



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for lærerutdanning og pedagogikk

Angst og sjenanse hos barnehagebarn

En kvantitativ studie om hva barnehageansatte vet om angst og sjenanse, og tiltak knytte til forebyggende arbeid for barnehagebarn.

Maja Sofie Lind Skogvoll

Master i spesialpedagogikk. Mai 2019



Sammendrag

Masteravhandlingen er en kvantitativ studie om hva barnehageansatte vet om angst og sjenanse, og tiltak knyttet til forebyggende arbeid for barnehagebarn. For å finne svar på denne problemstillingen har jeg sendt ut en digital spørreundersøkelse ved bruk av Nettskjema. Jeg har selv utarbeidet spørreundersøkelsen som har en blanding mellom lukkede og åpne spørsmål knyttet til barnageansattes praksis innenfor angst, sjenanse og forebygging. Undersøkelsen ble sendt ut til styrere i barnehager som videresendte den til sine ansatte. Det var 70 personer som svarte på undersøkelsen, det ble utgangspunktet for resultatene i denne studien. For å analysere og fremstille resultatene brukte jeg Microsoft Excel versjon 16.24 og SmartArt som er en funksjon i Microsoft Word versjon 16.24. Resultatene fremstilles ved hjelp av enkle tabeller, diagrammer og tekst.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at 86 prosent av barnehageansatte har hatt mistanke om angst/sjenanse hos barn. Jeg forstår resultatet på den ene siden som at det er vanlig å ha mistanke om angst eller sjenanse hos barn, men på den andre siden fremstår resultatet som noe unormalt med tanke på at de færreste barn i barnehagealder har utviklet angst på dette tidspunktet. Et annet resultat fra undersøkelsen er at mistanken om angst og sjenanse bunnar i at «barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner». Spørreundersøkelsen viste også at 61,5 prosent oppgir at angst snakkes om på avdelingsmøter og 65,7 prosent oppgir at sjenanse snakkes om på avdelingsmøter. 74,3 prosent oppgir at de arbeider forebyggende. Jeg forstår det slik at barnehageansatte har fokus på forebyggende arbeidet, men at fokus nødvendigvis ikke betyr kompetanse på blant annet å skille angst fra sjenanse, normal bekymring fra angst med mer. Angst og sjenanse snakkes om, men det betyr ikke at en evner å jobbe forebyggende på en god måte.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på noen spennende studieår ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Arbeidet med masterhandlingen har vært en omfattende og lærerik prosess. Når arbeidet med oppgaven nå er ferdigstilt, er det flere som fortjener en takk for deres bidrag.

Først og fremst, takk til min veileder Roald. A. Øien. Videre vil jeg rette en takk til alle som tok seg tiden til å svare på spørreundersøkelsen. En stor takk rettes også til mine medstudenter – spesielt Stine og Sofie for avkobling, latter og gode diskusjoner over en matbit. Til familien min i Narvik – takk for all hjelp, støtte og motivasjon. En stor takk til Kamilla for mange gode tips og korrekturlesing. Tilslutt vil jeg rette en takk til min arbeidsplass Læringsverkstede Haugenstykket, for god tilrettelegging slik at jeg kunne kombinere jobb og studie, samt gode ord og troa på meg.

Tromsø, 15.mai, 2019

Maja Sofie Lind Skogvoll

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Studiens bakgrunn og problemstilling.....	2
1.2	Gjennomføring	3
1.3	Kapitteloversikt	4
2	Studiens teorigrunnlag.....	5
2.1	Tidligere forskning	6
2.2	Psykisk helse	7
2.3	Angst	9
2.3.1	Separasjonsangst	10
2.3.2	Fobiske angstlidelser	12
2.3.3	Sosial angstlidelser	13
2.3.4	Elektiv/selektiv mutisme	14
2.3.5	Panikkangst	15
2.4	Sjenanse.....	16
2.4.1	Sjenanse og sosial angst	19
2.5	Barns tidlige utvikling, transaksjonsmodellen og hvorfor får noen barn psykiske vansker?.....	20
2.5.1	Risikofaktorer	25
2.5.2	Hva fremmer psykisk helse hos barn	27
2.6	Den norske barnehagen	28
2.6.1	Barnehages mandat	28
2.6.2	Barnehageansatte - pedagogisk personale.....	30
3	Metode.....	31
3.1	Kvantitativ metode	31
3.1.1	Deskriptiv statistikk.....	32
3.1.2	Fordeler og ulemper ved kvantitativ metode.....	32

3.1.3	En blanding mellom deduktiv og induktiv	33
3.2	Innsamling av data	33
3.2.1	Valg av informanter	34
3.2.2	Spørreskjema	34
3.2.3	Utsendelse	36
3.2.4	Dataanalyse	36
4	Vurdering av studiens kvalitet	37
4.1	Forskningsetikk	37
4.2	Datakvalitet	38
4.2.1	Validitet	38
4.2.2	Reliabilitet	40
5	Analyse og resultater	41
5.1	Analyseprosessen	41
5.2	Demografiske funn	41
5.3	Funn fra spørreundersøkelsen	46
6	Drøfting	53
6.1	Barnehageansatte har mistanke om angst/sjenanse	53
6.2	Tiltak	55
6.3	Avdekke barn som er i risikozonen for å utvikle angst sjenanse	57
6.4	Forståelse av begrepene angst og sjenanse	58
7	Avslutning	61
7.1	Svar på problemstilling	61
7.2	Et blikk fremover	62
8	Referanseliste	63
	Vedlegg 1: Informasjon rundt spørreskjema	69
	Vedlegg 2: Spørreskjema	70

Tabbeliste

Tabell 1: Viser eksempler på hvordan barnehagen arbeider preventivt med psykisk helse.....	49
Tabell 2: Viser eksempler på hvor respondentene har fått informasjon fra	50
Tabell 3: Viser noen eksempler på hva respondentene oppgir om begrepene angst og sjenanse	51
Tabell 4: Viser eksempler på hva som ble svart om hvordan barnehagen arbeider.....	56
Tabell 5: Viser eksempler på begrepene angst og sjenanse	59

Figurligste

Figur 1: Utarbeidelse av spørreskjema.....	35
Figur 2: Viser hvor mange kvinner og menn som har svart på undersøkelsen	41
Figur 3: Viser alderen til respondentene	42
Figur 4: Viser hvor mange som jobber i privat og offentlig barnehage.....	42
Figur 5: Viser stillingsbeskrivelse.....	43
Figur 6: Viser hvor mange års erfaring respondentene har	43
Figur 7: Viser hvor mange barn det er i respondentenes barnehage	44
Figur 8: Viser om respondentene jobber på avdeling eller base	45
Figur 9: Viser om det er en eller to pedagoger.....	45
Figur 10: Viser hvor mange som har hatt mistanke om angst og sjenanse	46
Figur 11: Viser hva slags observasjoner som ligger bak mistanken	47
Figur 12: Viser hvor mange som oppgir at angst eller sjenanse snakkes om på avdelingsmøter	48
Figur 13: Viser om barnehagene jobber preventivt med barns psykiske helse	48
Figur 14: Viser om barnehagene bruker noe form for kartleggingsverktøy	49
Figur 15: Viser om de ansatte har vært på kurs eller foredrag om angst/sjenanse.....	50

1 Innledning

Det er ikke vanskelig å være modig når man ikke er redd, sier knøttene i Mummitrollet.

Fokuset på psykisk helse har de siste årene blitt enda større. Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. Omkring 8% av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Mathisen, Karevold, & Knudsen, 2009). Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst (Reneflot, et al., 2018). Tidligere studier viser at allerede i barnehagealder starter presset om å være perfekt. Studier viser at barn kan utvikle angst allerede i barnehagealder (Skogen, Smith, Aarø, Siqverland, & Øverland, 2018). Angst hos barn har lenge fått altfor lite oppmerksomhet (Flaten K. , 2013, s. 5).

Nyere forskning viser at rundt 10-20 prosent av alle barn sliter med vanskelige følelser som frykt, uro eller sinne. Prosjektet Barn i Midt-Norge (BiM) er et utviklingsprosjekt som har inkludert 1430 barn i alderen 1-6 år fra barnehager i tre kommuner i Midt Norge. Dataen ble samlet inn fra barnehageansatte før prosjektstart i løpet av 2012-2014. Det ble brukt et skjema for å måle psykiske vansker hos barn i barnehagen som heter «Caregiver-Tacher Report Form» (C-TRF). Et av funnene i denne studien er at de aller fleste barn har ingen eller få symptomer på psykiske vansker, mens en liten gruppe har relativt høye skårer. Videre legger de frem at det er viktig å avdekke og hjelpe de som har psykiske vansker så tidlig som mulig. Deres subjektive plager kan være store, og noen av dem vil være i risiko for å utvikle mer alvorlige og stabile vansker hvis de ikke får god og tidlig hjelp (Drugli & Stenen, 2019).

Kunnskapsdepartementet er i gang med å utvikle en ny stortingsmelding om tidlig innsats og inkluderende felleskap. «Målet med meldingen er å forsterke arbeidet med tidlig innsats og inkluderende felleskap i barnehager og skoler, og gi alle barn mulighet til å lykkes uavhengig av sosial, kulturell og språklig bakgrunn, kjønn, kognitive og fysiske forskjeller» (Kunnskapsdepartementet, 2019). Den nye Rammeplan for barnehagen fastslår: «Barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Barnas fysiske og psykiske helse skal fremmes i barnehagen» (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 11). Det er en nær sammenheng mellom psykisk helse, fysisk helse og livsmestring. For de fleste vil livet by på både med- og motgang som må håndteres. Den nye Rammeplan har tatt i bruk begrepet livsmestring.

Begrepet rammer prosesser som bidrar positivt i barns utvikling og som dermed også gir dem ressurser til å tåle motstand videre i livet. For barn er det viktig med en god start for å bli i stand til å kunne møte livets opp- og nedturer (Drugli & Lekhal, 2018, s. 5).

Vår tids store folkehelselidelser er angst, depresjon og rusproblematikk. Disse lidelsene rammer mange, og koster både den enkelte mye lidelse og samfunnet store penger. Både den enkelte familie og samfunnet er best tjent med tidlig forebygging av psykiske lidelser (Jonassen, 2014).

I et forebyggende perspektiv er det viktig å rette oppmerksomheten mot disse barna. Plager og vansker som følger av frykt og angst kan virke inn på hverdagen gjennom ulik grad av nedsatt trivsel og utvikling, samt at det hemmer barnets læringsmuligheter. Barnehage og skole er to viktige arenaer for forebygging av psykisk helse. Ifølge statistisk sentralbyrå (2018) var det over 91 prosent av barn i aldersgruppen 1-5 år som hadde barnehageplass i 2017. Til sammen var det 281 622 barn i barnehager i 2017 (Bjørkli, 2018). Dette viser at et forebyggende arbeid kan nå ut til veldig mange barn.

1.1 Studiens bakgrunn og problemstilling

Jeg er utdannet barnehagelærer og i løpet av mine tre studieår var ikke angst og sjenanse et tema vi var innom. Jeg har nå fullført 80 av 120 poeng på masterutdanningen i spesialpedagogikk, og også her har det vært lite om angst, og spesielt innenfor små barn, altså barnehagealder. Jeg startet å arbeide i barnehage ved siden av masterstudiet etter jeg var ferdig utdannet barnehagelærer, og har dermed erfart at temaene angst og sjenanse er aktuelle tema i barnehagehverdagen. I arbeidslivet har jeg opplevd situasjoner som kan minne om angst hos barn. Jeg følte selv jeg hadde for lite kunnskap om temaet og ville dermed lære mer. I tillegg synes jeg det er veldig interessant og et viktig tema som bør belyses mer. Problemstillingen til studien er konstruert på bakgrunn av dette:

Hva vet barnehageansatte om angst og sjenanse, og tiltak knyttet til forebyggende arbeid for barnehagebarn?

1.2 Gjennomføring

Begynnelsen på arbeidet med masteravhandlingen startet med en prosjektskisse høsten 2018. Eksamen i emnet PED-3055 forskningsmetode og vitenskapsteori var prosjektskissen, så på dette tidspunktet startet prosessen med å finne tema for oppgaven. Jeg var lenge veldig usikker på hva jeg ville skrive om fordi var mange tema som virket interessante. På nyåret i januar 2019 ble arbeidet med studien for alvor satt i gang. Min veileder Roald Øien ble informert om det jeg ønsket å gjennomføre, og har underveis vært en bidragsyter med innspill og veiledning. I starten av prosjektet hadde jeg veldig store planer og mye jeg ville gjøre. Blant annet ville jeg sende ut spørreundersøkelse, i tillegg til å gjennomføre intervju. Jeg kom sent i gang med prosjektet og noe av grunnen til dette var fordi jeg hadde alt for store planer og klarte ikke finne ut hvor jeg skulle begynne, og hvordan jeg skulle spisse temaet. En veileder som stadig lurte på hvor langt jeg var kommet, gjorde at jeg til slutt måtte sette i gang. Da startet prosessen med blant annet å finne teori, tidligere forskning og utvikle spørreskjema. Jeg startet med å prøve å få oversikt over temaet, deretter utviklet jeg et spørreskjema og fikk sendt dette ut. Mens jeg ventet på svar skrev jeg videre på teori og metode. Etter å ha analysert svarene på spørreundersøkelsen, oppdaget jeg at jeg måtte gå tilbake til teorien og fylle på en del nytt, samt utdype noe. Deretter har det vært en prosess der jeg har vekslet mellom om å skrive på de ulike delene.

1.3 Kapitteloversikt

Masteravhandlingen har jeg delt opp i 7 ulike kapitler hvor hvert kapittel utenom innledningen og avslutningen, starter med en oversikt over det påfølgende kapittelets innhold.

I kapittel 1 gjorde jeg rede for studiens aktualitet, bakgrunn og problemstilling.

I kapittel 2 presenterer jeg først hvordan jeg bestemmer og velger studiens teorigrunnlag. Under 2.1 gjør jeg rede for tidligere forskning på feltet. Selve teorigrunnlaget har jeg delt opp i fem delkapitler. 2.2, 2.3 og 2.4 beskriver psykisk helse, angst og sjenanse. I 2.5 gjør jeg rede for barns tidlige utvikling, transaksjonsmodellen og ser på hvorfor noen barn får psykiske vansker. Tilslutt i 2.6 ser jeg på den norske barnehagen, samt pedagogisk personal.

Kapittel 3 tar for seg studiens metode. Jeg beskriver studien sett i ett og redegjør for valg av metode, samt hvordan jeg har samlet inn data og hvilket utvalg jeg har gjort.

Kapittel 4 tar for seg vurdering av studiens kvalitet. Her redegjør jeg for hensyn jeg har tatt for å oppnå en god og forsvarlig forskning.

Kapittel 5 tar for seg analyseprosessen og presenterer resultater. Analysen og resultatene fremstilles ved tekst, tabeller og diagrammer.

Kapittel 6 omhandler drøfting rundt resultater opp mot teori og studiens problemstilling. Kapittelet tar for seg spørsmålene slik de blir fremstilt i spørreundersøkelsen.

Kapittel 7 fremstiller resultatene fra studien ved å svare på problemstillingen. I tillegg gjør jeg rede for veien videre ved å ta et blick fremover.

2 Studiens teorigrunnlag

I dette kapittelet presenterer jeg teoriomfanget som skal danne grunnlaget for det videre arbeidet med analyse og drøfting av datamateriale. Først presenterer jeg tidligere forskning på feltet for å se hva min studie kan bidra med. Deretter tar jeg for meg sentrale begreper som psykisk helse, angst, sjenanse, barnehage, pedagogisk personale med mer. Studiens teorigrunnlag vil dermed ha to funksjoner. Den redegjør for det teoretiske utgangspunktet som forskningen bygger på, men anvendes også som et verktøy for å analysere empirien.

Arbeidet med studiens teorigrunnlag startet med å skaffe oversikt over litteratur og forskning på feltet. Jeg gikk inn i Studieplanen til spesialpedagogikk master (Uit Norges Arktiske Universitetet, 2014). Derfra gikk jeg videre til emneplanene: sosiale og emosjonelle vansker (PED-3022), kartlegging og rådgiving (PED-3021) og språkrelaterte lærevansker og dysleksi (PED-3036), og så nærmere på litteraturlistene som har lagt noe av det teoretiske grunnlaget for min kompetanse på feltet. Det var lite litteratur som omhandler tematikken direkte. Etter søk i Oria¹ fant jeg at Flaten er forfatter og medforfatter av flere ulike litteraturkilder, og ledende innen norsk forskning på angst og sjenanse i barnehagen. Jeg vurderer hennes forskning og litteratur som aktuell, og en viktig del av teorigrunnlaget til min studie. Mye av det hun finner vil jeg bruke som et sammenligningsgrunnlag, for å se hvorvidt min forskning stemmer overens med resultater fra tidlige forskning. Flatens litteratur har også ført meg videre fra en referanse til en annen, det som kalles kjedesøking (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 119). Det har blant annet ført meg til Drugli og Lekhal som også vil utgjøre en stor del av teorien i denne oppgaven. Denne måten å finne litteratur på gjør det mulig å følge argumentenes utvikling, som er en fordel. For å beholde helhetsforståelsen av neste referanse i kjedesøkingen har jeg bevisst prøvd gå tilbake til primærkildene, og supplert forståelsen med andre litteraturkilder der det har vært nødvendig. Gjennom utdanningen har jeg fått kjennskap til ICD-10 og DCM-5². Jeg anser disse bøkene som høyst aktuelle for oppgaven. Som nevnt³ er jeg utdannet barnehagelærer i bunn og anser noe av pensumet jeg hadde da som aktuelt og som utgjør en stor del av det teoretiske grunnlaget for min kompetanse på blant annet barns utvikling og barnehagen som instans.

¹ Oria er studiebibliotekets hjemmeside

² Se 2.2 psykisk helse

³ Se 1.1 studiens bakgrunn og problemstilling

2.1 Tidligere forskning

På nasjonalt nivå finner jeg en del forskning generelt på psykisk helse og angst. Det er et mindre utvalg innenfor temaet angst hos barnehagebarn. Dette kan i stor grad forklares ved at det er veldig få angstlidelser som stilles tidlig i barndommen, det blir ofte ikke stilt før senere i barndommen. I Norge er det gjort to norske befolkningsbaserte studier som har kartlagt diagnoser hos barn og unge ved hjelp av kliniske intervjuer. De to studiene er «Tidlig trygg i Trondheim» (TtiT) og «Barn i Bergen» (BiB).

TtiT har fulgt et tilfeldig utvalg av 1000 barn fra de var fire år gamle i fra 2007 og pågår enda. Der har barna og foreldrene blitt fulgt opp hvert andre år med omfattende undersøkelser i form av intervju, spørreskjema, tester og observasjoner. Målsettingen er å kartlegge omfanget av, og forløpet til, psykiske vansker hos barn. De ønsket å identifisere hvilke faktorer som kan predikere, samt forhindre utvikling av psykiske vansker. Undersøkelsen kartlegger også normalutviklede barn og forskjeller mellom barn på områder som personlighet, tilknytting til foreldre og samspill mellom barn og foreldre, sosial og skolemessig kompetanse, regulering av følelser og atferd, kognisjon, fysisk aktivitet, selvbilde, spising og vekt (TtiT, 2018).

Barn i Bergen er en longitudinell populasjonsstudie som følger alle barn født i Bergen 1993-95 fra tidlig skolealder til voksen alder. Målet er å få kunnskap som kan bidra til at det psykiske helsetilbudet for barn og unge bedres. Barna selv, foresatte og lærere har besvart spørreskjema som omhandler barnet. Studien består av fire runder med innsamling av data som nå er gjennomført. Studiet avdekker et stort behov for økt fokus på de «usynlige lidelsene». Dette studiet har altså tatt for seg barn i skolealder og legger frem at emosjonelle vansker som tristhet, engstelse og redsel lett blir oversett av skolen (Gripsrud, 2005). Det pågående studiet «den norske mor og barn-undersøkelsen» (MoBa) startet i 1999 rekrutteringen av gravide kvinner. Over 113 000 svangerskap er inkludert i perioden 1999-2008. Formålet med MoBa er å få mer kunnskap om årsaker til sykdom og helseskader. Bedre kunnskap gir muligheter for bedre forebygging og behandling. Undersøkelsen bygger på tre besvarte spørreskjemaer under graviditet og videre med spørreskjema for ulike alderstrinn, samt biologisk materiale fra både mor, far og barn. Et av resultatene fra studien viser at det å leve med en mor som var engstelig da barnet var i førskolealder, har sammenheng med redusert psykisk helse hos barnet i form av noe økt risiko for emosjonelle problemer. Angst, tristhet, bekymring, gråt og magesmerter kan være symptomer på emosjonelle problem. Noe av det de undersøker nå er om det er sammenheng mellom genetiske varianter,

miljøeksponering i svangerskapet og psykologiske vansker hos barn (PsykNytt, 2019; Folkehelseinstituttet, 2003;Folkehelseinstituttet, 2018)

Kvarme og Lund har begge forsket på sjenanse hos skolebarn. Deres forskning viser at mellom 20-30 prosent av mennesker er stille og innadvendte uten at det behøver å skape spesielle utfordringer. Samtidig er det rundt 10 prosent av stille barn som plages av sjenanse og frykt. Kvarme har observert at de tilbaketrukne barna i skolen ofte har problemer i relasjon med andre. De kan oppfattes som avvisende for andre, noe som bidrar til dårlig kontakt med jevnaldrende. De risikerer å bli oversett og er mer utsatt for mobbing og isolasjon. Noen kan få fysiske symptomer som kvalme, hodepine og magesmerter. Disse barna kan på lang sikt få problemer som sosial angst og depresjon, og noen kan også ha økt risiko for å bli rusmisbrukere. Barna forteller sjeldent om problemene sine og er derfor avhengig av at voksne er interessert i å få vite. Voksne som ser, anerkjenner og bryr seg er ofte nøkkelen (Humberset, 2017).

2.2 Psykisk helse

Psykisk helse er et stort begrep som favner hele mennesket. Ifølge verdens helseorganisasjon som, sitert i Drugli og Lekhal (2018) beskrives, psykisk helse slik:

Psykisk helse er å ha det bra og oppleve velvære, kunne realisere sine muligheter, håndtere normale stress-situasjoner i livet, kunne arbeide på en fruktbar og produktiv måte og være i stand til å bidra overfor andre og samfunnet (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 32-33).

Helsedirektoratet definerer psykisk helse som et overordnet begrep og utgjør alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfavner hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering (Reneflot, et al., 2018, s. 10). Helsedirektorater sier videre at livskvalitet innebærer positiv følelse som glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, interesse, mening, mestring, engasjement og autonomi. De påpeker at en kan oppleve høy livskvalitet selv under sykdom og på tross av helseplager. Helsedirektoratet skiller så på psykiske plager og psykiske lidelser, der psykiske plager benyttes om symptomer som for eksempel engstelse og nedstemthet. Plagene kan oppleves som belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger psykiske lidelser. Begrepet psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander og diagnoser som for eksempel depresjon. Diagnosene eller tilstandene klassifiseres i henhold til internasjonalt diagnostiske kriterier som også revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens (Reneflot, et al., 2018, s. 10).

Hos barn og unge er både psykiske lidelser og psykiske problem kasus. Det er to internasjonale diagnosesystemer som bygger på systembeskrivelser og antakelser om årsaker. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet Internasjonal Classification of Diseases (ICD) og American Psychiatric Association har utarbeidet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM). Det er i hovedsak psykologer og psykiatere som bruker DSM og ICD. DSM omfatter kognitive, språklige og psykiske vansker og ICD omfatter sykdommer generelt (Hesselberg & Tetzchner, 2016, s. 95). I Norge blir den norske utgaven av ICD som heter *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* brukt for å stille diagnoser som psykiske lidelser. ICD-10 og DSM-5 er ofte lite egnede klassifikasjonssystemer hos barn under fem år, da symptomene på psykiske lidelser er annerledes hos dem enn hos eldre barn og ungdommer. Små barn har også ofte sammensatte vansker som ikke enkelt lar seg forene med en enkelt diagnose. Det er utviklet alternative systemer for å klassifisere psykiske symptomer hos små barn. For barn opp til fem år brukes ofte Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, spesielt i barne- og ungdoms psykiatri (Reneflot, et al., 2018, s. 59). Det er sjeldent barnehagebarn blir diagnostisert med psykiske lidelser som for eksempel angst. Jeg vil påpeke at jeg legger frem diagnosemanualene for å vise til begrepenes innhold, samt vise hva som blir brukt i dag.

