetter som regel at materialet er sammenfattet til tekst på en overskuelig og håndterbar måte. Transkripsjonen skal ivareta mest mulig det opprinnelige materialet, slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017). Intervjuene bestod av mellom 40 til 60 minutters tale hver. Dette ble til flere sider nedskrevet materialet per intervju. På grunn av dette bestemte jeg meg for å transkribere hvert intervju, samme dagen det ble gjennomført. Etter det første transkriberte intervjuet bestemte jeg meg for å forandre og tilpasse intervjustilen min til neste intervjuet. Det var en lærerik prosess å lese gjennom det første transkriberte intervjuet, og det ble enklere i de påfølgende intervjuene å hente samtalen tilbake til guiden når jeg følte at samtalen tok en annen retning, eller stille oppfølgende spørsmål når samtalen ble styrt for mye av intervjuguiden. Til å begynne med transkriberte jeg hvert intervju ord for ord og tok med alle pauser.

4.4 Dataanalyse

I følge Johannessen et al. (2016) er det vanlig å analysere meningsinnholdet i fenomenologisk metode. Jeg har forholdt meg til de fire hovedfasene i analysen av meningsinnholdet som Malterud (2001) beskriver som hovedfasene. Disse er: 1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold, 2. Koder, kategorier og begreper, 3. Kondensering og 4. Sammenfatning.

Den første fasen går i følge Malterud (2001) ut på å få et helhetsinntrykk og lage en sammenfatning av meningsinnholdet. Etter alle intervjuene var transkribert leste jeg gjennom hvert intervju flere ganger for å få et helhetsinntrykk. Jeg markerte det som skilte seg ut som interessant for eventuelle hovedtema, og eventuelle fellestrekk av disse temaene. Det var en utfordring å sortere bort informasjon som irrelevant, da det til å begynne med ikke var helt tydelig hva som kunne sorteres bort. For å få denne oversikten skrev jeg ned intervjuene igjen på bokmål, denne gangen forkortet jeg lange setninger og tok bort pauser og gjentakelser. Denne prosessen omtales som meningsfortetning av Kvale & Brinmann (2017), og uttrykker den første forståelsen av datamaterialet.

I den andre fasen begynte jeg med koding, kategorier og begreper, som beskrevet av Malterud (2001). Målet med denne prosessen er å finne meningsbærende elementer i materialet. Til å begynne med startet jeg å markere elementer som hadde fellestrekk, eller ulikheter, og som kunne samles under hovedtemaer for å eventuell svare på problemstillingen. Å kode betyr å sette merkelapper eller navn på deler av teksten (Malterud, 2001). Det ble mange sider med koder, men på denne måte ble det enklere å organisere og definere de meningsfulle delene i materialet.

I kondenseringsfasen satt jeg igjen med en lang rekke av koder som jeg hadde skrevet inn i en matrise. Det var enklere å identifisere kodene som kunne slås sammen, og hvilke koder som kunne stå som underkoder.

I den siste fasen sammenfattet jeg kodene og ga dem nye navn. Dette betegnes som rekontekstualisering av Malterud (2001). Ut i fra mine koder kom jeg frem til fire hovedkategorier: ”Kommunikasjon og barns språk”, ”Barns trivsel og fysisk aktivitet”, ”Konflikthåndtering” og ”Tverrfaglighet”. Kategorien ”Barns trivsel og fysisk aktivitet” har en underkategori som jeg har valgt å kalle ”Databruk”.

Det var mye informasjon i datamaterielt som kunne kategoriseres og diskuteres videre. Men på grunn av omfanget til denne oppgaven valgte jeg de kategoriene som jeg anser som hovedkategoriene for å svare på problemstillingen.

4.5 Etiske vurderinger og betraktninger

Dette prosjektet ble meldt inn til, og vurdert av personverntjeneste i NSD – Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 1). I følge personopplysningsloven er det krav til samtykke i en undersøkelse. *”Samtykke skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysninger gjelder, om at vedkommende godtar behandling av opplysninger om seg selv”*(Johannessen et al., 2016, s. 91). I dette prosjektet var det viktig med å ivareta anonymiteten til alle informanter. Helseyskepleierne som var med i studien jobber alle i mellomstore kommuner som grenser til hverandre, derfor ble ikke kun informantene, men også selve kommunene anonymisert i denne oppgaven. Dette styrkes av Johannessen et al. (2016) med, at i kvalitative undersøkelser er det vanlig med detaljerte beskrivelser. Det er vanlig med å endre opplysninger med hvor undersøkelsen gjennomføres.

Selv om målet var å innhente informasjon om erfaringer med barn ble ingen barn direkte involvert i denne prosessen. Det vil alltid kunne oppstå etiske utfordringer ved intervjuer, der informantene kan bruke navn av barn, eller pårørende. Spesielt i en mindre kommune kan det hende at personer også blir gjenkjent ved fornavn, derfor ble også all tilsvarende informasjon anonymisert. Dette bekreftes av Johannessen et al. (2016) med at all informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner er taushetsbelagt i følge forvaltningsloven. Alle som deltar i en studie skal alltid delta med en følelse av at den informasjonen som blir gitt ikke kan tilbakeføres til den enkelte. Informantene skal føle seg forsikret om at den innsamlete informasjonen kun brukes til studiens formål, og ikke i andre sammenhenger. Dette ble tydeliggjort i samtykkeskjema før innsamling av data, intervjuene, begynte.

4.6 Forskerrollen og forskningens kvalitet

I følge Malterud (2017) burde forskeren gjennom prosessen og produktet vise vilje og evne til å stille spørsmålsteget ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke.

Det var viktig å møte informantene med et åpent sinn, men det var en utfordring å ikke bli for ”farget” av min tidligere utdanning. Det ble mer tydelig underveis hvor viktig det er å være så nøytral som mulig for å komme frem til ny kunnskap. Selve intervju situasjonen var en bratt læringskurve, det å kunne stille åpne spørsmål, for så å lene seg tilbake og bare lytte etter det som blir sagt. Uten å avbryte eller lede svarene.

Kvaliteten i kvalitative undersøkelser kan ikke måles på lik måte som i kvantitative undersøkelser siden de ikke er målbart og må vurderes ut ifra andre kriterier. Påliteligheten i en kvalitativ undersøkelse kan ikke ettertestes av en annen forsker, siden forskeren bruker seg selv som instrument. En hver forsker har en ulik erfaringsbakgrunn og tolker derfor på ulik måte (Johannessen, 2016). I denne oppgaven har jeg forsøkt å beskrive fremgangsmåten og mine valg på en tydelig og strukturert måte. Min fremgangsmåte og mine funn i undersøkelsen reflekterer det jeg valgte å undersøke i utgangspunktet. For å kunne styrke validiteten i undersøkelsen ytterlig, hadde det vært hensiktsmessig å ha med flere intervjuobjekter enn de jeg fikk tilgang til. Dette kunne gi et enda bredere og mer nøyaktig bilde om barns kommunikasjon med helsesykepleier. Begrensningen av å gå enda mer i

dybden, kjente jeg ligger i oppgavens omfang. Ved en større studie kunne en også ha mulighet til å fokusere enda mer på de ulike områdene i teorien.

4.7 Oppsummering av forskningsmetode

Ovenfor har jeg forsøkt å gjøre rede for den metoden jeg valgte og hvordan jeg valgte å gå frem i metodikken oppgaven bygges på. Det ble beskrevet alle valgene som ble tatt underveis, og min fremgangsmåte som ledet frem til funnene mine. Fremgangsmåten og valgene som ble tatt var gjennomtenkt og strukturert, og en måte å kunne belyse problemstillingen min på. I følgende avsnitt ønsker jeg å presentere mine funn fra det metodiske arbeidet.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I følgende avsnitt skal det presenteres datamaterialet fra intervjuene gjennom de kategoriene som ble valgt ut som essensen i materien. Disse kategoriene skal være til hjelp til å belyse problemstillingen i denne oppgaven, og for å kunne gi en rikere forståelse av det valgte tema for oppgaven.

”Hvilke opplevelser har helsesykepleierne i skolehelsetjenesten av det barn strever med og hvilken opplevelser har de av barns kommunikasjon gjennom kroppen?”

Som nevnt ble fire hovedkategorier valgt for å presentere funnene. Disse er: ”Kommunikasjon og barns språk”, ”Barns trivsel og fysisk aktivitet”, ”Konflikthåndtering” og ”Tverrfaglighet”. Kategorien ”Barns trivsel og fysisk aktivitet” har en underkategori som velges å kalles ”Databruk”. For å fremheve innholdet i kategoriene blir direkte sitater fra informantene i intervjuene lagt frem. Informantene har fått kodenavn fra H1 – H4.

5.1 Kommunikasjon og barns språk

Denne kategorien er som tidligere nevnt, valgt som kjernekategori. Det er barnas kommunikasjon i møte med helsesykepleierne som ligger til grunn for helsesykepleiernes erfaringer. Det omhandler hvordan barn kommuniserer og hvordan de uttrykker seg i møte med helsesykepleierne som er sentralt. Ofte er bakgrunn for å møte hos helsesykepleier akutte skader eller vondter. De er synlig og tas hånd om i form av en plaster, eller lignende. Men ofte er det ingen akutte synlige skader og det skal gis et innblikk i hvordan barn kommuniserer i møte med helsesykepleierne gjennom følgende sitat fra informant H4.

Noen er ganske flinke til å fortelle med ord hvordan de har det. Mens noen er jo ikke det. Noen kommer med et kne og har vondt et sted, også kan de komme flere ganger med vondt i armen dagen etter. Og dagen etter er det vondt et annet sted. Da tenker jeg at det er noe annet, men de har kanskje ikke ord for å si det.

Informanten H4 forteller at barn ofte kommer og kommuniserer gjennom kroppen. De har ikke ord for å beskrive det de eventuell strever med. Som informant H1 forteller i følgende sitat, er terskelen lavere å ta kontakt når kroppen står i fokus.

Hvorfor har de plukket ut denne tåa liksom? Men jeg opplever så fort barn har vondt et sted, så er det lettere å komme til meg.

H1 forteller at det er lettere for barn å ta kontakt når de har fysiske plager. Terskelen blir lavere og barn føler det er akseptabelt å komme med en kroppsdel som er vondt. Det er vanskeligere for barn å ta kontakt når det er ting de har utfordringer med som ikke er synlig på kroppen, eller ikke kan forklares gjennom kroppen.

