



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Stråler av håp: Krigstraumer og overlevelse

Er det en klinisk signifikant endring i stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner etter deltakelse i Better Learning Program- 2?

Amal Khiyate

Masteroppgave i pedagogikk 3900, november 2023

Sammendrag

Denne mastergradsavhandlingen sikter på å undersøke den kliniske signifikansen i stressreaksjoner, akademisk underprestasjon og eksekutive funksjoner blant en gruppe skoleelever i Gaza, etter at de hadde deltatt i intervensjonsprogrammet Better Learning Program 2. Problemstillingen er dermed utformet som følgende:

Er det klinisk signifikant endring i stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner etter deltakelse i Better Learning program 2?

Better Learning Program (BLP) er en psykososial intervensjon, som er delt inn i nivå en og nivå to. Programmet er implementert i skolebaserte miljø og er veiledet av kvalifiserte lærere for å støtte barns psykososiale utvikling og læringsprosess. Formålet med programmet er å skape trygge rammer og å gi barna en følelse av normalitet i en ellers kaotisk situasjon, som er elementært både for læring og for håndtering av stress og traumer. Verktøyet er ment til å gi elevene forklaringer om normale reaksjoner etter å ha opplevd krise og fokuserer på å lære dem avspenningsmetoder.

Oppgaven bygger på resultatene til Forsberg og Schultz (2022) sin studie som viste positive resultater hos elevene etter at de hadde fullført intervensjonen. Likevel var det av sterk interesse å konseptualisere begrepet «klinisk signifikans» i pedagogikken, og skape en dypere forståelse av sammenhengen mellom statistiske resultater og hvordan dette oversettes i praksis. Ved å gjennomføre t-tester og en variasjonsanalyse på de tre variablene, og sammenligne disse resultatene med MCID-verdien, var hensikten at det skulle avgjøre om det forelå en klinisk signifikans etter avsluttet intervensjon. Resultatet indikerer at det ikke er tilstrekkelig forskning, samt at det ikke foreligger en standard MCID-verdi til å kunne objektivt konkludere problemstillingen. På den måten bringer denne oppgaven lys over at det er et klinisk, og især et pedagogisk behov for å forske på og videreutvikle problemstillingen, spesielt i kjølvannet av det som nylig foregår i Gaza og i Ukraina.

Forord

Endelig var tiden kommet til at jeg skal levere min mastergradsavhandling i pedagogikk. Takk for en privilegert mulighet som har tillat meg å utforske min nysgjerrighet, og et arbeid som har latt meg fordype meg i en tematikk som jeg nå brenner for.

Jeg vil benytte anledningen til å takke Flyktninghjelpen for å ha gitt meg muligheten til å bruke deres spørreundersøkelse i mitt prosjekt. En spesiell takk til min veileder June T. Forsberg for hennes støtte og ekspertise gjennom hele masterprosjektet. Jeg setter pris på hennes delte kunnskap og innsikt, og for å hjelpe meg med å nå mine faglige mål.

Jeg ønsker å takke min kjære familie for deres ubetingede støtte, motivasjon og tålmodighet gjennom hele min mastergradsreisen. Jeg ønsker å takke mine venner som har stått ved min side gjennom de krevende stundene, og gledet seg på mine vegne i de gode øyeblikkene.

Denne masteren er dedikert til barna i Gaza, og intervensjonsdeltakere som ikke lenger eksisterer blant oss i dag. Må deres minne leve videre.

Da synker våpnene maktesløs ned!

Skaper vi menneskeverd, skaper vi fred.

Den som med høire arm bærer en byrde, dyr og umistelig,

kan ikke myrde...

(Nordahl Grieg, «Til ungdommen»)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
Forord	
1 Innledning.....	1
1.1 Kontekst	2
1.2 Utdanning truet av krig og konflikter.....	4
1.3 Internasjonale retningslinjer	5
1.4 Psykososiale hjelpetiltak	9
2 Problemstilling, formål og avgrensning	11
2.1 Avhandlingens oppbygning.....	12
2.2 Arbeid med traumatiserte barn	13
3 Teori	16
3.1 Eksponering for stress	16
3.1.1 Allostatisk belastning	18
3.2 Eksponering for traumatiske hendelser	18
3.3 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	20
3.3.1 Kriterier for diagnose	20
3.4 Nedsatte eksekutive funksjoner.....	22
4 Det teoretiske grunnlaget for Better Learning Program (BLP).....	25
4.1 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).....	25
4.1.1 Komponentene i TF-CBT.....	27
4.2 Better Learning Program (BLP).....	33
5 Klinisk signifikans.....	38
6 Metode.....	41
6.1 Kvantitativ forskningsmetode	41
6.2 Randomisert kontrollert studie (RTC).....	41
6.3 Kritisk realisme	42

6.4	Populasjon	42
6.5	Design.....	43
6.6	Måleverktøy	44
6.7	Prosedyre.....	45
6.8	Reliabilitet og validitet	45
6.9	Etiske betraktninger.....	46
6.10	Statistiske analyser	46
7	Resultater.....	48
7.1	Beskrivende statistikk for utvalget	48
7.2	Subjektive mål: Eksekutive funksjoner og stress	48
7.3	Objektive mål: Akademisk prestasjon.....	49
7.4	Undersøkelse av klinisk signifikans	51
7.4.1	Reliabilitetsvurdering for klinisk signifikans	53
8	Diskusjon.....	57
8.1	Opplevelse av stress	57
8.1.1	En kritisk evaluering av reliabilitet for å undersøke klinisk signifikans	59
8.2	Opplevelse av akademisk prestasjon.....	61
8.2.1	Akademisk utvikling blant elevene	61
8.3	Evaluering av elevenes opplevelse av nedsatte eksekutive funksjoner.....	63
8.3.1	Eksekutive funksjoner i lys av BLP	63
8.3.2	Eksekutive funksjoner i lys av reliabilitet	64
8.4	Klinisk signifikans- implikasjoner i virkeligheten	65
8.4.1	Effektiviteten av individbaserte- og gruppebaserte intervensjoner.....	65
8.4.2	Hvilke implikasjoner hadde hovedfunnene på intervensjonsdeltakerne i BLP?	
	67	
8.5	Overførbarhet til norske skoler?.....	68
8.6	Begrensninger av studien	70

9	Konklusjon	72
	Referanseliste	74

1 Innledning

«War is not healthy for children and other living things» var noe en ofte kunne høre på radioen på 60-tallet (Goldson, 1996, s. 809). Dette sitatet er fra en plakat laget som en respons på ramaskriket som oppsto blant den amerikanske befolkningen under Vietnamkrigen (Loyd, 2009, s. 403). I årtusener har mennesket vært utsatt for vold og vært i krig mot sine medmennesker. Slike voldelige stridigheter pågår også i 2023, noe Russlands invasjon av Ukraina, og Israels okkupasjon av Palestina, viser. Det historiske forløp viser dog at krigens karakter har endret seg. I oldtiden kjempet mennesker med steiner og pinner, senere ble det avansert til spyd, pil og buer. Før det så ble utviklet våpen, bomber og miner. Ytterligere ble enda mer avanserte våpen produsert, hvilket ikke bare gjorde mennesket i stand til å drepe motparten, men også i stand til å skape kaos som rammer sivile og miljø (Goldson, 1996, s. 809).