Når det gjelder kognitive ferdigheter (tenkning, forståelse, tilegnelse av kunnskap), språk, sosial kompetanse, selvregulering og følelser fungerer små barn annerledes enn andre barn og voksne. De fungerer i en verden av relasjoner og for dem er det å utvikle en god psykisk helse en relasjonell prosess, som i hovedsak fremmes i samspill med andre mennesker. Den psykiske helsen til barn er avhengig av gode relasjoner til foreldre, barnehageansatte, slektninger og jevnaldrende. Små barn trenger særlig å inngå i relasjoner til sine omsorgspersoner som er preget av trygghet, glede og stimulering. Grunnlaget for god psykisk helse bygges da og påvirker deres hjernearkitektur som er under sterk utvikling de første leveårene⁴. Barna trenger videre å bli beskyttet mot ulykker, vold og traumer, da dette er forhold som i stor grad hemmer barns psykiske helse⁵. Relasjoner utgjør rammen for små barns psykiske helse, og det er derfor viktig å ha fokus både på foreldre-barn relasjonen og voksen-barn relasjon i barnehagen. Det er viktig at omsorgspersoner tar hensyn til barnets

⁴ Under 2.5.2 kommer jeg nærmere inn på hva som fremmer barns psykiske helse

⁵ Under 2.5.1 går jeg nærmere inn på hva som kan være risikofaktorer for utvikling av negativ psykisk helse

kapasitet og typiske reaksjonsmåter når man er i samspill, og at samspillet i tillegg støtter barns nysgjerrighet og utforskning. Det er alltid den voksnes ansvar å justere sin væremåte og det som skjer i samspillet, slik at barnets behov ivaretas. De skal få støtte til å takle de utfordringene som oppstår i hverdagen, slik at de kan håndtere og overkomme disse. Det vil bidra til mestringskompetanse og robusthet hos barn. Ved å hjelpe dem med å håndtere vanskelige frustrasjoner og motgang som oppstår støtter, man barns utvikling bedre, enn ved å skåne dem for alt som er vanskelig. Gode relasjoner mellom voksne og barn oppstår imidlertid ikke i et vakuum, forhold hjemme og i barnehagen vil påvirke. Foreldrenes parforhold, familiens økonomiske situasjon, arbeidsmiljøet blant de ansatte i barnehagen, sykefravær, fagutvikling og så videre vil kunne ha indirekte innvirkning på barns psykiske helse, spesielt når disse forholdene får betydning for barnets relasjoner med omsorgspersonene (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 36-37). Ens psykiske helse påvirkes altså av omgivelsene og de menneskene man har rundt seg. Psykiske vansker er en betegnelse som brukes når barnet har vansker som gjør noe av hverdagens oppgaver svært vanskelig (Flaten K. , 2010, s. 18).

2.3 Angst

I pedagogisk ordbok blir angst beskrevet slik: Angst er en følelsestilstand som kan spenne over et vidt spekter fra diffus frykt, engstelse, utrygghet og bekymring til pinefull panikk skrekk. Angst skiller seg fra frykt ved at personer under angst ikke er seg bevisst hva som er angstens årsak (Bø & Helle, 2013, s. 18). Angst er et omfattende begrep som favner flere elementer som emosjon og tilstand. Emosjoner er viktig i hverdagslivet og uten følelser ville vi vært som roboter. Hovedfunksjon til angst er å oppdage fare, og gjennom det har den en naturlig og nyttig funksjon (Flaten K. , 2013, s. 38). Helsedirektoratet sier at det som kjennetegner angstlidelser hos barn er at barnet viser engstelse som er atypisk for alderen eller med unormalt høy intensitet for alderen. Barnet unngår situasjoner som fremkaller angsten, og engstelsen oppleves som skremmende og ubehagelig for barnet. De vanligste symptomene er anspenhet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. Ofte uttrykker barna kroppslige plager som kvalme og hodepine. Helsedirektoratet deler angstlidelser hos barn og unge i seks undertyper: separasjonsangst, elektiv mutisme, spesifikke fobier, generalisert angstlidelser, sosiale angstlidelser og panikkangst (Reneflot, et al., 2018, s. 62). Bekymring antas å være et av de mest karakteristiske trekkene ved angst. Det er en faktor som gjennomsyrrer tanker og oppfatninger og måter å forholde seg til nye hendelser og utfordringer på (Flaten K. , 2013, s. 42). Flaten (2013) legger frem angstområder som er typisk for alderen.

Baby: frykt for ikke å ha fysisk støtte, høye lyder og høyder. 1-2-åringen: frykt for fremmede, toalettrelatert frykt, frykt for å skade seg. 3-5-åringen: frykt for dyr (særlig hunder), fantasifigurer, mørke og det å være alene. 6-9-åringen: frykt for dyr, lyn og torden, å være utrygg, skolen og døden. Flaten påpeker at dette er en liste som viser hva det er vanlig å være redd for blant mange av barna i gjeldende aldersgruppe. Samtidig vet man at barn kan være redd mørke, men elske hunder. Angst er derfor ikke en statisk tilstand (Flaten K. , 2013, ss. 42-43).

I ICD-10 under F93 *følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen* skiller de på separasjonsangst i barndommen, fobisk angstlidelse i barndommen, sosial angstlidelse i barndommen, overdrevent søskenrivalisering- patologisk, andre spesifiserte følelsesmessige forstyrrelser i barndommen og uspesifiserte følelsesmessige forstyrrelse i barndommen (World Health Organization, 1999). DSM-5 legger frem at angstlidelse inkluderer lidelse som deler egenskaper med overdreven frykt og angst og relaterte atferdsforstyrrelser. Frykt er den følelsesmessige responsen til ekte eller umiddelbare trussel, mens angst er forventet som fremtidig trussel. Disse to tilstandene overlapper hverandre, men adskiller seg også ved at frykt ofte forbindes med økning av autonom opphisselse som er nødvendig for kamp eller flykt, altså tanker om umiddelbar fare og rømningsatferd og angst ofte er forbundet med muskelspenning og overvåkenhet for å forberede seg på fremtidige farer (American Psychiatric Association , 2013, s. 189). Videre kommer det frem at angstlidelse er forskjellig fra utviklingsmessig normativ frykt eller angst ved å være overdrevent eller vedvarende utover utviklingsmessig passende perioder (American Psychiatric Association , 2013, s. 189). Volkmar og Lewis (2007) sier at opplevelsen av angst som oftest er en opplevelse av både psykologisk og fysiologiske komponenter. Angsten er preget av en rekke termer som referer til humørsvingninger som frykt, bekymring og engstelse. Angst er normalt forbundet med stress, men har også en viktig adaptiv funksjon. De henviser til DSM-5 og deler angst hos barn inn i separasjonsangst, sosial angstlidelse, generell angstlidelse, spesifikk fobi og panikkforstyrrelse med eller uten agorafobi (Volkmar & Lewis, 2007). Angst kommer altså i ulike former og deles inn i ulike angsttyper. Jeg har valgt å redegjøre for separasjonsangst, spesifikk fobi, sosial angst, elektiv mutisme og panikkangst.

2.3.1 Separasjonsangst

ICD-10 påpeker at separasjonsangst bare blir diagnostisert dersom frykt for adskillelse utgjør kjernen ved angsten, og inntreffer i løpet av de første leveårene. Når alvorlighetsgraden er uvanlig, og vedvarer utover den vanlige aldersperioden, og den er forbundet med betydelige

problem i sosial fungering. Diagnosen krever at det ikke er noen generalisert forstyrrelse av utviklingen. Videre legger de frem at det viktigste kjennetegnet er en fokusert, sterk angst for atskillelse fra personer barnet er knyttet til og engstelsen kan bestå av:

- (a) urealistisk og dominerende bekymring for at personene de er nært knyttet til, skal skades, eller frykt for at de skal reise og ikke komme tilbake,
- (b) urealistisk og dominerende bekymring for at en truende hendelse, som at barnet skal forsvinne, bli kidnappet, bli innlagt på sykehus eller drept, vil skille det fra en nær person,
- (c) vedvarende uvilje eller motstand mot å gå på skolen på grunn av separasjonsangst (i stedet for andre årsaker, som frykt for hendelser på skolen),
- (d) vedvarende uvilje eller motstand mot å sove uten å være i nærheten av en nært tilknyttet person,
- (e) vedvarende angst for å være alene, eller uten at en nært tilknyttet person er til stede, hjemme om dagen.
- (f) gjentatte mareritt som omhandler atskillelse,
- (g) gjentatt forekomst av fysiske symptomer (kvalme, magesmerter, hodepine, bekymring osv.) Ved situasjoner som innebærer separasjon fra en nært tilknyttet person, som å forlate hjemme for å gå på skolen,
- (h) omfattende, tilbakevendende bekymring (uttrykt ved angst, gråt, raseri, tristhet, apati eller sosial tilbaketrekning) ved forventninger om, i løpet av eller like etter atskillelse fra nært tilknyttet person (World Health Organization, 1999, ss. 270-272).

Flaten (2010) sier følgende om separasjonsangst:

Separasjonsangst innebærer angst eller engstelse for å bli skilt fra foreldre eller andre nære omsorgspersoner, for at det skal skje noe med disse når barnet ikke er der, eller at det skal skje noe med barnet selv slik at det ikke får komme tilbake til foreldre eller omsorgspersonene (Flaten K. , 2010, s. 26).

Videre legger hun frem at barn med separasjonsangst kan finne det vanskelig å være borte fra foreldrene mens de selv er i barnehagen eller overnatter hos besteforeldre. Når separasjonsangsten blir så sterk at barnet ikke forlater hjemmet, er det lett å forveksle det med sosial angst. Barna er ikke nødvendigvis engstelig for å delta i sosiale sammenhenger dersom de har foreldrene med seg (Flaten K. , 2010, s. 26). DSM-5 legger først frem 8 kriterier der minst 3 må ligge til grunn ved separasjonsangst:

1. Gjentatt overdreven bekymring ved forlatelse fra hjemmet eller betydningsfulle personer.
2. Vedvarende og overdreven bekymring for å miste betydningsfulle personer eller mulig skade for dem som for eksempel sykdom, skade, katastrofe eller død.
3. Vedvarende og overdreven bekymring for å oppleve en uheldig/ubehagelig situasjon (å gå seg vill, bli kidnappet, ha en ulykke, bli syk) som forårsaker adskillelse fra den betydningsfulle.
4. På grunn av frykt for atskillelse er det vedvarende motvilje eller nekt for å gå ut, hjemmefra, til skolen, til jobb eller andre steder.

5. Vedvarende og overdreven frykt eller motvilje over å være alene eller vekk fra den betydningsfulle hjemme eller i andre settinger.
6. Vedvarende motvilje eller nekt for å sove vekk fra hjemmet eller sove uten å være nær den betydningsfulle.
7. Gjentatte mareritt som omhandler separasjon
8. Gjentatte klager om fysiske symptomer som hodepine, magesmerte, kvalme, oppkast ved adskillelse fra den betydningsfulle.

Deretter påpeker de at frykten, angsten eller unnvikelsen er vedvarende, minst 4 uker hos barn og ungdom og vanligvis 6 måneder eller mer hos voksne. Forstyrrelsen oppstår i sosiale, akademiske, yrke eller andre viktige hverdagsarenaer (American Psychiatric Association, 2013, ss. 190-191). Volkmar og Lewis (2007) sier at separasjonsangst er overdreven angst med hensyn til separasjon fra en elsket, som oftest mor eller en annen viktig person i livet. Symptomene ved separasjon inkluderer engstelse, gjentatte kroppslige klager, mareritt eller søvnvansker. Symptomene må vare 1 måned og være en kilde til betydelig svekkelse. Separasjonsangsten kommer som regel etter seks år og før atten år (Volkmar & Lewis, 2007, s. 155).

2.3.2 Fobiske angstlidelser

Barn kan utvikle frykt som fokuseres rundt et bestemt spekter av objekter eller situasjoner. Fobisk angstlidelse brukes bare for utviklingsmessige fasespesifikk frykt når tilleggskriteriene som gjelder alle lidelsene i F93 er oppfylt:

- (a) debutten inntreffer i en utviklingsmessig passende aldersperiode,
- (b) engstelsesgraden er klinisk normal, og
- (c) engstelsen er ikke del av en mer generalisert lidelse (World Health Organization, 1999, s. 272).

DSM-5 påpeker at det er en markant frykt eller angst om et bestemt objekt eller situasjon som for eksempel det å fly, for høyder, dyr eller se blod. Hos barn uttrykkes frykten eller angsten ved gråt, frysing, klamring eller raserianfall. Det fobiske objektet eller situasjonen provoserer nesten alltid til umiddelbar frykt eller angst og en prøver aktivt å holde seg unna objektet eller situasjonen. Frykten for angst er overdrevent sammenlignet med den faktiske faren. Frykten, angsten eller unngåelsen er vedvarende og varer vanligvis i 6 måneder eller mer. Frykten, angsten og unngåelsen forårsaker engstelse eller en svekkelse i sosiale eller andre viktige funksjonelle arenaer. Forstyrrelsen er ikke bedre forklart ved symptomer av andre mentale sykdommer som inkluderer frykt, angst, unngåelse eller symptomer assosiert med panikk. Men heller objekter eller situasjoner relaterer til besittelse, påminnelse av en traumatisk opplevelse

som PTSD⁶, separasjon fra en betydningsfull person eller hjemmet som i separasjonsangst eller sosiale situasjoner som i sosial angst (American Psychiatric Association , 2013, s. 197).

Agorafobi eller sosial fobi hører ikke til spesifikk fobi. De fleste av oss har en fobi mot noe, som for eksempel edderkopper. En liten fobi eller to behøver ikke gi grunn til bekymring og det er kanskje ikke verre enn at barnet er svært grundig i forhold til noe. Dersom barnet til stadighet plages av sterke reaksjoner, bør man følge med. Noen barn er for eksempel opptatt av å vaske seg før de spiser, og vil ikke ta i noe mellom vasken og maten. Dette skjer ofte i en fase da barna lærer om bakterier og betydningen av renslighet, og kanskje handler det bare om at de virkelig har tatt innover seg det man prøver å lære dem om hygiene. Når barnet har fobier som virker hemmende i hverdagen eller en fobi er så omfattende at den tar mye av barnets tid, at det er grunn til å gjøre noe med det. Altså, en fobi kan være at barnet må vaske seg gjentatte ganger for å bli ren nok, eller er svært påpasselig på å ikke berøre noe mellom vasken og maten, og en eventuell berøring av noe annet fører til at barnet må tilbake og vaske seg igjen (Flatén K. , 2010, s. 29). Volkmar og Lewis (2007) sier at det i denne tilstanden er det en markert og vedvarende frykt som er overdreven eller urimelig og resulterer i forstyrrelser. Ulike objekter eller situasjoner er kilden til frykten som for eksempel høyder eller spesifikke dyr. Hos barn kan angsten føre til engstelse, raserianfall, markert hemning eller klamring til foreldrene (Volkmar & Lewis, 2007, ss. 157-158).

2.3.3 Sosial angstlidelser

ICD-10 påpeker at sosial angstlidelse blir brukt for lidelser som inntreffer før fylte seks år, som både er av uvanlig alvorlighetsgrad, blir ledsaget av problemer i sosial fungering og ikke er del av en mer generell følelsesmessig forstyrrelse. Barn viser en vedvarende eller tilbakevendende frykt for, og unngåelse av fremmede. Slik frykt kommer hovedsakelig til voksne, jevnaldrende eller til begge. Frykten er forbundet med en normal tilknytning til foreldre eller andre kjente personer. Frykten for sosiale situasjoner er av den grad som ligger utenfor normalen sammenlignet med barnets alder, og er forbundet med betydelige problemer med sosial funksjon (World Health Organization, 1999, s. 273).

DSM-5 legger frem at det er en markant frykt eller angst rundt en eller flere sosiale situasjoner der person blir utsatt for mulig granskning av andre. For eksempel sosial

⁶ Posttraumatisk stresslidelse – en angstlidelse som kan oppstå hos mennesker som har vært utsatt for særlig skremmende og redselsfulle opplevelser

interaksjoner som å ha en samtale, møte ukjente personer og bli observert. Hos barn må angsten oppstå sammen med jevnaldrende ikke bare i samspill med voksne. Individet frykter at han eller hun vil oppføre seg eller vise angstsymptomer som vil bli vurdert negativt. Sosiale settinger utløser nesten alltid frykt eller angst. Hos barn kan frykten eller angsten vises ved at barnet stivner til, gråt, raserianfall, klamring eller unnlater å snakke i sosiale settinger. Man unngår sosiale situasjoner og frykten eller angsten er overdrevent sammenlignet med den faktiske trusselen som forårsaket av den sosiale situasjon. Frykten, angsten eller unngåelsen er vedvarende og varer vanligvis i 6 måneder eller mer. Frykten, angsten eller unngåelse fører til engstelse eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonelle arenaer. Frykten, angsten eller unngåelsen skyldes ikke effekten av et stoff eller annen mediske tilstander. Frykten, angsten eller unngåelsen er ikke bedre forklart ved symptomer fra andre mentale sykdommer som panikkangst, body dysmorfi eller autisme aspektet. Om andre mediske tilstander som Parkinson oppstår er, ikke frykt eller angst relatert til dette (American Psychiatric Association , 2013, ss. 202-203).

Kjernen i sosial angst er angsten for å bli evaluert av andre, det at man skal skille seg ut slik at man blir gjenstand for andres oppmerksomhet. Oppmerksomheten blir på høyde med negativ evaluering og barnet opplever bekymring for hva andre mener. Ved sosial angst har man en sterk og vedvarende frykt for en eller flere situasjoner som er av enten sosial eller prestasjonsmessig karakter. Angsten fører ofte til at man unngår slike situasjoner, som igjen hindrer tilvenning til og erfaring med sosiale situasjoner (Flatén K. , 2010, ss. 38-39).

Volkmar og Lewis (2007) legger frem at sosial angstlidelse er basert på en vedvarende frykt for eksponering for ukjente personer i sosiale sammenhenger. Ved sosial angstforstyrrelse kan selv risiko for eksponering for en sosial situasjon provosere alvorlig angst eller et panikkanfall. De er engstelige for prestasjon eller offentlig tale, samt bare å møte nye mennesker eller delta på fester, møter og andre sosiale sammenkomster. En unngår slike situasjoner, med tanke på bekymring for avvisning, negative vurderinger fra andre og så videre. Kroppslige symptomer som hjertebank, magesmerter og så videre. Dette kan lett resultere i skolevegring og andre vanskeligheter (Volkmar & Lewis, 2007, ss. 155-156)

2.3.4 Elektiv/selektiv mutisme

ICD-10 legger frem at tilstanden kjennetegnet ved en markert, følelsesmessig betinget selektivitet når det gjelder tale. Det vil si at barnet vier sine språkferdigheter i noen situasjoner, men unnlater å snakke i andre (definerbare) situasjoner. Tilstanden forekommer tilnærmet likt hos begge kjønn og oppstår ofte tidlig i barndommen. Mutismen blir vanligvis

forbundet med markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, tilbaketrekning, overfølsomhet eller motstand. Vanligvis vil barnet snakke hjemme eller med nære venner, men er stum på skolen eller overfor fremmede (World Health Organization, 1999, s. 275).

Diagnosen forutsetter:

- (a) normalt, eller nesten normalt, nivå på språkforståelsen,
- (b) språklige ferdigheter som er tilstrekkelig for sosial kommunikasjon,
- (c) påvisbar holdepunkter for at barnet kan snakke, og snakker, normalt eller nesten normalt i noen situasjoner (World Health Organization, 1999, s. 275).

Videre påpekes det at et mindretall av barn med elektiv mutisme har en bakgrunn med enten noe forsinket språkutvikling eller artikulasjonsproblemer. Ved slike problemer kan diagnosen stilles, forutsatt at barnet har tilstrekkelig språk til effektiv kommunikasjon og stor ulikhet i språkbruken i ulike sosiale sammenhenger. Det ligger et krav om at sviktende bruk av språket vedvarer over tid og at det er konsistens og forutsigbarhet når det gjelder i hvilke situasjoner barnet snakker, og hvilken det ikke snakker (World Health Organization, 1999, s. 275).

Flaten (2013) omtaler elektiv mutisme som selektiv mutisme. Mutisme kjennetegnes ved situasjonsbetinget taushet, vedvarende mangel på evne til å snakke i gitte situasjoner og settinger, barnet opplever at det ikke er i stand til å snakke og unngår å hoste, le eller på annen måte lage lyd. Det er en overlapping med andre typer angst, depresjon og tvangslidelser. Det er antatt at de fleste vokser seg ut av det, men for en liten gruppe vil det vedvare. Noen barn kan ha et rikt repertoar av ikke-verbal kommunikasjon, som gester og mimikk, men mangler den verbale kommunikasjon. Angsten vil øke ved å tvinge barnet til å snakke og muligheten for at det begynner å snakke. Hun påpeker at selektiv mutisme lett kan bagatelliseres. Barn som er litt stille, kan forsvinne litt i barnegruppen. En tenker ofte at et barn må venne seg til det som er nytt når barn er stille, og dette kan være rett for noen barn. Flaten (2013) viser til Wichstrøm mfl. og Kristensen som sier at norske kartlegginger viser at selektiv mutisme er en tilstand som forekommer relativt sjeldent. I de fleste tilfeller kommer selektiv mutisme til syne i barnehagealder. Barn med litt språkvansker som i tillegg er sjenert, ofte utvikler selektiv mutisme. Barn som vokser opp med et annet morsmål eller i et tospråklig hjem, kan ha større risiko for å utvikle mutisme (Flaten K. , 2013, ss. 92-93).

2.3.5 Panikkangst

ICD-10 legger frem at hovedtrekket til panikkklidelser er tilbakevendende anfall av alvorlig angst/panikk som ikke er begrenset til noen særskilt situasjon eller spesielle omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar. De dominerende symptomene vil variere fra person til person,

men plutselig innsettende hjertebank, brystmerter, kvalningsfølelser, svimmelhet og uvirkelighetsfølelse er vanlig. Ofte foreligger det en sekundær frykt for å dø, for å miste kontrollen eller bli «gal». Anfallene varer vanligvis bare i noen minutter, og både anfallenes hyppighet og forløp varierer. Et panikkanfall blir ofte fulgt av en vedvarende frykt for flere anfall. For at diagnosen kan stilles må flere alvorlige angstanfall med autonome symptomer ha inntruffet i løpet av en periode på rundt én måned:

- (a) under omstendigheter hvor det ikke foreligger objektiv fare,
- (b) uten at anfallene begrenses til kjente eller forutsigbare situasjoner, og
- (c) med relativ frihet fra angstsymptomer mellom anfallene (selv om forventningsangsten er vanlig) (World Health Organization, 1999, ss. 137-138).

Panikkangst innebærer akutte episoder der barnet opplever emosjonelle, kognitive og somatiske symptomer. Kjernen er plutselige anfall med intens angst og ubehag, og man finner ikke utløsende faktorer for den intense angstopplevelsen. Man kan oppleve hjertebank, svette, skjelving og vansker med å puste. Barn kan oppfatte det som en forutelse om at noe virkelig fælt vil skje eller at det holder på å bli gal. Forekomsten av panikkangst blant barn er lav, og forskere mener angstforstyrrelsen oppstår senere enn barnehagealder. Mange av de som utvikler panikkangst var engstelige, sjenerte og tilbakeholden som barn. Barn med separasjonsangst eller sosial angst kan oppleve intens frykt i settinger der triggerpunkter for deres angst blir utløst, og det blir feiltolket som panikkangst. Angsten kjennes dermed ut som panikk, men er utløst av eksterne stimuli relatert til andre angstformer. Det kan være vanskelig å skille panikkangst fra annen angst, fordi andre angsttyper også kan oppleves som overveldende og intense (Flaten K. , 2013, ss. 106-107).

2.4 Sjenanse

Begrepet sjenanse er et komplisert begrep som brukes av både fagpersoner og andre for å blant annet beskrive mennesker som er sosialt tilbaketrukkne. Sjenanse er en normal del av barns oppvekst og noe som de fleste kjenner til. Det kan betegnes som en normal følelse i følelsesrepertoaret vårt, et personlighetstrekk, en betegnelse for å beskrive sitt ubehag og noen forskere mener at sterk sjenanse kan være sosial angst (Flaten K. , 2010, ss. 62-65).