5.2 Barns trivsel og fysisk aktivitet

I denne kategorien er fokuset rettet mot barns kropp i forhold til fysisk aktivitet og psykisk helse, og hvilken sammenheng helsesykepleierne ser mellom kropp, fysisk aktivitet, psykisk helse og barns trivsel. Dette er med utgangspunkt fra deres egen erfaring. Det har kommet frem i forrige kategorien at barn bruker kroppen og kroppslige plager som innfallsvinkel for å kommunisere. I følgende sitat fra H3 får vi et innblikk i fysisk aktivitet, psykisk helse og barns trivsel.

Forskning viser jo det at barn som er mer fysiske aktive, de har en del bedre trivsel og bedre psykisk helse. Barn som kanskje opplever mer stress i hverdagen har kanskje mindre kontakt med kroppen sin. Og da tenker jeg i seg selv, det å være ute og leke, og springe er jo veldig bra for psykisk helse. Det er ikke alt en kan sitte og prater seg gjennom, man må bruke kroppen da.

H3 sier det er stor sammenheng mellom kroppen, fysisk helse, psykisk helse og barns trivsel. Hun peker på det å ha kroppskontakt som viktig for trivsel. I følgende sitat fra H4 ser vi at det er andre aspekter som påpekes som viktig for barns kropp og trivsel.

Hvis vi tenker sånn ren fysikk og motorikk, i forhold til hva man mestrer da, så ser man jo hva det påvirker barnet i forhold til fysisk aktivitet. Og det å ha gym på skolen også de her ting da. De barn vi ser som er litt større kanskje, eller tunge i kroppen så ser vi at man henger litt etter. Noen plages jo av det og da ser vi jo at det påvirker det negativt psykisk.

H4 peker på overvekt som et mulig hinder for fysisk aktivitet og barns trivsel. I sitat fra H2 kan vi lese at hun bruker aktivitet som en inngangsportal til barna:

Jeg tar ofte elevene med når jeg skal ha samtale med elevene. Så tar jeg dem med ut på tur. Både for å få frisk luft og for å få bevegelse i kroppen. Fordi at jeg vet at det gjør noe med den psykiske helsa vår.

5.3 Databruk

Det følgende avsnittet er en underkategori av ”barns trivsel og fysisk aktivitet”. Det er gjennomgående i alle intervjuene at skjermbruk er en stor del av barns hverdag og har i følge informantene en stor sammenheng for barns trivsel. I kommunikasjon mellom barn og helsesykepleierne kommer det frem at barn bruker mye tid foran data og at det er økende. Som informanten H1 forteller i følgende sitat er det ikke kun negativt med databruk.

Hvis jeg hadde satt meg litt inn i det og forstått hva som skal til og hva de får til, å bygge og skape sammen gjennom kommunikasjon. De bruker faktisk ganske mye kommunikasjon. At det kan være at de blir sterkere kommunikativt enn det vi tror. Det er ikke bare negativt.

At databruk, eller dataspill øker er et kjent fenomen. Hvis skjermtid er økende er det mindre tid for barn å være i aktivitet og sosial. I følgende sitat fra informant H2 kommer dette godt frem.

Akkurat nå har vi jo det her Fortnite spillet på Playstation og data som barn fra 1. klasse egentlig ikke skal få lov å spille. Men som de enten bruker mye tid på på Youtube, og ser, eller som de får lov å spille. Det er jo barn ned i 3. klasse som jeg vet det er mange som spiller Fortnite. Og det tror jeg opptar mye tid fra barna. Så får jeg også tilbakemeldinger på at de sitter da mer inne og spiller og prater med hverandre på spillet, enn å faktisk møte ute i bevegelse.

H3 forteller fra erfaringer med barn som spiller mye på data og på hvor langt det kan gå, med tanke på fysisk- og psykisk helse.

Jeg husker jeg har opplevd at det har vært barn som har vært veldig, veldig opptatt av data å sitte foran det og bruke mye tid på det. Som også har mye vondt i magen, og som også gjerne vegrer seg for å gå på skolen. Det har vært magesmerter og skolevegring kan man si, og mye databruk.

I intervjuene kommer det frem at dataspill fører til konflikter mellom elevene, også på skolen. Dataspillene foregår på en plattform på internett, der barn kan samles og spille samme spill fra hvert sitt hjem. Dette skal utdypes gjennom et sitat fra H1.

En ting er at de bruker mye tid, men de velger seg hvem de skal spille sammen med. Og de kan jo ikke gå ut av spillet. Det er standby det. Og hvis du gjør det da ødelegger du jo for de andre. Det er så mange som spiller sammen og hvis du er med på å sørge for at de ikke vinner, så er det kjempe alvorlig.

5.4 Konfliktåndtering

En stor del av hverdagen til helsesykepleierne er å være med på hjelpe barna å håndtere konflikter. De tar kontakt med helsesykepleierne på grunn av konflikter med sine medelever, foreldrene. Det legges mer og mer vekt på å lære barn hvordan de kan legge ord på følelsene sine. I et sitat fra H4 kommer dette godt frem.

De minste kommer ofte fordi de har fått vondt i friminuttene. Eller at det har skjedd noe i friminuttene. Noen som har sagt noe, gjort noe mot dem også kommer dem til meg. Og da prøver vi å løse det, eller sier at de må snakke med læreren. Det er stor variasjon, noen er jo flinke til å kunne fortelle om hvordan de opplever det som er eventuell vondt, eller vanskelig. Og det å ha ord for ting ønsker vi at barna skal lære om. Og det har vi en del sånn undervisning på. Jeg som helsesøsteren er inni klassen og snakker om hvordan de skal snakke om følelser og tanker da.

I konflikter mellom barna og foreldrene er et felles ønske fra informantene å få foreldrene med i samtalen. Når barna blir eldre er det mer utfordrende på grunn av taushetsplikten, så lenge det ikke er alvorlige ting. Alle informantene er enig i at det kan være en utfordring å megle mellom barn og foreldre. H3 formulerer det på følgende måte.

Det er delikat. For man trår inn på noe som er ganske privat og personlig på mange måter. Også skal jeg komme som en uten i fra og si hvordan, hjelper barnet med å få det frem. Snakke barnets stemme da. Men alltid med avtale med barnet. Så sant det ikke er alvorlig som vi tenker vi må melde videre til barnevernet. Så si jeg til barnet at dette her må jeg gjøre, også er det barn som sier nei, dette kan du ikke. Men så må jeg gjøre det. Men vi tenker med foreldrene, da gjør jeg det alltid sammen med barna. Si at dette er kjempe lurt at vi snakker med foreldrene dine om. Også er det ikke alltid de går på den, også må vi bruke tid på det også.

5.5 Tverrfaglighet

Helsesykepleierne jobber i et tverrfaglig team i kommunen. Hvem de velger å sende videre til for annen utredning er noe ulik fra i hvilken kommune de jobber i. Også når de velger å sende videre er forskjellig. Alle informanter tar det opp med foreldrene først for å høre om barnet har vært utredet før. H3 forteller hennes erfaring.

Hvis det er noe jeg tenker som bør undersøkes, hvis det er barn med mye plager så tar jeg kontakt med foreldrene. Og spør om de har vært i kontakt med legen i forhold til utredning. Hvis ikke er det første steget. Er det barn med mye adferdsproblemer og sånne ting, og det er utelukket fysiske ting, så henviser fastlegen videre til BUP, for eksempel.

H4 jobber i en annen kommune og jobber sammen mye sammen med familiehelsestjenesten.

Her i kommunen har vi familiehelsestjenesten som er en del av psykisk helseteam. Som er en lavterskeltilbud og det bruker jeg en del. Da trenger jeg bare å skrive en liten tilmelding, eller foreldrene kan ta kontakt selv. Når vi ikke vet hva barnet strever med, kan de ha noen samtaler med barn og foreldrene og finner litt ut av det. Så kan vi anbefale at fastlegen henviser videre til BUP.

I en annen kommune forteller H1 en annen vei med videre utredning.

Jeg bruker fysioterapeuter og psykomotorisk fysioterapeuter. Fordi når jeg går litt tomt for ting og føler nå stopper det litt, eller jeg føler jeg ikke får barnet til å vokse i seg selv, så tenker jeg tverrfaglig. Jeg prøver å få en fysioterapeut til å ta imot et barn og jobbe litt gjennom kroppen. Jeg har opplevd at etter de har vært hos en psykomotorisk fysioterapeut at de vokser i seg selv. Jeg føler at ordene kommer høyere opp. At de blir tydeligere i språket sitt. De blir mer konkret og har hatt en egen erkjennelse i seg selv tror jeg. Ved å bli bevisst sin egen kropp og hva den står for.

H2 i en annen kommune forteller om en annen tilnærming

Noen ganger jobber vi jo med de selv i en periode. Vi jobber også med det her med bevissthet på kropp, tanker og følelser i psykologisk førstehjelp. Det kan vi både gjøre i grupper og individuelt. På det med forståelsen på kroppen og hvordan vi kan liksom påvirke oss selv. Og hvis vi opplever at det her er liksom mer enn hva vi kan hjelpe til med, så har vi en psykolog tjeneste i kommunen. Som vi kan bruke, og BUP henviser vi også til. Vi har også en fysioterapeut i skolehelsetjenesten, men det er ikke første valget må jeg innrømme.

5.6 Oppsummering av funn

Gjennom de kategoriene som ble valgt for å presentere funn i datamaterialet, ønskes det å gi et innblikk og en forståelse av hvorfor barn tar kontakt med helsesykepleierne. Hvordan barn kommuniserer det de strever med og hvilken påvirkning det har på deres fysiske- og psykiske helse og deres trivsel. Hvordan helsesykepleierne velger å jobbe med barn og hvilke steg de tar for videre oppfølging.

I kategoriene kommer det frem at det er store likheter i hvorfor barn tar kontakt med helsesykepleierne. Alle viser til at barna bruker kroppen i kommunikasjonen. Uansett om det er akutte fysiske plager, eller om kroppen brukes som inngangsportal for å kommunisere andre ting de strever med.

Kategorien ”barns trivsel og aktivitet” viser at det er en forskjell på hvordan helsesykepleierne ser på kroppen og trivsel. Alle er enig om at fysisk aktivitet er viktig for barns trivsel, men betydningen av kroppen blir tolket ulikt. Noen ser på trivsel i sammenheng med en kropp i fysisk aktivitet, mens andre ser på kroppen i forhold til barnets egen forståelse om sin kropp i sammenheng med trivsel. Med andre ord er det et skille mellom kroppen som en helhet.

Underkategorien viser til stor enighet mellom informantene om økt databruk. Alle ser at tiden foran skjermen øker og at kommunikasjonen mellom barn er endret. Før var barna mer ute og lekte sammen, mens de i dag kommuniserer sammen på en plattform over internettet. Det er noe uenighet om i hvilken grad dette påvirker barna. Noen føler ikke at det er kun negativt, og at barna lærer mye om kommunikasjon og samarbeid gjennom dataspill. Mens andre sier at det har bidratt til økte konflikter blant barn. Venner blir valg ut i fra om de spiller samme spill og det øker presset på å vinne sammen. Noen har opplevd at det kan føre til ulike somatiske plager og skolevegring.