Krigføringens natur har endret seg gjennom århundrene fra det som beskrives som konvensjonelle kriger, som var globale, men likevel satte søkelys på militære mål, slik som første verdenskrig. Krigføring i dag betegnes som «lavintensitets»-kriger (low intensity-wars) som rammer det politiske, økonomiske, sosiale og psykologiske i et land (Goldson, 1996, s. 816). Begge formene for krig har direkte og indirekte effekter på befolkningen, spesielt barn. Direkte effekter rommer skader og dødsfall, altså en umiddelbar påvirkning av selve kampene, som bombing og skyting. Indirekte effekter kan for eksempel være økt spedbarnsdødelighet som følge av utilstrekkelige sykehus- og helsetjenester, underernæring og spredning av sykdommer (Goldson, 1996, s. 816). FNs anslag tyder på at mer enn 68,6 millioner mennesker over hele verden har blitt tvangsflyttet på grunn av vold og konflikt, det høyeste antallet mennesker som er berørt siden andre verdenskrig (Charlson, Ommeren, Flaxman, Cornett, Whiteford, Saxena, 2019, s. 240).

Tilgang til utdanning er en fundamental menneskerett og ytterst kritisk i nødberedskap (Norwegian Refugee Council, 2017). I krig- og konfliktpregede land sitter det elever i klasserommet som prøver å løse oppgaver utdelt av læreren, men som ikke evner dette. Når et land blir preget av krig og konflikter blir elementære samfunnsinstitusjoner slik som skoler og barnehager sterkt svekket eller ikke opprettholdt. Disse elevene lever i en hverdag som er preget av stress og kontinuerlig overlast, noe som har en tendens til å forårsake traumer og posttraumatiske stressreaksjoner (PTSR). I den forbindelse har blant annet humanitære organisasjoner, som Flyktninghjelpen, opprettet utdanningstjenester som samarbeider med

lokalsamfunnet og har som delegasjon å gi støtte og opplæring både til elevene og lærerne. Samarbeidet mellom Flyktningshjelpen (NRC) og Norges arktiske universitet (UiT) har utviklet Better Learning programmet (BLP) som er et skole- og klasseromsbasert, lærerledet, universalt psykososialt program. Formålet med programmet er å skape trygge rammer og å gi barna en følelse av normalitet i ellers kaotisk situasjon, som er elementært både for læring og for håndtering av stress og traumer (Shah, 2017).

1.1 Kontekst

Denne mastergradsavhandlingen tar utgangspunkt i undersøkelser og forskning som er knyttet til Better Learning-programmet i Gaza. Befolkningen i Gaza har vært utsatt for fem store kriger: i 2008-2009, 2012 og 2014, 2021 og nå. En studie av krigen som hendte i 2014 viser at 99,1% av elevene som gikk på skole (N= 572: 12-18 år) hadde opplevd minst en krigsrelatert traumatisk hendelse. Eksempler på eksponering innebærer å være vitne til eller høre skytning fra stridsvogner, artilleri eller militære fly (89,3%), vitne til at naboers hus blir ødelagt (69,2%); og vitne til skade eller drap (66,4%) (Forsberg, Schultz, 2022, s. 145). Våren 2022 konkluderte FNs spesialrapportør at Israels 75 år lange okkupasjonspolitikk er apartheid, og konflikten mellom Israel og palestinerne har blitt kalt verdens vanskeligste konflikt (FN-sambandet, 2023). Bakgrunnen for konflikten er opprettelsen av staten Israel i 1948 gjennom krigføring og på bekostning av den palestinske befolkningen som tidligere har bodd i området. Konflikten har siden den tid vært sterkt preget av et skjevt maktforhold, hvorav Israel har en sterk militærmakt med økende støtte fra USA, og på den andre siden det palestinske folket uten en egen stat (FN-sambandet, 2023). Konflikten dreier seg først og fremst om kontroll over territorier, der mange palestinere har levd under israelsk okkupasjon eller apartheid siden 1967. Konflikten hadde sitt springbrett da europeiske jøder, siden 1880-tallet, flyttet til Palestina, som i dag refereres til som historiske Palestina. Historiske Palestina-området utgjør dagens Israel, og de okkuperte palestinske områdene, Gazastripen og Vestbredden.

Sionismen er en ideologi som senere ble til en politisk bevegelse som vokste frem på 1800-tallet blant den europeiske bosetter-kolonialismen, og arbeidet for en jødisk stat i det historiske Palestina. Det historiske Palestina ble utpekt som et passende sted for å etablere en jødisk nasjonalstat, fordi jødiske røtter og historie stammer fra det området. Denne tilhørigheten har sitt opphav fra århundrer i eksil som etterfulgte den romerske okkupasjonen, og jødene ble drevet på flukt fra området rundt 70 år etter Kristus. Jødene spredde seg over

hele Europa og Midtøsten, til tross for å ha følt eierskap til (historiske) Palestina. Det er hovedsakelig to grunner til fremveksten av sionist-bevegelsen; et ønske om en egen jødisk stat, og de antijødiske holdningene (antisemittismen)/ jødeforfølgelsene i Europa (FN-sambandet, 2023; Neuberger, 1995 sitert i Israels ambassade i Norge, u.å.). Sionismen gikk fra å være en ideologi til en politisk bevegelse da «sionismens far», Theodor Herzl, kalte sammen til den første sionistkongressen i Basel i 1897. Denne kongressen ga bevegelsen et springbrett til internasjonal oppmerksomhet, og det jødiske folk ble en aktør på den internasjonale politiske arenaen (Neuberger, 1995 sitert i Israels ambassade i Norge, u.å.). Kjernen i den sionistiske ideen er skrevet ned i Israels uavhengighetserklæring fra mai 1948, og slår fast at i «*Israels land ble det jødiske folket født... skapte kulturelle verdier med nasjonal og universal betydning...holdt aldri opp med å be om tilbakevending til det, og for gjenopprettelse av deres politiske frihet i det*» (Neuberger, 1995 sitert i Israels ambassade i Norge, u.å.). Altså er den sentrale sionistiske ideen at Israels land er det jødiske folks historiske fødested, og at jødisk bosettelse i andre steder er et liv i eksil. I dag har sionister lyktes med deres mål om å opprette Staten Israel, gjøre den internasjonalt anerkjent, og har juridisk forankret det jødiske folket i deres geografiske område med sterke historiske røtter. Gjennom århundrene har det vært et stort ønske om å opprette en uavhengig Israelsk stat, hvor det jødiske folket er trygge fra forfølgelse og har mulighet til å utvikle sine egne liv og egen identitet (FN-sambandet, 2023, Neuberger, 1995).