I Pedagogisk ordbok blir sjenanse beskrevet slik: For det første: Forlegenhet, blygsel, tilbaketrukkethet. For det andre: Følelse av usikkerhet, utrygghet eller angst som oppstår i ukjente og uventet sosiale situasjoner. Videre sier de at sjenanse kan gi forskjellige fysiologiske utslag som for eksempel hjertebank, rødming og svetting. Atferdsmessig gir sjenanse utslag som mutthet, lav stemmebruk, tilbakeholdenhet og muskelstivhet (Bø &

Helle, 2013, s. 275). Flaten (2010) legger frem at sjenanse har tre hovedområder å komme til uttrykk på: *kognitivt, fysisk og atferdsmessig*. Hvor sterkt påvirket barnet er av egen sjenanse vil gjenspeile seg i de ulike uttrykksformene. Det vil ofte være en overlapping mellom uttrykksformene slik at det ene påvirker det andre, for eksempel vil fysiske reaksjoner påvirke tanker som igjen påvirker atferd. Hos de yngste barna vil de tydeligste uttrykkene vise seg ved fysiske og atferdsmessige signaler. Hun påpeker at også de yngste barna kan ha tanker som forsterker sjenansen, som for eksempel å anta at andre barn ikke vil leke med dem (Flaten K. , 2010, s. 71). Det er normalt å være sjenert, faktisk er det så normalt at over halvparten av oss vil anse oss selv som sjenerte. Sjenanse varierer fra person til person, det kan være en følelse som kommer og går, et vedvarende trekk ved personligheten og for noen går det litt i perioder. Noen er født veldig sosiale og har et stort behov for å være sammen med andre. Andre henter krefter på egen hånd, og kan trives best med noen få gode vener. Vi har altså ulik sosial appetitt. Det er ikke det samme å være sjenert som det å være introvert. En som er introvert kan godt være sosial, men lader batteriene best på egenhånd. Det kan være vanskelig å vite noe sikkert om barns personlighet, fordi barn hele tiden er i en enorm utvikling, en dag sjenert, en annen dag ikke (Bufdir, 2018).

Barn har forskjellig temperament, evne til selvregulering, væremåte og personlighetstrekk som gjør at de fungerer forskjellig i sosiale sammenhenger (Hesselberg & Tetzchner, 2016, s. 62). Det er ikke mange dager etter fødselen at mor eller far kan registrere at deres barn kanskje viser en noe forskjellig væremåte sammenlignet med andre nyfødte barn de har kjennskap til. Det kan vises gjennom søvnrytme, hvordan barnet tolker foreldrenes signaler, kroppsspråk, om barnet er frimodig eller viser noe forsiktighet når fremmede nærmer seg, og lignende. En viktig del av barnets personlighet er temperament. Både personlighet og temperament har det til felles at det dreier seg om barnets typiske måte å reagere på i ulike situasjoner. Personlighet omhandler barnets typiske måter å reagere på eller væremåte. Temperament omfatter barnets typiske væremåte når positive eller negative følelser aktiveres og kommer til uttrykk (Haugen, 2015, s. 119). Plomin og Dunn (1986) sier følgende om temperament:

Temperament refers to the characteristic phenomena of an individual's emotional nature, including his susceptibility to emotional stimulation, his customary strength and speed of response, the quality of his prevailing mood, and all the peculiarities of fluctuation and intensity of mood, these phenomena being regarded as dependent upon constitutional make-up and therefore largely hereditary in origin (Plomin & Dunn, 1986, s. 68).

Videre legger de frem at tradisjonelt sett har temperament blitt delt inn i elementene følelser, uttrykk og opphisselse. Når det gjelder temperament er opphisselse den avgjørende komponenten som gir arvelige individuelle forskjeller. Man skiller mellom høy-opphisselse og lav-opphisselse. Frykt, sinne og overlevelse av arten (seksuell opphisselse) er tre høy-opphissende følelser som er avgjørende for individets overlevelse. Kjærlighet, livlighet, depresjon og en rekke kognitive følelser som stolthet og forakt er lav-opphissende følelser. I barndommen vil ikke seksuell opphisselse være relevant (Plomin & Dunn, 1986, s. 68). Barnets temperament og tilknytningsstil påvirker samspillet som igjen påvirker barnets utvikling. Sjenerte barn har en reservert temperamentsstil. Det vil si milde negative reaksjoner på endring, behov for forutsigbarhet og rutiner, usikkerhet og lite selvhevdelse. De kan oppleves som svært enkle å ha med å gjøre. Pettersen (2017) sier «skyheten er biologisk, og trekket utgjør en risikofaktor for utvikling av utrygge tilknytningsstil». Videre påpeker hun at konsekvensene av skyheten vil i stor grad avhenge av miljøet barnet vokser opp i (Pettersen, 2017).

Når de vanskelige følelsene preger barnets liv i for stor grad og hemmer barnets daglige trivsel og fungering, at det blir et problem for barnet, snakker vi om psykiske vansker (Drugli & Lekhal, 2018, s. 86). Det vil si at når et barn er så sjenert at det går ut over hverdagen angis de å ha emosjonelle utfordringer. Vanskene deles inn i to hovedgrupper: internaliserte og eksterne vansker. Internaliserte vansker er følelser som er vendt inn over, og som det ikke alltid er like enkelt for andre å fange opp (Drugli & Lekhal, 2018, s. 87). Gjertsen (2013) sier det er følelser, opplevelser og tanker som holdes og vendes innover mot seg selv. Videre sier han at disse barna kan ha en nervøs og hemmende atferd, vise nevrotiske trekk og ha angst, de bekymrer seg overdrevent med hensyn til nye situasjoner, barna virker triste og viser sjelden glede. Andre kjennetegn er ensomhet, negativ selvoppfatning, sosial isolasjon og usikkerhet. De er gjerne for seg selv og deltar sjeldent i lek sammen med andre (Gjertsen, 2013, s. 169). Eksterne vansker er følelser som er vendt utover, og som er langt enklere for andre mennesker å fange opp. Dette er følelser som irritasjon, trass, sinne, aggresjon og lignende. Hvis vanskene preger mye av barnets tid, vil de kunne hemme barnets lek og sosiale samspill. Barn som er aggressive og for eksempel biter eller slår vil kunne bli avvist av andre barn og noen øker risikoen for at vanskene blir større over tid. Disse barna har ofte konfliktfylte relasjoner til voksne (Drugli & Lekhal, 2018, s. 87).

Det er midlertidig vanskelig å skille mellom vanlig og uvanlig problematferd. Grensen mellom det akseptable og uakseptable kan tøyes, strammes og trekkes på nytt, avhengig av

øynene som ser og av tids- og situasjonsbestemte normer og verdier (Ogden, 2016, ss. 12-13). Denne atferden vil kunne bli et problem for dem selv, for venner og for familie.

2.4.1 Sjenanse og sosial angst

Sjenanse er den delen av oss som reagerer med vaksomhet når det dreier seg om hva som passer seg og er korrekt atferd i nye situasjoner. Altså en egenskap som absolutt er nyttig. Sjenanse er ikke konstant, man kan være mer eller mindre sjenert, avhengig av situasjoner og hvem man har med å gjøre (Flaten K. , 2010, s. 62). Flaten (2010) fremhever at sjenanse er det ubehaget som oppstår når vi møter eller skal være sammen med andre mennesker og den bunner i bekymring eller redsel for hva andre synes om en, iblandet en følelse av at man ikke er god nok, eller i stand til å møte de standardene man antar at andre vurderer ut fra. Det sjenerte barnet antar gjennom sin egen tolkning at andre synes han eller hun er kjedelig, eller at ingen vil være sammen med han eller henne. Videre legger Flaten frem at det trolig ikke er noe klart skille mellom sjenanse og sosial angst, men en gråsoner med overlappinger. Som for eksempel der sjenansen blir så sterk at den går over i sosial angst. Hvor denne gråsonen går, avhenger av omgivelsesmessige faktorer som hvilke situasjoner barnet er i og dagsform. Hun påpeker at det ikke er enighet i forskermiljøet om at sterk sjenanse og sosial angst er to sider av samme sak. Ogden (2015) og Gjertsen (2013) sier seg enig med Flaten om at sjenanse og sosial angst er i stor grad overlappende. Barn som er sjenerte gir uttrykk for at de ikke liker å være alene og ønsker selskap av andre barn. Barna blir engstelige i sosiale interaksjoner og trekker seg fra sosiale settinger. De vil gjerne være sammen med andre barn, men unngår samtidig interaksjon, og særlig om det er ny setting eller ukjente barn. Sjenerte barn er ofte stille når de er sammen med andre barn og blir dermed lett feiltolket som for eksempel at de ikke ønsker andre barns selskap. Det fører til at andre barn ikke aktivt oppsøker sjenerte barn og de får mindre sosial interaksjon på grunn av sin tilbakeholdenhet. Sjenerte barn ber ikke om den hjelpen de trenger og dette er et av de største problemene. De mister dermed den kognitive stimulansen det er i å få hjelp til å forstå hvordan et problem kan løses. De minster også mye av den oppmuntringen som ligger i å få en voksens oppmerksomhet og gode kommentarer. Sjenerte barn rapporterer mer ensomhet enn andre barn (Flaten K. , 2013, ss. 89-90).

2.5 Barns tidlige utvikling, transaksjonsmodellen og hvorfor får noen barn psykiske vansker?

Det skjer store forandringer i væremåte fra det øyeblikket barnet unnfanges og til det vokser opp og etter hvert blir et voksent menneske (Haugen, 2015, s. 9). I dag er det gitt et rikere og mer nyansert syn på barns tidlige utvikling og nyere forskning har bidratt til å revidere synet på barn (Ogden, 2016, s. 60). Det eksisterer ingen enhetlig eller samlende teoretisk forklaring på alle forhold ved barns utvikling. Barns utvikling er et stort begrep som favner mange ulike elementer. Videre vil jeg si noe om fosterutviklingen før jeg ser på hovedelementene i utviklingen etter barnet er kommet til verden. Deretter redegjør jeg kort for transaksjonsmodellen før jeg ser på hvorfor noen barn får psykiske vansker.

Barns tidlige utvikling skjer på en rekke områder for eksempel med hensyn til kropp og bevegelse, språk, følelser, tenkning og ikke minst utvikling og forandring i hvordan barnet tilpasser seg foreldre og andre, eller hvordan barnet endrer seg med tanke på andre mennesker (Haugen, 2015, s. 9). Allerede i fosterutviklingen skjer det en rivende utvikling ved at celler deler seg og utvikler seg. Begynnelsen av hjernen og ryggspylen utvikles i femte svangerskapsuke og gjør at fosteret er i stand til å reagere på ulike former for stimulering som, berøring og bevegelse. Etter 7-8 uker begynner fosteret å bevege de små armene og beina som er viktig for barnets utvikling av muskulatur og øvrige sanser. Alle indre organer er også dannet. Allerede etter 26 uker virker alle sansesystemer, og fostret klarer etter hvert å nyansere mellom ulike ytre påvirkninger. I uke 32 er alle fem sansene utviklet (Haugen, 2015, s. 11). Barnet blir født inn i et hverdagsliv som har eksistert lenge før barnet kommet til verden. Her skal barnet finne ut av de mange store og viktige spørsmålene som skal utvikle det videre: Hva skjer omkring meg? Hva er meningen med det som foregår rundt meg? Kan jeg være med på dette? Har jeg en plass her? med mer (Askland & Sataøen, 2013, s. 24). Nyere utviklingspsykologi legger stor vekt på at det nyfødte barnet allerede ved fødselen av er utrustet med atferdsmønster som skal lette samspille med de voksne. Engasjerte voksne som prøver å forstå og går aktivt inn i samspillet med barnet gjør at barnet utvikler evne til å kommunisere. Dersom de voksne ikke tolket barnets signal eller tolker dem feil, blir evnen til å gå inn i disse samspillene redusert (Askland & Sataøen, 2013, ss. 39-40).

Når barnet entrer verden starter en ny utviklingsperiode. Hovedområdene er motorisk utvikling, språkutvikling, sosial utvikling, emosjonell utvikling og kognitiv utvikling. Barnets motoriske utvikling handler om hvordan det vokser og beveger seg. Denne utviklingen starter i fosterperioden ved at barnet kan strekke seg, hikke, gjespe og svelge før det blir født. Barnet

er født med reflekser som for eksempel sugerefleksen, griperefleksen, søkereflexen og omklamringsrefleksen. Disse refleksene bidrar blant annet til at barnet får i seg næring, finne næring med mer og disse refleksene forsvinner når barnet er cirka et halvt år gammelt. Utviklingen av grovmotorikk og finmotorikk omhandler det å ligge på mage, løfte hode noen sekunder, strekke armer og ben. Til deretter å kunne snu seg, sitte med støtte og gripe ting. Til etter hvert å kunne sitte uten støtte, bruke armer og ben mer aktivt, krabbe og stå ved hjelp av støtte. Til deretter å kunne krabbe fortere, gå, springe, stå på et ben, sparke ball og kaste, samt hoppe. Det å kunne føre handen til munnen, gripe nærliggende objekter til å gripe med tommel og pekefinger (pinsettgrep). Til deretter å bygge enkelt tårn, holde en spiseskje og gripe rundt en fargestift og lage noen kruseduller. Til etter hvert å kunne kle på selv, kneppe knapper, tegne, kaste og ta imot liten ball, pusle puslespill og klippe (Haugen, 2015, ss. 59-66). Barn gråter ofte når de fødes, det innebærer at barnet fødes med evne til å produsere lyd. Når spedbarnet har blitt cirka 2-3 måneder, begynner det å lage andre lyder enn gråt. Barnets tidligste kommunikasjon foregår gjennom signaler som smil, ansiktsuttrykk, lyder og gråt. Når barnet er rundt et halvt år lager det lyder som begynner å ligne på språklyder, for eksempel Ga og Ma. Språkutviklingen som er en del av barnets kognitive utvikling, skjer gjennom samspill. Når barnet deltar i språklig samspill med andre, tilegner de seg ubevisst og gradvis også selve språksystemet. Dette omhandler også grammatikken og de ulike delsystemene i språket som er fonologi, morfologi, syntaks, tekst og semantikk. Deretter går barn inn i ulike språkutviklingsfaser som omhandler blant annet systemlæringsfasen som handler om å lære det grunnleggende systemet i språket. Systemstabiliseringsfasen dreier seg om å forbedre og stabilisere kunnskapen og ferdighetene sine innenfor alle delsystemene av språket. Tekstutviklingsfasen handler om å meste språkets tekstnivå. Inni de tre ulike fasene finner vi de ulike delsystemene, men jeg har valgt å ikke gå videre inn på dette (Høigård, 2013, s. 118-120; Haugen, 2015, s. 70-72).

Sosiale relasjoner og samspill utgjør et sentralt område i barnets utvikling og starter allerede når spebarnet forholder seg til mors eller fars stemme og ansiktsuttrykk. Sosialisering er den prosessen der det oppvoksende barnet skal lære seg eller tilegne seg de kunnskaper, ferdigheter og sosiale koder som skal gjøre det mest mulig rustet til å bli et fullverdig medlem av det samfunnet det vokser opp i samtidig som barnet gis mulighet for å utvikle seg som et unikt individ. Blikk og smil, samt gester er starten på det tidlige samspille, kommunikasjon og sosialisering. Samspillet mellom omsorgsperson og barn er de første ukene preget av den nære intime, kroppslige og sterkt følelseladete dialogen. Omkring tremånedersalderen blir

dette sterkt emosjonelle samspillet med mor eller far mindre sterkt og barnet blir mer og mer opptatt av omgivelsene (Askland & Sataøen, 2013, s. 55-56; Haugen, 2015, s. 75-84). Mennesker er sosiale vesener som har et grunnleggende behov for å forhold seg til hverandre og denne nære relasjoner. Gode relasjoner er det viktigste fundamentet i små barns utviklingsprosess. Tilknytning dreier seg om det følelsesmessige båndet som knytter barnet til omsorgspersonene. Utviklingen er en livslang prosess og vi formes i møte med hverandre og de tilbakemeldinger vi får, både verbalt og nonverbalt. Relasjoner handler om å oppleve og dele noe følelsesmessig sammen. Gjennom gode relasjoner lærer barnet å få tilgang på egne følelser fordi de blir delt. Videre lærer barnet både å bli et «jeg» og et «vi». En sentral beskyttelsesfaktor er trygg tilknytning som fremmer motstandskraft i møte med senere belastninger, både fordi barnet i seg selv blir mer robust, og fordi trygg tilknytning og erfaringer med emosjonell nærhet gjør at barnet blir i stand til å søke hjelp og støtte på hensiktsmessige måter hos andre når det er behov for det. Tilknytningspersoner er spesielt viktig for barnet når det oppstår negative følelser som redsel, smerte, frustrasjon og så videre. Trygg tilknytning bidrar til at barnet veksler mellom nærhet og avstand til den voksne. Tilknytning dreier seg ikke bare om følelser, men danner også et grunnlag for utforskning og læring (Haugen, 2015, s. 126; Drugli & Lekhal, 2018, ss. 51-61).

Det er mange ulike syn på hvordan personlighet og temperament utvikles. Videre har jeg valgt å kort si noe om de ulike synene. Den biologisk teori sier at noen grunnleggende emosjoner som for eksempel behag, ubehag, sinne og glede er medfødt, mens mer kompliserte emosjoner som for eksempel stolthet og skam, er påvirket av hvilke kulturelle erfaringer barnet gjør. Teorien om differensierte emosjoner påpeker at barnet fødes med noen grunnleggende emosjoner som videreutvikles fra en generell opphisselsestilstand. De grunnleggende emosjonene gjennomgår forandringer og antall emosjoner øker etter hvert som barnet blir eldre. Etter hvert differensieres følelsenes ytringsformer etter en viss lovmessighet. Sosiokulturelle teorier vektlegger miljøets betydning eller kulturens innvirkning på utvikling av barns emosjoner. De avviser ikke at barnet fødes med et visst medfødt emosjonelt grunnpotensial, men legger hovedvekten på kulturens innflytelse på barns utvikling av emosjoner. Det innebærer at barnets utvikling av emosjonelle uttrykksformer skjer i barnets nære relasjoner. Psykoanalytisk teori mener at emosjonene inngår som en sentral del av barnets naturlige drift eller energiaspektet og innenfor denne teorien er Freud sentral. Hvordan dette energiaspektet tilfredsstilles eller kommer til uttrykk i det oppvoksende barns liv, er avgjørende for barnets utvikling av følelser og personlighet. Et siste syn er

atferdsanalytisk teori som er opptatt av læring og atferdsendring. To sentrale læringsformer er klassisk betinging og operant betinging. Barnet er født med evnen til å reagere emosjonelt på visse typer av opplevelser eller påvirkninger. Evnen til å reagere med emosjoner er noe barnet er utstyrt med fra fødselen av. Vanlige emosjoner er latter, gråt, lykkefølelse, tristhet, sinne, engstelse, sjalusi eller lignende. Emosjonene kan variere i styrke fra milde positive eller negative til intenst sterke positive eller negative. Styrken på emosjonene avhenger av hva som utløser den emosjonelle reaksjonen, og forhold ved barnet selv (Haugen, 2015, ss. 109-123). Selvutvikling handler like mye om individet i relasjon til andre som individets forhold til seg selv. I det sosiale rommet speiler vi oss i andre og får erfaringer som gjør at en kan skille seg selv fra andre. Speiling er altså grunnlag for selvrefleksjon, en mental aktivitet som også krever at en lever seg inn i og er empatisk med andre. Selvrefleksjon vil si at en både kan se seg selv slik andre ser en, og at en kan forstå hvordan andre har det. Temperamentet forteller oss om individuelle forskjeller i emosjonelle reaksjoner. Det er vanskelig å omtale temperament som et relativt stabilt personlighetstrekk, som viser seg tidlig i spedbarnsalderen. Men disse mønstrene er ikke ferdig formet en gang for alle. Miljøet og barnets opplevelser i miljøet er i stor grad med på å modifisere det medfødte temperamentet (Askland & Sataøen, 2013, ss. 89-101).

Under de ulike utviklingsperiodene møter barn på ulike utfordringer. Syv til ni måneders alderen er en alder med mange vendepunkter i utviklingen. Barnet får en opplevelse av at livet er mer en «her og nå». Rundt 8 måneder starter mange barn å krabbe og vil trolig begynne å bli skeptisk til fremmede. Dette er starten på separasjonsangsten som alle barn skal gjennom. Separasjonsangsten oppstår som regel når barnet er mellom syv-åtte måneder gammelt og blir sterkere ved 12-18 måneders alderen. I denne alderen starter mange i barnehagen, noe som kan gjøre situasjon vanskelig for både foreldre og barn (Askland & Sataøen, 2013, s. 66).

Transaksjonsmodellen danne et godt grunnlag for å forstå barns utvikling, og særlig hvorfor noen barn får psykiske vansker. Den beskriver utviklingsprosessen som et komplekst, gjensidig og dynamisk samspill mellom individuelle kjennetegn ved barnet og barnets miljø over tid. I modellen forstås utviklingsprosessen som et helhetsperspektiv der biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer virker sammen. For å forstå barnet, må vi forstå barnets miljø, særlig når barnet begynner å vise tegn på skjevutvikling. Barnet ses som en aktør i sin egen utviklingsprosess i denne modellen. Barnet blir ikke passivt påvirket av faktorer rundt seg, barnet påvirker også sine omgivelser og de organiserer selv sine erfaringer (Drugli & Lekhal, 2018, s. 16). Transaksjonsmodellen tar opp i seg Bronfenbrenners

utviklingsøkologiske modell, som beskriver hvordan barns utvikling foregår i ulike utviklingsmiljøer som har direkte eller indirekte betydning for barnet. Barnets hjemmemiljø og barnehage vil for eksempel ha en direkte betydning for barnets utvikling fordi barnet selv er til stede på disse arenaene. Arbeidsplassen til foreldrene kan derimot ha en indirekte betydning på barnet ved at forholdene der virker inn på foreldrenes fungering, noe som igjen kan virke inn på deres samspill med barnet og dermed få betydning for barnet. Videre beskriver Bronfenbrenners modell betydningen av et godt samarbeid mellom for eksempel hjem og barnehage. Et godt foreldresamarbeid kan ut fra denne modellen i seg selv ha positiv betydning for barnets fungering og trivsel i barnehagen. Ifølge transaksjonsmodellen vil både barn og miljø være i kontinuerlig forandring og regulerer seg hele tiden til hverandre. Hvis et barn for eksempel på et gitt tidspunkt utvikler psykiske problemer, er det svært sjeldent at det finnes en enkel årsaksforklaring til dette. Basert på modellen vil det være naturlig å rette fokus på at systemet rundt barnet trolig ikke er godt nok. Ofte er det flere faktorer på ulike nivåer som har virket sammen over tid (Drugli & Lekhal, 2018, s. 17). Det er altså samspillet mellom barnets iboende tendenser og det miljøet som skal håndteres av barnet, som fører til den atferden som blir utvist (Flatén K. , 2013, s. 48).

Barn vokser og utvikler seg raskt, og psykiske lidelser og problemer fremtrer ulikt på ulike alderstrinn. Tidlig i barndommen vil man kunne se de første tegn på tilstander som gir mangelfulle eller forsinket utvikling av kognitive og motoriske ferdigheter (Reneflot, et al., 2018, s. 60). Voksne som er rundt barnet bør lære seg å oppdage når barnet har tendenser til angst og klare å legge til rette slik at barnet kan håndtere angsten på en bedre måte.

Transaksjonsmodellen viser tre premisser som er viktige med tanke på å utvikle angst:

- Barn er individer som aktivt organiserer erfaringer og slik bidrar til egen utvikling.
- Forholdet mellom barn og voksne er en toveiskjøring der barn reager på voksne. Dette påvirker igjen de voksnes atferd.
- Egenskaper hos barnet og miljøet er ikke klart fastsatte faktorer, men begge er med i et samspill som endres på en gjensidig måte over tid (Flatén K. , 2013, s. 49).

Det er altså i samspillet med omgivelsen at barn utvikler seg, og hvilken påvirkning omgivelsene får, avhenger altså av barnets tolkning. Det kan oppstå vansker når det er dårlig samsvar mellom barnets egenart og de omgivelsene barnet skal fungere i. Angstlidelser antas å oppstå som et komplekst samspill mellom gener og omgivelser (Flatén K. , 2013, ss. 49-50).

Hvis det oppstår feiljusteringer i samspillet mellom barnets behov og barnets miljø over tid kan barn utvikle psykiske vansker. Dette handler ofte om at det foreligger mer risiko og

belastninger i og rundt barnet enn det foreligger beskyttende og positive faktorer. Det er aldri en enkelt årsak til at barn får psykiske vansker eller psykiske lidelser. Det vil være snakk om et samspill mellom ulike faktorer over tid. For noen barn begynner utviklingen av det som blir til en psykisk vanske eller lidelse tidlig i livet (Drugli & Lekhal, 2018, s. 90). Flaten (2013) viser til Hirshfeld-Becker og Biederman, samt Andrews mfl. som antar at arvelige faktorer gir økt sårbarhet for å utvikle angstforstyrrelse. Videre sier hun at genforskning har ført til forståelse for at mennesker er ulike emosjonelt, og at noe oppstår på grunn av medfødte tendenser. Noen barn er født mer følsomme og opplever lettere emosjonelt stress. Det blir likevel for enkelt å anta at atferd er genetisk bestemt. Variasjon i atferd kan i stor grad knyttes til omgivelsene, altså ikke genetiske faktorer, sier atferds-genetiker Robert Plomin (Flatén K. , 2013, s. 47).