En stor del av det daglige arbeidet helsesykepleierne har er beskrevet i kategorien ”konflikthåndtering”. Det er enighet mellom helsesykepleierne at barn oppsøker dem gjerne etter friminuttene og forteller om konflikter med andre barn i pausen. Enten det ble sagt noe stygt, eller de har kranglet. Dette er en gjenganger som ofte løses der og da. Barna har ofte vanskeligheter hjemme med foreldrene, eller foreldrene har det vanskelig, noe som påvirker barna. Det er enighet mellom informantene om at målet er alltid å involvere foreldrene i samtalen. Noe som er mer utfordrende jo eldre barn er, på grunn av taushetsplikt. Med de yngste barna jobber alle informantene sammen med foreldrene, ved å fremme barnets stemme.

Hvordan helsesykepleierne velger å gå videre i oppfølging av barn som strever viser noen ulikheter. Det kommer frem at det er forskjeller fra kommune til kommune. Noen velger å jobbe mest mulig selv med barna før de henviser videre til psykolog og BUP. Andre benytter seg tidlig av lavterskeltilbudet i kommunen i form av familiehelsestjenesten, der det jobber en psykolog og en familierapeut. Det er kun i en kommune der helsesykepleierne benytter seg av fysioterapeuter og psykomotorisk fysioterapeuter, med god effekt. De andre hadde ikke

kjennskap til psykomotorisk fysioterapi, og fysioterapeuter var ikke første valget for videre utredning.

De kategoriene som er valgt for å fremstille datamaterialet er knyttet til hverandre og går inn i det jeg mener er essensen for å kunne besvare problemstillingen. Videre skal funnene nå diskuteres med hjelp av teorien.

6.0 DISKUSJON

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i hvilke opplevelser helsesykepleierne har i møte med barn fra 1.- og – 5. klasse. Fokuset ligger på hvorfor barn tar kontakt og hvordan de ordlegger seg i kommunikasjonen i forhold til sine fysiske og psykiske utfordringer, og hvordan helsepersonell tolker disse. Problemstillingen er: *”Hvilke opplevelser har helsesykepleierne i skolehelsetjenesten av det barn strever med og hvilken opplevelser har de av barns kommunikasjon gjennom kroppen?”*

I følgende del skal funn fra analysen diskuteres med hjelp av teorien som ble presentert tidligere i oppgaven. I arbeidet med analysen ble det utviklet fire kategorier og en underkategori. Disse er representativ for informantenes egne opplevelse av møter med barn fra 1.- og -5. klasse. I diskusjonsdelen ble det valgt, med kategoriene fra analysen i bakhodet, å lage fokusområder som knytter noen av kategoriene sammen. Dette valget ble tatt siden teorien som ligger til grunn i kategoriene fra analysen er beslektet og kan diskuteres som et fokusområde. De fokusområdene som skal diskuteres er ”Kroppen som taler”, ”barns trivsel og databruk” og ”veien videre – tverrfaglighet”.

6.1 Kroppen som taler

I kategorien ”kommunikasjon og barns språk” kommer det frem at alle informanter har ganske så like erfaringer med barn som bruker kroppen som kommunikasjonens talerør. Alle har erfart at barn ofte bruker en kroppsdel til å åpne for kommunikasjonen, og helsesykepleierne mener selv at terskelen for å oppsøke dem er lavere når det er kroppen som står i fokus. Det er mange barn som klarer fint å legge ord på opplevelsene sine og har ord for

å beskrive det de opplever eller strever med. Noen av helsesykepleierne har opplevd vanskeligheter med å kunne forstå det barn ønsker å kommunisere gjennom kroppen. Dette blir enda tydeligere når det ikke ligger akutte skader eller foregående hendelser til grunn som kan forklare den kroppslige smerten. Hvordan informantene tolker det kroppen ønsker å formidle er noe ulikt, noe som kommer frem i kategorien ”Barns trivsel og fysisk aktivitet”.

Det er selvfølgelig viktig å huske at barn som kommuniserer gjennom en finger som er vondt, eller har vondt i magen, ikke nødvendigvis strever psykisk. Kanskje denne fingeren er vondt på grunn av klatring i et tre, eller magen kniper på grunn av noe barnet har spist. Men kommer barnet flere ganger med en vondt finger, uten at det kan settes i sammenheng med en foregående hendelse, kan det tenkes at barnet prøver å fortelle noe annet. Spesielt når smertene flytter fra en kroppsdel den ene dagen, til en annen kroppsdel neste dagen. De kroppslige plagene barn rapporterte om oftest hos alle helsesøstrene var: vondt i en finger, tå, eller skulderen, armen eller foten, vondt i hodet og vondt i magen.

Hvis man ser på fenomenet i forhold til barnets språkutvikling som ble beskrevet i teoridelen, så har de fleste barn i skolealderen utviklet et godt ordforråd. Vi så at de aller fleste barn følger den samme kurven i utviklingen (Passer & Smith, 2008). Språkutviklingen er tett knyttet til barns kognitive utvikling og de fleste vil følge den samme kurven, med noen unntak. Barn i 6-års alder har i stor grad lært å tenke logisk. Det vil si at de klare å bruke logisk resonnement for å løse oppgaver. De vil også i større grad forstå et årsaks - virknings forhold, for eksempel kan de nå forstå at de kan få vondt i magen hvis de spiser for mye søtsaker (Norsk Digital Læringsarena, 2017)). Forutsetninger til å sette ord på opplevelser, eller det barnet er opptatt av burde derfor være utviklet hos de fleste barneskolebarn. I språkutviklingen fra teorien kom det frem at barn lærer fra sine nærmeste omsorgsgivere. Foreldrene leser høyt, lage dyrelyder og snakke med barnet (Passer & Smith, 2008). Hvorfor kan noen barn beskriver med ord hvordan de har det, mens andre ikke kan det? Det kan tenkes at et avvik i ordforrådet hos barn kan ha sammenheng med et hjem der foreldrene kommuniserer lite med hverandre, og med barnet. Noen har kanskje ikke tid eller en tradisjon for å lese høyt for barnet. Blir barnet ikke stimulert til å snakke kan språkutviklingen der med forsinkes, eller barnet har ikke lært å sette ord på ulike ting enda. Som nevnt ligger de fleste barn på samme kurven, men den nevrobiologiske utviklingen kan variere fra barn til barn.

Noen barn har kanskje erfart at det å snakke om sine følelser og opplevelser ikke alltid har ført til en positiv respons (Haavind, 2016). Barn trenger å bli sett og er avhengig av sine nærmeste omsorgsgivere og lærer av det miljøet de befinner seg i. I tilknytningsteorien har vi sett at barn, som har omsorgsgivere som tilpasser sin emosjonelle kommunikasjon på en fundamental måte, utvikler en god trygghet (Skre, 2018). Barn med en utrygg tilknytning til sine viktigste nærmeste kan overføre denne uttryggheten til andre personer og andre situasjoner. Hvis barn opplever at foreldrene ikke er sensitiv til det barn prøver å kommunisere, kan det tenkes at barn har vanskeligheter med å kommunisere med andre mennesker på grunn av det de har erfart tidligere. Foreldre som ikke takler barnets vanskelige følelser eller barnets vanskelig atferd kan avfeie barn som prøver å formidle sine behov. Noen foreldre kan reagere med sinne på barns forsøk å formidle følelsene sine. Mæhle (2017) viser til at barns tilknytningserfaringer har utviklingsmessige konsekvenser, at de blir generalisert som en sosial innstilling og så med påvirker hvordan nye erfaringer takles. Omsorgsgiverens responsivitet på barnets behov i situasjoner med høy emosjonell aktivering er relevant i familiesamspillet. Familier med barn som har reguleringsvansker kan viser tegn til ikke – optimale relasjoner, da barns negative affekter (følelser) blir fortolket som skremmende og utålelige. Har barn erfart en slik tilknytning til de viktigste personer rundt dem, kan det være sannsynlig at barn overfører tidligere erfaringer i møte med helsesykepleier. For å unngå de samme reaksjonene fra helsesykepleierne kan barn derfor bruke kroppen for å innlede kommunikasjonen for å nærmest ”teste” situasjonen. Dette bekreftes av H1, som opplever det slik at fysiske skader eller vondter ikke er tabubelagt, men så fort barn har vondt et sted er det legalt å ta kontakt.

H1 forteller at hun opplever psykiske lidelser som svært stigmatisert. Hun har erfaringer med mange barn som kommer med en finger de har vondt i, og etter flere samtaler med barnet kan det komme frem at en av foreldrene sliter med en psykisk sykdom/utfordring. Hun opplever disse foreldrene som adekvat når hun møter dem, men sier hun er klar over at det kan snu fort når de kommer hjem. Barn som vokser opp med en forelderdel som har en psykisk lidelse er i en sårbar situasjon. I teorien om helseskadelige faktorer ser vi at barn som er sårbar og lever under moderat stress, kan bli truet i sin psykiske likevekt. Risikoen for å utvikle en psykisk lidelse vil øke hos disse barn (Skårderud, 2016).

Det er i følge helsesøstrene mange barn som har foreldre som går gjennom en skilsmisse, som er ofte en stor belastning for både foreldre og barn. Som beskrevet tidligere er det ikke alltid barn kan kommunisere sine følelser når omsorgsgiveren ikke er sensitive mot dem, eller åpen

for det barn har å si, når de selv står i en vanskelig situasjon. Barn kan uttrykke seg på nonverbale måter gjennom kroppslige reaksjoner og unngåelsesatferd. Barn som lever i et familieforhold som er konfliktfylt vil takle det på ulike måter (Haaland, 2017). Det er nærliggende å tenke at barn som har foreldre som skal skille seg er redd for å belaste eller såre foreldrene sine med sine egne følelser. Mange kan derfor la være å snakke med foreldrene sine. Her kan det være en mulighet for barn som bærer på vonde følelser knyttet til en skilsmisse å bruke kroppen for å kommunisere i møte med helsesøsteren. Enten har de vondt i magen eller de viser tegn på atferdsproblemer, så er det en mulighet for barnet å søke kontakt i håp om å formidle noe de bærer på. Det er ikke sikkert barn har ord for det de strever med, men ønsker hjelp av en voksen til å nøste opp i følelsene når ikke foreldrene er tilgjengelig.