Som nevnt tidligere fordømmer FNs spesialrapportør okkupasjonen av Palestina, og fredsmekling ble en norsk eksportvare med Oslo-avtalen i 1993, til tross for at avtalen skapte ingen varig fred (Waage, 2020). Den 13. september 1993 foran Det hvite hus i Washington D.C. skulle Yitzhak Rabin Israels daværende statsminister, og Yassir Arafat, leder av den palestinske frigjøringsorganisasjonen Palestine Liberation Organisation (PLO) møtes for å undertegne Oslo-avtalen. Norge hadde spilt en hovedrolle i arbeidet med å forsone mellom Israel og Palestina, spesielt i etterkrigstiden hadde Norge vært en av Israels «bestevenner». I 1979 da den palestinske lederen for PLO trengte et land som kunne bruke sine nære bånd til Israel for å formidle et budskap om fred, fikk Norge et mandat om fredsmekling i Midtøsten (Waage, 2020). Norge var villig til å påta seg denne oppgaven, men Israel ville ikke høre på fredsbudskapet fra PLO. Oktober 1991, 12 år senere gjorde USA et nytt forsøk på fredsforhandlinger mellom israelerne og palestinerne, etter at den kalde krigen var over. Forhandlingene begynte i Madrid, og ble senere flyttet til Washington D. C., men samtalene mellom partene gikk etter hvert ikke fremover. Det var her Norge grep sjansen, og åpnet sin

hemmelige Oslo-kanal. I utgangspunktet var Norges rolle liten, og målet var å legge forholdene til rette for uformelle politiske kontakter. Norge skulle være en avlaster for USA, som førte til at israelerne og palestinerne raskt klarte å bli enige om enkelte grunnprinsipper. Norge fikk en større oppgave, og ble dermed en aktiv mekler da Oslo-prosessen startet og israelerne evnet å fremme sine ønsker som både nordmennene og palestinerne måtte gå med på. Israel var den sterke parten som kontrollerte landområdene det var strid om, dermed kunne de sette kravene som PLO måtte godta. PLO forsto at fred og Oslo-avtalen var bare på Israels premisser. PLO skulle få selvstyre over Gaza, byen Jeriko og masse penger til å begynne arbeidet med opprettelsen av staten Palestina (Waage, 2020).

Oslo-avtalen førte ikke til en selvstendig palestinsk stat, som hadde vært palestinerens mål og krav. Oslo 2, også kjent som «Interim Agreement on the West Bank and the Gaza Strip», ble inngått 24. september 1995 og undertegnet samme år i Washington D.C. Oslo 1, den originale avtalen, fikk kritikk for at Norge og PLO var for tilbøyelige for Israels krav. Oslo 2 utvidet de palestinske selvstyremyndighetenes ansvarsområde til å omfatte de større byene, samt 450 landsbyer, parallelt trakk israelske styrker seg ut av de områdene (Leraand, Jensehaugen, 2023). I dag har konflikten økt, 2022 markerte de mest konfliktrelaterte dødsfallene for både palestinere og israelere siden 2015, og volden har fortsatt å eskalere i 2023. Vestbredden hadde sitt dødeligste år siden 2005 med daglige israelske angrep. Palestinere og israelske bosettere har kollidert ved flere anledninger, og spenningen forverres etter at Israel godkjente 5000 nye bosettehjem i juni 2023 (Center for Preventive Action, 2023). Det er bekymring for at et tredje opprør (intifada) kan bryte ut og at fornyede spenninger vil eskalere. USA ønsker å beskytte sine interesser og sikkerheten til sitt langsiktige allierte Israel og oppnå en varig avtale mellom Israel og de palestinske områdene, som på sikt vil forbedre regional sikkerhet (Center for Preventive Action, 2023).

1.2 Utdanning truet av krig og konflikter

Rundt om i verden blir barns skolegang truet av krig, ettersom stridende parter bryter krigens mest grunnleggende regler: beskyttelse av barn. Langvarige konflikter i dag påvirker fremtiden til hele generasjoner av barn. Uten tilgang til en utdanning vil en hel generasjon barn som lever i konflikt vokse opp uten ferdighetene de trenger for å bidra i et samfunn, noe som forverrer den allerede desperate situasjonen for millioner av barn og deres familier (UNICEF, u.å.). Et barns rett til utdanning kan ikke ivaretas i konfliktsoner uten at selve utdanningen og skolen er beskyttet. Utenfor skolen er barn lette mål for overgrep, utnyttelse

og rekruttering av væpnende styrker. Skolen skal være en livredder ved å beskytte mot trusler og kriser, samtidig som utdanning reduserer sannsynligheten for fremtidige konflikter (UNICEF, u.å.). For å ivareta denne sikkerheten ble en statlig godkjenning av «The Safe Schools Declaration» gjennomført i Oslo, i mai 2015. Dokumentet er en politisk forpliktelse for å bedre beskytte lærere, elever, skoler og universiteter under væpnet konflikt, for å støtte videreføring av utdanning under krig, og sette inn konkrete tiltak for å hindre militær bruk i skoler (Global Coalition to Protect Education from Attack, 2023; UNICEF, u.å.). I dag er det 118 land som har undertegnet denne internasjonale politiske avtalen. Avtalen gir veiledning om konkrete tiltak som væpnende styrker og ikke-statlige aktører kan iverksette for å hindre militær bruk i utdanningsfasiliteter, og for å dempe virkningen av angrep og militær bruk hvis de oppstår. Land forplikter seg også til å samle inn, eller tilrettelegge for innsamling av data om angrep på utdanning, samt etterforske og straffeforfølge krigsforbrytelser som involverer utdanning, og gi bistand til ofrene (Global Coalition to Protect Education from Attack, 2023). Slik som det er vist til er det en fordel for samfunnet å beskytte, og å opprettholde driften av skolen både under og etter katastrofer. Utdanningssystemet i Palestina har historisk sett gjennomgått gjentatte kriser, men likevel viser det palestinske samfunnet resiliens og sterke verdier knyttet til skolegang.

1.3 Internasjonale retningslinjer

Slik det senere blir vist til i oppgaven, kan krigsrelaterte traumer påvirke barns intelligens, kognisjon, hukommelse og oppmerksomhet negativt. Dette indikerer at barn trenger psykososial støtte og verktøy for å kunne lære på skolen til tross for at de befinner seg i en krisesituasjon eller et konfliktpreget land (Anyaegbu, Carney, Howell, Zaza, Alaeddin, 2022, s. 52). Av den årsak har FN's generalforsamling opprettet Inter- Agency Standing Committee [IASC] i 1991. Komiteen arbeider strategisk for å formulere politikk som prioriterer og mobiliserer ressurser som svar på humanitære kriser. Hensikten med denne undertittelen er for å illustrere hvordan utredning av internasjonale retningslinjer kan være med på å påvirke utviklingen av en intervensjon.