2.5.1 Risikofaktorer

I rapporten «psykisk helse i Norge» kommer det frem at 28 804 barn og unge i alderen 0-17år ble i 2016 registret med F-diagnose⁷ i BUP⁸. I 2016 var det 5156 barn og unge i alderen 0-17år som var registret minst en gang med diagnosekode for angstlidelse i spesialhelsetjenesten. Denne diagnosen økte sterkt med alder. Frem til 13 års alderen var det liten forskjell i andelen gutter og jenter registrert. Deretter var det en økning hos begge kjønn, men sterkest for jenter. Angstdiagnosene var svært sjeldent brukt i aldersgruppen 0-4år. I aldersgruppen 5-9år lå andelen på 0,1-0,2 prosent hos begge kjønn (Reneflot, et al., 2018, s. 76).

Genetiske disposisjon påvirker risikoen for de fleste psykiske lidelser hos barn og unge. I tillegg påvirkes risikoen av en rekke ulike psykologiske, biologiske og psykososiale faktorer (Reneflot, et al., 2018, s. 60). Drugli og Lekhal (2018) legger frem at noen risikofaktorer ligger hos barnet selv. Det vil si at det er individuelle risikofaktorer som gjør barnet ekstra sårbart, disse kan være medfødt eller påført. Fra fødselen av er noen barn mer sårbare enn andre barn og har økt risiko for negativ utvikling, særlig dersom de også utsettes for ulike former for andre belastninger. Denne sårbarheten kan være medfødt for eksempel lav IQ, temperament prematuritet, ruspåvirkning i svangerskapet, hjerneskade, funksjonshemming

⁷ F-diagnose referere til ICD-10-kapitlet som omfatter psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser

⁸ Barne- og ungdoms psykiatri som er en del av spesialhelsetjenesten for barn og unge og en av samarbeidspartneren til barnehagen

med mer. Sårbarheten kan også være påført barnet gjennom risikofaktorer i miljøet, som for eksempel omsorgssvikt, en vanskelig skilsmisse, alvorlig fysisk sykdom hos foreldre eller søsken, vold i hjemmet, andre traumatiske opplevelser og mobbing. I disse tilfellene vil ikke barnet få den omsorgen det trenger og påføres derfor en sårbarhet som det ikke hadde i utgangspunktet. Forskere har i større grad begynt å bruke begrepet påvirkbarhet i stedet for sårbarhet om enkelte grupper barn. Det viser seg at disse barna ikke bare blir negativt påvirket av risikofaktorer og belastninger i miljøet, men de er også mer påvirkbare i positiv forstand av gode miljøbetingelser og positive erfaringer (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 91-92).

Ytre risikofaktorer i små barns miljø er det som er knyttet til familien. Barna er avhengig av foreldrene sine, og hvis det er omfattende vansker eller problemer i barnets familie, vil dette kunne øke risikoen for skjeutvikling. Omsorgssvikt er den faktoren som i størst grad truer deres psykiske helse, motstandskraft og livsmestring. Foreldre som har egne vansker som for eksempel økonomiske, psykiske, rusproblemer, vansker i parforholdet, vil ofte fungere dårligere i foreldrerollen. Foreldrenes vansker vil dermed også påvirker barnet i større eller mindre grad. Når det er alvorlig omsorgssvikt settes barnets utvikling i stor fare, det kan blant annet være snakk om vanskjøtsel, psykisk mishandling, fysisk mishandling, seksuelle overgrep, familievold eller kriminalitet. Svært mange barn som har opplevd alvorlig omsorgssvikt i barndommen, har psykiske lidelser og redusert livskvalitet videre i livet (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 92-94). Helsedirektoratet legger frem mange av de samme risikofaktorene. De sier blant annet at individuelle temperamentstrekk, uheldig forhold rundt graviditeten og fødsel (som alkoholbruk hos mor i svangerskapet, prematur fødsel og lav fødselsvekt), psykiske lidelser, psykiske problemer eller rusmisbruk hos foreldrene, samlivsbrudd eller konflikter mellom foreldrene, omsorgssvikt, mishandling og overgrep, sosial isolasjon og mobbing, flykningebakgrunn og traumatiske erfaringer fra opprinnelseslandet, belastende livshendelser i familien og lav sosioøkonomisk status er risikofaktorer (Reneflot, et al., 2018, ss. 60-61).

I barndommen har trygg tilknytning til omsorgspersonene betydning for senere psykisk helse. Sosial isolasjon og ensomhet gir økt risiko på den psykiske helsen, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser som for eksempel en alvorlig ulykke eller vold mot en selv eller ens nærmeste kan gi varige psykiske skader. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker kan gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller

belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. God selvfølelse, følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse. Lav selvfølelse og lite mestring kan som regel observeres hos mennesker med angst- eller depresjonslidelse (Folkehelseinstituttet, 2013).

2.5.2 Hva fremmer psykisk helse hos barn

Det er flere faktorer som kan fremme den psykiske helsen til barn. I dette delkapittelet har jeg valt å ta for meg noen faktorer og da fokusert på hva barnehagen kan bidra med. Det viktigste barnehagen kan bidra med for å fremme barns psykiske helse er å tilføre barn positive opplevelser og erfaringer i barnehagehverdagen, der deres behov blir møtt, og der de får god støtte til å håndtere vanskelige utfordringer som oppstår. God kvalitet i barnehagen er dermed essensielt for å være en helsefremmende arena. Flere studier viser imidlertid at kvaliteten på norske barnehager jevnt over er middels, og at den varierer i altfor stor grad (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 101-103).

Forskning viser at noen relasjoner i barnehagen ikke er gode nok. Positiv kommunikasjon og flere positive interaksjoner mellom den voksne og barnet er nøkkelen. Voksen- barn -relasjon er en viktig ressurs for å fremme psykisk helse og livsmestring. Gjensidighet, sensitivitet og anerkjennelse er sentralt for utvikling av gode relasjoner. Det innebærer å fange opp barns uttrykk, signaler og behov, være der barna er, gi barn tilpassede reaksjoner, samt at samspillet med barn er preget av hver sin tur i flere omganger. Relasjoner som er trygge og stimulerende, positive følelser, tilhørighet, samt mestringsopplevelser i hverdagen er det som fremmer barns positive utvikling, psykisk helse og livsmestring (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 115-120). Barn trenger å oppleve at deres følelser blir møtt med aksept og gode responser. Barn som har det bra og trives, vil vise mye positive følelser som glede, interesse og lykke. Positive følelser har nær sammenheng med psykisk og fysisk helse, samt fravær fra negative følelser. Når barn utforsker, leker og holder på med noe de opplever som interessant viser de glede. Sensitive voksne som er der barna er, vil lett fange opp muligheter til å dele, og dermed forsterke, barns glede i barnehagehverdagen. Den positive følelsen vil forsterkes ved at omsorgspersonen deler barnets glede ved å speile den eller sette ord på den. De negative følelsene må også bli akseptert for at barn skal kunne lære seg å gjenkjenne og forstå hele følelsesaspektet. Sinne og irritasjon er negative følelser som er viktig for barnets selvutvikling. Å lære å håndtere negative følelser på en sosialt akseptert måte er helt nødvendig både for å fungere i sosialt samspill og for å kunne takle frustrasjon og motgang i livet uten å bli overveldet av egne følelser. Ved å sette ord på følelsen, bruke en rolig varm

stemme, være rolig og trygg overfor barnet, vil kunne bidra til å god regulering av barnets følelser og atferd (Drugli & Lekhal, 2018, ss. 121-125). Mestring dreier seg om at barnet får til noe det ønsker, selv om det ikke lykkes med en gang. Mestringsopplevelser lagres i barnets hukommelse og styrker deres tro på seg selv. Barn kan trenger hjelp med å mestre ulike ting som for eksempel motoriske utfordringer eller følelser. Noen barn trenger støtte for å tørre mer fordi de lett blir engstelige, andre trenger støtte for å kontrollere sinne eller skuffelse. Den voksne må hjelpe til ved å anerkjenne barnets følelse ved å sette ord på den (Drugli & Lekhal, 2018, s. 128). Flaten (2013) legger frem den gyldne midelveien for å arbeide med barn med angst. En må utfordre barnet slik at det klarer å håndtere angsten samtidig som det opplever å mestre en utfordringene situasjon. Når barnet blir for hardt presset, utløser man angst og vegring. Blir barnet for lite presset, vil det gi barnet for lite utfordringer (Flaten K. , 2013, s. 176).

2.6 Den norske barnehagen

For å kunne drøfte hva barnehageansatte vet om angst og sjenanse, og tiltak knyttet til forebyggende arbeid for barnehagebarn er det nødvendig å se på de juridiske og politiske føringene. Her vil jeg komme innom de overordnede prinsippene, lovverk og barnehagen som instans. Deretter vil jeg presentere rollen til det pedagogiske personalet som jobber i barnehagen og som skal arbeide forebyggende med barn med angst og sjenanse.

2.6.1 Barnehages mandat

Barnehagen er en del av det 18-årige utdanningsforløpet og den kan ha stor betydning for barn de første leveårene. Det er Kunnskapsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, kommunene og Fylkesmannen som har ansvar for barnehagene (Regjeringen, 2019). Barnehagens virksomhet blir først og fremst styrt av Lov om barnehager (Barnehageloven, 2005) og Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver (Kunnskapsdepartementet, 2017). Rammeplan sammenfatter bestemmelsene i barnehageloven og utdyper barnehages innhold og oppgaver. Deretter er det barnehageeier som har ansvaret for tilbudet i den enkelte barnehagen. Det kan være privat eller offentlig barnehager (Regjeringen, 2019).

I Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver legges barnehagens samfunnsmandat frem og Rammeplan fastslår følgende:

Barnehagens samfunnsmandat er, i samarbeid og forståelse med hjemmet, å ivareta barnas behov for omsorg og lek og fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Alle barnehager skal bygge på verdigrunnlaget som er fastsatt i barnehageloven og internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til, slik som FNs konvensjon av 20. November 1989 om barnets rettigheter (barnekonvensjonen) (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 7).

FNs barnekonvensjon er en internasjonal avtale som beskytter barns rettigheter. Den gir barn egne rettigheter som for eksempel rett til skole, helsehjelp, lek og fritid, uansett hvem de er og hvor de bor (Barneombudet, 2003). Rammeplan legger videre frem at barnehagen er en forberedelse til aktiv deltakelse i samfunnet og bidrar til å legge grunnlaget for et godt liv. Alle handlinger og avgjørelser som berører barnet, skal ha barnets beste som grunnleggende hensyn, jf. Grunnloven § 104 og barnekonvensjon art. 3 nr. 1. Dette er overordnet prinsipp som gjelder for all barnehagevirksomhet (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 8).

Andre faktorer som vil kunne påvirke barnehagens virksomhet er virksomhetsplaner, årsplan, månedsplan og ukeplan. Barnehagens egenverdi og metodefrihet, samt lokale prioriteringer vil også kunne påvirke virksomheten (Ogden, 2015, s. 82). Barnehagen har mange samarbeidspartnere. Samarbeid med hjemmet er en lovpålagt plikt for barnehagen. Denneplikten er stadfestet i formålsparagrafen:

Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling, jf. barnehageloven § 1 (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 29).

Det er barnehagen som har hovedansvaret for å ta initiativ til å etablere foreldresamarbeid. Ifølge barneloven § 30 og barnekonvensjon er det foreldrene som har hovedansvaret for barna. Barnehagen og foreldrene har begge ansvar for at samarbeidet fungerer og utvikler seg til det beste for barnet, noe som innebærer en gjensidig forpliktelse til å utveksle nødvendig informasjon. Samarbeidet mellom barnehagen og barnas hjem sikres gjennom et lovpålagt foreldreråd og samarbeidsutvalg (Haugen, Lie, & Vogt, 2014, s. 33). I tillegg til at barnehagen her et nært og tett samarbeid med foreldrene, samarbeider barnehagen med ulike instanser som for eksempel helsestasjon, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevernet, Statped, barne- og ungdomspsykiatrien med mer (Hesselberg & Tetzchner, 2016, s. 58).

Barnehages samfunnsmandat er altså å tilby barn under opplæringspliktig alder et omsorgs- og læringsmiljø som er til barns beste. Det skal både være en pedagogisk virksomhet og et velferdstilbud for småbarnsforeldre. Barnehagesektoren står ovenfor store utfordringer i forhold til at den skal både tilfredsstillе nasjonale myndigheters krav om full barnehagedekning, samtidig som den skal gi barna et kvalitetsmessig godt tilbud. Som det kommer frem her er det mange klare retningslinjer og forpliktelser barnehagen må forholde seg til.

2.6.2 Barnehageansatte - pedagogisk personale

Barnehagen skal som nevnt tidligere ivareta barnas behov for omsorg og lek, samt fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon, der barns fysiske og psykiske helse skal fremmes (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 11). Det innebærer at det er noen som må realisere disse prinsippene i møte med barna. I min undersøkelse har jeg tatt for meg barnehageansatte og fokuserer på det pedagogiske personalet i barnehagen da de er sentrale i preventivt arbeid med barn med angst og sjenanse.

I begrepet «pedagogisk personale» tar jeg utgangspunkt i alle som jobber i barnehagen - barnehagelærere⁹, barne- og ungdomsarbeidere, assistenter, spesialpedagoger og styrere. Dette fordi alle disse er i direkte kontakt med barna hver dag. Selv om assistenter ikke nødvendigvis har pedagogisk utdanning, velger jeg å inkludere de i betegnelsen, fordi de jobber også med pedagogikk når de er sammen med barna, samt at barnehagen drives av klare retningslinjer som også de må følge. I barnehageloven står det at «barnehagen skal minst ha én ansatt per tre barn når barna er under tre år og én ansatt per seks barn når barna er over tre år» (Barnehageloven, 2005).

Personalet i barnehagen er kanskje de voksne som ved siden av de foresatte har mest kontakt med barn i begynnelsen av oppveksten og er betydningsfulle for barnet, altså de signifikante andre (Larsen & Slåtten, 2002, s. 23). Basert på dette har altså personalet en avgjørende innvirkning på barn på alle måter, særlig ansvar ovenfor barnets trivsel, utvikling og læring. Som ansatt i barnehagen har man derfor gode forutsetninger for å oppdage tegn som kan tyde på angst eller sjenanse, samt hjelpe disse barna. Barnehageansattes rolle er dermed også viktig i forhold til forebygging av psykisk helse og deriblant angst og sjenanse.

⁹ Pedagogisk leder og pedagog 2

3 Metode

Hensikten med dette kapittelet er å redegjøre for valgene jeg har gjort når det kommer til studiens forskningsdesign. Kapittelet tar for seg en samlet beskrivelse av studien, datainnsamlingsmetode, hvor jeg redegjør for hvordan jeg har samlet inn data og hvilket utvalg jeg har gjort. Alle vurderingene og valg er gjort i lys av problemstillingen. Ifølge Leseth og Tellmann (2014, s.53) er det slik forskeren får mest mulig relevant informasjon, og samtidig tilfredsstillende forskningens formål. Forskerens oppfatning av hvordan virkeligheten faktisk er, vil ha betydning for hva slags forskningsspørsmål som stilles, og dermed hva slags metoder som vurderes som best. Forskerens formulering av forskningsspørsmål bestemmer også valg av metode, noe som igjen vil bestemme hvordan forskeren oppfatter virkeligheten (Jacobsen, 2015, ss. 21-22). Forskerens oppfatning av virkeligheten har altså tett sammenheng med hvilken vitenskap som kommer frem.

Metode er en måte å gå frem for å samle inn empiri, eller data om virkeligheten. Metode er dermed et redskap man bruker for å finne det man vil undersøke og det forteller oss hvordan vi bør gå frem for å innhente og vurdere kunnskap (Dalland, 2012, s. 111; Jacobsen, 2015, s. 21).

3.1 Kvantitativ metode

I min studie har jeg valgt å bruke kvantitativ metode for å belyse gjeldende problemstilling og tema. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, det vil si at den beskriver virkeligheten ved hjelp av tall og tabeller. Tallene gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner, og dermed kan informasjonen man samler inn måles og sammenlignes (Dalland, 2012, s. 112). Kvalitative undersøkelser eller ekstensive undersøkelser går i bredden og undersøker mange enheter. Dette øker sannsynligheten for at de resultatene man får kan generaliseres fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2015, s. 87). Hensikten med slike metoder er å få inn informasjon som lett kan systematiseres, og som kan legges inn på datamaskiner i standardisert form slik at vi kan analysere mange enheter samlet. Ved metoden «tvinges» enheter og informasjon inn i forhåndsdefinerte kategorier og båser. Før den empiriske undersøkelsen kan gjennomføres må sentrale begreper kategoriseres og presiseres. Dette gjør at man må legge spesielt vekt på forhåndskategoriseringen av begreper og at denne forhåndskategoriseringen gjør det mulig å standardisere informasjon i form av tall. Da kan man lage en effektiv statistisk analyse der man kan trekke inn mange enheter (Jacobsen, 2015, s. 251).

3.1.1 Deskriptiv statistikk

Statistikk er et viktig verktøy og benyttes i alle typer vitenskapelig arbeid. I dagens informasjonssamfunn er det viktig å ha et minimum av statistisk forståelse for å kunne vurdere informasjon fra blant annet media og myndigheter (Dalland, 2012, s. 211). Faglig statistikk kan grovt sett deles inn i teoretisk statistikk og deskriptiv statistikk. I min studie har jeg valgt å benytte meg av deskriptiv statistikk for å vise til funn i oppgaven. Deskriptiv statistikk omhandler systematisk beskrivelse av størrelse og sammensetning av en populasjon ved hjelp av tabeller, grafer og tallmål (Bjørnstad, 2018). Jeg skal altså beskrive et fenomen eller en tilstand, ikke forklare eller endre på noe. Dette gjelder for analyse og resultat kapittelet. Resultatene vil dermed bli fremstilt gjennom tekst, tabeller og diagrammer.

3.1.2 Fordeler og ulemper ved kvantitativ metode

Ved kvantitativ metode får en data som har den åpenbare fordelen at de er standardisert. Dette gjør informasjonen lett å behandle ved hjelp av datamaskiner og statistikkprogrammer. En kan redusere en stor mengde informasjon effektivt til variabler, komplekse samvariasjoner kan avdekkes gjennom statistiske analyser, og enheter kan grupperes og omgrupperes relativt fort og enkelt. En annen fordel er presisjon. Kvantitativ tilnærming kjennetegnes ved at vi kan beskrive et gitt forhold relativt presist, spesielt når det gjelder utstrekning eller omfang av et fenomen. Svaret på et spørsmål kan besvares eksakt i prosent eller antall, og med en kjent grad av usikkerhet kan vi generalisere disse funnene til alle dem vi ønsker å uttale oss om. En vil kunne si noe om variasjoner og sammenhenger mellom ulike forhold og ikke minst om sammenhenger mellom mange forskjellige forhold samtidig. En tredje fordel er generalisering, det å samle inn store mengder data fører til at en kan undersøke mange og få et representativt utvalg. Dermed øker også muligheten for å generalisere fra respondentene til alle dem vi er interessert i å uttale oss om. En fjerde fordel som noen vil si er en ulempe, er avstand til dem en undersøker. En utvikler ingen personlige bindinger og forskeren henger seg ikke opp i hvordan enkeltmennesket definerer virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 134-135).

Kvantitativ data gir et overfladisk preg på undersøkelsen fordi data er designet for å nå mange enheter på en kostnadseffektiv måte som er en ulempe ved metoden. En må nøye seg med å måle ganske enkle forhold og det er vanskelig å gå i dybden. Det er altså lite av opplysninger om forhold som ikke er med i spørreskjemaet, forhold som kanskje er mer interessante enn det vi spør om. Som nevnt tidligere er avstand en styrke, men det kan også være en betydelig svakhet. Det kan føre til lav forståelse for det fenomenet som egentlig undersøkes. En som forsker mister forståelsen for den enkeltes situasjon, altså hva de tenkte mens de svarte på de

ulike spørsmålene. Dermed kan avstand øke faren for å ende opp med en virkelighetsfjern studie. Denne måten å samle inn data gjør at en må følge en mer sekvensiell prosess enn innsamling av kvalitative data. Det vil si at man ved innsamling av kvantitative data må følge et sett faser, der den ene må komme før den andre. Opplegget er dermed mindre fleksibelt (Jacobsen, 2015, s. 135-136).

3.1.3 En blanding mellom deduktiv og induktiv

Den tilnærmingen jeg har hatt til teorien og empirien kan defineres som en blanding mellom induktiv og deduktiv. Den induktive tilnærmingen til forskningen innebærer at forskeren arbeider fra empiri mot utvikling av nye begreper og teori. Den deduktive delen av prosessen innebærer at forskeren går fra teoretiske rammer inn mot sin egen tekst, og på denne måten knytter begreper og linjer fra tidligere teori og forskning inn mot egen empiri (Thagaard, 2018, s. 184). I min studie skifter jeg mellom å utforske meningsinnholdet i empirien, og å innarbeide teoretiske begreper. Jeg opplever at jeg veksler på måten jeg forholder meg til teori og empiri på, og studien preges derfor av en pendling mellom induktiv og deduktiv oppmerksomhet. En slik pendling omtaler Jacobsen (2015) for abduksjon. Abduksjon har sitt utgangspunkt i at all vitenskapelig tenkning starter med observasjoner. Man sanser et eller annet som overrasker og det gjør at man skaper et spørsmål. Spørsmålet ses som et problem som må løses og dermed starter en spekulasjon om hvordan problemet ser ut og hva som er problemets årsak. Spekulasjonene leder så til antakelser og hypoteser, deretter undersøker man om antakelsene stemmer, som betyr at de må konfronteres med empiri. Forskningen vil dermed i stor grad være en kontinuerlig problemløsende prosess, noe som gjør den til en kombinasjon av både induksjon og deduksjon. Abduksjon er altså en vekselvis prosess mellom teori og empiri (Jacobsen, 2015, s. 34-35). Min studie tar utgangspunkt i mine observasjoner i arbeidslivet, der temaene angst og sjenanse overrasket meg. Dette førte til at jeg fant et område jeg ville undersøke - hvordan ser dette ut og hva er problemets årsak? Deretter har jeg vekslet mellom teori og empiri.

3.2 Innsamling av data

Jeg har samlet inn kvantitativ data fra et utvalg ved hjelp av et digitalt spørreskjema. Kvalitative metoder som for eksempel spørreskjema, er basert på distanse mellom forskeren og personer som deltar i prosjektet (Thagaard, 2018, s. 16). Jeg har primært valgt spørreundersøkelse som innsamlingsmetode fordi jeg ønsker avstand til studieobjektene, slik

at min persepsjon, kjennskap til barnehage og flere av de ansatte¹⁰, ikke skulle påvirke svarene. Andre grunner er at denne metoden gjør det enklere å nå mange på kort tid. Spørreskjema er enkelt å besvare ettersom undersøkelsen gjennomføres elektronisk på PC eller mobil og tar kort tid å besvare. Viktig er det også at den kan gjennomføres hvor som helt og når som helst så lenge man er tilknyttet internett, med mulighet til å starte og fullføre på et senere tidspunkt.

3.2.1 Valg av informanter

Ifølge Bergsland og Jæger (2014) er det slik at problemstillingen i kvantitativ metode vanligvis uttrykker hvem forskeren ønsker å vite noe om, og disse kalles enheter. Enhetene er ofte mennesker og i mitt tilfelle barnehageansatte og dette kalles for respondenter. Utvalget består vanligvis av mange objekter for eksempel, landsgjennomsnitt eller mer avgrensede grupper som kommuner, kvinner, menn med mer (Bergsland & Jæger, 2014, s. 68-69). Jeg har valgt en gruppe mennesker. Utvalget representerer yrkesgruppen som arbeider i barnehage med barns pedagogiske tilbud. Dette vil si blant annet styrer, pedagoger, assistenter med mer. Det er ikke gjort noe spesielt utvalg av hvem spørreskjemaet ble sendt til, det er altså et tilfeldig utvalg (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 137). Ringdal (2018) sier at i kvantitativ undersøkelse ønsker man at enhetene symboliserer et representativt utvalg av populasjon.