Helsesykepleierne ga uttrykk for at de ofte prøver å snakke med barn om det de er opptatt av og møter barn der de er. H4 forteller hun er opptatt av å lære barn som ikke har ord for å uttrykke det som er vanskelig eller vondt, å finne ord. Hun har undervisning inne i klasserommet om hvordan barn kan snakke om følelser og tanker. Dette kan hun gjøre med å bruke farger, der røde farger er vonde/vanskelige følelser og grønne er gode følelser. Alle helsesykepleiere snakker med barn om hva de liker å gjøre, om de trives på skolen og om de har noen å være sammen med. På den måten får de informasjon om hvordan det går hjemme og om barna har et sosialt nettverk til andre. De er enige om at det er viktig å fokusere på det som er positivt rundt barnet. H1 og H4 mener at det spesielt viktig å spørre mange spørsmål til de barn som ikke har ord for å beskrive det som er vanskelig eller vondt, og de som kommer med en vondt finger eller tå, for eksempel. Dette viser at helsesykepleier har god evne til å kommunisere med barn. Som vist i teoridelen om kommunikasjon med barn, skal det alltid foregå på barns premisser. Det å bygge tillit tar tid og oppnås best ved at barnet føler seg sett.

Helsesykepleierne informerer alltid barna om hva de kommer til å snakke om neste gang og hva som vil skje videre. På denne måten blir det forutsigbart for barnet og barnet kan føle seg trygg (Eid & Eide, 2008). Hos de mindre barn skal foreldrene alltid informeres når barn har tatt kontakt med helsesykepleieren. H1 mener det er en måte på å involvere foreldrene i det barn strever med. Mange foreldrene er ikke klar over at barnet strever, og barn er ikke alltid positiv til at foreldrene skal involveres. Er det alltid hensiktsmessig å involvere foreldrene i kommunikasjonen? Det er lett å tenke at det er bedre for barnet når foreldrene holdes utenfor, siden det er der konflikten ligger og setter barnet i en vanskelig situasjon. Men barn er en del

av en familie, og familier i dag kommer i ulike former og de utfordringer som er knyttet til det. Er det alvorlige konflikter med foreldrene som for eksempel overgrep, har helsesykepleierne meldeplikt, i følge H1. Som beskrevet tidligere i tilknytningsteorien har man sett i behandling av barn med psykiske utfordringer, at det er gunstig i behandlingsforløpet at foreldrene og omsorgspersoner er mest mulig til stedet og involvert (Skre, 2018).

Når barn snakker gjennom kroppen er det nærliggende å se på kroppen i forhold til kroppsfenomenologien som ble beskrevet i teoridelen. Siden vi både er og har en kropp kan vi ikke skille mellom kropp og sinn (Bunkan, 2008). Merleau -Ponty betraktet kroppen som et subjekt og anså persepsjonen som en forutsetning for tenkning. Kroppen er alltid tilstedet for meg, og at det er gjennom den at verden fremtrer i tid og rom (Merleau – Ponty, 1994). Slik det tolkes her mener han at når vi er bevisst, kommuniserer vi innenfra med verden, med kroppen og de rundt oss. Der med er det en sammenheng mellom kroppen, det vi føler og tenker og samfunnet rundt oss. Når vi ikke er bevisst, eller ikke har kontakt med enten kroppen, det vi sanser/føler eller de rundt oss, påvirker det hverandre. H3 forteller at hun opplever at barn som gir uttrykk for vondt i magen ofte opplever mye stress i hverdagen sin. Hun mener disse barn har mindre tid til å tenke over hvordan de har det, og har mindre kroppskontakt. Hun føler at kroppen ofte blir mangelvare. I følge H3 er det ikke alt en kan sitte og prate seg gjennom, men at man må bruke kroppen for å få kontakt med kroppen igjen.

Når vi ser på utsagn til H3 kan den også ses i lys av affektbevissthet, som beskriver en persons mulighet til å legge merke til, tolerere, reflektere over og setter ord på emosjonelle erfaringer (Gulbrandsen, 2017). Barn som står under stress i hverdagen, enten på grunn av en vanskelig situasjon hjemme, eller på grunn av for mange aktiviteter, vil ikke ha tid til å kjenne etter sine følelser og reflektere over tankene sine. Når de ikke er bevisst sine følelser, må de sette seg et sted og kan gi uttrykk i kroppen. Ved å bruke kroppen kan følelsene og tankene komme til overflaten igjen, og gir mulighet til å kjenne etter og reflekterer over dem. Dette viser at det er et konstant samspill mellom kroppen, følelser/tanker og omverden. Mangler barn bevissthet i et av områdene, påvirker det et av de andre områdene.

6.2 Barns trivsel og databruk

I kategorien ”barns trivsel og fysisk aktivitet” kom det frem at helsesykepleierne hadde ulike syn på kroppen i forhold til barns psykiske helse. I denne oppgaven vektlegges ikke fokuset på fysisk aktivitet i seg selv. Her ønskes det å sette barns psykisk helse i sammenheng med deres fysiske aktivitet og trivsel. I underkategorien ”databruk” kom det frem at det er en stor del av barns hverdag og ble derfor satt i samme kategori som barns trivsel.

På spørsmålet om hvordan helsesykepleierne ser på kroppen i forhold til psykisk helse, resulterte det i ulike svar. Noen ser på kroppen som ren fysisk, altså kroppen og utseende, mens andre tolker kroppen i forhold til psykisk helse som en enhet, kropp og sinn. H4 mener hun ikke kan svare på spørsmålet om det er sammenheng mellom hvordan barn har det i kroppen sin og barns psykisk helse. I følge helsesykepleieren er det vanskelig for henne å se sammenhengen på grunn av barn ofte mangler ord for å beskrive hvordan de har det. Hun forteller om de barn hun opplever som strever med overvekt som kan henge noe etter i gym timene. Hun mener det er noen av disse barn som plages av å ikke kunne mestre det samme som de andre, mens noen er mindre påvirket. Hvorfor blir noen barn påvirket, mens andre ikke gjør det?

Barn som påvirkes av sin overvekt kan har erfart at deres handlinger har ført til lite mestring. Som H4 sier selv er det forskjeller på hvordan barn takler sin overvekt og dens konsekvenser. I lys av teorien om tilknytning kan det tenkes at barn med en trygg relasjon til sine nærmeste omsorgspersoner påvirkes mindre enn de som har en utrygg tilknytning. Har barnet erfart anerkjennelse og en positiv respons til det som formidles og gjøres, er det nærliggende å tenke på at barn overfører dette til andre relasjoner og situasjoner. I følge Hafstad & Øvreeide (2017) får barnet anerkjennelse og støtte til å registrere sine emosjonelle uttrykk gjennom at den voksne aksjon punkterer barnets opplevelseskvaliteter. Så med kan barnet holde fast ved og erfare sin tilstand. Barnet blir sett der den er, og i hva den gjør og opplever. Får barn som er overvektig negativ respons fra sine nærmeste på det de gjør, kan de ha erfaring med følelser av å ikke strekke til. Barn ønsker ikke å være annerledes enn de andre barn og følelsen av å ikke mestre de samme aktivitetene i gymtimene kan dermed ha en negativ utvirkning på barnets psyke.

Å se på barnet med en overvektig kropp, og det dette medfører av begrensninger i forhold til aktivitetsnivået, blir et for ensidig syn i forhold til konsekvensene for barns psykisk helse. Hvis man ser forbi selve ”kroppen” hos overvektige barn, og ser på hele barnet, kan det være

mulighet for at barnet kan kjenne på mestring uansett hvilke erfaringer barnet har fått gjennom sin tidligere tilknytning. Ved å tilpasse aktiviteter til barnets nivå, der barnet er, trer selve kroppen i bakgrunn, og viser at man ikke kan se på barnets mestring og psykisk helse kun i forhold til tilknytningsteorien. I teorien om helsefremmende faktorer kommer det frem at man ikke lenger fokuserer kun på de helsetruende faktorer hos et individ. Patologien sees i forhold til både individets ressurser, og ressursene til de som er rundt individet (Skårderud, 2016). I følge denne teorien ser man ikke kun på barnets overvekt i seg selv, men fokuserer på barnets ressurser og på ressursene til de som er i miljøet rundt barnet. Dermed kan helsearbeidere være med på å identifisere hvilke forhold som ligger til grunn for overvekten og påvirke forandring rundt barnets overvekt.

Når H2 skal ha en samtale med barn bruker hun kroppen som en inngangsportale for kommunikasjon ved å ta dem med ut på tur. Dette gjør hun både får å få frisk luft, og fordi hun vet at det er bra for kroppen å bevege seg. Hennes egen opplevelse er at hun føler seg bedre når hun trener. På denne måten får hun barn i aktivitet der de kan kjenne på kroppen, og sier at det er enklere for barn å sette ord på de ting de strever med. Barn gir henne tilbakemelding på at det var godt å komme litt ut. I lys av affektbevissthet får barn her muligheten til å kunne legge merke til, kjenne og tolerere følelser/tanker og reflekterer over følelsene. H2 tilrettelegger dette ved å gå tur og hun gjør det på barnets premisser. Hun gir barnet tid til å kommunisere mens de gjør noe sammen og barnet synes er hyggelig. På den måten bygges det tillit til helsesykepleieren og fokuset ligger ikke lenger på det barnet strever med, men på å gå tur. H2 begrunner valget sitt med at fysisk aktivitet er viktig for psykisk helse, og vi vet at det er positivt å bruke kroppen. Men kroppen er mer enn fysisk aktivitet. Som vi har sett i kroppsfilosofien er det samspillet mellom kroppen, sjelen og omverden som utgjør hvordan vi ser på oss selv og på verden (Merleau – Ponty, 1994).

H1 og H3 ser en klar sammenheng mellom kroppen, trivsel og psykisk helse. Begge helsesykepleierne legger personlig stor vekt på barns kroppskontakt i forhold til psykisk helse. Hvorfor er det forskjeller på det synet helsesykepleierne har på kroppen?

Med kroppskontakt menes her ikke kontakten mellom to mennesker, der kroppene møtes. Her menes med kroppskontakt en forutsetning for et godt og strukturert kroppsbilde (Bunkan, 2008). Bunkan (2008) bruker begrepet kroppskontakt når vi har et velutviklet kroppsbilde av oss selv. Hun mener at et godt utviklet kroppsbilde av oss selv er en forutsetning for å ha kroppskontakt. Kontakt med oss selv, kontakt med omverden, kontakt med realitetene,

primære relasjoner, realistisk selvopplevelse, selvtillit, kontakt med andre og sosial fungering. I følge Bunkan (2008) er fysisk aktivitet med på å styrke barns kroppsbilde og er vesentlig for at barnet skal utvikle et selvstendig ”jeg”. Det er et betydelig sosialt aspekt ved kroppsbildet, særlig i måten andre møter vår kropp. Når andre rundt oss gir positive, negative eller nøytrale tilbakemeldinger vil de integreres i vår kroppsbildet, og blir medvirkende til vår selvoppfatning. På denne måten utvikler vi den rammen vi forstår verden ut fra. Kroppsbildet er et sentralt begrep siden den er med på å styrke oss.