IASC har samlet informasjon om mental helse og psykososial støtte i krisesituasjoner. Dette har de utgitt i form av internasjonale retningslinjer. Komiteen i IASC har seks grunnpilarer som de mener er elementære i en gjennomførbar intervensjon. Målet med de internasjonale retningslinjene er å muliggjøre det for humanitære aktører og samfunn å planlegge, etablere og koordinere et sett med minimumsreaksjoner på flere områder for å beskytte og forbedre

menneskers mentale helse og psykososiale velvære i en nødssituasjon (IASC, 2007, s. 5). Disse minimumsreaksjonene som bør implementeres raskt i en nødssituasjon er essensielle, høyt prioriterte reaksjoner. Altså er dette et sett med grunnleggende responser i en intervensjon, inkludert tidlig gjenoppbygging (IASC, 2007, s. 5). Disse responsene er kun et utgangspunkt for mer omfattende støtte. Likevel bemerker komiteen at retningslinjene ikke bør følges til punkt og prikke som en kokebok, til tross for at de er listet opp som nøkkelhandlinger som bør være minimumsresponser i mange nødssituasjoner. Heller bør det gjennomføres en lokal situasjonsanalyse for å identifisere de største behovene mer presist, implementere prioriterte handlinger og veilede en sosialt og kulturelt hensiktsmessig respons. Altså inneholder ikke disse retningslinjene detaljer for implementering, men heller en liste over nøkkelhandlinger med korte forklaringer og referanser til ytterligere ressursmateriale for hvordan aktører kan gjennomføre en implementering (IASC, 2007, s. 9).

Det første prinsippet bygger på menneskerettigheter og rettferdighet. Humanitære aktører har som oppgave å blant annet fremme menneskerettighetene til alle berørte personer og beskytte enkeltpersoner og grupper som har økt risiko for å oppleve brudd på menneskerettighetene. I tillegg bør aktørene fremme rettferdighet og ikke-diskriminering, altså er målet å maksimere rettferdighet og tilgjengeligheten til psykisk helse- og sosial støtte blant berørte befolkninger, på tvers av kjønn, aldersgrupper, språkgrupper, etniske grupper og lokaliteter (IASC, 2007, s. 9).

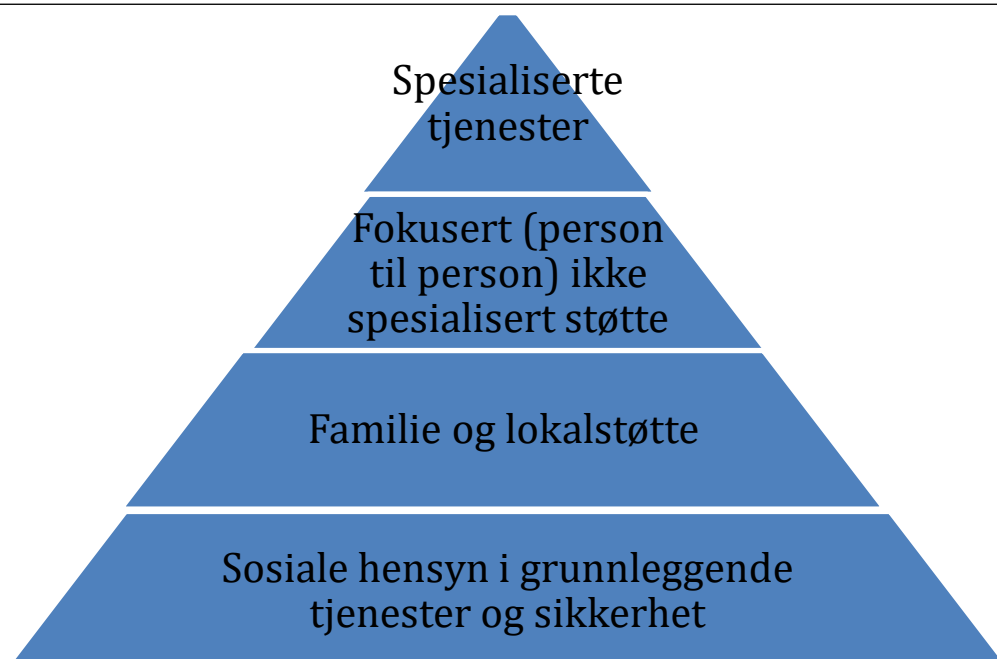
Det andre grunnprinsippet bygger på deltagelse. I dette grunnprinsippet er essensen å inkludere og maksimere deltakelsen av den lokale berørte befolkningen i den humanitære responsen. Deltagelse er en nøkkelhandling ettersom IASC (2007) viser til at et betydelig antall mennesker viser tilstrekkelig motstandskraft til å delta i gjenoppbyggingsarbeidet. På den måten er det viktig å involvere lokalbefolkningen over beslutninger som berører deres liv, og styrke lokalt eierskap for å oppnå programkvalitet, rettferdighet og bærekraft (IASC, 2007, s. 10).

Det tredje grunnprinsippet bygger på at aktørene som implementerer humanitær hjelp ikke forårsaker mer skade. Aukot (2003) understreker viktigheten av å ivareta de sosiale- og kulturelle verdiene til kriserammede mennesker i gjennomføring av humanitær bistand. Aukot (2003) påpeker at holdningen til noen av aktørene var så støtende at den internasjonale redningskomiteen (IRC) ble anklaget for å åpenlyst misbruke og fornærme lokalsamfunnet på måter som gjorde at noen av flyktningene ikke hadde noen andre alternativ bortsett fra å

forlate flyktingeleiren i Kakuma, Kenya. På den måten beskriver IASC (2007) at aktører og korporasjoner må forplikte seg til evaluering, være åpne for gransking og ekstern gjennomgang. Samt aktivt reflektere og utvikle en forståelse over menneskerettigheter, maktforhold mellom utenforstående og nødsrammede mennesker og verdien av å gi bistand (IASC, 2007, s. 10).

Det fjerde grunnprinsippet innebærer å bygge på tilgjengelige ressurser og kapasiteter. Alle berørte grupper har eiendeler eller ressurser som støtter psykisk helse og psykososialt velvære. I de tidlige stadiene er det derfor viktig å bygge lokal kapasitet, støtte selvhjelp og styrke de eksisterende ressursene. I tillegg er det viktig å bygge både myndighets- og sivilsamfunnkapasiteter. I hvert lag av pyramiden (se figur 2) er det oppgaver å identifisere, mobilisere og styrke ferdighetene og kapasitetene til individer, familier, lokalsamfunn og samfunn (IASC, 2007, s. 11). Det femte grunnprinsippet bygger på å integrere støttesystemer. Ulike aktiviteter og programmer bør integreres så langt det lar seg gjøre. Frittstående tjenester som de som kun omhandler personer med en spesifikk diagnose, som PTSD, eller hendelsesspesifikke intervensjoner, for eksempel krigsrammede, kan skape et fragmentert omsorgssystem. Aktiviteter eller intervensjoner som er integrert i bredere systemer, for eksempel i skolesystemet, sosiale tjenester eller psykiske helsetjenester har en tendens til å nå flere mennesker, er ofte mer bærekraftige og bærer mindre stigma.

Figur 1: Fra «Intervensjonspyramide for mental helse og psykososial støtte i nødstilfeller» av IASC, 2007
Copyright 2007 fra IASC



I nødstilfeller krever mennesker berørt av katastrofer ulike typer støtte. IASC (2007) har utviklet en pyramide (se figur 2) som illustrerer hvordan de ulike aktørene kan organisere skreddersydde og gi passende psykososial støtte som møter behovene til de ulike gruppene. Alle delene i pyramiden er like viktige, og bør ideelt sett implementeres samtidig.