3.2.2 Spørreskjema

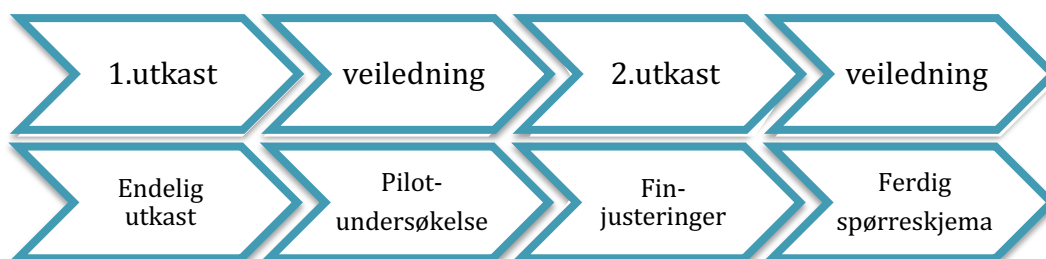
Jeg har selv utviklet et spørreskjema med hjelp fra veileder¹¹. Skjemaet tar for seg 18 spørsmål, der de 8 første spørsmålene er demografiske spørsmål som omhandler kjønn, alder, stillingsbeskrivelse, erfaring, privat eller offentlig barnehage, hvor mange barn som går i barnehagen, base eller avdeling og pedagogtetthet. Dette for å bekrefte om jeg har identifisert riktig målgruppe og for å se om noen av disse spørsmålene kan påvirke eller har sammenheng med noen av de andre spørsmålene. Videre er det 10 faglige spørsmål som omhandler barnehageansattes syn på angst og sjenanse i barnehagehverdagen - hva som er praksis for dem. Skjemaet tar for seg ulike svaralternativer. Det er noen lukkede svaralternativer og noen åpne svaralternativer, der enheten må fylle ut hva han eller hun mener. Undersøkeren stiller altså spørsmål på den måten at enhetene kun kan svare innenfor de rammer undersøkelsen på forhånd har definert. Enheten tvinges inn i svarkategorier av

¹⁰ Med tanke på at jeg jobber i en stor barnehage med mange ansatte, samt vært i praksis og jobbet i ulike barnehager opp gjennom de siste årene

¹¹ Se vedlegg 2

typen «ja», «nei», «helt enig», «meget positiv» og lignende. Halvorsen (2008) påpeker at det er en fordel å kombinere åpne og lukkede spørsmål i et spørreskjema. De åpne spørsmålene har den fordelen at de gir mulighet for å avdekke uvitenhet, misforståelser og uventede forestillingsrammer (Halvorsen, 2008, s. 142).

Halvorsen (2008) legger frem en rekke tips til hvordan man bør utforme et spørreskjema og hva man bør tenke gjennom. Videre påpeker han at det er viktig at en ved utarbeiding av spørreskjema har noenlunde klart for seg hva en ønsker å analysere (Halvorsen, 2008, s. 144-146). Spørreskjemaet ble i hovedsak utarbeidet ved hjelp av Halvorsens tips, oppgavens problemstilling og målgruppen. Noen av Halvorsens tips er at en må starte med de enkle upersonlige spørsmålene som for eksempel kjønn og alder og vente med spørsmål som kan virke emosjonelle til slutt. En må ikke ha to spørsmål i ett, og setningsoppbyggingen bør være enkel. En bør unngå ledende spørsmål og abstrakte begreper, fagsjargonger og fremmedord. Rekkefølgen på spørsmålene kan påvirke svarfordelingen, særlig hvis det er mange spørsmål (Halvorsen, 2008, s. 144-146). Undersøkelsen tar for seg begreper som blir brukt blant barnehageansatte som for eksempel stillingsbeskrivelse¹², base/avdeling, observasjon, avdelingsmøte og kartleggingsverktøy. Jeg legger ikke noen føringer eller redegjør for begrepene psykisk helse, angst og sjenanse, men enhetene må selv si hva de legger i disse begrepene. Skjemaet ble til gjennom flere prosesser, noe som illustreres i figur 1.



Figur 1: Utarbeidelse av spørreskjema

Det er små muligheter for å justere opplegget når en først har sendt ut spørreskjemaet. Figuren illustrerer prosessen jeg har vært gjennom for å utvikle skjemaet. Selv om skjemaet har vært gjennom mange prosesser ser jeg i ettertid noen endringer som burde vært gjort.

Pilotundersøkelsen besto av et veldig lite utvalg og noen av de som gjennomførte

¹² Assistent, fag- og ungdomsarbeider, barnehagelærer, pedagogisk leder, styrer, spesialpedagog

undersøkelsen har lite kunnskap og erfaring rundt temaet og barnehagehverdagen. I ettertid ser jeg at skjemaet kanskje ble sendt ut litt for tidlig, da jeg har oppdaget feil og små endringer som burde vært gjort. Blant annet ble et spørsmål obligatorisk å svare på når det burde vært valgfritt. Jeg ser også at noen av formuleringene mine kunne vært bedre, blant annet på spørsmålet «jobber din barnehage preventivet i forhold til barns psykiske helse?». Dette er en dårlig setning, som kan skape forvirring hos respondenten. For å utarbeide spørreskjema har jeg brukt en nettside som heter Nettskjema. Universitetet i Tromsø har et samarbeid med Universitet i Oslo som har utarbeidet Nettskjema som er et gratis program der man kan utarbeide spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder ikke for mange spørsmål og er enkel å besvare, noe som jeg anser som en fordel. Spørsmålene er relativt korte og tar dermed ikke lang tid å lese og forstå.

3.2.3 Utsendelse

Spørreundersøkelsen ble sendt ut på mail til styrere i barnehager med en liten tekst om hva masteroppgaven omhandler¹³. Jeg var altså ikke i direkte kontakt med de ansatte og var avhengig av at styrerne i de ulike barnehagene videresendte mailen til sine ansatte. Siden mailen kun ble sendt via mail til styrer i barnehagen, var det mulighet for at mailen ville stoppe der og ikke nå ut til de øvrige ansatte. Dermed kunne det tenkes at svarprosenten ville være lav. Derfor ble spørreskjema i tillegg delt via det sosiale mediet Facebook. En lenke og informasjon om undersøkelsen ble delt i gruppen «Idébroen Debatten». Andre grunner for at personer ikke svarer kan være lite kunnskap, erfaring og motivasjon for å svare.

3.2.4 Dataanalyse

Jeg har som nevnt valgt å bruke nettskjema for å innhente empiri. I analysen av dataen ble det brukt Microsoft Excel versjon 16.24. for å fremstille noe av empirien i form av stolpediagram og sektordiagram. For de åpne spørsmålene ble det blant annet brukt SmartArt som er en funksjon inne i Microsoft Word versjon 16.24, samt tekst og egen tolkning av hva respondentene har svart.

¹³ Se vedlegg 1

4 Vurdering av studiens kvalitet

Dette kapittelet tar for seg studiens kvalitet. Under forskningsetikk og datakvalitet gjøres det rede for hensyn jeg har tatt for å oppnå en god og forsvarlig forskning.

4.1 Forskningsetikk

I denne studien har det vært noen etiske retningslinjer å forholde seg til. Det første prinsippet jeg tok stilling til, var om prosjektet var meldepliktig. Ifølge paragraf §31 i personopplysningsloven (2000) har man meldeplikt om et prosjekt skal behandle personopplysninger som kan brukes til å identifisere enkeltpersoner (Christoffersen & Johannessen, 2012, s. 43). Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurderer om forskingsprosjekt som skal behandle personvernsopplysninger innfrir kravene i personvernlovgivingen, og tilbyr rådgiving og kurs om personvern til forskere og studenter (NSD, 2018). Ved å svare på noen spørsmål på deres hjemmeside fant jeg ut at min studie ikke er meldepliktig.

I denne studien ble det sendt ut e-post til styrer med informasjon om prosjektet, der det kom frem hvem som var målgruppen for undersøkelsen, tema og formål med undersøkelsen. Videre var det informasjon om at prosjektet ikke var meldepliktig og anonymitet skulle ivaretas. Spørsmål som er i min spørreundersøkelse gjør det ikke mulig å identifisere enkeltpersoner og det innebar ikke behandling av personopplysninger. Prosjektet har derfor en sikret konfidensialitet i behandling av informasjon da dataen allerede var anonymisert da de leverte inn spørreskjemaet. Jeg som forsker har ingen mulighet til å spore spørreskjema tilbake til respondenten. Et annet etiske prinsipp er forskerens respekt for deltakerens privatliv, handler om vurdering av hvor personlige og nærgående spørsmål en kan stille. Med tanke på dette prinsippet har jeg prøvd å ikke stille personlige spørsmål, men spørsmål som kan relateres til arbeidshverdagen. Et tredje etisk prinsipp er hvordan dataen lagres og hvem som har tilgang. Nettskjema har gode rutiner for beskyttelse og sikker lagring av informasjon. Jeg som forsker må logge meg inn for å få tilgang til spørreskjemaet og resultatene. Den private datamaskinen som ble benyttet var også utstyrt med brukernavn og passord for å komme inn på. Et annet etisk prinsipp handler om det å forske på eget felt og forforståelse. Som tidligere nevnt har jeg valgt spørreskjema for å få avstand fra studieobjektene. Dalland (2012) påpeker at vi alltid har våre fordommer eller vår forforståelse med oss inn i en undersøkelse. En fordom handler om at man allerede har en mening om et fenomen før man undersøker det. Forforståelse handler om at man kan prøve å møte et fenomen så

forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det. Videre fremhever han at normen sier at du skal være deg din forforståelse bevisst (Dalland, 2012, s. 117). Jeg har dermed prøvd å tenke gjennom min forforståelse, samt prøvd å holde mine fordommer utenfor. Med andre ord har jeg prøvd å holde meg nøytral, men min erfaring og forståelse vil påvirke meg enten bevisst eller ubevisst.

4.2 Datakvalitet

Gjennomgående i hele prosessen med oppgaven har jeg fokusert på at dataene jeg presenterer skal være av høyest mulig kvalitet. Grønmo (2016, s. 237-241) hevder at for å få holdbare analyseresultater er tilfredsstillende kvalitet avgjørende. For å gjøre kvalitetsvurderinger kan man se på ulike aspekter innenfor validitet og reliabilitet. Disse aspektene har jeg kontinuerlig tatt hensyn til og vil i det følgende presentere de hver for seg.

4.2.1 Validitet

Validitet handler både om kvaliteten i de data som resultatene bygger på, og av holdbarheten av de slutningene som trekkes fra data. Validitetsbegrepet kan gjengis med gyldighet og relevans. Med gyldighet og relevans menes at den empirien som samles inn, faktisk gir svar på det eller de spørsmålene som stilles. Det er tre ulike aspekter ved validitet: *begrepsvaliditet*, *indre validitet* og *ytre validitet*. God indre validitet innebærer at man kan stole på den tolkningen som fremsettes om relasjoner mellom variabler. Spørsmålet om indre validitet er aktuelt i det øyeblikket man begynner å tolke inn et årsaksforhold mellom variabler (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 115-118). Indre validitet omtales ikke noe mer siden jeg primært har fokus på å gi en beskrivelse av resultater, og ikke på å forklare årsakssammenhenger.

Begrepsvaliditet handler om grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det. Med dette menes at begrepsvaliditet uttrykker samsvaret mellom teoretisk begrep og gjennomført «måling». En tar altså målingsproblemene på alvor i den forstand at man ikke tror at målingene er «riktig» eller at målingen definerer begrepet. Tilfeldig målefeil og systematisk målefeil er trusler mot begrepsvaliditet. Tilfeldige målefeil betyr ikke nødvendigvis at feilen skyldes tilfeldigheter, men at feilen oppfører seg tilfeldig. Slike feil jevner seg ut i det lange løp, og en kan si at det handler om det vi kaller flaks og uflaks. Systematiske målefeil jevner seg ikke ut i det lange løp. Disse feilene reduserer altså ikke konsistensen i målingene, de har en tendens til å påvirke i samme retning for samme person ved gjattede målinger (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 95-99). Ved operasjonalisering av et begrep vil man bare få med en del av begrepet

man ønsker å måle. Operasjonalisering innebærer at man også får med noe som ikke er relevant. Begrepet vil altså være «sittet» av andre begreper. Systematisk målefeil handler altså om at man får et skjevt bilde av begrepet man ønsker å måle fordi man ikke klarer å dekke hele meningsfyllden i det, og man får med noe som ikke hører til i begrepet (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 98-99). For min studie vil det dreie seg om de formulerte spørsmålene faktisk måler det teoretiske fenomenet jeg ønsker å undersøke. Begrepsvaliditeten kan ha blitt påvirket av at jeg ikke har fått med alle ulike observasjoner som kan ligge bak en mistanke om angst og sjenanse. Spørsmålet dekker heller ikke angst for seg og sjenanse for seg. En annen faktor som kan påvirke begrepsvaliditeten er at barnehageansatte kan ha varierende kjennskap til begrepene angst og sjenanse. Jeg kan dermed ikke utelukke at barnehageansatte legger noe annet i begrepene enn de som var forutsetningen da spørreskjemaet ble utformet. Andre faktorer som kan ha svekket begrepsvaliditeten er at barnehageansatte ble påvirket av måten spørsmålene var formulert på, spørsmålene kan ha blitt misforstått, og svaralternativene kan være utilstrekkelige. For å kontrollere den begrepsmessige validiteten i undersøkelsen gikk spørreskjemaet gjennom flere prosesser som blant annet diskusjon med veileder og relevante fagpersoner. Det ble også foretatt en prestudie, der spørreskjemaet ble prøvd ut på veileder og bekjente med og uten relevant utdanning. Jeg brukte også begreper som er rimelig å anta at barnehageansatte kjenner til for å forsøke å sikre begrepsvaliditeten. Stillingsbeskrivelse, avdeling/base, avdelingsmøter, kartleggingsverktøy er begreper som brukes blant barnehageansatte og en kan anta at ansatte har en relativ felles forståelse for begrepene.

Ytre validitet handler om resultatenes gyldighetsområde, det vil si hvilke personer resultatene er gyldig for og hvilke situasjoner resultatet er gyldig i? En sier at undersøkelsen har god ytre validitet dersom de resultatene som er funnet i undersøkelsen kan gjøres gjeldene for de personer og situasjoner som er relevant ut fra undersøkelsen problemstilling (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 133). Det handler altså som at resultatene fra et avgrenset område vil være valide også i andre sammenhenger. En snakker om statistisk generalisering og skjønnsmessig generalisering og uttrykket skjønnsmessig generalisering brukes i samme betydning som overføring. Når en skal trekke konklusjoner om en større gruppe personer enn dem som har deltatt i undersøkelsen er det snakk om representativitet. Som handler om det utvalgt man har fått svar fra er representativt for den populasjon man ønsker å si noe om. For å kunne regne et utvalg som representativt eller ikke er det avhengig av hvordan utvelgingen har foregått. Statistisk generalisering av forskningsresultater er bare mulig i de tilfeller der det

er gjort et sannsynlighetsutvalg (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 133-147). Min studie tar for seg et lite utvalg, det er dermed vanskelig å si noe om hvor god den ytre validiteten er. Jeg har prøvd å styrke den ytre validiteten ved å drøfte ulike sider av mine funn.

4.2.2 Reliabilitet

Reliabilitet gjengis med pålitelighet og troverdighet. God reliabilitet handler om at data er lite påvirket av tilfeldige målefeil. Reliabilitet innebærer ikke nødvendigvis at resultater kan reprodusere ved nye undersøkelser, for det kan naturligvis ha skjedd endringer i mellomtiden. Det dreier seg om nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten den er innsamlet på og hvordan dataen bearbeides. Ord som konsistent, stabilitet og nøyaktighet trekkes ofte inn i denne sammenhengen (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 99-100). Videre trekker de frem tre begrepene inn i tre eksempler ved hjelp av spørsmål:

1. I hvilken grad er resultatet avhengig av tilfeldige dag-til-dag-svinglinger i personens prestasjonsevne?
2. I hvilken grad er resultatet avhengig av hvilke konkrete oppgaver som blir gitt?
3. I hvilken grad er resultatet avhengig av hvem som vurderer prestasjonene? (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 100).

Det første spørsmålet tar for seg stabilitetsaspektet. Det andre spørsmålet angår ekvivalensaspektet som handler om ulike måter å spørre på påvirker resultatene. Muligheten for å misforstå spørsmål kommer inn her og det samme gjelder muligheten for gjetting. Det tredje spørsmålet tar for seg i hvilken grad resultatet er avhengig av hvem som ser, tolker og vurderer. En må altså prøve å tenke seg hvilke tilfeldige feilkilder som kan antas å ha påvirket data (Kleven & Hjordemaal, 2018, s. 99-101). Faktorer som kan ha påvirket denne undersøkelsens reliabilitet er måten undersøkelsen er gjennomført på som kan påvirke funnene, uklare formuleringer og uklar bruk av begreper i spørreskjemaet. Dette har jeg prøvd å unngå ved å ikke stille ledende spørsmål og spørsmålskontekst. Jeg har strebet etter å ha klare og tydelige spørsmål, samt prøvd å unngå doble spørsmål som villreder respondentene. Andre feilkilder kan være at respondentene velger å svare strategisk, at de ikke tar undersøkelsen seriøst eller at de svarer på måfå i undersøkelsen. Dette prøvde jeg å sikre meg mot ved å ha svaralternativ som «usikker». Reliabiliteten utfordres også ved blant annet at jeg har et lite utvalg, som gjør at hvis jeg gjennomfører undersøkelsen på nytt kan det hende jeg vil få andre svar. I tillegg kan det hende resultatet ville vært annerledes hvis flere menn hadde svart på undersøkelsen. De åpne spørsmålene er analysert og tolket ut ifra mitt ståsted og ville kanskje gitt andre tolkninger hvis noen andre skulle tolket samme svar.

5 Analyse og resultater

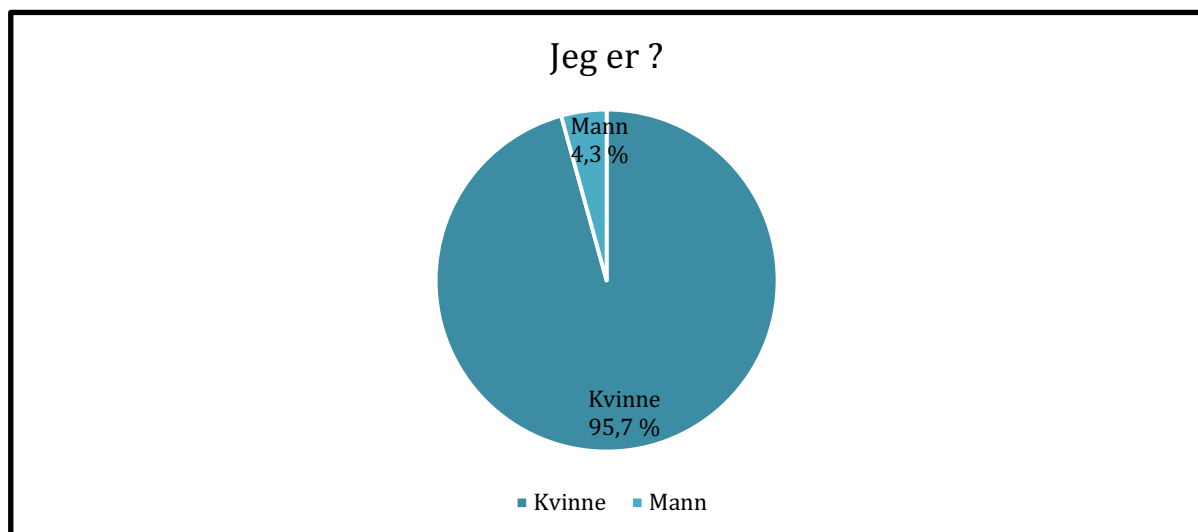
I dette kapitlet gjør jeg rede for analyseprosessen før jeg presenterer funn fra spørreundersøkelsen. Under 5.2 presenterer jeg informasjon om hvem som har svart og andre demografiske forhold. Deretter under 5.3 presenteres andre funn fra spørreundersøkelsen. Resultatene blir fremstilt gjennom tekst, tabeller og diagrammer.

5.1 Analyseprosessen

Ifølge Dalland (2012) er analyse et granskingsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Min empiri er svarene fra spørreskjema og dette vil altså være det datamaterialet jeg skal analysere og tolke. Med tanke på at jeg har en blanding mellom åpne og lukkede spørsmål, kan jeg ikke bare trykke på en knapp å få alle svarene. De åpne spørsmålene må analyseres og tolkes. «Å analysere handler om å gå inn i et materiale for å prøve å forstå det som er beskrevet» (Postholm & Moen, 2009, s. 64). Jeg måtte dermed finne ulike måter å kategorisere eller dele de ulike svarene inn i. Jeg har valgt å lage tabeller ved hjelp av SmartArt med eksempler på hva respondentene oppgir som svar og deretter sier jeg litt generelt om hvordan jeg analyserer og tolker svarene.

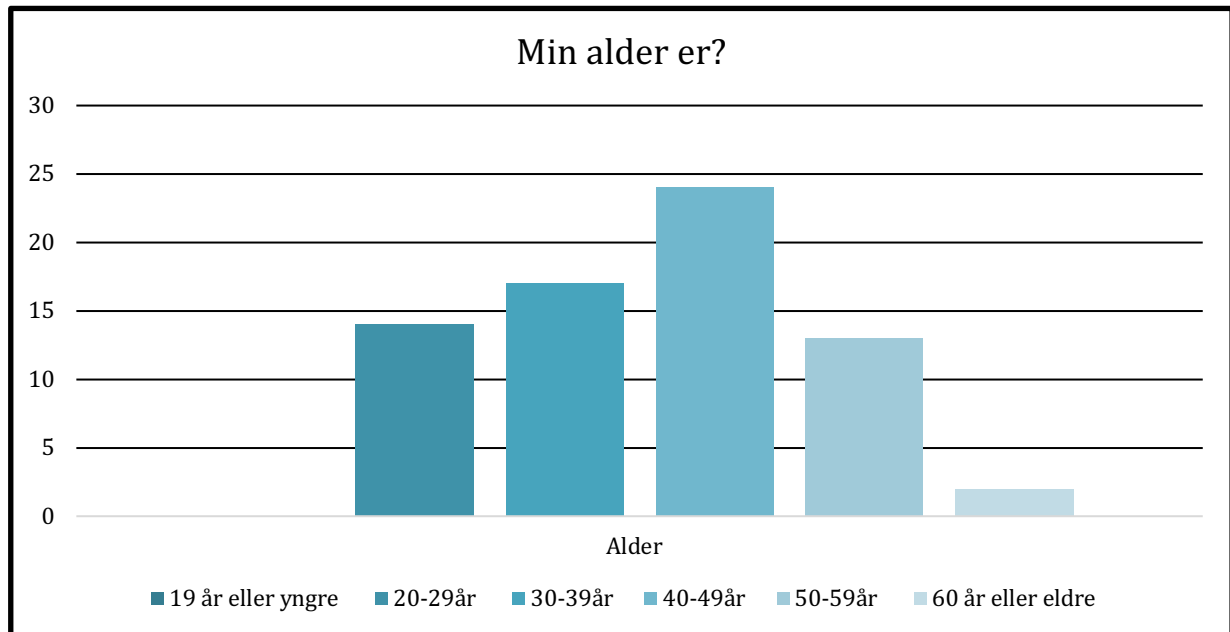
5.2 Demografiske funn

Det var 70 deltakere som svarte på undersøkelsen. Det var ikke mulig å se hvor mange jeg hadde sendt spørreundersøkelsen til. Undersøkelsen ble i tillegg sendte til ulike styrere og jeg vet dermed ikke hvor mange som jobber i de ulike barnehager.



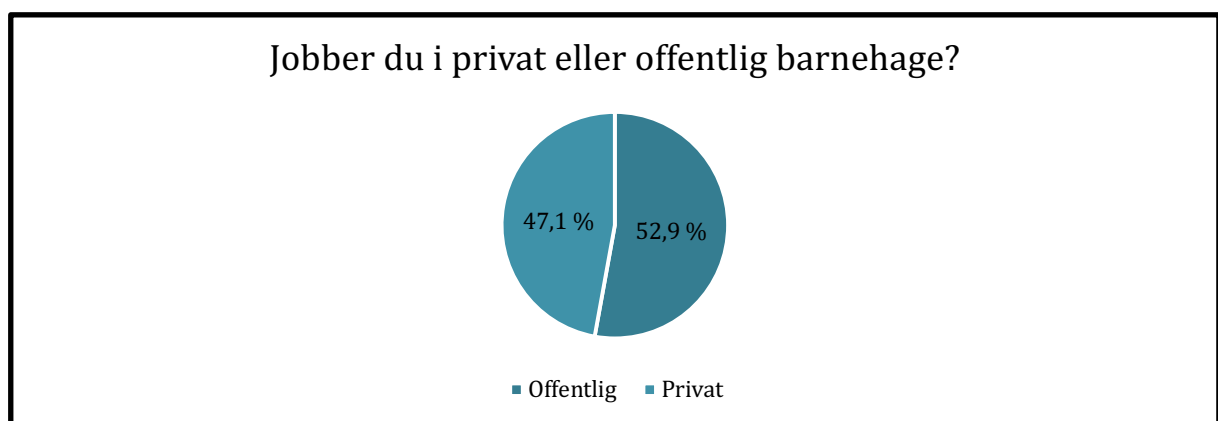
Figur 2: Viser hvor mange kvinner og menn som har svart på undersøkelsen

Kjønn: Av respondentene var 95,7 prosent kvinner og 4,3 prosent menn. Av alle 70 som svarte på undersøkelsen er tre menn og 67 kvinner. Dette betyr at kvinner er overrepresentert i utvalget mitt.