Hvordan helsesykepleierne møter de barn på som tar kontakt er ikke kun avhengig av barnet som kommer. Helsesykepleierne møter barn med de egne erfaringer de har og sine egne livshistorier. Den erfaringen de har som individer vil variere og vil komme til uttrykk i hvordan de tolker kroppens betydning i forhold til psykisk helse, og hvordan de tolker det som blir formidlet. H3 er i gang med en utdanning som medisinsk yogalærer og er opptatt av å kjenne på kroppen, følelser, tanker og hvordan de henger sammen. H1 har erfaring med barn som har gått i psykomotorisk fysioterapi, og hvordan disse barn vokser i seg selv. Hun mener barn som har gått i denne kroppsbehandlingen har fått ordene på overflaten og vokst større i seg selv. Begge helsesykepleierne har erfart en positiv opplevelse med å bruke kroppen, der den fysiske aktiviteten i seg selv ikke står i fokus. Begge gir uttrykk for at en balanse mellom aktivitet og avspenning er viktig for vår psykiske helse. Det viser at H1 og H3 har en annen personlig tilnærming til kroppens betydning enn H2 og H4 har. H2 og H4 tolker kroppen i forhold til psykisk helse med en kropp som er fysisk aktiv, og kroppens betydning i forhold til utseende.

I intervjuene har fokuset ligget på erfaringer helsesykepleierne har med barn de møter, de har ikke fått spørsmål om sine erfaringer i forhold til sin egen oppvekst og erfaring. Forskjellen mellom de ulike syn og tilnærminger til kroppens betydning for barns trivsel, kan allikevel gi grunn til spekulasjon for deres egen erfaring med sin tilknytningshistorie, affektbevissthet og kommunikasjon i forhold til kroppen. Uansett hvilke egne erfaringer helsesykepleierne har med seg, vil det være utslagsgivende på hvordan de møter barn, og hvordan de tolker det barn prøver å formidle.

Når det gjelder databruk (skjermbruk) er alle helsesykepleierne enig om at barn spiller mye dataspill eller ser mye på data, helt ned fra 1.- til 5. klasse. De observerer at mange barns lekevaner har forandret seg fra å leke ute, til å sitte inne. Om de ser en sammenheng mellom databruk og barns trivsel er det noe uenighet mellom helsesykepleiere. I 2018 publiserte

verdens helseorganisasjon (WHO) den ellefte versjonen av ”International Classification of Diseases” (ICD -11), som inkluderer alle internasjonale anerkjente diagnoser (WHO, 2018). Her ble spilleavhengighet (gaming disorder) inkludert for første gang som en egen diagnose. Avgjørelsen for å inkludere spilleavhengighet som diagnose ble tatt på bakgrunn av evidens basert forskning gjennomført av WHO. Eksperter fra ulike felt og fra ulike land var involvert i den tekniske konsultasjonen gjennomført av WHO, i prosessen for å utvikle ICD-11. I følge WHO er det kun en liten prosent av befolkningen som utvikler spilleavhengighet. Men det er viktig å følge med de som er aktiv på digitale eller video spill, spesielt i forhold til tidsbruk. Når tiden brukt på spill ekskluderer tidsbruk på andre dagligdagse aktiviteter og det forekommer forandringer i den fysiske og psykiske helsen, og sosial fungering, er det viktig å følge med om dette kan tilskrives et mønster i personens spilleatferd (WHO, 2018).

To helsesykepleiere er enig om at barns trivsel står i sammenheng med mye dataspill. I følge dem er det mange barn som bruker mye tid på dataspill og sitte inne, og rapporterer at de har vondt i magen, eller i kroppen. Hos enkelte har det ført til skolevegring. Barn som er mye stillesittende foran data/skjerm er mindre i fysisk aktivitet. De sitter ofte i samme stilling over flere timer, med repetitive bevegelser som kan forårsaker smerter og skader i kroppen (Kvam, 2015). Men vondt i magen er diffus og må ikke ha direkte sammenheng med selvet databruk.

Skolevegring er ingen definert diagnose, men et økende problem helt ned i barneskolen (Bjørndal & Vigran, 2012). I følge Bjørndal & Vigran (2012) trives de fleste barn på skolen. De mener at vanskene knyttet til skolevegring ikke kun omfatter eleven, men at det er faktorer ved eleven, skolen og hjemmet som må tas hensyn til. Skolevegring sees som et uttrykk for at eleven blir utfordret ut over sine evner på en, eller flere arenaer, som skole, blant venner eller innen familien. Derfor bør det alltid vurderes hvilken funksjon vegringen kan ha både for barnet og familiesystemet. Hvorfor barn ikke klare å gå på skolen kan ha mange grunner. Enten de blir mobbet eller har sosiale vanskeligheter på skolen, faglige problemer, stadig skiftene lærere og manglende tilrettelegging. De kan oppleve problemer med foreldrene eller i hjemmet, eller har individuelle utfordringer som angst eller depresjoner. Barn som strever med skolevegring er ofte sårbare og har angstlignende tilstander. De har ofte lav selvtillit og kan vise et negativ tolkemønster i møte med omverden, noe som gjør de sårbart i forhold til venner da de vil tolke utsagn annerledes enn det de var ment som. Som beskrevet tidligere er ikke skolevegring i barneskolen et stort problem, men den er økende. Skolevegring er et sammensatt problem som beskrevet av Bjørndal & Vigran (2012).

Er det sannsynlig å anta at dataspill er en årsak til skolevegring? I følge Fellmann (2016) er svaret utvilsomt ja. I en veileder hun har utarbeidet for ansatte i skolen kommer hun frem til at spesielt spill som kalles for MMORPG -spill er avhengighetsskapende. Det spillet som helsesykepleiere mente opptar barn mest fra 1.- og til 5. klasse er Fortnite, et såkalt MMORPG- spill. MMORPG står for: "Massively Multiplayer Online Roleplaying Game". I disse spillene skaper og kontrollerer hver spiller en karakter, som samhandler med andre spillere. De slåss mot monstre for å få erfaring, øke ferdigheter og stige i nivå og oppnå forskjellige objekt i en bestemt rekkefølge (Fellmann, 2016). I følge helsesykepleierne byr slike spill til ulike utfordringer. Barn kan ikke avslutte spillet når foreldrene ber dem om det, eller når de selv ønsker det. Dette er fordi barnet ødelegger for de andre spillerne hvis spillet plutselig avbrytes, noe som kan føre til problemer i vennegjengen som spiller sammen. Selv om spillet er sosialt, siden de snakker med hverandre mens de spiller og har det gøy, så ligger det mye press på presentasjon. Dette sier H1 hun får med seg på skolen. Barn avtaler å møtes etter skoletid for å spille, men inkluderer ikke alle i vennegjengen. De barn som ikke ligger på samme nivå i spillet som klassekameratene, eller ikke spiller like mye blir ekskludert.

Barn sitter i flere timer i strekk og spiller. H1 forteller om barn som roper til moren sin for å få noe drikke, siden de ikke kan ta en pause på grunn av de andre som spiller samtidig. Barn går ikke på do tidsnok og har uhell av samme grunn. I følge rådene fra WHO (2018) er det viktig å følge med om de dagligdagse ting blir forstyrret på grunn av spillingen. Når barn ikke klarer å få i seg vann og mat, eller går på do på grunn av spillingen kan det bli et problem. Selv om det ikke må foreligge en diagnose om spilleavhengighet kan barnets psykiske og fysiske helse være i fare. Barn kan bli oppslukt av spillet at de ikke registrere kroppens signaler om sult, tørst og behovet for å tømme tarmen og blæren. Kroppen blir også her mangelvare mens hodet jobber på høygir. Det er mange sanseintrykk og mye presentasjonspress. Dette kan gi utslag som stress hos barnet, og er barnet sårbar kan den psykiske likevekt trues, noe som gjør barnet utsatt for en psykisk lidelse (Skårderud, 2016).

H2 mener barn tror de slapper av mens de spiller, når de egentlig er i en aktivitet som er stressende. Om barn har vondt i magen av den grunn at de ikke hører på kroppen om når de må spise eller tømmer seg, eller er vondt i magen et symptom på at barnet står under mye stress på grunn av spillet kan spekuleres. Hvordan skal barn lærer om selvregulering når de ikke tar pauser, til å få muligheten til å registrere kroppen, følelser og tanker? Som beskrevet i skolevegring, så er det ofte sammensatte faktorer som spiller inn. Det er ikke kun barnet som berøres når spillingen blir et problem, men det blir et familieproblem. Blir utfordringene for

stor for foreldrene å håndtere situasjonen, kan de søke om hjelp. Barn under 18- år skal få hjelp i følge prioriteringsveilederen – psykisk helsevern for barn og unge, innen en veiledende frist av tolv uker (Helsedirektoratet, 2015).

Barn er sosiale når de kommuniserer med andre mens de spiller, og H1 og H4 mener det ikke er kun negativt med digitale spill. H1 er ofte imponert over hva barn får til når de bygge ting i spillene. Det er i følge H1 en god læringsplattform, men det er store forskjeller på spillene. Hun mener det et godt middel i kommunikasjon med barn, å snakke om spill som engasjerer barn. Etter hennes erfaring er det en god mulighet for å finne ut hvor mye tid barnet tilbringer med spill, og om barnet har andre interesser og aktiviteter. Hun føler at barn lukker seg når de føler at man har en negativ innstilling ovenfor spilling. Selv har hun lite erfaring med spill og kan lite om dem, men ser mye positivt. Det samme gir H4 uttrykk for. Barn lærer mye om data på digitale spill, og er i sosial kontakt med vennene sine. De mener begge at det kan være enklere for barn som har sosiale utfordringer å ha et sted der de kan kommunisere med andre. H2 mener det er muligens vår generasjon som ønsker at barn skal leke ute, sykler og klatrer i trær, siden det var slik vi har vokst opp. Men tiden har forandret seg og digitale spill har kommet for å bli.