I det følgende presenteres de ulike komponentene i pyramiden, og hva de representerer. Den første komponenten «sosiale hensyn i grunnleggende tjenester og sikkerhet», innebærer at alle menneskers velvære bør beskyttes gjennom (re)etablering av sikkerhet, et adekvat styresett og tjenester som dekker grunnleggende fysiske behov. Disse grunnleggende fysiologiske behovene er forbundet med mat, husly, vann, grunnleggende helsehjelp og kontroll av smittsomme sykdommer. Disse grunnleggende tjenestene bør etableres på deltakende, trygge og sosialt hensiktsmessige måter som beskytter lokalbefolkningens verdighet, styrker lokal støtte og mobiliserer samfunnsnettverk (IASC, 2007, s. 11).

Den andre komponenten av pyramiden representerer nødberedskapen for et mindre antall mennesker som er i stand til å opprettholde sin psykiske helse og psykososiale velvære hvis de får hjelp til å få tilgang til nøkkelstøtte fra felleskapet og familien. Nøkkelstøtte fra felleskapet og familien innebærer familiesporing og gjenforening, sorggrupper, kommunikasjon om konstruktive mestringsmetoder, støttende foreldreprogrammer, formelle og ikke- formelle mestringsmetoder, kvinnegrupper og ungdomsklubber. I de fleste konflikt- og nødssituasjoner er det betydelige omveltninger og desorganisasjon av familie- og samfunnsnettverk på grunn av tap, forflytning, familiesepparasjon, frykt og mistillit i samfunnet. Ytterligere vil mennesker i nødstilfeller dra nytte av hjelp til å få tilgang til større felleskap og familiestøtte, til tross for at familie- og samfunnsnettverk forblir intakte.

Fokusert, ikke- spesialisert støtte som er den tredje komponenten representerer støtte som er nødvendig for et enda mindre antall mennesker som i tillegg krever mer fokuserte, individuelle, familie- eller gruppeintervensjoner. Disse intervensjonene kan utføres av helsepersonell som ikke er spesialister innen omsorg, men som har fått tilstrekkelig opplæring og veiledning. Dette nivået av pyramiden innebærer også psykologisk førstehjelp og grunnleggende psykiske helsetjenester fra primærhelsetjenesten (IASC, 2007, s. 12).

Øverst i pyramiden befinner spesialisttjenester seg som er egnet for en liten prosentandel av befolkningen, som til tross for å ha gjennomgått tidligere støtte har behov for mer omfattende intervensjoner. Dette er personer som har betydelige vanskeligheter med grunnleggende

daglig funksjon, og trenger bistand fra psykologiske eller psykiatriske tjenester. utfordringer som overstiger kapasiteten til primær-/ generelle helsetjenester krever enten a) henvisning til spesialiserte tjenester hvis de eksisterer, eller b) igangsetting av langsiktig opplæring og veiledning av primære/ generelle helsepersonell. Slik det tidligere er presisert skal ikke disse internasjonale retningslinjene bli brukt som en kokebok. Erfaring fra flere forskjellige nødsituasjoner tilsier at noen handlinger er tilrådelige, mens andre kan unngås. Ulik praksis, kultur og sosiohistorisk kontekst i lokalsamfunnene gjør at en lokal situasjonsanalyse er viktig for å identifisere nødvendige handlinger å implementere (IASC, 2007, s. 12).

1.4 Psykososiale hjelpetiltak

Oppgaven sikter også spesielt på å fremme og grundig utforske erfaringene, behovene og ønskene til unge mennesker i krig- og konfliktherjede områder, spesifikt rettet mot utdanning og støtte. Hva er psykososiale hjelpetiltak? En vesentlig komponent av Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) er forebygging og behandling av psykiske lidelser som depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Men det inkluderer også støtte for menneskers generelle psykososiale velvære. Å hjelpe mennesker med å opprettholde kontakt med andre familiemedlemmer og samfunnsmedlemmer, eller å hjelpe dem med å håndtere personlige utfordringer eller praktiske problemer mer effektivt, kan ha betydelige fordeler med å redusere stress og lidelser (Government of the Netherlands, u.å.).

Hvorvidt man lykkes med det psykososiale arbeidet på fremmed grunn avhenger av tilegnelsen av kunnskap og kompetanse om samfunnet man skal jobbe i, og hvordan man samhandler med dette samfunnet (Staff, 2014, s. 35). Videre presiserer forfatteren at gode intensjoner, profesjonell kompetanse, og organisering er nødvendige, men ikke alltid tilstrekkelige i arbeidet med mennesker i nød. Kulturell virkelighetsoppfatning, menneskesyn, etisk grunnsyn, selvforståelse og individuelle tenkemåter er avgjørende at man både har reflektert over og avklart. Hjelpere og medisinsk personell bør ta hensyn til kontekstuelle faktorer slik som for eksempel, kulturell bakgrunn, daglige stressfaktorer, familie- og skolemiljøer når de samhandler med flyktninger og asylsøkere (Nickerson, Lidell, Asnaani, Carlsson, Fazel, Knaevelsrud, Morina, Neuner, Newnham & Rasmussen, u.å., s. 2). Nickerson m.fl. (u.å.) supplerer med at ICD-10 og DSM-5 ikke tar høyde for kulturelle forskjeller, og dette gir helsepersonell og hjelpearbeidere en ulempe i møte med flyktninger. Denne ubalansen har blitt anerkjent av flere internasjonale humanitære organisasjoner, for eksempel IASC, som en barriere til pålitelig psykososial vurdering og implementering av

gyldige intervensjoner. Bortsett fra interkulturelle logistiske barrierer som for eksempel språk- og tolkningsressurser, eller tilgjengeligheten av flerspråklig psykisk helsepersonell.

Videre er det andre utfordringer som også er påpekt slik som differensielle symptomuttrykk på tvers av kulturer og uklar kulturell gyldighet av implementering av intervensjoner (Nickerson m.fl., u.å., s. 16). I en artikkel som ser på forholdet mellom humanitære organisasjoner og flyktninger i Kenya, ble frivillige organisasjoner anklaget for rasistiske holdninger og for å være ufølsomme for kulturelle verdier (Aukot, 2003, s. 77). Ytringene ble til og med beskrevet som «tungt lastet med rasemessige overtoner som er typiske for Ku Klux Klan-ideologien» (Aukot, 2003, s. 77). Ansettelsesrutinene i mange land både av internasjonale og lokale hjelpearbeidere i kriser har vært for inkompetent, især når det gjelder bakgrunnsjekk og krav til utdanning (Dybdahl, 2014, s. 67).

2 Problemstilling, formål og avgrensning

Denne mastergradsavhandlingen tar et dypdykk i noen av resultatene fra en studie som tidligere har undersøkt effekten av Better Learning Program. Studien er relativt ny, og undersøker virkningen skoleintervensjonen hadde på elevene i Gaza (Forsberg& Schultz, 2022). BLP-2 er en psykososial intervensjon som er skolebasert og lærerledet, som målrettet undersøker akademiske underprestasjoner blant konfliktrammede ungdommer. Effekten var en klar forbedring i elevenes skolefungering, velvære, selvregulering, mestringstro, eksekutive funksjoner, stressnivå og håp. Ved gjennomføring av nye tester (post-test) fem måneder senere, viste det seg at den klare forbedringen hadde hatt en vedvarende effekt, med unntak av når det gjaldt stressnivå og håp (Forsberg& Schultz, 2022). Denne avhandlingen ønsker å undersøke hvordan noen av disse resultatene gjenspeiles på et individuelt nivå, spesifikt rettet mot karakterer, akademisk prestasjon og stressreaksjoner. Problemstillingen er dermed utformet som følgende:

Er det en klinisk signifikant endring i stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner etter deltakelse i Better Learning program 2?