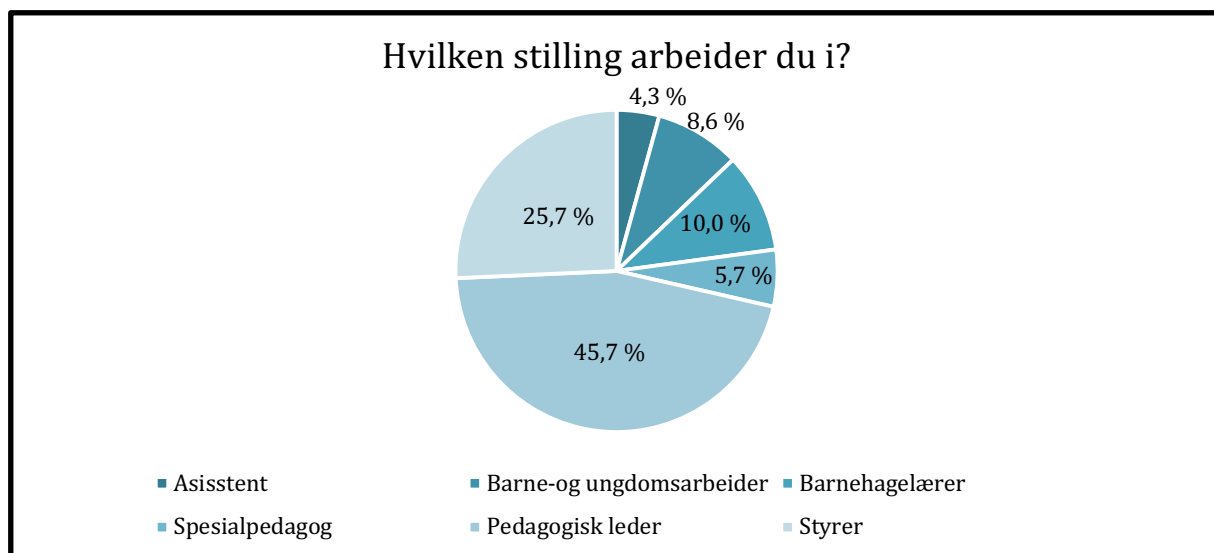
Figur 3: Viser alderen til respondentene

Alder: 19 år eller yngre: null, 20-29 år: 14, 30-39 år: 17, 40-49 år: 24, 50-59 år: 13 og 60 år eller eldre: to. I figuren ser vi at alderen på respondentene er ganske jevnt fordelt i midten, de fleste er mellom 20 og 59 år. Det er ingen som er 19 år eller yngre og et fåtall (to personer) er 60 år eller eldre. De fleste av respondentene er mellom 40-49 år.



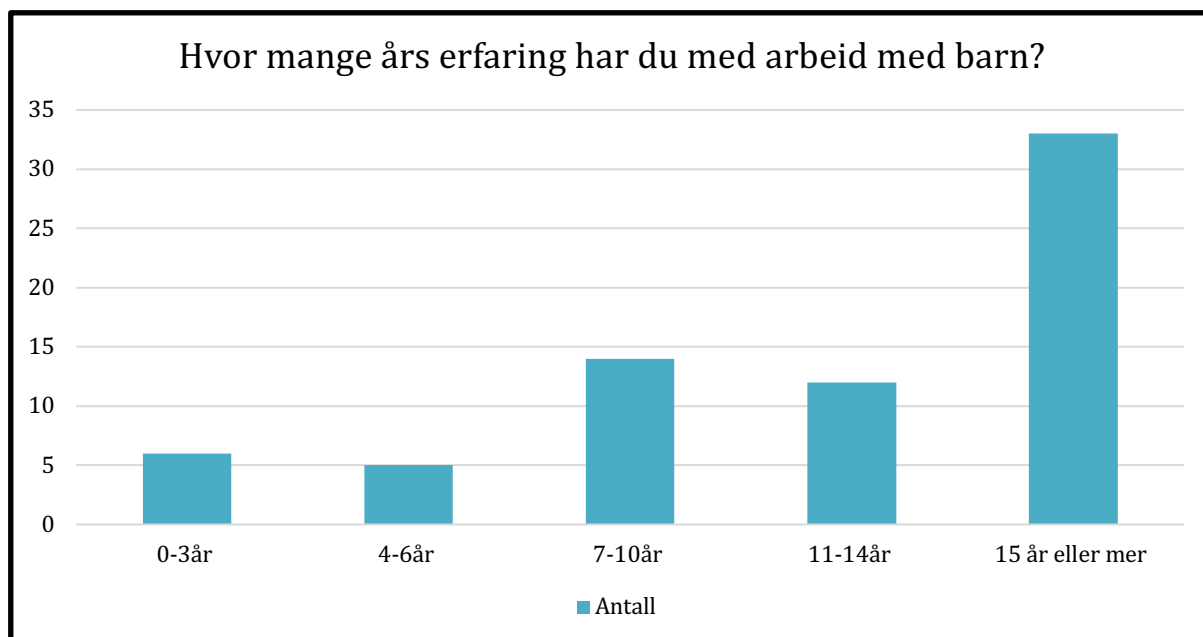
Figur 4: Viser hvor mange som jobber i privat og offentlig barnehage

Privat/offentlig barnehage: Resultatene viser at 52,9 prosent arbeider i privat barnehage og 47,1 prosent arbeider i offentlig. Det vil si at respondentene er relativt jevnt fordelt på hvor de arbeider, da 37 av respondentene jobber i privat og 33 jobber i offentlig barnehage.



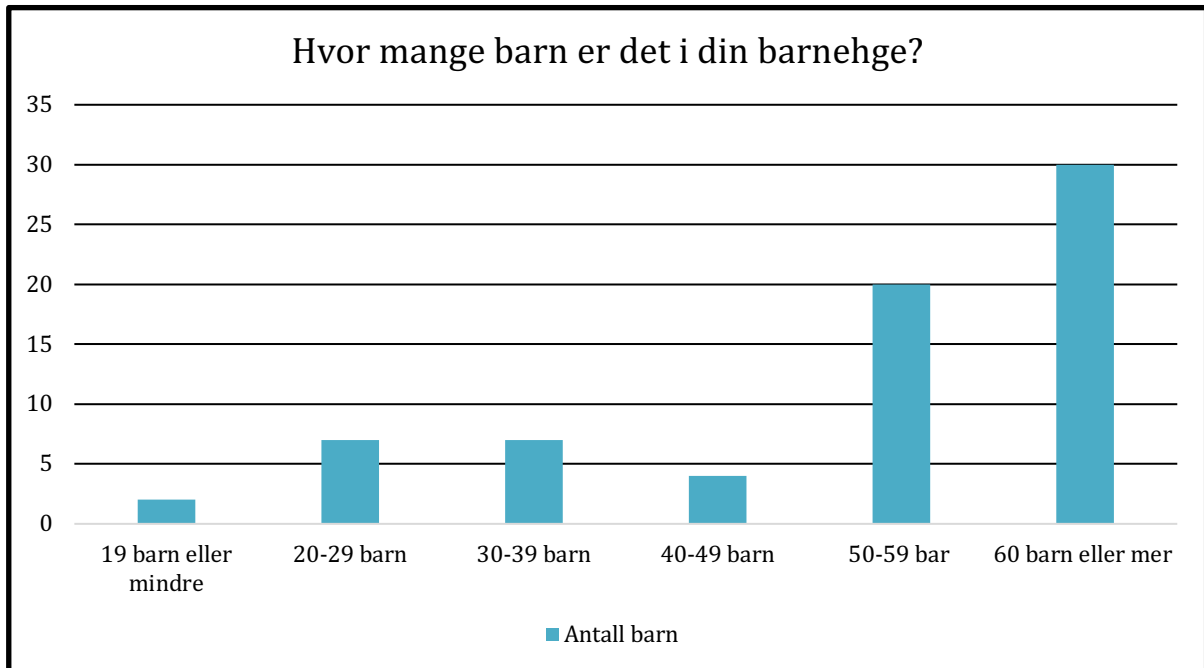
Figur 5: Viser stillingsbeskrivelse

Stillingsbeskrivelse: Av respondentene er det tre personer (4,3 prosent) som er assistenter, seks personer (8,6 prosent) som er barne- og ungdomsarbeidere, sju personer (10 prosent) som er førskolelærer eller barnehagelærer, 32 personer (45,7 prosent) som er pedagogisk ledere, fire personer (5,7 prosent) som er spesialpedagoger og 18 personer (25,7 prosent) som er styrere. Jeg har som nevnt tidligere sendt undersøkelsen til styrere som skulle videresende den til sine ansatte. Som vi ser er det nest flest styrere som har svart, mens pedagogisk ledere er høyest representert.



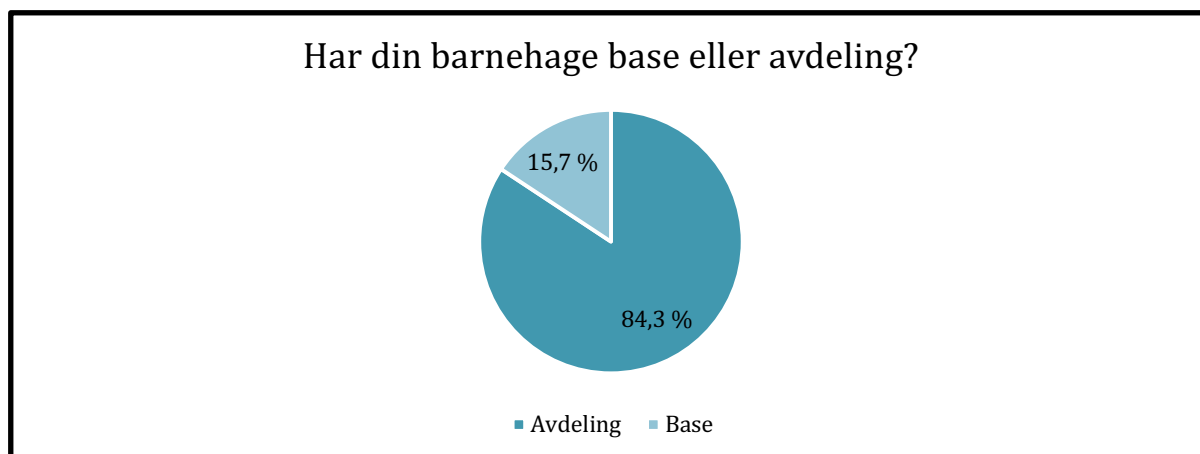
Figur 6: Viser hvor mange års erfaring respondentene har

Erfaring: Det er seks personer (8,6 prosent) som har 0-3 års erfaring med arbeid med barn. Fem personer (7,1 prosent) sier de har 4-6 års erfaring, 14 personer (20 prosent) oppgir at de har 7-10 års erfaring, mens tolv personer (17,1 prosent) sier de har 11-14 års erfaring og 33 personer (47,1 prosent) oppgir at de har 15 års erfaring eller mer.



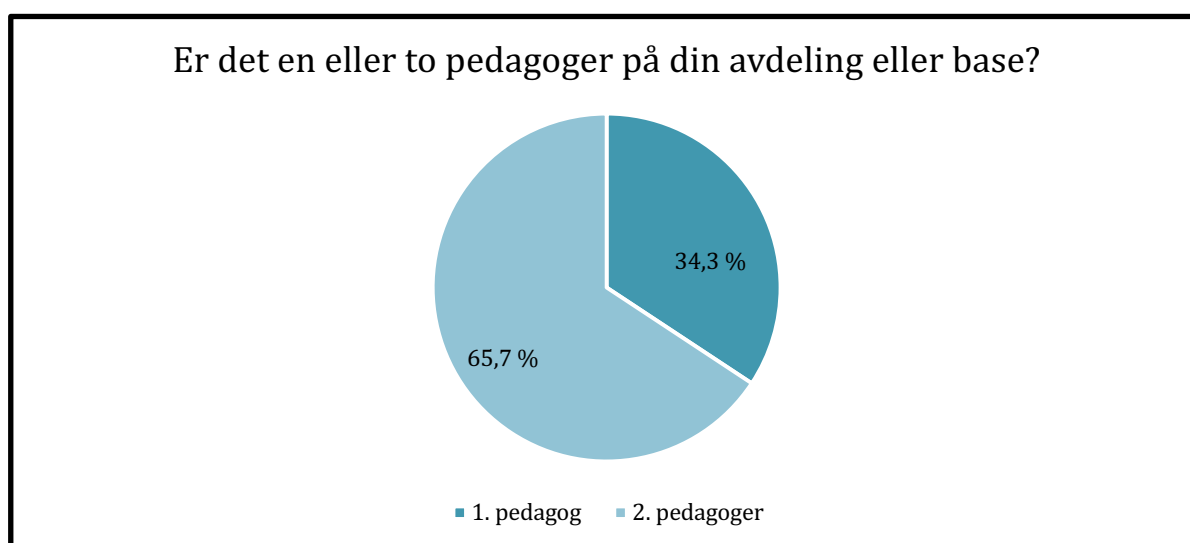
Figur 7: Viser hvor mange barn det er i respondentenes barnehage

Størrelse på barnehagen: to personer (2,9 prosent) svarer at det er 19 barn eller mindre i deres barnehage. Sju personer (10 prosent) oppgir 20-29 barn og sju personer (10 prosent) sier 30-39 barn. Fire personer (5,7 prosent) oppgir at det går 40-49 barn, mens 20 personer (28,6 prosent) sier at de har 50-59 barn i deres barnehage. 30 personer (42,9 prosent) oppgir at det går 60 barn eller mer i deres barnehage. Som vi ser arbeider de fleste respondentene i store barnehager.



Figur 8: Viser om respondentene jobber på avdeling eller base

Avdeling/base: 59 stykk (84,3 prosent) av respondentene sier at de arbeider i en avdelingsbarnehage, mens elleve stykk (15,7 prosent) oppgir at de arbeider i en base barnehage. Figuren viser at den største andelen av respondentene arbeider i avdelingsbarnehager.



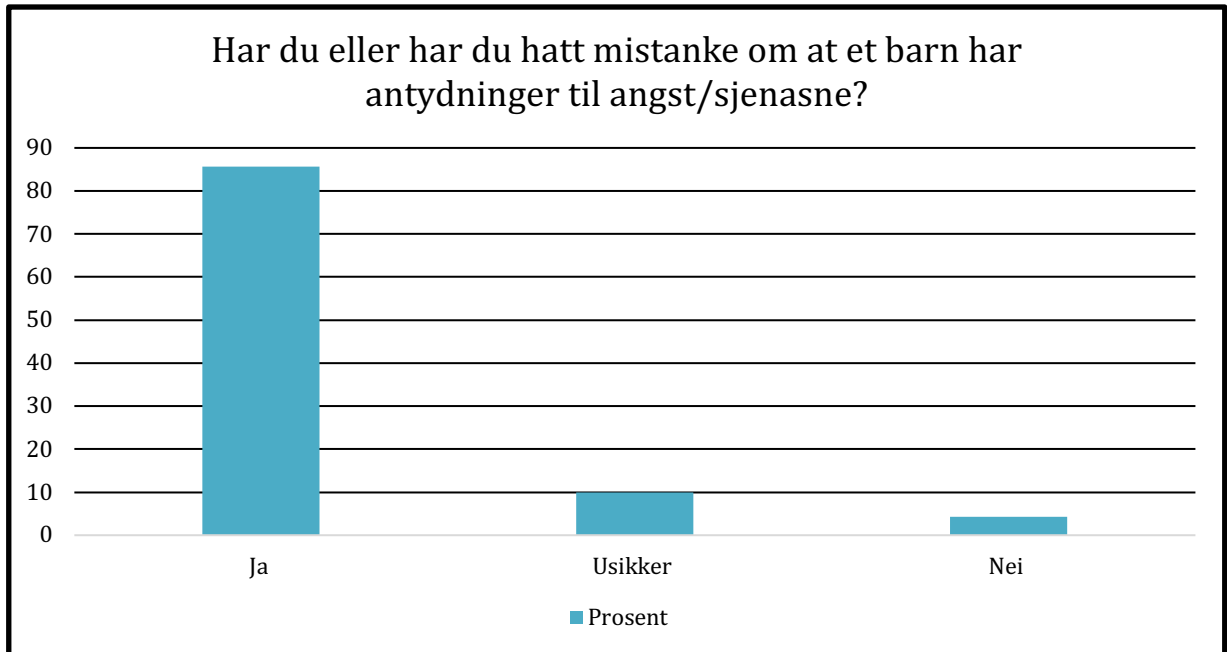
Figur 9: Viser om det er en eller to pedagoger

Pedagogtetthet: Av respondentene oppgir 24 personer (34,3 prosent) at de har en pedagog på sin avdeling eller base, mens 46 personer (65,7 prosent) oppgir at de har 2 pedagoger på sin avdeling eller base.

Alt i alt er min vurdering at av de som har svart er kvinner noe overrepresentert, men det er en jevn fordeling mellom offentlig og private barnehager. De fleste respondentene har høyere utdanning og med fire eller flere års erfaring. Det er store barnehager med mange barn og to pedagoger på avdelingen eller basen.

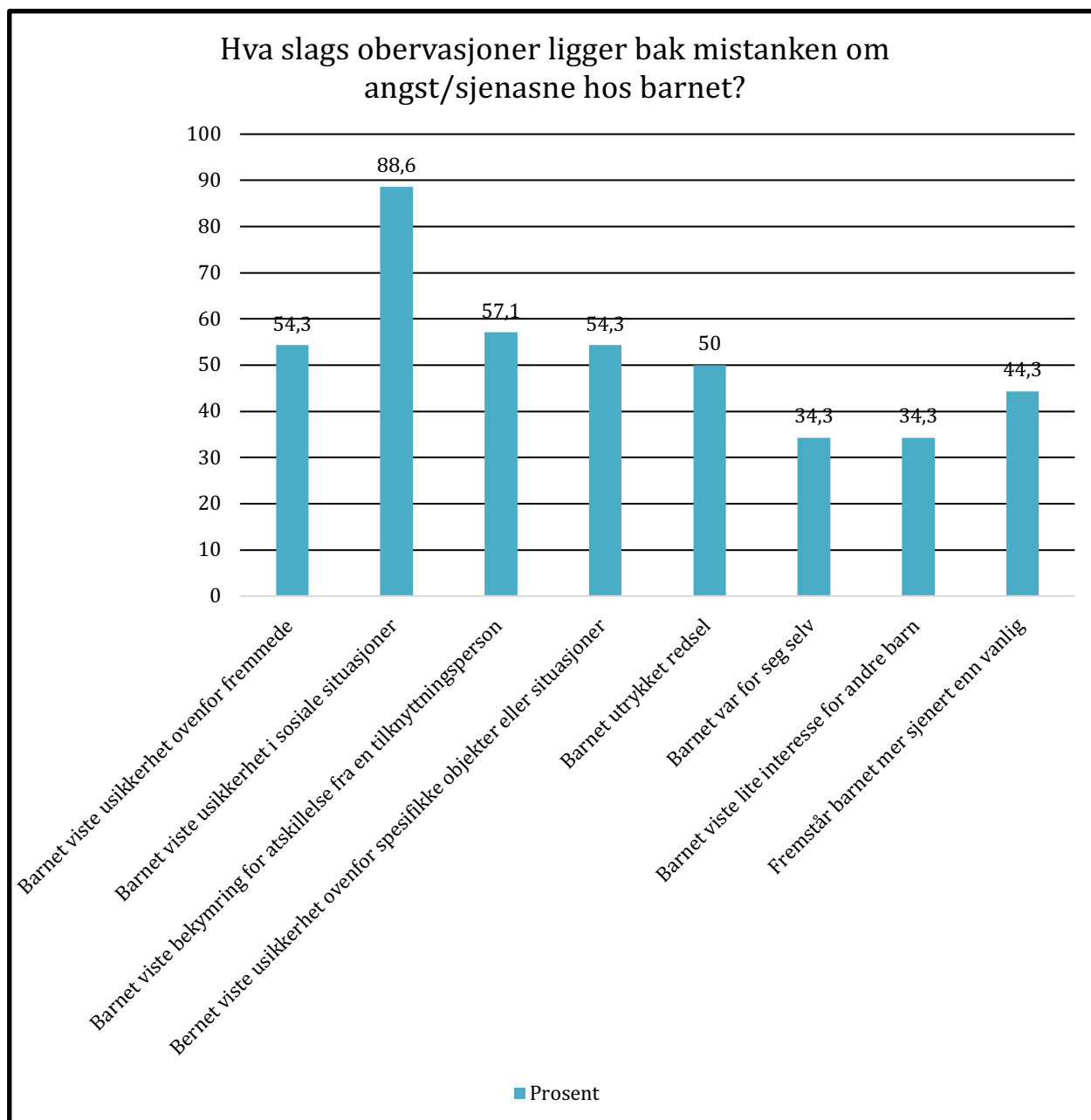
5.3 Funn fra spørreundersøkelsen

I dette delkapittelet legger jeg frem andre funn fra spørreundersøkelsen.



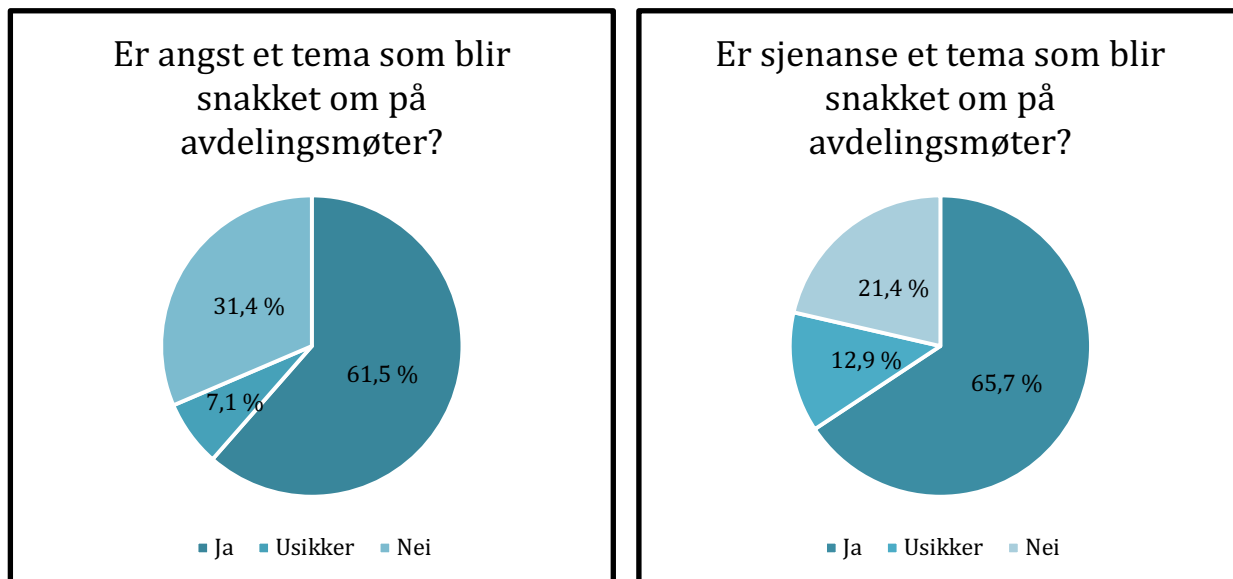
Figur 10: Viser hvor mange som har hatt mistanke om angst og sjenanse

Av alle som svarte var det N=60 (85,7 prosent) som oppgir at de har hatt mistanke om at et barn har antydninger til angst eller sjenanse.



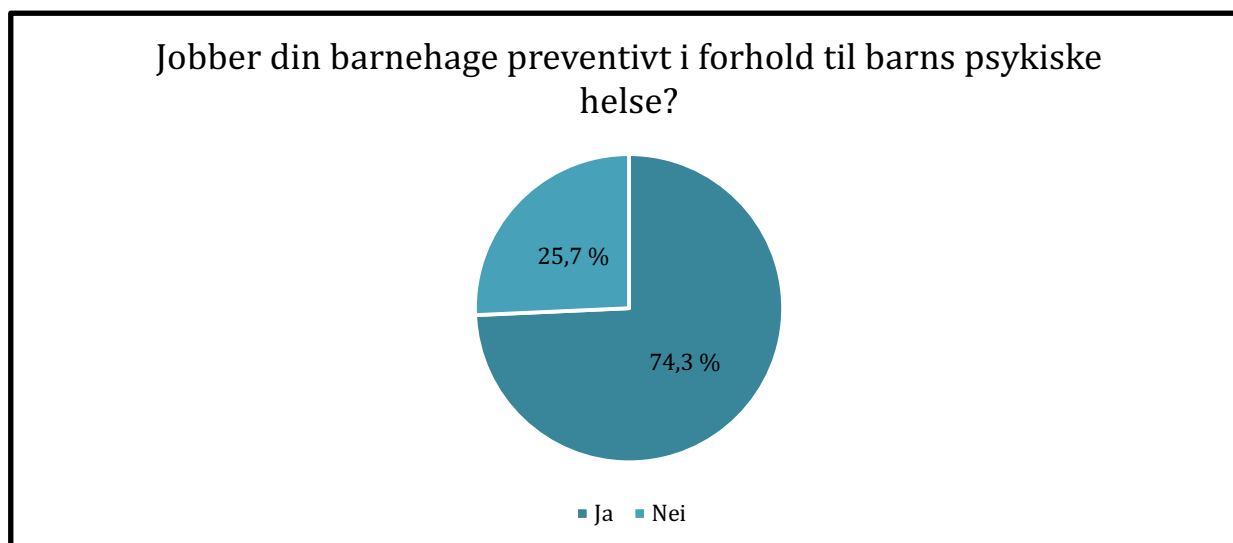
Figur 11: Viser hva slags observasjoner som ligger bak mistanken

På dette spørsmålet kunne respondentene krysse av på flere alternativer. «Barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner» er det de fleste respondentene oppgir som det som lå bak observasjon ved mistanke om angst eller sjenanse hos et barn, N=62 (88,6 prosent). En annen observasjon som mange respondenter oppgir er «barnet viste bekymring for atskillelse fra en tilknytningsperson», N=40 (57,1 prosent).