I de skolene mine informantene jobber i har alle barn fått nettbrett av skolene, og læring foregår på en digital plattform. Spesielt i dag der digitale læringsplattformer og spill er utbredt og selv de minste barn tilbringer mange timer foran skjermer, blir det enda viktigere at fokuset på kroppen ikke glemmes i fremtiden. Det styrkes i forhold til teorien om affektbevissthet der barn lærer tidlig muligheten til å legge merke til, tolererer, reflekterer over og setter ord på emosjonelle erfaringer (Gulbrandsen, 2017). Fenomenet er relativt nytt og det er først nå vi begynner å forstå utvirkningene av den. I noen skoler har man begynt med avspennings-, eller Mindfulness timer, med gode resultater (Havik, 2017). Det er viktig at barn har muligheter til å bruke kroppen i gymtimene, men det blir enda viktigere å lære barn forskjellen mellom aktivitet og avspenning for å fremme en god utvikling av barnets selvregulering.

6.3 Veien videre - tverrfaglighet

I kategorien ”konflikthåndtering” kom det frem at en stor del av helsesykepleiernes arbeidsdag består av å jobbe gjennom konflikter barn strever med. Noen av konfliktene barn

opplever på skolegården kan håndteres der og da. Konfliktene barn har med foreldrene eller sine omsorgspersoner er en større utfordring.

Som beskrevet tidligere har barn mange konflikter med vennene sine. Enten de føler seg utestengt, eller urettferdig behandlet, så prøver helsesykepleierne å jobbe gjennom konfliktene sammen med barn. Noen føler de blir utestengt på grunn av dataspill. Dette foregår etter skoletiden, men barn bruker mye tid på å snakke om spillene på skolen og avtaler når de skal møtes. H1 forteller hun hører når de avtaler å møtes og at noen ikke får lov å være med. Det er barn som ikke har lov av foreldrene å bruke tid på digitale spill, eller de har mange aktiviteter etter skoletiden. Disse barn har lite å komme med i konversasjonene om spill på skolen. Det er vanskelig for helsesykepleierne å hjelpe de barn som utestenges siden det foregår utenfor skoletiden. Helsesykepleierne prøver å finne ut når barn er ensom, om de har andre å være sammen med, som beskrevet tidligere i avsnittet om hvordan de kommuniserer med barn. Foreldrene skal alltid involveres tidlig når barn tar kontakt med helsesykepleier. Det viser seg ofte at barn som strever på skolen, også strever hjemme. Dette gjør det til et familieproblem. H4 forteller at det er mange barn som lider på grunn av en situasjon hjemme, for eksempel overgangen av å flytte mellom to hjem. Foreldrene er ikke alltid klar over at deres atferd påvirker barnet negativt. I følge helsesykepleieren føles det ofte delikat å måtte megle i slike konflikter, fordi man trår inni noe som er svært privat. Det er ikke alltid barnet ønsker at foreldrene skal informeres, men når barn er så unge gjelder ikke taushetsplikten. Informantene bruker mye tid på å fortelle barn at det er lurt hvis foreldrene vet om situasjonen, og ifølge alle helsesykepleierne er det et mål å involvere foreldrene på et tidlig tidspunkt. Dette viser at de jobber i tråden av tredimensjonale modellen som beskrevet i helsefremmende faktorer som ikke lenger fokuserer kun på patologien, men også på ressursene av individet og ressursene av mennesker i miljøet. På den måten kan en få et innblikk i de ulike faktorene som kan spille en rolle i dette samspillet for å oppnå forståelse og være med å påvirke (Skårderud, 2010). Helsesykepleierne prøver alltid å megle på barnets vegne, slik at barnets stemme kommer frem. Noen ganger kjenner helsesykepleierne at de må spille på andre yrkesgrupper for å fremme barnets eller familiens sak.

Som det kom frem i kategorien om ”tverrfaglighet” er det ulik prioritering til hvilken yrkesgruppe de velger å sende videre til. Innledningsvis i oppgaven ble det gjort rede for hvordan kommunens helsetjenester er organisert. H1 og H3 velger ofte å sende barnet og foreldrene videre til fastlegen, for en utredning av ulike årsaker for å kunne utelukke fysiske årsaker. H1 har erfaringer med barn som har mye vondt i hodet, der det viser seg at årsaken

har vært dårlig syn. H3 har erfaringer med barn med mye vondt i magen, der det har vist seg at de har hatt en matallergi som var årsak til smertene. Begge er enig i at man ikke alltid må mistenke en psykisk årsak med en gang, og at det er enklere å jobbe videre med barn som er utredet for somatiske plager. Opplever barn fortsatt diffuse smerter etter de har blitt utredet ber de ofte fastlegen til å henvise til BUP. H1 og H3 har jobbet mye sammen med en psykomotorisk fysioterapeut, med god erfaring.

H2 ønsker å jobbe med barnet selv en stund før hun sender videre til fastlegen, eller familiekontoret. Hun mener at fysioterapeuter ikke er første prioritet. Det samme gir H4 uttrykk for. Forskjellen i hvordan informantene velger å jobbe videre med barn sier noe om forskjeller i hvordan de tolker barnets plager og det kroppen prøver å formidle. Som beskrevet tidligere har to av helsesykepleierne et kroppsfenomenologisk syn på kroppen, mens de to andre ser på kroppen i forhold til fysikken og utseende. De to som betrakter kroppen som en helhet i trå med kroppsfenomenologien jobber sammen med fysioterapeuter.

Men alle helsesykepleierne informerer foreldrene om lavterskeltilbudet ved familiekontoret i kommunen. I følge Brunstad (2017) menes med lavterskeltilbudet at man på en enkelt, tydelig og direkte måte skal kunne komme i kontakt med behandlere med sine psykiske helsebekymringer og plager. Det trengs ingen henvisning fra legen der man havner på en venteliste og utsettes for lang saksbehandlingstid. Tjenesten er gratis og skal være tilgjengelig for alle og tilby hjelp der og da, eller hjelp til å bli sent videre til adekvat plass. Helsestasjon, skolehelsetjeneste eller helsestasjon for ungdom er eksempler for tjenester som har en åpen dør for alle barn, ungdom eller foreldre. Her skal alle bli møtt av kvalifisert fagpersonell, oftest helsesykepleiere eller leger, som vurderer, kartlegger, undersøker, gir råd og veiledning. En lavterskeltjeneste bemannet med psykologer, kan være organisert sammen med helsetjenesten og de som kommer dit er ofte henvist av helsesykepleierne. Tilbudet er rettet mot dem som har spørsmål rundt psykiske helseproblemer eller trenger psykisk helsehjelp. Her kan de få hjelp til psykiske problemer eller henvises videre, til for eksempel BUP. Her kan foreldre som er bekymret for et barn henvender seg. De er ofte selv i en sårbar situasjon og tåler ofte lite motstand, bagatellisering eller ignorering. Lavterskeltjeneste skal møte disse foreldrene med aktivt tilgjengelighet og vise engasjement (Brunstad, 2017).

Helsesykepleierne jobber forebyggende i skolene og en av de kommunene mine informanter jobber i har begynt med et tverrfaglig samarbeid fra første skoledag. Når barn begynner i skolen jobber flere faggrupper sammen rundt barn for å fange opp flere aspekter fra starten.

Fysioterapeuter, helsesykepleierne, kontaktlærer, miljøterapeuter, rektor og PPT observerer barn i første klassen i en uke for å kartlegge behovene av hvert enkelt barn fremover. Dette har bidratt til en god skolestart for barn og et godt tverrfaglig samarbeid, der man ser behovene barn har fra ulike perspektivene. H1 og H3 gir uttrykk for hvor viktig det er med denne tverrfagligheten, ellers sitter alle med sin kunnskap og sin perspektiv på hver sin kant.

To av helsesykepleierne har gode erfaringer i samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter, men ikke alle kommuner har denne faggruppen tilgjengelig. De to andre helsesykepleierne har ingen bekjentskap med hva psykomotoriske fysioterapeuter jobber med. Når barnet har tegn på psykosomatiske plager uten at det foreligger en fysisk årsak er det forunderlig at man ikke henviser videre til en yrkesgruppe som jobber med kroppen. Kroppen er en stor del i barns kommunikasjon, og psykomotoriske fysioterapeuter burde være en del av det tverrfaglige samarbeidet i alle kommunene. Fysioterapeutene som bruker kroppen som innfallsvinkel er utdannet til å fange opp og lese kroppens signaler.

6.4 Oppsummering

6.4.1 Oppsummering av kroppen som taler

I denne delen av diskusjonen ble informantenes erfaringer med barn som bruker kroppen som talerør belyst i forhold til teorien som ble introdusert tidligere i oppgaven. Alle informantene har erfaringer med barn som kommuniserer gjennom kroppen. Noen barn klarer fint å legge ord på det de opplever og kan beskrive det de strever med, mens andre ikke kan det. Hvordan helsesykepleierne tolker det kroppen ønsker å formidle er noe ulikt. Noen har vaskeligheter med å tolke de somatiske plagene spesielt når det ikke ligger akutte skader eller foreliggende hendelser til grunn som kan forklare den kroppslige smerten.

Som det kom frem i diskusjonen om barnets språkutvikling følger de fleste stort sett den samme kurven. Ved 6-års alder har barn lært å tenke logisk og kan forstå et årsaks – virkningsforhold og barnet burde ha forutsetninger til å ha ordforrådet til å sette ord på opplevelsene sine. Barnet har kanskje ikke opparbeidet seg et ordforråd på grunn av foreldre som ikke er vandt til å kommunisere med barnet, eller med hverandre. Barnets språkutvikling blir ikke stimulert, noe som kan føre til at barn mangler ordene og kan derfor ikke sette ord på opplevelsene sine.

Noen barn kan ha erfart at det å gi uttrykk for følelser og snakke om opplevelser ikke alltid har ført til en positiv respons. Noen foreldre er ikke sensitiv til barnets forsøk om å kommunisere, noe som kan føre til at barn utvikler en utrygg tilknytning. Denne utryggheten kan barnet overføre til andre personer og situasjoner. Møtet med helsesykepleierne kan føles utrygg for barnet på grunn av tidligere negative erfaringer. For å unngå tidligere negative erfaringer kan barnet bruke kroppen for å kommunisere med helsesykepleierne. Å komme til helsesykepleierne med en finger, eller vondt i magen er legalt og ufarlig, og en måte for barnet å åpne for kommunikasjonen.

Det viser seg at barn med en foreldredel som har en psykisk sykdom/utfordring, ofte bruker kroppen som inngangsport hos helsesykepleierne, fordi psykiske sykdommer/utfordringer er stigmatisert. Det er en lavere terskel å komme med noe som kan relateres til kroppen. Disse barn er sårbar og lever under moderat stress, noe som øker risikoen for å utvikle en psykisk lidelse selv.