For å formulere og spisse problemstillingen var derfor tidligere forskning og teori på dette området undersøkt. Klinisk signifikans er en metodikk som implementeres for å undersøke og overvåke spesifikke mål under en behandling i praksis. Dette betyr at selv om en behandling viser statistisk signifikante gruppeforskjeller, kan det i noen tilfeller ha liten praktisk betydning, især på et individuelt nivå (Langkaas, Johnson, Stenshorne, Tiller, Vrabel, 2017). Ved bruk av kvantitativ metode så søker man generellbaserte og objektive konklusjoner, som ikke er individbaserte, men likevel er det elementært å trekke frem klinisk signifikans for originalitetens skyld, og for å fremme et nytt perspektiv i debatten. Ved å kombinere både statistisk og klinisk metodikk får man bredere og varierte konklusjoner, og man kan undersøke effekten av intervensjonen på både gruppe- og individnivå. Gjennom dette mastergradsprosjektet er formålet å konseptualisere begrepet «klinisk signifikans», og skape en dypere forståelse av sammenhengen mellom statistiske resultater og hvordan dette oversettes i praksis. Pedagogisk forskning har blant annet blitt kritisert for å fremvise resultater som er innlysende, og for at mye av empirien som er innsamlet er kvalitativ. Dette ønsket jeg å utfordre, ved å introdusere et begrep som er relativt ukjent for pedagogikken, og for å understreke viktigheten av å undersøke de kvantitative resultatene i praksis (Sarrmaa, 2023). Formålet med denne avhandlingen er å belyse problemstillingen og bidra til den

generelle grunnviten, men også skape tilskudd med potensiale til at begrepet i enda større grad kan implementeres i pedagogikken. Videre søker denne oppgaven å øke bevisstheten blant pedagoger og andre fagpersoner som arbeider med unge mennesker i konflikt- og krigsherjede land, ved å belyse de intrikate utdanningsmessige og psykososiale behovene som denne gruppen mennesker konfronteres med.

Det er viktig å poengtere at mastergradsavhandlingen hovedsakelig retter seg mot å gi svar på den kliniske signifikansen etter å ha deltatt i intervensjonsprogrammet, og ikke mot å oppdage nye statistiske effekter i datamaterialet. Datamaterialet var allerede innsamlet til et annet prosjekt, og av den grunn hadde jeg ingen innvirkning på den prosessen. Fordelen med det er at man kan bruke det samme datamaterialet til å undersøke nye problemstillinger, og trekke nye konklusjoner. En svakhet ved datamaterialet er at det ikke ble brukt standardiserte spørsmål for å samle inn data om eksekutive funksjoner som har gjort at reliabiliteten er svakere enn det man ønsker. Dette blir poengtert og diskutert videre i oppgaven.

2.1 Avhandlingens oppbygning

I denne oppgaven spiller elevenes selvopplevde endring i stressreaksjoner, eksekutive funksjoner og akademisk prestasjon i de faktiske forhold etter en post-test, en sentral rolle. Fra en tidligere gjennomført studie (Forsberg& Schultz, 2022) vet vi at elevene statistisk sett har opplevd varige endringer, fem måneder senere i de nevnte kategoriene. For å vise dette igjen utføres en t-test og en ANOVA- test (variasjonsanalyse) på akademisk prestasjon. Videre undersøkes disse resultatene ved å observere gjennomsnittet og standardavviket. I tillegg undersøkes den kliniske signifikansen ved å analysere den minst målbare endringen opp mot grensen for normale resultater. Resultatene av den statiske analysen blir presentert i kapittel 7, og den kliniske signifikansen blir diskutert i kapittel 8.

For å undersøke og forstå problemstillingen er konteksten og bakgrunnsinformasjon essensielt i denne sammenhengen. I kapittel 1 redegjøres det for opptøyer og krigen mellom Palestina og Israel, deretter forklarer jeg hvilke retningslinjer som IASC har utarbeidet for å strategisk mobilisere ressurser ved humanitære kriser. Intervensjonspyramiden for mental helse og psykososial støtte i nødstilfeller er også et verktøy som jeg har brukt for å ytterligere vise denne fordelingen av ansvar i krigsfylte områder. En redegjørelse av psykososiale hjelpetiltak er også essensielt for å forstå hvilke utfordringer hjelpearbeidere kan erfare, samt at det kan bidra til at arbeiderne reflekterer over dette før man utgir seg på slike oppdrag.

I kapittel 3 introduseres teoridelen. Jeg er oppdatert på at en betydelig del av den teorien som er brukt er hentet fra psykologifeltet. En potensiell feil er at dette mastergradsprosjektet kan bli oppfattet som spesifikt rettet mot psykologifeltet med kliniske aspekter, heller enn å være et prosjekt forankret innenfor pedagogikk, især krisepedagogikk. For å unngå en slik antakelse fra leseren, og klargjøre sammenhengen mellom pedagogikk og psykologi er det essensielt å fremheve det underkapittelet som omhandler eksekutive funksjoner, ettersom disse funksjonene spiller en avgjørende rolle i læringsprosessen. I tillegg vil jeg i diskusjonsdelen trekke inn pedagogiske elementer, blant annet eksekutive funksjoner, ved å fremheve relevansen av denne forskningen for pedagogisk praksis. Dette prosjektet viser betydningen av å inkorporere og videreutvikle pedagogisk forskning som et middel til å forstå elevenes mentale tilstand i klasserommet. Hvordan kan effektiv læring finne sted når elevenes trivsel og mentale helse i skolemiljøet er betydelig svekket?

I kapittel 4 og 5 redegjøres for Better Learning- programmet, og begrepet «klinisk signifikans» utdypes. I kapittel 4 gis en oversikt over en leksjonsplan for stressende hendelser og reaksjoner. I kapittel 6 og 7 presenteres den kvantitative metoden, og den vitenskapshistoriske metoden, som er kritisk realisme, i tillegg til at funnene blir presentert. Kritisk realisme erkjenner at vår innsikt alltid er fragmentert eller ufullstendig på grunn av vår begrensede menneskelige oppfatning og forståelse (Syed, Mingers, Murray, 2009). Dette utgjør nettopp grunnlaget for mitt valg av denne vitenskapshistoriske metoden, ettersom dette overveide min tenkning da jeg reflekterte over hvordan dataresultatene kunne manifestere i virkeligheten, som er mer kompleks enn kun vurdering av statistiske analyser. Formålet er derfor å oppnå en innsikt som kan hjelpe oss med å forstå fenomenet bedre. Videre i kapittel 8 presenteres diskusjonen, teorien og mine funn kobles sammen. Avslutningsvis sammenfattes oppgaven i kapittel 9, og det reflekteres rundt problemstillingen.