Figur 12: Viser hvor mange som oppgir at angst eller sjenanse snakkes om på avdelingsmøter

Av respondentene oppgir N=43 (61,5 prosent) at angst er et tema som blir snakket om på avdelingsmøter. N=46 (65,7 prosent) oppgir at sjenanse er et tema som blir snakket om på avdelingsmøter.



Figur 13: Viser om barnehagene jobber preventivt med barns psykiske helse

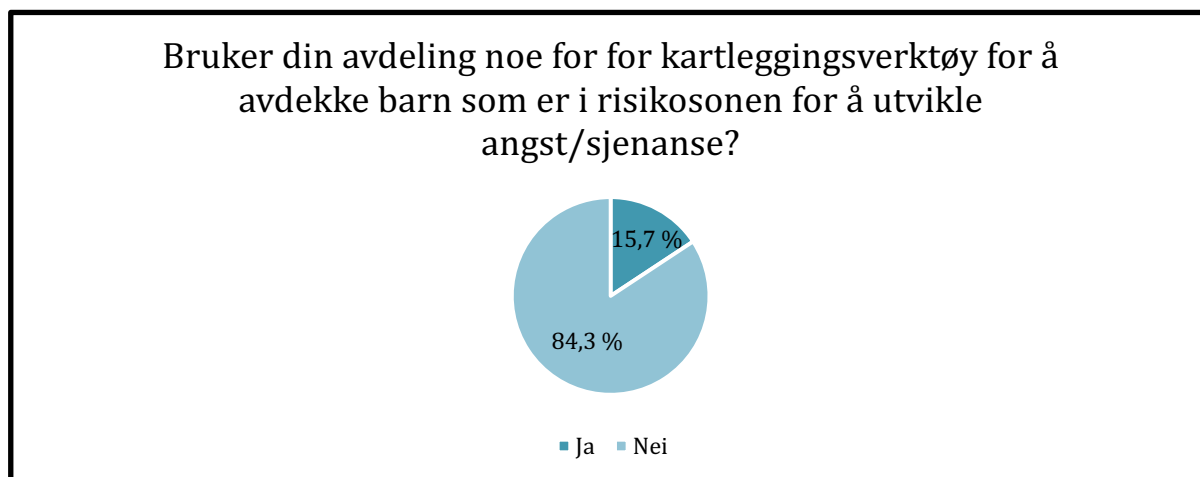
N= 52 (74,3 prosent) oppgir at barnehagen deres arbeider preventivt i forhold til barns psykiske helse.

Neste spørsmål var da «om ja, hvordan?». Her har jeg analysert svarene og dele de inn i noen kategorier. Som vi ser i tabellen under:

<p>Følelser og grønne tanker</p>	<ul style="list-style-type: none"> •«Gjennom grønne tanker, glade barn.» •«Røde og grønne tanker, være sammen, daglig fysisk aktivitet.» •«Jobber mye med relasjonsbygging, lek med støtte, samtale om følelser.»
<p>Tilknytning og relasjoner</p>	<ul style="list-style-type: none"> •«Jobber mye med trygghet for de minste. leser og prater om psykisk helse. jobber med barnas følelser.» •«Jobbe med tilknytning, jobbe med å bli kjent med og sette ord på følelser osv.» •«Vi har fokus på gode relasjoner og den viktige første tilknytningsperioden i barnahgen. Vi jobber for at barna skal bli trygge, sosiale og at de både skal kunne hevde sin rett og stå opp for seg selv, samtidig som de skal være empatiske og gode med hverandre.»
<p>Temaarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> •«Psykologisk førstehjelp, programmet være sammen.» •«Har arbeidet med tema som f.eks. mobbing/mobbeatferd forebygging/overgrep,vennskap, felleskap, sampsill.» •«Egent tema i årshjulet for barnahgen og ut ifra rammeplan 2017.»

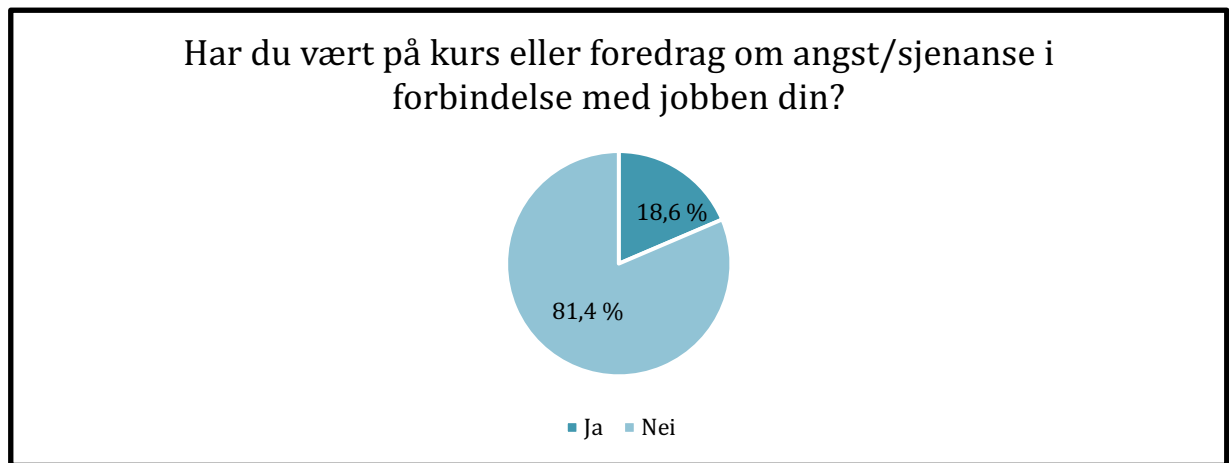
Tabell 1: Viser eksempler på hvordan barnehagen arbeider preventivt med psykisk helse

Følelser og grønne tanker har de fleste respondentene oppgitt som noe de har fokus på eller arbeider med. Videre er det en god del som oppgir tilknytning og arbeid med de minste som noe de fokuserer på eller arbeider med. En del av respondentene oppgir temaarbeid som en måte de arbeider med barns psykiske helse på. Det er bare en respondent som oppgir Rammeplan.



Figur 14: Viser om barnehagene bruker noe form for kartleggingsverktøy

Av respondentene oppgir N=59 (84,3 prosent) at de ikke bruker noe form for kartleggingsverktøy for å avdekke barn som er i risikozonen for å utvikle angst eller sjenanse.



Figur 15: Viser om de ansatte har vært på kurs eller foredrag om angst/sjenanse

N=57 (81,4 prosent) oppgir at de ikke har vært på kurs eller foredrag om angst/sjenanse i forbindelse med jobben.

Neste spørsmål var om de hadde fått informasjon om angst/sjenanse gjennom andre kilder. Her har jeg analysert svarene og kategorisert de som vi ser i tabellen under:

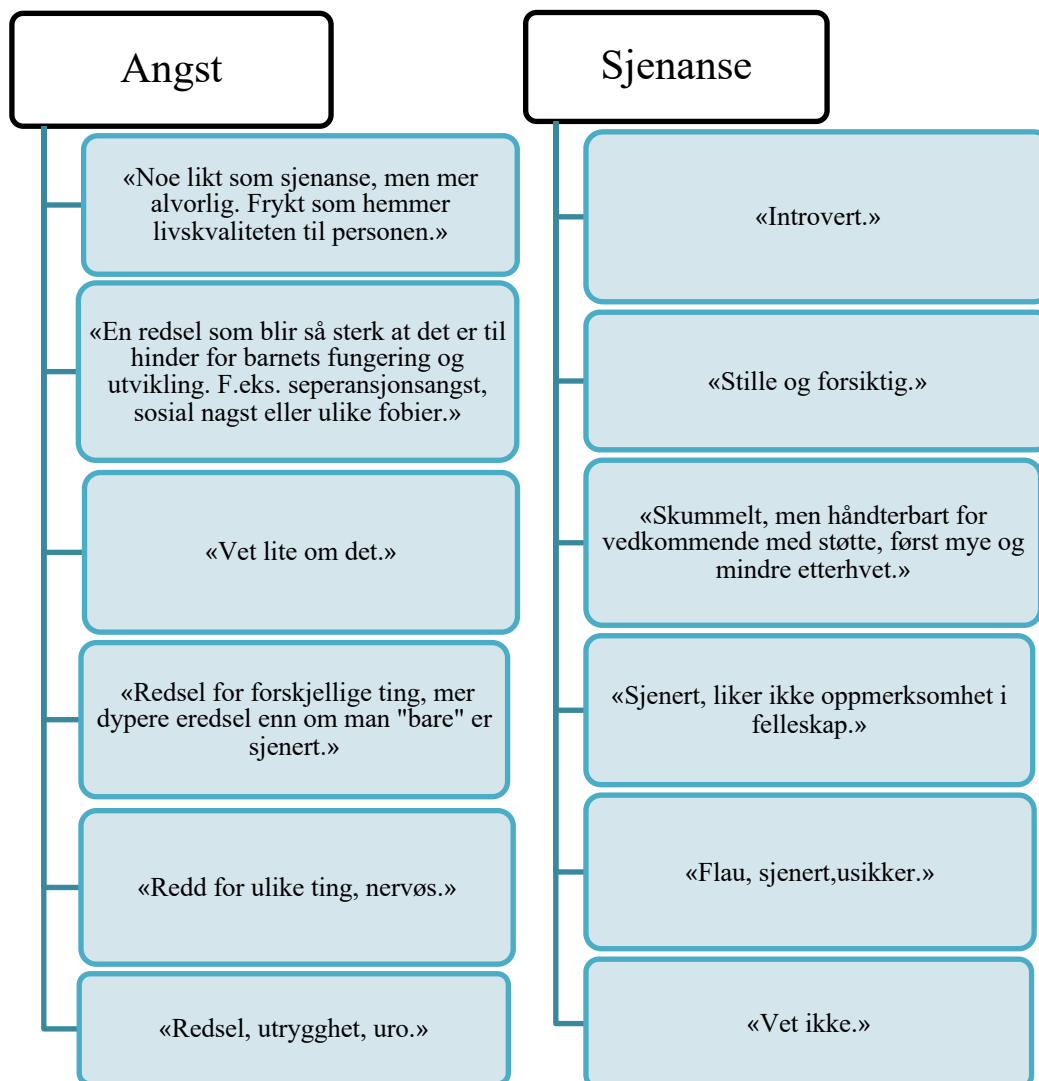
Utdanning/ videreutdanning	<ul style="list-style-type: none"> •«Utdanning på ut, og gjennom venner som sliter med angst.» •«Studier. Media. Bøker.» •«Jeg har master i Tilpasset opplæring med forebygging i barns psykiske helse.»
Egne erfaringer eller gjennom familie og venner	<ul style="list-style-type: none"> •«Har hatt det selv i perioder.» •«Psykologi studie, egen erfaring med sjenanse.» •«Ja, erfaring fra eget liv og familie rundt meg.»
Samarbeidspartnere	<ul style="list-style-type: none"> •«Faglitteratur, PPT, BUP.» •«PPT, kommunepsykologer.» •«Pedagogisk fagsenter.PPT.BUP.»

Tabell 2: Viser eksempler på hvor respondentene har fått informasjon fra

Dette spørsmålet var ikke obligatorisk, det er et få tall av respondentene som har svart. Mange av respondentene oppgir at det de har fått informasjon gjennom utdanning eller

videreutdanning. Det andre som går igjen er informasjon gjennom egne erfaringer, venner og familie. Noen oppgir samarbeidspartnerne til barnehagen som PPT og BUP.

For å forstå hva respondentene legger i begrepene angst og sjenanse, ble de spurt om: «Hva legger du i begrepet angst?» og «Hva legger du i begrepet sjenanse?». Dette spørsmålet var ikke obligatorisk å svare på, og alle svarte ikke på spørsmålet. Av de som svarte var det variasjon i svarene, noen kom med korte svar, mens andre utdypet litt mer. Jeg har valgt å gjengi noen av svarene til respondentene som vi ser i tabellen under. Etter det vil jeg redegjøre for hvordan jeg har tolket disse svarene.



Tabell 3: Viser noen eksempler på hva respondentene oppgir om begrepene angst og sjenanse

Det som går igjen i svarene til respondentene på begrepet angst er ord som redsel, frykt, usikkerhet og ubehag. Det er ofte ord som blir nevnt uten noe mer informasjon om hva de mener med dem. Jeg anser ordet redsel som lite beskrivende i denne sammenhengen, da alle

opplever å bli redd av og til. Når jeg har analysert svarene oppgir 30 av 53 respondenter ordet redsel. 17 respondenter oppgir ord som frykt og ubehag. Et fåtall bruker ord som følelse, og ingen bruker ordet bekymring. Ord som usikkerhet, forsiktig, rolig, ikke tørr å snakke og bruker tid, er ord som går igjen når det er snakk om begrepet sjenanse. Et fåtall nevnte temperament og personlighet, samt utrygghet. Det er bare en respondent som oppgir følelse.

6 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene fra datamaterialet med bakgrunn i problemstillingen min og teori. Kapitlet tar for seg spørsmålene slik de kommer i spørreundersøkelsen og knyttes tett opp mot teorien og studiets problemstilling. Studiens problemstilling: *«Hva vet barnehageansatte om angst og sjenanse, og tiltak knyttet til forebyggende arbeid for barnehagebarn?»*

6.1 Barnehageansatte har mistanke om angst/sjenanse

Et av funnene fra spørreundersøkelsen er at en stor andel av barnehageansatte har hatt mistanke om angst/sjenanse. Hele 86 prosent oppgir «ja» på dette spørsmålet. Forskning viser at rundt 10-20 prosent av alle barn sliter med vanskelige følelser som frykt, uro eller sinne (Drugli & Stenen, 2019). Ifølge Regionalsenter for barn og ungdoms psykiske helse kommer det frem at mistanke om angstlidelser er den tredje hyppigste henvisningsårsaken til spesialhelsetjenesten (RBUP, 2019). Rapporten «psykisk helse i Norge» påpeker at det i 2016 var 28 804 barn og unge i alderen 0-17 år som ble registrert med F-diagnose. Og 5156 barn og unge i alderen 0-17 år fikk diagnosekode for angst i spesialhelsetjenesten. Det kom også frem i rapporten at angstdiagnose var svært sjeldent brukt i aldersgruppen 0-4 år. Ser vi på denne forskningen i sammenheng med funn fra empirien kan det på den ene siden, tyde på at det er vanlig å ha mistanke om angst eller sjenanse hos barn da mange barn sliter med vanskelige følelser og at mange barn henvises av denne årsaken til spesialhelsetjenesten. På den andre siden kan det tyde på som noe unormalt da de færreste barn i barnehagealder har utviklet angst på dette tidspunktet og med tanke på at det ikke er normalt å diagnostisere barn i den alderen. Går vi tilbake og ser på spørsmålet som ble stilt i spørreundersøkelsen, ser vi at angst og sjenanse ikke blir adskilt, men stilles i samme spørsmål. Jeg tolker det dermed slik at noen av respondentene forholder seg til sjenanse, mens andre mener angst når de svarer.

Et annet funn er at en stor andel av respondentene oppgir «barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner» som hovedgrunn for observasjonen som la bak mistanke om angst/sjenanse. En kan dermed stille spørsmål ved hvorfor denne observasjon går igjen og hva som ligger i det. Haugen (2015) sier at barn utvikler seg på en rekke områder. Utviklingen innebærer forandring med hensyn til kropp og bevegelse, språk, følelser, tenking og ikke minst utvikling og forandring i hvordan barnet tilpasse seg foreldre og andre eller hvordan barnet endrer seg med tanke på andre mennesker. Hesselberg og Tetzchner (2016) fremhever at barn har forskjellig temperament, evne til selvregulering, væremåte og personlighetstrekk som gjør at

barn fungerer forskjellig i sosiale sammenhenger. Jeg tolker det dermed slik at observasjon til respondentene kan bunne i at barn utvikler seg ulikt og har ulik sosial kompetanse. En annen grunn kan være oppvekst, og dette kan jeg se i sammenheng med Reneflot et.al, samt Drugli og Lekhal som sier følgende: Reneflot et.al. (2018) sier at risikoen for å utvikle de fleste psykiske lidelse påvirkes av en rekke ulike psykologiske, biologiske og psykososiale faktorer. Drugli og Lekhal (2018) påpeker at noen risikofaktorer ligger hos barnet selv, det vil si at det er individuelle risikofaktorene som gjør barnet ekstra sårbart, disse kan være medfødt eller påførte. Sårbarhet som kan være medfødt er temperament prematuritet, ruspåvirkning i svangerskapet, hjerneskade med mer. Sårbarhet som kan være påført gjennom risikofaktorer i miljøet er omsorgssvikt, en vanskelig skilsmisse, alvorlig fysisk sykdom hos foreldre eller søsken, vold i hjemmet, andre traumatiske opplevelser med mer. Påvirkbarhet er et begrep som i større grad blir brukt, da disse barna ikke bare blir negativt påvirket av risikofaktorer og belastninger i miljøet, men de er også mer påvirkbare i positiv forstand av gode miljøbetingelser og positive erfaringer. Ytre risikofaktorer i små barns miljø er det som er knyttet til familien. Foreldre som har egne vansker som for eksempel økonomiske, psykiske, rusproblemer med mer vil ofte fungere dårligere i foreldrerollen. Trygg tilknytting til omsorgspersonene har betydning for senere psykisk helse. Ser vi på de demografiske spørsmålene av hvem som har svart, ser vi i tillegg at de flest respondentene har høyere utdanning¹⁴ og 7 års erfaring eller mer med barn. Dette kan tyde på at de som har svart vet noe om barns utvikling og risikofaktorer. En annen faktor som kan støtte opp mot barns utvikling og risikofaktorer er det lovpålagte samarbeidet med hjemmet. Rammeplan (2017) vektlegger at «barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling». Ser vi på det Rammeplanen påpeker kan vi forstå dette som at barnehageansatte har et tett samarbeid med foreldrene, der de kan få vite viktig informasjon om barnet som oppvekst, miljøet rundt barnet, barnets utvikling, har barnet for eksempel opplevd noe traumatisk, hvordan har foreldrene det med mer.

En kan også stille seg spørsmål om observasjonen¹⁵ bunner i at barnehagen ikke kan gi trygge rammer til alle barna. Pettersen (2017) sier at disse barna har behov for forutsigbarhet og rutiner og at de har en risiko for å utvikle utrygge tilknytningsstil. Rammeplan (2017) fastslår

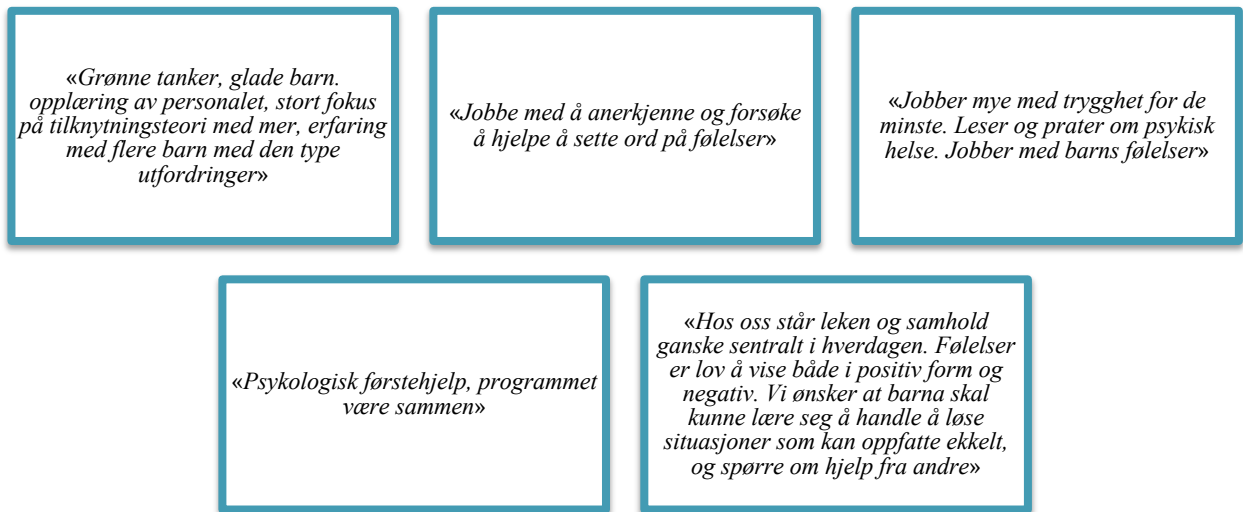
¹⁴ Over 87 prosent av respondentene er barnehagelærere, pedagogisk ledere, styrere eller spesialpedagoger

¹⁵ «Barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner»

at barnehagen skal møte individets behov for omsorg, trygghet, tilhørighet og annerkjennelse. Videre kommer det frem at barnehagen skal legge til rette for omsorgsfulle relasjoner mellom barn og personalet og mellom barna, som grunnlag for trivsel, glede og mestring. Barnehagen skal også sørge for at barn som trenger ekstra støtte får den sosiale, pedagogiske og/eller fysiske tilretteleggingen tidlig, som er nødvendig for å gi barnet et inkluderende og likeverdig tilbud. Tilretteleggingen skal vurderes underveis og justeres i tråd med barnets behov og utvikling (Kunnskapsdepartementet, 2017). Haugen (2015), Drugli og Lekhal (2018) legger stor vekt på hvor viktig gode relasjoner og tilknytning er for barns utvikling. Barn er avhengig av gode relasjoner, og det er dermed viktig å ha fokus på både foreldre-barn relasjon og voksen-barn relasjon. Videre fremhever de at barn fungerer i en verden av relasjoner. Vi formes i møte med andre og de tilbakemeldinger vi får både verbalt og nonverbalt. God tilknytning er en beskyttelsesfaktor som kan bidra til motstandskraft i møte med senere belastninger. Det er spesielt viktig med god tilknytning for barn når de opplever negative følelser som redsel, smerte, frustrasjon og så videre. Drugli og Lekhal (2018) påpeker at god kvalitet i barnehagen er viktig for blant annet å være en helsefremmende arena. Det kommer også frem her at forskning viser at kvaliteten i norske barnehager jevnt over er middels, samt at noen relasjoner ikke er gode nok. Jeg tolker det dermed slik at barnehagen kanskje ikke klarer å legge til rette og gi gode og trygge nok rammer til alle barn. Det kan altså støttes opp ved at det er for dårlig kvalitet i barnehagen, det er ikke gode nok relasjoner som igjen påvirker tilknytting og trygghet som igjen har innvirkning på barn med angst og sjenanse. Et annet punkt som støtter opp mot dette er at disse barna trener forutsigbarhet, rutiner og voksne som støtter opp og hjelper barn i vanskelige situasjoner.