Mange barn lever i et hjem der foreldrene skiller seg, noe som er en stor belastning for både barnet og foreldrene. Foreldrene står i en vanskelig situasjon selv og barn ønsker ikke å sår foreldrene. De reagerer ofte med unngåelsesatferd og nonverbale måter gjennom kroppslige reaksjoner. De har ofte vondt i magen fordi de ikke kan gi uttrykk for de vonde følelsene, eller atferdsproblemer. Det er ikke alltid barnet ser sammenheng selv, men de bruker kroppen for å kommunisere med helsesykepleierne, da de trenger en voksen som kan hjelpe å nøste opp i følelsene når ikke foreldrene er tilgjengelig.

Alle informantene er opptatt av å lære barn å sette ord på følelser. Dette gjør de gjennom undervisning i klasserommene, eller i samtale med ett og ett barn. De legger vekt på å stille mange spørsmål, spesielt til de barn som mangler ord for å beskrive hvordan de har det, eller hva de opplever. Det er en måte på å få mest mulig informasjon om barnet har venner, hvordan de har det hjemme, om de trives på skolen, og hva de liker å gjøre. Helsesykepleierne er god på å kommunisere med barnets premisser, noe som skaper tillit. Barnet informeres alltid om hva som kommer til å skje videre og dette skaper trygghet for barnet og forutsigbarhet. Alle informantene legger stor vekt på å involvere foreldrene så tidlig som mulig når barn har tatt kontakt med dem.

Barn som gir uttrykk for vondt i magen opplever ofte mye stress i hverdagen, enten på grunn av en vanskelig situasjon hjemme, eller på grunn av for mange aktiviteter. Disse barn har ofte lite tid til å kjenne etter følelsene og reflektere over tankene sine. Når de ikke er bevisst

følelsene sine, setter de seg ofte i kroppen. Ved å bruke kroppen kan følelsene og tankene komme til overflaten igjen, og gir mulighet til å kjenne etter og reflektere over dem. Dette viser at det er et konstant samspill mellom kroppen, følelser/tanker og omverden. Mangler barnet bevissthet i et av områdene, påvirker det et av de andre områdene.

I denne delen av diskusjonen har jeg forsøkt å svare på problemstilling i lys av teorien. Det kommer godt frem hvilke erfaringer helsesykepleierne i skolehelsetjenesten har med barn som rapporterer kroppslige eller psykiske plager. Det har blitt gjort rede for og blitt diskutert hvordan barn kommuniserer med hjelp av kroppen, og hvilke årsaker det kan ha for at barn bruker kroppen for å kommunisere i møte med helsesykepleierne.

6.4.2 Oppsummering av barns trivsel og databruk

I denne delen av diskusjonen ble helsesykepleiernes syn på kroppen i forhold til barns psykisk helse belyst i forhold til teorien. Barnets psykiske helse ble her satt i sammenheng med deres fysiske aktivitet og trivsel. Databruk ble satt i samme kategori som barns trivsel siden den var en stor del av barnets hverdag.

Helsesykepleierne hadde ulike svar på spørsmålet om hvordan de ser på kroppen i forhold til psykisk helse. To av informantene så på kroppen som ren fysisk, altså kroppen og utseende. Mens de to andre informantene så på kroppen som en enhet, altså kropp og sinn og hvordan de påvirker hverandre.

Overvektige barn plages av sin overvekt, mens andre ikke gjør det. De barn som påvirkes kan ha erfart at deres handlinger har ført til lite mestring. Barn med en trygg relasjon til sine nærmeste omsorgspersoner påvirkes mindre enn de som har en uttrygg tilknytning. Hvis barnet har erfart positive tilbakemeldinger på sine handlinger, er det nærliggende at barn overfører denne erfaringen til andre relasjoner og situasjoner. Barnet blir sett der den er, og i hva den gjør og opplever. Har barn fått negative tilbakemeldinger fra sine nærmeste på det de gjør kan de ha erfaringer med å ikke strekke til. Barn som har en følelse av å være annerledes og ikke føler mestring i gymtimene kan påvirkes negativt i forhold til deres psykiske helse. Men i følge teorien om helsefremmende faktorer ser man i dag ikke lenger på patologien hos et individ. Hos barn som er overvektig fokuseres ikke kun på overvekt, men på barnets ressurser og ressursene til barnets nærmeste. På den måten kan helsearbeiderne være

med på å identifisere hvilke forhold som ligger til grunn for overvekten og påvirke forandring rundt barnets overvekt.

En av helsesykepleierne opplever selv en bedring når hun er fysisk aktiv. Hennes inngangsportal for kommunikasjon med barn er å ta dem med ut på tur. Hennes tilnæringsmåte til kroppen i forhold til psykisk helse er fysisk aktivitet. På denne måten får barn brukt kroppen sin, mens de gjør noe sammen med helsesykepleieren. Barn synes det er hyggelig å få frisk luft og komme litt ut. Men kroppen er mer enn fysisk aktivitet. Det er samspillet mellom kroppen, sjelen og omverden som utgjør hvordan vi ser på oss selv og på de rundt oss.

To av helsesykepleierne ser en klar sammenheng mellom kroppen, trivsel og psykisk helse. De legger stor vekt på barns kroppskontakt i forhold til psykisk helse. Kroppskontakt ble beskrevet som et resultat av et godt utviklet selvbylde. Det kom frem at et godt selvildet utvikles av barn gjennom fysisk aktivitet og er vesentlig for at barn skal utvikle et selvstendig jeg. Kontakten med oss selv er ikke kun forankret i fysisk aktivitet, men i kontakten med oss selv, kontakten med omverden, kontakten til realitetene, primære relasjoner, realistisk selvopplevelse, selvtillit, kontakt med andre og sosial fungering. Dette viser at de to helsesøstrene som legger vekt på barnets kroppskontakt i forhold til kroppen og psykisk helse tolker kroppen som en helhet som er flerdimensjonalt. Den ene helsesykepleieren tar en utdanning som medisinsk yogalærer og begge jobber tett sammen med psykomotoriske fysioterapeuter. Begge gir uttrykk for at en balanse mellom aktivitet og avspenning er viktig for vår psykiske helse. Deres egen erfaring med kroppen og kroppsterapi viser en annen tilnærming enn de to andre helsesøstrene som tolker kroppen i forhold til psykisk helse med en kropp som er fysisk aktiv, og kroppens betydning i forhold til utseende.

Det kom frem at barn helt ned i 1.- klasse bruker mye tid foran dataskjermer og digitale spill. Lekevaner hos barn er i ferd med å forandre seg, og alle helsesykepleierne ser en økning av skjermbruk. Barn er mindre aktivt og sitter mye stille i samme stilling, noe som kan forårsake smerter i kroppen.

Ikke alle helsesykepleierne anser digitale spill som kun negativ, men er enig i at det medfører ulike utfordringer for barn selv og familien. Noen ganger har spilling medført skolevegring og

vondt i magen. Det kom frem at skolevegring og problemer rundt spilling ofte er et sammensatt problem, der barnet føler at den ikke strekker til på en av arenaer i livet sitt.

Barn kan endre atferd, eller føler seg utelukket i vennegjengen på grunn av spilling. Barn tror selv de slapper av mens de spiller, men er ikke klar over at de er i en stressende aktivitet.

Noen hører ikke på kroppens signaler i forhold til de grunnleggende behovene som tørst, sult eller det å gå på do. Det er ikke kun barn som berøres av spillingen, men hele familien.

Skolene har innført nettbrett i undervisning og læring foregår storsett på en digital læringsplattform. Barn bruker mye foran skjermer, også på skolen. Noen skoler har innført avspenningstimer og har hatt gode resultater med det. Det blir enda viktigere å lære barn forskjellen mellom aktivitet og avspenning for å fremme en god utvikling av barnets selvregulering.

I denne delen av diskusjonen har jeg forsøkt å belyse hvilket syn helsesykepleierne har på kroppen i forhold til psykisk helse. Det kommer godt frem at det er ulike syn, noe som resulterer i hvordan de tolker hva kroppen prøver å formidle. Det ble diskutert i lys av teorien hvilken rolle dataspill har i forhold til barns aktivitet og trivsel.

6.4.3 Oppsummering av veien videre – tverrfaglighet

I denne delen av diskusjonen kom det frem at helsesykepleiernes arbeidsdag består mye av konflikthåndtering. Hvem de velger å sende barn videre til er forskjellig.

Det oppstår mange konflikter mellom barn på skolegården, noe helsesykepleierne ofte kan mekler her og da. Noen ganger kommer det frem at barn som strever på skolen også strever hjemme. Det å måtte megle en konflikt som er mellom barnet og foreldrene føler informantene er delikat. Hvilke andre yrkesgrupper de velger å jobbe sammen rundt barn med, er forskjellig. Alle informerer familiene om lavterskeltilbudet i kommunen, der foreldrene og barn kan henvender seg i forhold til psykisk helse hjelp. Fastleger brukes for å utrede barn med smerter, for å utelukke at det er et fysisk problem. Noen velger å jobbe selv med barn før de sendes videre til BUP.

Det er kun to av helsesykepleierne som bruker fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter i tverrfaglig samarbeid i kroppsbehandling.

I denne delen ble de hyppigste utfordringene til helsesøstrene fremstilt og gitt et innblikk i hvordan helsesykepleierne velger å jobbe tverrfaglig. Forskningsspørsmålet om hvilke andre faggrupper de spiller på ble her belyst.

7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

I denne masteroppgaven ble det gjennomført en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming om hvilke opplevelser helsesykepleierne har i skolehelsetjenesten av det barn strever med og hvilken opplevelser de har av barns kommunikasjon gjennom kroppen. Målet med studien var å få mer kunnskap om hvorfor barn ta kontakt med helsesykepleierne og hvordan de formidler dette i møte med helsesykepleierne Videre mål med studien var å få et innblikk i hvordan helsesykepleierne tolker det barn kommuniserer gjennom kroppen, og hvilke andre yrkesgrupper de sender mest videre til.

Målet med en kvalitativ metode er ikke å komme frem til en konklusjon som kan generaliseres. Studien var undersøkende og det har kommet frem flere aspekter som hadde vært interessant å gå enda mer i dybden på. Det var tydelig at helsesykepleiernes egen personlighet og livserfaring preget hvordan de tolker barns kommunikasjon og plager. Sånn vil det være i alle yrkesgrupper på tross av at alle har samme utdanning og yrkesverdier. Denne forskjellen bestemmer også hvordan de velger å spille på andre faggrupper. På grunn av de personlige ulikheter kunne det være en styrke å ha en yrkesgruppe som jobber med kroppsterapi, som psykomotoriske fysioterapeuter, i det tverrfaglige teamet rundt seg. Dette hadde gitt barn en mulighet for å få tidlig tilgang til en slik behandling. Uansett hvilke egne erfaringer eller tolkninger helsesykepleiere har.