2.2 Arbeid med traumatiserte barn

Dette underkapittelet er en forlengelse av kapittel 1.3, og retter fokuset mot målrettet arbeid for traumatiserte barn som følge av krig og konflikt. I dette underkapittelet løfter jeg

oppgaven et steg videre ved å undersøke; hvilke psykososiale utfordringer barn med krigstraumer møter? Figur 2 illustrerer et fragmentert utdrag fra boken «Krigens ulike ansikt: psykososialt arbeid i internasjonale kriseområder», ettersom figuren originalt viser utviklingsstadiene spedbarn (0-2 år) og småbarn (2-6 år). De to første utviklingsstadiene har jeg valgt bort da de er av liten relevans for resten av oppgaven, skjønt at datamaterialet er basert på et representativt utvalg av skolebarn- og ungdom mellom 9-16 år (Forsberg& Schultz, 2022, s. 3).

Utover 2000-tallet har perspektivet på traumer, spesifikt krigstraumer hos barn blitt utviklet. Tidligere var begrepet i noen sammenhenger enten overdrevent eller for snevert. Til tross for at det fremdeles er uenighet om traumeforståelse og om hvor fokuset skal ligge, er både psykologer, krisepedagoger og psykiatikere som arbeider med tematikken enige om tre faktorer. 1) det faktum at krig og konflikter ikke er favorabelt for barn, 2) det er ikke behov for mer forskning som viser dette, 3) barn i nød trenger spesiell oppmerksomhet, og behovet for hjelp er stort (Dybdahl& Christie, 2014, s. 97). Punkt 3 er det som blir undersøkt og diskutert i denne masteroppgaven. Opplever barn med krigstraumer en klinisk forbedring av stressreaksjoner sett i en skolekontekst? Skjønt at «spesiell oppmerksomhet» kan ses i parallell med intervensjoner som er implementert i krigs/ konfliktområdet.

I arbeidet med traumatiserte barn, er det elementært å ha kunnskap om barns utvikling, behov, reaksjoner og mestring for å kunne hjelpe. For eksempel hos skolebarn som er mindre avhengige av voksen beskyttelse, sammenlignet med småbarn, er utviklingsmessige kjerneoppgaver slik som læring, problemløsning og jevnalderidentifisering viktig i det utviklingsstadiet. Risikoen for svikt i regulering av oppmerksomhet og atferd blir dermed en fallgrube i denne aldersgruppen (Dybdahl& Christie, 2014, s. 96). Nickerson m.fl. (u.å.) konstaterer at forstyrrelser i skolegang eller utdanning kan forsterke de skadelige effektene av fordrivelse, samtidig er unge mennesker ofte svært klare over kostnadene ved frafall av skolegang for fremtidige muligheter. Hos skolebarn (6-12 år) er beskyttende faktorer som mestringsmotivasjon og gode støttesystemer rundt familien viktige å opprettholde. I noen familier kan foreldres opplevelse av traumer og tortur være en prediktor for barns psykiske helse, da foreldrenes nød medierer forholdet mellom krigstraumer og psykososial tilpasning. Altså er foreldres eksponering for traumer og barnetilpasning kompleks og dynamisk, og effekten på barnets psykiske helse kan variere over tid (Dybdahl& Christie, 2014, s. 96; Nickerson m.fl., u.å., s. 9).

Hos 12- 18-åringene er planleggingskompetansen og kapasitet til egen affektregulering som regel godt utviklet. Utviklingsmessige kjerneoppgaver i denne aldersgruppen dreier seg om moralutvikling, fremtidsplanlegging, løsrivelse og danning av intime relasjoner. «Søken etter intimitet og fellesskap krever at man samtidig våger stå frem med sine behov og sin personlighet» (Bjørkvik& Nielsen, 2006). Mennesker inngår kontinuerlig i hverandres relasjonelle matriser, og påvirker den andres holdninger og moraler især i denne aldersgruppen. Beskyttende faktorer i dette utviklingsstadiet er viktige slik at den sosioemosjonelle evnen ikke blir svekket. Dersom hen ikke har en sterk evne til å ta styringen i sitt eget liv fra før, og samtidig danne sterke bånd med jevnaldrende kan traumet ha en enda større effekt (Dybdahl& Christie, 2014, s. 96; Bjørkvik& Nielsen, 2006).

Figur 2: Utdrag fra «Traumatisering og utvikling» av Dybdahl & Christie, 2014. Copyright 2014 «Krigens ulike ansikt»

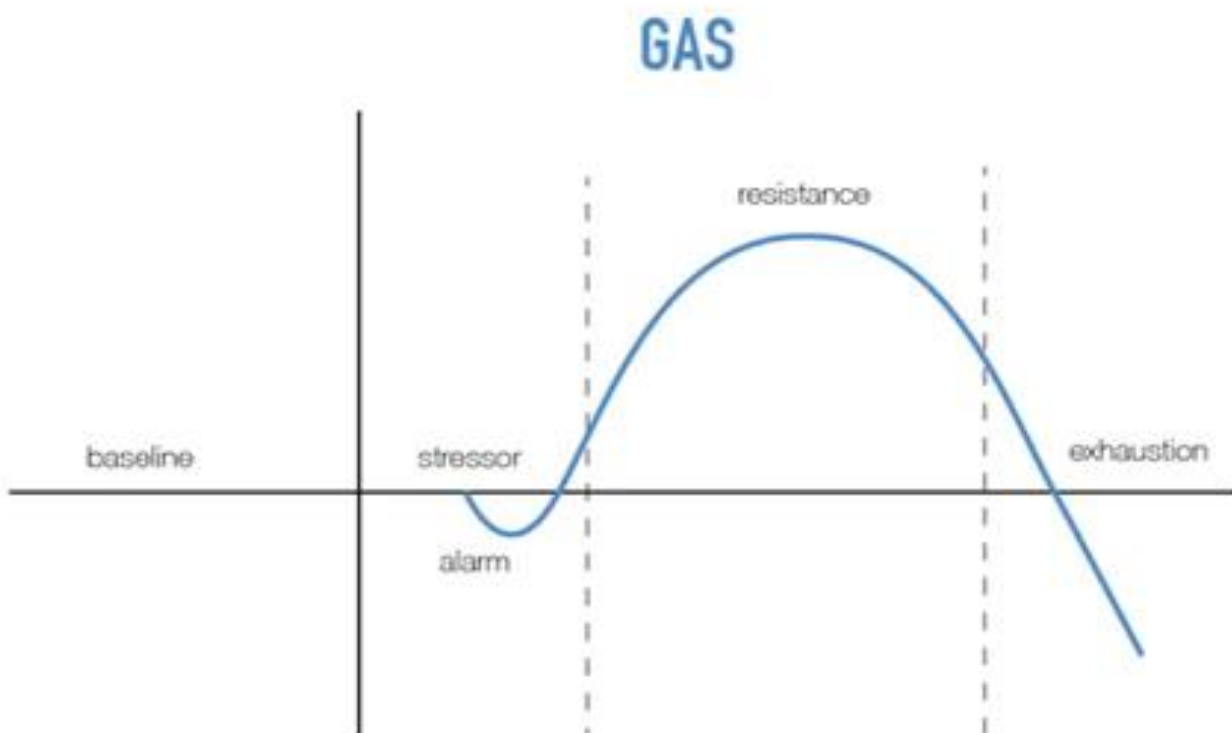
Utviklingsstadium:	Barnets reaksjon ved fare ut fra modenhetsnivå:	Utviklingsmessige kjerneoppgaver:	Resiliensfaktorer/ Beskyttende faktorer:	Effekt av trauma:
Skolebarn (6-12)	Økt evne til egen-vurdering av grad av fare og behov for beskyttelse	Jevnalder identifikasjon og vennskap. Læring og problemløsning	Sterk mestringsmotivasjon, støttesystemer rundt familien	Asosial atferd, mistillit til voksenverden, til andre og seg selv.
Ungdom (12-18)	Egen kapasitet i affektregulering, planleggingsevne	Intime relasjoner, relasjonell individuering, moralutvikling og fremtidsplanlegging	«Internal locus of control», selvstendighet og nære venner	Manglende planleggingskompetanse og affektbevissthet, fragmentert autobiografi.