6.2 Tiltak

Et annet resultat fra spørreundersøkelsen er at 61,5 prosent oppgir at angst snakkes om på avdelingsmøter og 65,7 prosent oppgir at sjenanse snakkes om på avdelingsmøter. 74,3 prosent oppgir at barnehagen deres jobber preventivt med barns psykiske helse. Hvordan de arbeider var det neste spørsmålet. Respondentene oppgir ulike måter de arbeider preventivt med barns psykiske helse. Funn fra empirien er at arbeid med følelser, temaarbeid, arbeid med de minste med vekt på tilknytting og positive opplevelser er det de fleste respondentene oppgir. Tabellen under viser noen eksempler på hva som ble svart:



Tabell 4: Viser eksempler på hva som ble svart om hvordan barnehagen arbeider

Drugli og Lekhal (2018) påpeker at det er viktig at barn får positive opplevelser og erfaringer, der barns behov blir møtt og at de får god støtte til å håndtere vanskelige utfordringer som oppstår gjennom hverdagen. Videre legger de frem fire faktorer som kan bidra til å fremme barns psykiske helse - relasjoner, regulering av positive og negative følelser, samt mestring. Voksen-barn relasjon er spesielt viktig for å fremme barns psykiske helse. En god relasjon består av gjensidighet, sensitivitet og annerkjennelse. Det innebærer å være der barna er, fange opp barns uttrykk, signaler og behov, samt at samspillet er preget av hver sin tur i flere omganger. Barn må føle at deres følelser blir møtt med aksept og gode responser, både de positive og negative følelsene. Den voksne må speile følelsen eller sette ord på den for at barna skal lære seg å kunne gjenkjenne og forstå hele følelsesaspektet. Barna må oppleve mestring og noen barn trenger hjelp til å mestre ulike ting. Noen barn trenger støtte for å tørre mer fordi de lett blir engstelig, andre trenger hjelp ved å sette ord på eller regulere følelser. Når jeg ser på hva respondentene oppgir opp mot teorien, kan jeg forstå det som at barnehageansatte har fokus på forebygging av barns psykiske helse.

Allikevel stiller jeg meg kritisk til at ingen eller et mindretall av respondentene oppgir det fysiske miljøet, lek og relasjoner. Drugli og Lekhal (2018) påpeker at gode relasjoner mellom voksne og barn ikke oppstår i et vakuum, men at hjemmeforhold og barnehagen vil påvirke. For å forstå barnet, må vi forstå barnets miljø. Videre sier de at transaksjonsmodellen kan

bidra til å forstå barns utvikling, og hvorfor noen barn får psykiske vansker. Den beskriver utviklingsprosessen som et komplekst, gjensidig og dynamisk samspill mellom individuelle kjennetegn ved barnet og barnets miljø over tid. Biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer påvirker altså hverandre. Barnet ses på som en aktør i sin egen utviklingsprosess. Barnet blir ikke passivt påvirket av faktorer rundt seg, men barnet påvirker også sine omgivelser og de organisere selv sine erfaringer. Kort sagt er altså transaksjonsmodellen en modell som retter fokuset på systemet rundt barnet og sier noe om hva som kan påvirke barnet i positiv og negativ forstand. Tar vi transaksjonsmodellen i betraktning og ser på hva respondentene svarte, tolker jeg det som at vi har en vei å gå for å kunne forebygge barns psykiske helse enda bedre. Dette kan støttes opp av forskningen til Drugli og Lekhal (2018) som viser at relasjoner i barnehagen ikke er gode nok. Druglis forskning viser også at relasjoner er livsviktig for oss. Det kan også støttes opp ved at selv om en sier at en jobber forebyggende er det ikke nødvendigvis slik at en gjør det på den beste måten. Rapporten «Forebygging blant barn og unge» viser at det trenges mer systematisk forskning på tiltak som igangsettes i barnehagen, hvilke tiltak kan igangsettes og være forebyggende og helsefremmende for barn i barnehagen (Skogen J. C., Smith, Aarø, Siqveland, & Øverland, 2018, s. 57). Funn fra spørreundersøkelsen viser også at bare en respondent nevner Rammeplan på spørsmålet om hvordan barnehagen arbeider forebyggende. En kan dermed stille spørsmål ved om barnehageansatte kan og vet godt nok hva Rammeplanen pålegger barnehagen.

6.3 Avdekke barn som er i risikozonen for å utvikle angst sjenanse

Et annet funn er at 84,3 prosent av respondentene oppgir at de ikke bruker noe form for kartleggingsverktøy for å avdekke barn som er i risiko for å utvikle angst eller sjenanse. Hvordan skal disse barna oppdages, og hvordan skal en kunne forebygge hvis en ikke vet hva en skal se etter? Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for hva som skal gjøres på detaljnivå, hva skal man se etter, hvordan man skal forebygge eller hvilke tiltak som egner seg. Rapporten «Forebygging blant barn og unge» viser at det er for lite forskning på tiltak som kan forebygge i barnehagen. Et annet funn er at 81,4 prosent av respondentene oppgir at de ikke har vært på kurs eller foredrag om angst eller sjenanse. Neste spørsmål var om de hadde fått informasjon om angst/sjenanse gjennom andre kilder. Det var et mindretall av respondentene som svarte på dette spørsmålet. Det som ble svart var egne erfaringer eller gjennom familie, noen oppgir utdanning eller videreutdanning og enda færre oppgir

samarbeidspartneren som PPT, BUP med mer. Larsen og Slåtten (2002) fremhever at barnehageansatte er de signifikante andre som har en avgjørende innvirkning på barn på alle måter, særlig ansvar ovenfor barns trivsel, utvikling og læring. Jeg forstår det dermed slik at kunnskapen om angst og sjenanse bør økes blant barnehageansatte. Barnehageansatte bør vite hva de skal se etter, hvilke observasjoner tyder på angst eller sjenanse og hvordan kan en arbeide forebyggende. Jeg vil se nærmere på dette i neste delkapittel der jeg ser på hva respondentene vet om begrepene angst og sjenanse.

6.4 Forståelse av begrepene angst og sjenanse

I spørreundersøkelsen er nest siste spørsmål «Hva legger du i begrepet angst?» og det siste spørsmålet er «Hva legger du i begrepet sjenanse?». Jeg som forsker har ikke påpekt at de skal utdype sitt svar og det kan foreligge usikkerhet i hva respondentene tror jeg vil ha svar på. Å definere angst og sjenanse på et faglig nivå er vanskelig og dermed kanskje enda vanskeligere å si noe om på hverdagspråket. I forsøk på å forstå angst og sjenanse gjennom teorien, har sentrale forskere og diagnosebøker definert angst og sjenanse på sine egne måter. Likevel har det vært vanskelig å finne en kort og hverdagslig måte å definere begrepene på, da begrepene er omfattende og inneholder mye. Bø og Helle (2013) sier at angst er en følelsetilstand, der en ofte opplever både psykologisk og fysiologiske komponenter. Angsten skiller seg fra frykt ved at personer under angst ikke er seg bevisst hva som er angstens årsak. Flaten (2013) sier at bekymring er det mest karakteristiske trekket ved angst. Angstlidelser kommer i mange ulike former og hos barn er det noen undertyper¹⁶ som er mer vanlig. Sjenanse er en normal del av barnets oppvekst og noe de fleste kjenner til. Det kan betegnes som en normal del i følelsesrepertoaret vårt, et personlighetstrekk, en betegnelse for å beskrive sitt ubehag og noen forskere mener at stek sjenanse kan være sosial angst. Flaten (2010) sier at sjenanse har tre hovedområder å komme til uttrykk på: kognitivt, fysisk og atferdsmessig. Hvor sterk barnets påvirkning av egen sjenanse er, vil gjenspeile seg i de ulike uttrykksformene og det er en overlapping mellom uttrykksformene ved at det ene påvirker det andre. Et funn er at et par respondenter nevner ordet introvert når de skal beskrive hva som ligger i begrepet sjenanse. Flaten (2010) påpeker at det å være sjenert og introvert ikke er det samme. En som er introvert kan godt være sosial, men lader batteriene best på egenhånd. Det vil med andre ord si at respondentene ikke har helt kontroll på begrepet sjenanse. Sjenanse kan knyttes opp mot personlighet og temperament. Haugen (2015) sier at personlighet og

¹⁶ Separasjonsangst, sosial angst, spesifikk fobi, elektiv mutisme, generelle angstlidelser, panikk angst

temperament handler om barnets typiske måte å reagere på i ulike situasjoner. Personlighet handler om barnets typiske måter å reagere på eller væremåte. Temperament omhandler barnets typiske væremåte når positive eller negative følelser aktiveres og kommer til uttrykk. Plomin og Dunn (1986) deler inn temperament i elementene følelser, uttrykk og opphisselse. Sjenerte barn har en reservert temperamentsstil. Det innebærer milde negative reaksjoner på endring, behov for forutsigbarhet og rutiner, usikkerhet og lite selvhevdelse. Ser vi på respondentenes svar om begrepene angst og sjenanse opp mot teorien tolker jeg at begrepene angst og sjenanse er omfattende begreper og barnehageansatte vet en del om hva begrepene innebærer og kan i en viss grad gjengi hva de mener.

Hvordan begrepet angst og sjenanse blir brukt i samfunnet vil også kunne påvirke hvordan folk forstår begrepet. Begrepet angst blir for eksempel kanskje brukt på en litt «tulle» og feil måte i hverdagen og sjenanse blir kanskje ofte forbundet med noe negativt. Ofte sier man ut av det blå «Åh nå får jeg angst», «Får så angst av..». Altså at det blir brukt i feil kontekst. De som har opplevd det å ha angst vil kanskje i tillegg ha en annen forståelse en de som ikke har opplevd det. En kan dermed stille seg spørsmål hvor går grensen for hva som er normal bekymring eller sjenanse og angst. Tabellen under viser hva noen av respondentene sier om begrepene angst og sjenanse:



Tabell 5: Viser eksempler på begrepene angst og sjenanse

ICD-10 (1992) og DCM-5 (2013) legger vekt på at angst er overdreven frykt eller bekymring. Helsedirektoratet (2018) vektlegger at barnet unngår situasjoner som fremkaller angsten. Flaten (2010) påpeker at sjenanse er en normal del av barns oppvekst. Videre legger hun fram at sjenanse handler om hvordan en skal reagere med tanke på hva som passer seg og er

korrekt atferd i nye situasjoner. Altså en nyttig egenskap. Sjenanse er ikke konstant, men man kan være mer eller mindre sjenert, avhengig av situasjoner og hvem man har med å gjøre. Hun fremhever også at det trolig ikke er noe klart skille mellom sjenanse og sosial angst, men en gråsoner med overlappinger. Ser vi på hva respondentene oppgir opp mot sitatene, er det vanskelig å si noe om hvor grensen for normal bekymring/sjanse er sammenlignet med angst. Dette kan også støttes opp av Ogden (2016) som fremhever at det er vanskelig å skille mellom vanlig og uvanlig atferd. Grensen for hva som er akseptabel og uakseptabel kan tøyes, strammes og trekkes på nytt avhengig av øynene som ser og av tids- og situasjonsbestemte normer og verdier.

Ser vi på det respondene oppgir, undrer jeg også på hva de legger i det de svarer. Alle kan vel av og til være stille og forsiktig eller redd for ulike ting og nervøs? Jeg tenker også at personlighet spiller inn her, samt om barnet føler trygghet og har gode relasjoner til voksne i barnahagen. Ser vi på de fysiske symptomene på angst og sjenanse, sier helsedirektoratet (2018) at symptomer på angst er ansenhet, iritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer og kroppslige plager som kvalme og hodepine. Bø og Helle (2013) sier at symptomer på sjenanse er hjertebank, rødming, svette, muskelsvakhet. Her ser vi altså at noen av symptomene på angst og sjenanse er like. Det kan dermed være vanskelig å skille på angst og sjenanse.

7 Avslutning

Hensikten med problemstillingen var å se på hva barnehageansatte vet om angst og sjenanse, og tiltak knyttet til forebyggende arbeid med barnehagebarn. For å finne svar på problemstillingen sendte jeg ut en digital spørreundersøkelse til barnehageansatte. Undersøkelsen hadde en blanding av åpne og lukkede spørsmål knyttet til barnehageansattes praksis innenfor angst, sjenanse og forebygging.

7.1 Svar på problemstilling

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at 86 prosent av barnehageansatte har hatt mistanke om angst/sjenanse. Drugli og Stenen (2019) sin forskning viser at mange barn sliter med vanskelige følelser som frykt, uro eller sinne. Rapporten «Psykisk helse i Norge» påpeker at mange barn og unge blir registret med F-diagnose og at barn i aldersgruppen 0-4 år sjeldent blir diagnostisert. Jeg forstår det dermed slik at det på den ene siden er vanlig å ha mistanke om angst eller sjenanse hos barn. På den andre siden fremstår resultatet som noe unormalt med tanke på at de færreste barn i barnehagealder har utviklet angst på dette tidspunktet. Et annet resultat fra spørreundersøkelsen er at hovedgrunnen til mistanken bunner i at «barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner». Jeg forstår det dermed slik at ulike elementer kan påvirke denne observasjon. På den ene siden kan det tyde på at observasjon stammer fra at barn utvikler seg forskjellig og har ulik sosial kompetanse. Eller at oppvekst, risikofaktorer og tett samarbeid med foreldrene spiller inn. På den andre siden kan det virke som observasjon tyder på at barnehagen ikke klarer å legge til rette for trygge og gode rammer for alle barn, da Drugli og Lekhal (2018) forskning viser at kvaliteten i barnehagen er middels og noen relasjoner ikke er gode nok. Disse barna trenger forutsigbarhet og rutiner, samt trygge og gode relasjoner. Et annet resultat er at 61,5 prosent oppgir at angst snakkes om på avdelingsmøter og 65,7 prosent oppgir at sjenanse snakkes om på avdelingsmøter. Respondentene oppgir at de arbeider forebyggende med barns psykiske helse, hele 74,3 prosent oppgir det. Jeg forstår det dermed slik at barnehageansatte har fokus på forebyggende arbeid, men fokus betyr ikke nødvendigvis kompetanse på det å skille angst fra sjenanse, normal bekymring fra angst med mer. Det snakkes om angst og sjenanse, men det tilsier ikke at en evner å jobbe forebyggende på en god måte. Det finnes blant annet ingen nasjonale retningslinjer for hva man skal gjøre på detaljnivå, samt at forskning som blant annet rapporten «Forebygging blant barn og unge» viser til at det er for lite forskning på tiltak som kan forebygge i barnehagen.

For å oppsummere kort forstår jeg det dermed slik at barnehageansatte vet noe om angst og sjenanse, men kompetanse betyr nødvendigvis ikke at de klarer å skille angst fra sjenanse, normal bekymring fra angst og så videre. Temaet bør kanskje få et større fokus blant barnehageansatte og kunnskapen bør økes. Barnehageansatte har fokus på forebyggende arbeid, men resultatene tilsiter ikke at barnehageansatte evner å jobbe forebyggende på en god måte.

7.2 Et blikk fremover

Denne studien bygger på en kvantitativ og anonym spørreundersøkelse, noe som gjør det vanskelig for meg å si noe om bakgrunn for hvorfor barnehageansatte har svart slik de har gjort. Studien tar i tillegg for seg et lite utvalg av barnehageansatte. Det ville derfor vært interessant å gjennomføre noen kvalitative intervju for å undersøke dette nærmere, eller gjennomført en enda større spørreundersøkelse. Respondenten oppgir at de jobber forebyggende, men på hvilken måte og hvilken effekt det har, kunne vært interessant å forske videre på.

8 Referanseliste

- American Psychiatric Association . (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Askland , L., & Sataøen, S. O. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst*. (3. utg.)Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barnehageloven. (2005, Januar 1). *Lov om barnehager (barnehageloven) (LOV-2005-06-17-64)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Barneombudet. (2003, Februar 27). *Ns konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Hentet fra Oslo: Barne- og familiedepartementet.: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#24>
- Bø, I., & Helle, L. (2013). *Pedagogisk ordbok: praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bergsland, M. D., & Jæger, H. (Red.). (2014). *Bachelor oppgaven i barnehagelærerutdanningen*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bjørkli, E. S. (2018, April 4). *Andel barn i barnehage øker fortsatt*. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/andel-barn-i-barnehage-okert-satt>
- Bjørnstad, J. (2018, Juni 26). *Statistikk*. Hentet fra Snl.no: <https://snl.no/statistikk>
- Bufdir. (2018, Oktober 10). *Forstå barnets utvikling 0-4år* . Hentet fra bufdir.no: https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Barnets_utvikling_0_4_ar/
- Bufdir. (2018, September 18). *Sjenerte barn - er det et problem?* Hentet fra Bufdir.no: https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Hverdagsliv/Sjenerte_barn/
- Christoffersen, L., & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Drugli, M. B., & Lekhal, R. (2018). *Livsmestring og psykisk helse*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Drugli, M. B., & Stenen, K. (2019, Februar 28). *Ny forskning: Mellom 10 og 20 prosent av alle barn sliter med vanskelige følelser som frykt, uro eller sinne*. Hentet fra Første steg - Utdanningsnytt.no : <https://www.utdanningsnytt.no/forstesteg/debatt/2019/februar/ny-forsning-mellom-10-og-20-prosent-av-barn-sliter-med-vanskelige-folelser-som-frykt-uro-eller-sinne/?fbclid=IwAR3O7CyrAEhpnFKB3dJfZh3fFcwYJoMSGJxY-nf9k-qmWNddk3BuWZGoGV8>
- Flaten, K. (2010). *Barn med sosial angst og sjenanse*. (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Flaten, K. (2013). *Barnehagebarn og angst*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2003, Oktober 27). *Hva er Den norske mor og barn-undersøkelsen?* Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/studier/moba/hva-er-moba/>
- Folkehelseinstituttet. (2013, Februar 23). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, September 28). *Mors angst, depresjon og kosthold under svangerskap og psykisk helse utfall hos barnet: Genetisk assosiasjoner i foreldre-barn trioler-prosjekt-beskrivelse*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/prosjekter/moba-prosjekter/mors-angst-depresjon-og-kosthold-under-svangerskap-og-psykisk-helse-utfall/>
- Gjertsen, P.-Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2. utg.)Bergen: Fagbokforlaget.
- Gripsrud, S. (2005, November 29). *For lite fokus på barns angst*. Hentet fra Forsking.no: <https://forskning.no/psykologi-stub/2008/02/lite-fokus-pa-barns-angst>
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.). Oslo: Cappelen Forlag as.

- Haugen, R. (2015). *Barns utvikling i barnehagen: en utviklingspsykologisk innføring*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Haugen, R., Lie, B., & Vogt, A. (2014). *Spesialpedagogisk hjelp i barnehagen*. (V. D. Nilsen, Red.) Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Høigård, A. (2013). *Barns språkutvikling: muntlig og skriftlig*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hesselberg, F., & Tetzchner, S. v. (2016). *Pedagogisk-psykologisk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Humberset, K. (2017, August 21). *Ekspert: stille barn trenger hjelp på lik linje med utagerende barn*. Hentet fra smp.no:
<https://www.smp.no/familieogoppvekst/Ekspert--Stille-barn-trenger-hjelp-pa-lik-linje-med-utagerende-barn-10455b.html>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jonassen, T. (2014, Desember 23). *Grønne og røde tanker gir gode følelser*. Hentet fra Barnehage.no: <https://www.barnehage.no/artikler/gronne-og-rode-tanker-gir-gode-folelser/427350>
- Kleven, T. A., & Hjordemaal, F. R. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode: en hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (4. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2017, August 01). *Rammeplan for barnehagen: forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Hentet fra udir.no:
<https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/rammeplan/rammeplan-for-barnehagen-bokmal2017.pdf>
- Kunnskapsdepartementet. (2019, Februar 05). *Ny stortingsmelding om tidlig innsats og inkluderende fellesskap*. Hentet fra Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/innsikt/ny-stortingsmelding-om-tidlig-innsats-og-inkluderende-fellesskap/id2612213/>

- Larsen, A. K., & Slåtten, M. V. (2002). *En bok om oppvekst: samfunnsfag for barnehagelærere*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Mathiesen, K. S., & Tambs, K. (1999). *The EAS Temperament Questionnaire -Factor Structure, Age Trends, Reliability, And Stability in a Norwegian Sample*. Oslo: The National Institute of Public Health.
- Mathisen, S. K., Karevold, E., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- NSD. (2018, April 13). *nsd.no*. Hentet fra Om NSD: <https://nsd.no>
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pettersen, S. (2017, Desember 19). *Hvordan møte og forså de stille barna i barnehagen*. Hentet fra utdanningsnytt.no: <https://www.utdanningsnytt.no/spesialpedagogikk/fagartikler/2017/hvordan-mote-og-forsta-de-stille-barna-i-barnehagen/>
- Plomin, R., & Dunn, J. (1986). *The study of temperament: Changes, continuity and challenges*. London : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Postholm, M. B., & Moen, T. (2009). *Forsknings- og utviklingsarbeid i skolen: En metodebok for lærere, studenter og forskere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- PsykNytt. (2019, Februar 19). *Mors angst kan gi psykiske problemer hos barna(FHI)*. Hentet fra Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/mors-angst-kan-gi-psykiske-problemer-hos-barna-fhi>
- RBUP. (2019, April 30). *Tilstandsgruppe: angstlidelser*. Hentet fra RBUP.no: <https://buphandboka.r-bup.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-angstlidelser>

- Regjeringen. (2019, Januar 7). *Hvem har ansvar for hva i barnehagesektoren*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnehager/artikler/ansvarsniva-i-barnehagesektoren-/id115294/>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. (2013). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskoler*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget .
- Skogen, J. C., Smith, O. R., Aarø, L. E., Siqveland, J., & Øverland, S. (2018). *Forebygging blant barn og unge. Barn og unges psykiske helse: forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet .
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- TtiT. (2018, Februar 27). *Tidlig trygg i Trondheim* . Hentet fra <https://tidligtrygg.no/Pages/Om-TtiT.aspx>
- Uit Norges Arktiske Universitetet . (2014, Februar 27). *Studieplan for masterprogram i spesialpedagogikk*. Hentet fra Uit.no: <https://uit.no/Content/512652/cache=20190701133720/Studieplan.pdf>
- Volkmar, M. A., & Lewis, M. (Eds.) (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Øverlien, C., Hauge, M.-I., & Schultz, J.-H. (2016). *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vedlegg 1: Informasjon rundt spørreskjema

Link til undersøkelsen:

[https://skjema.uio.no/
angstogsjenansehosbhgbarn](https://skjema.uio.no/angstogsjenansehosbhgbarn)

Hei,

Jeg studere master i spesialpedagogikk ved Universiteter i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er angst og sjenanse hos barnehagebarn. Jeg ønsker å undersøke hvordan barnehageansatte arbeider preventivt med barn med angst og sjenanse.

Jeg ønsker derfor å gjennomføre en spørreundersøkelse blant barnehageansatte. Det vil ta ca. 10 -15 minutter å svare på spørreskjemaet. **Håper du tar deg tid til å svare, samt videresender denne mailen til dine ansatte!**

Prosjektet er ikke meldepliktig. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene vil bli lagret anonymisert hos databehandlertjenesten, som også er underlagt taushetsplikt.

Takk for tiden din!

Med vennlig hilsen

Maja Sofie Lind Skogvoll

Vedlegg 2: Spørreskjema

Angst og sjenanse hos barnehagebarn

Spørreskjema for ansatte i barnahgen

Jeg er? *

- Kvinne
- Mann

Min alder er? *

- 19 år eller yngre
- 20-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50-59 år
- 60 år eller eldre

Jobber du i privat eller offentlig barnehage? *

- Privat
- Offentlig

Hvilken stilling arbeider du i? *

- Assistent
- Barne- og ungdomsarbeider
- Førskolelærer/barnehagelærer
- Pedagogisk leder
- Spesialpedagog
- Styrer

Hvor mange års erfaring har du med arbeid med barn? *

- 0-3 år
- 4-6 år
- 7-10 år
- 11-14 år
- 15 år eller mer

Hvor mange barn er det i din barnehage? *

- 19 barn eller mindre
- 20 - 39 barn
- 30 -39 barn
- 40 - 49 barn
- 50 - 59 barn
- 60 barn eller mer

Har din barnehage base eller avdeling? *

- Avdeling
- Base

Er det en eller to pedagoger på din avdeling eller base? *

- 1 pedagog
 - 2 pedagoger
-

Har du eller har du hatt mistanke om at et barn har antydninger til angst/sjenase? *

- Ja
- Usikker
- Nei

Hva slags observasjoner ligger bak mistanken om angst/sjenase hos barnet? *

Flere svaralternativ er mulig

- Barnet viste usikkerhet ovenfor fremmede
- Barnet viste usikkerhet i sosiale situasjoner
- Barnet viste bekymring for atskillelse fra en tilknytningsperson
- Barnet viste usikkerhet ovenfor spesifikke objekter eller situasjoner
- Barnet uttrykket redsel
- Barnet var for seg selv
- Barnet viste lite interesse for andre barn
- Fremstår barnet mer sjenert enn vanlig

Er angst et tema som blir snakket om på avdelingsmøter? *

- Ja
- usikker
- Nei

Er sjenase et tema som blir snakket om på avdelingsmøter? *

- Ja
- usikker
- Nei

Jobber din barnehage preventivt i forhold til barns psykiske helse? *

- Ja
- Nei

Om ja, hvordan?

Bruker din avdeling noe form for kartleggingsverktøy for å avdekke barn som er i risikozonen for å utvikle angst/sjenase? *

- Ja
- Nei

Om ja, spesifiser hvordan?

Har du vært på kurs eller foredrag om angst/sjenase i forbindelse med jobben din? *

- Ja
- Nei

Har du fått informasjon om angst/sjenase gjennom andre kilder?

Hva legger du i begrepet angst?

Hva legger du i begrepet sjenase?

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!