At databruk/skjermbruk er så utbredt helt ned i 1.- klasse har vært en overraskelse. Barn introduseres til digitale verktøy tidligere enn før siden bruk av nettbrett er en del av skolehverdagen. Barn lærer tidlig å bruke verktøyene og fortsetter bruken i fritiden. I et digital raskt voksende samfunn kan det føre til fremtidige utfordringer. Det har kommet frem at det er et problem som må sees i lys av flere aspekter og hvordan de som jobber rundt små barn kan møte disse utfordringer i framtiden er et interessant spørsmål.

Det er viktig å poengtere at det som kommer frem i studien er kun helsesøstrenes egne opplevelser og tanker og kan på ingen måte generaliseres.

Til slutt ønsker jeg å takke min veileder Rune Jonassen som var alltid tilgjengelig for store og små spørsmålene. Han var alltid tilgjengelig og rolig, selv om ikke jeg var det. Takket de konstruktive tilbakemeldingene hans fant jeg alltid motivasjonen til å fortsette.

REFERANSELISTE:

- Allott, Nicholas. (2018, 9. april). kommunikasjon. I Store norske leksikon. Hentet 17. april 2019 fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Anstorp, Trine & Benum, Kirsten & Jakobsen, Marianne. (2016). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrasjon av det splittede jeg.*(5.utg.) Universitetsforlaget.:Oslo
- Bakken, Anders. (Red.). (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater.*(NOVA Rapport nr.8/2018). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater>
- Bjerkestrand, Nils E. & Johansen, Pål & Gundersen, Dag. (2018, 20. februar). transkripsjon. I Store norske leksikon. Hentet 30. mars 2019 fra <https://snl.no/transkripsjon>
- Bjørddal, I. V. & Vigran, H., (2012, 13. juni). Tidlig intervensjon ved skolevegring. *Utdanningsforskning*. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/tidlig-intervensjon-i-arbeid-med-skolevegring/>
- Braut, Geir Sverre. (2016, 14. januar). helsesøster. I Store medisinske leksikon. Hentet 1. april 2019 fra <https://sml.snl.no/helses%C3%B8ster>
- Braut, Geir Sverre. (2019, 4. april). kommunehelsetjenesten. I Store medisinske leksikon. Hentet 10.mars 2019 fra <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>
- Brown, E. & Granberg, A.(2012). *Hva er et menneske? En innføring i filosofiske spørsmål om menneskets natur og dets forhold til resten av virkeligheten.*(2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Brunstad, Anne L. (2017). *Barn og unge i psykoterapi.*(2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag: Oslo
- Bunkan, Berit Heir. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde.*(4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag: Oslo
- Christensen, Johan & Berg, Ole T.. (2018, 2. november). velferdsstat. I Store norske leksikon. Hentet 3. januar 2019 fra <https://snl.no/velferdsstat>

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fellmann, Hèlène., 2016: *Veileder for ansatte i skolen. Regulering av rolle- og strategispilling på nettet*. (1. utg.) Hentet fra https://www.rus-ost.no/uploads/_PUB_Veileder_for_ansatte_i_skolen__orig.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Hentet 29. desember fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-barn-og-unge>
- Gulbrandsen, Katrine. M. (2017, 22. juni). Affektbevissthet og mentaliseringsevne hos pasienter med personlighetsforstyrrelse. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/affektbevissthet-og-mentaliseringsevne-hos-pasienter-med-personlighetsforstyrrelse>
- Havik, Trude. (2017, 3. november) *En stresset (kunnskaps) nasjon*. Hentet 09.mai fra: <https://laringsmiljosenteret.uis.no/forskning-og-prosjekter/klasseledelse/ciesl-klasseledelse-teori-til-praksis/fagartikler/en-stresset-kunnskaps-nasjon-article121260-21629.html>
- Helsedirektoratet. (2015) *Atferdsforstyrrelse/trasslidelse (veiledende frist 12 uker)*. Hentet 10.mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/tilstander-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/atferdsforstyrrelsetrasslidelse>
- Helsekompetanse. (u.å.). Affektregulering. Hentet fra <http://asf.helsekompetanse.no/del2/psykiske-lidelser/affektregulering>
- Holen & Waagene. (Red.) (2014). *Psykisk Helse i skolen: Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere*. (NIFU-rapport 2014:9). Hentet fra <http://www.nifu.no/news/onsker-mer-systematisk-arbeid-med-psykisk-helse-i-skolen/>
- Haavind, H. & Øvreeide, H. (red.). (2017). *Barn og unge i psykoterapi*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag: Oslo

- Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(5.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*.(3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag:Oslo
- Kvam, M. (2015, 24. februar) *Flere plager med bærbar PC*. Hentet fra:
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/flere-plager-med-barbar-pc/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*.(4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*.(1.del). Pax Forlag.
- Monsen, J. & Solbakken, O. (2013, 6. august) *Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen*. Hentet 15.april fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/affektintegrasjon-og-nivaer-av-mental-representasjon-fokus-terapeutisk?redirected=1>
- Mossige, M. (2018, 19. september). *Hva snakker vi om når vi snakker om digitalisering i skolen?*. Hentet fra: <https://lesesenteret.uis.no/om-lesesenteret/aktuelt/hva-snakker-vi-om-nar-vi-snakker-om-digitalisering-i-skolen-article124317-12719.html>
- Norsk Digital Læringsarena. (2017, 3. mars). Barns kognitive utvikling. Hentet fra:
<https://ndla.no/nb/node/51095?fag=51>
- Norsk sykepleierforbund. (2018, 11.desember) *Fra helsesøster til helsesykepleier*. Hentet 05.april fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3913646/10501/Fra-helsesoster-til-helsesykepleier>
- Passer, M. & Smith, R. (2004). *Psykologi. The science of mind and behavior*.(2. utg.). New York: McGraw-Hill
- Regjeringen. (2019, 21. november). *Elevene bruker oftere PC og nettbrett på skolen, men blir sjeldnere distraheret*. Nr: 245-19. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/elevne-bruker-oftere-pc-og-nettbrett-pa-skolen-men-blir-sjeldnere-distraheret/id2674613/>

- Skogen, Jens C. (Red.). (2018). *Forebygging blant barn og unge.*(Rapport 2018. Folkehelseinstituttet) Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseiltal/>
- Skre, Ingunn B. & Mørch, Willy Tore. (2018, 2. oktober). John Bowlby. I Store norske leksikon. Hentet 30. mars 2019 fra https://snl.no/John_Bowlby
- Thorsnæs, Geir & Berg, Ole T., (2019, 21. februar). kommune. I Store norske leksikon. Hentet 10. mars 2019 fra <https://snl.no/kommune>
- Thomassen, Magdalena. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag.* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag: Oslo
- Tranøy, Knut Erik. (2018, 26. juni). Maurice Merleau-Ponty. I Store norske leksikon. Hentet 30.Mars 2019 fra https://snl.no/Maurice_Merleau-Ponty
- World Health Organization. (2018, september). Gaming disorder. Hentet fra: <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
- Østerberg, Dag. (1994).*Kroppens fenomenologi.* Innledning 1994..Pax Forlag

Vedlegg 1

NSD Personvern

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 220316 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 03.12.2018 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:

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 alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.05.2019.

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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Vi forutsetter at navn og kontaktopplysninger til både student og veileder legges til i informasjonsskrivet.

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 behandles 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 om behandlingen 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/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

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

Vil du delta i forskningsprosjektet *"Barnas helse og uhelse"?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om helsesykepleiernes erfaringer med barn fra 1.-5. klasse. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og skriver en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved OsloMet, Oslo. Oppgaven er en eksplorativ studie, og handler om barns helse og uhelse fra 1. – 5. klasse. Jeg ønsker i den forbindelse å intervjuer helsesykepleiere som jobber i skolen med denne aldersgruppen.

Formålet med prosjektet er å få mer kunnskap om hvilke hovedutfordringer barn kommer med til helsesøstrene, hvordan barn rapporterer og ordlegger sine fysiske og psykiske utfordringer, og hvordan helsesøstrenes syn på kroppen er. Dette kan gi et innblikk i barnas språkforståelse og hvordan helsearbeidernes syn på kroppen kan variere fra ulike profesjonsgrupper, noe som kan være interessant i forhold til videre henvisning/oppfølging. Denne kunnskapen kan hjelpe med å tilrettelegge for å få til et bedre samarbeid rundt barn.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet- storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

På grunn av oppgaven bygger på helsesykepleiernes erfaringer er det denne yrkesgruppen som får spørsmål om deltakelse. Henvendelsen går til helsesykepleiere i fire ulike kommuner.

Du blir kontaktet etter opplysninger på kommunens egen hjemmeside.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg skal gjennomføre et intervju med deg. Spørsmålene går på dine erfaringer med barn fra 1. – 5. klasse. Opplysninger er anonyme, det er ingen barn som skal nevnes ved navn.. Det vil være opplysninger om barns hverdag på skolen og med hvilken bakgrunn de tar kontakt med deg. Jeg skal hente informasjon om barnas aktivitetsnivå og barns trivsel. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. 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.

Det vil ikke påvirke din hverdag i kommunen / ditt forhold til skolen/lærer, arbeidsplassen/arbeidsgiver etc.(..).

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er meg og veilederen min ved OsloMet som har tilgang til informasjonen.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg lagre datamaterialet på en pc med passord og en kryptert minnepenn.

Du vil ikke gjenkjennes i publikasjonen. Alt er anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes Juni 2019. Alle lydopptak slettes med en gang etter de er transkribert. Transkriberinger og personopplysninger slettes fra alle filer etter innlevering og godkjenning av OsloMet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet -storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet -storbyuniversitetet ved Rune Jonassen, epost: runej@oslomet.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Barns helse og uhelse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Juni 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker dersom informanten godkjenner dette. All informasjon som kommer frem under intervjuet kommer til å være konfidensielt, og lydopptaket kommer til å bli slettet rett etter at jeg har skrevet av den informasjon jeg trenger. Alle opplysninger kommer til å anonymiseres innen prosjektslutt 1. mai 2019, og ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven.

Vedlegg 3

Intervjuguide

Spørsmål:

1. Hvorfor oppsøker barn fra 1.- 5. klasse deg?
2. Hvordan beskriver disse barn det de sliter/opplever med?
3. Hvilke somatiske plager beskriver barn oftest?
4. Hvordan tolker du om plagene barn kommer med er fysisk eller psykisk?
5. Synes du at kroppen spiller en viktig rolle for barns trivsel?

6. Hvordan opplever du databruk av barn fra 1. – 5. klasse?
7. Ser du en sammenheng mellom databruk og trivsel for barna?

8. Hvor henviser du videre for videre utredning?

9. Hvordan ser du på kroppen i forhold til psykisk helse?
10. Er det noe du ønsker å legge til som du føler ikke kom frem?