3 Teori

3.1 Eksponering for stress

Stress kan defineres som enhver inntrenging (stressor/ stress-stimuli) i barns normale fysiske eller psykososiale livserfaringer, som akutt eller kronisk skaper en ubalanse. Enten den er fysiologisk eller psykologisk truer den sikkerheten, hvorav de psykofysiologiske konsekvensene (stressreaksjoner) kan være skadelige (Sandberg, 2007, s. 472). Man skiller gjerne mellom sunn og usunn stress, men milde stressorer for barn er ofte godartete og i noen tilfeller vekstfremmende (Sandberg, 2007, s. 472). «Total frihet fra stress er døden», på den måten ser vi at stress er både forbundet med behagelige og ubehagelige opplevelser (Selye & Hoff, 1978, s. 31). En rapport fra Helsedirektoratet skiller mellom a) stress som fysisk eller emosjonell reaksjon på ytre påvirkning (stresserfaring) og b) stress som en respons på samspillet mellom de ytre påvirkningene og reaksjonene på dem (Samdal, Wold, Harris, Torsheim, 2017, s. 4). Sammenlignet skiller rapporten fra Helsedirektoratet seg fra artikkelen til Sandberg (2007) med punkt b).

Figur 3: Fra «Det generelle tilpasningssyndrom (GAS) av Selye, H., & Hoff, N., 1978. Copyright 1978
«Stress without distress»



Samdal, Wold, Harris og Torsheim (2017) parafraserer Selye (1965) som beskriver stressopplevelser som et tre-steps lineær stimulus-respons-prosess. Steg en er en umiddelbar alarmreaksjon på en stressor. Steg to er en motstandsfasen der individet prøver å enten tilpasse seg eller håndtere stressoren. Steg tre er utmattelse og resignasjon som følge av langvarig belastning. Modellen illustrer utviklingen av hvordan utløsning av en stressor over tid kan føre til at individet blir utbrent (Selye & Hoff, 1978, s. 37). Supplerende modeller om stress antyder at stress generelt oppleves når et individ blir konfrontert med en situasjon eller stressor som vurderes som personlig truende og hvor tilstrekkelige mestringsressurser ikke er tilgjengelige (Heim, 2013, s. 1904). Dette er nettopp grunnen til utvalg av denne teorien sammenlignet med for eksempel krav- kontroll teorien, som spesifikt adresserer arbeidsstress og jobbtilfredshet. GAS-modellen som kommer til å bli nevnt senere for å forklare noen av funnene er dermed mer passende for barn med gjennomgåtte krigstraumer, da den viser en tydelig kurve.

Akutt stressende livshendelser spesielt de som har en langsiktig trussel mot den psykologiske tryggheten av barnet, øker risikoen for kronisk stress. Negative livshendelser som er assosiert med kronisk psykososial motgang, sammenlignet med stressorer som oppstår vilkårlig, har vist seg å provosere en psykisk lidelse, især depresjon hos barn. Dette henger tett sammen med at barnet allerede er gjort sårbart på grunn av mangel på emosjonell støtte (Sandberg, 2007, s. 475). Flere studier innen pediatri har vist at barn med økt psykososialt stress har betydelig større sannsynlighet for å oppleve sykdom og sykehusinnleggelse, samt å bruke helsetjenester hyppigere komparert med andre barn som ikke opplever psykososialt stress.

Hva man opplever som stressende situasjoner er svært individuelt, også hos barn. Noen stressende livshendelser forekommer av tilfeldigheter og skjebnehandlinger, inkludert naturkatastrofer som flom og jordskjelv, men også menneskeskapte katastrofer som krig. Andre stressende livshendelser kan være en funksjon av strukturen i samfunnet, som utgjør en vesentlig urettferdighet hos enkelte deler av befolkningen. Familiefattigdom er et eksempel på en funksjon av strukturen i samfunnet, effekten av at foreldrene er av lav sosial klasse har en indirekte stresspåvirkning hos barn. Familiefattigdom er også assosiert med flere risikofaktorer som øker sannsynligheten for negative hendelser, slik som interne familie konflikter og svekket familiehelse (Sandberg, 2007, s. 475).

Stress i tidlig alder har blitt knyttet til en rekke risikoatferder, inkludert røyking, alkohol, narkotikamisbruk, impulsiv atferd og selvmord. Disse lidelsene eller risikoatferdene

fremkalles eller forverres av akutt stress, og individer med stressopplevelser i ung alder har forhøyede terskler for å vise risikofullatferd selv ved milde utfordringer (Heim, 2013, s. 1904).

3.1.1 Allostatisk belastning

Denne undertittelen er relevant for å forstå hvordan belastninger og traumer påvirker et menneske i stressende situasjoner, samt for å forstå hvilke mekanismer som kan potensielt hindre læringsprosessen.

Definisjonen av allostatisk belastning er den kumulative effekten av opplevelser i dagliglivet. Disse opplevelsene innebærer ordinære hendelser, både subtile og langvarige livssituasjoner, samt store utfordringer eller livshendelser. Dette inkluderer også de fysiologiske konsekvensene av helseskadelig atferd som for eksempel søvn og døgnforstyrrelser og usunt kosthold. Summen av de negative fysiologiske og psykiske hendelsene kan føre til en allostatisk overbelastning. Dette kan hindre vedkommende i å mestre hverdagens belastninger, og fører dermed til en ekstrem tilstand hvor stressresponssystemer gjentatte ganger aktiviseres. Situasjoner som kan føre til utvikling av allostatisk overbelastning er; a) hyppig eksponering av stressfaktorer som determinerer status for kronisk stress; b) en mangel på tilpassing til gjentatte stressfaktorer; c) manglende evne til å redusere stressresponsen etter at en stressor er avsluttet; d) den allostatiske responsen er ikke tilstrekkelig til å håndtere stressoren (Guidi, Lucente, Sonino, Fava, 2020, s. 12). En allostatisk belastning kan øke drastisk og bli en allostatisk overbelastning, dersom det oppstår intense og uforutsigbare hendelser i miljøet (McEwen, 2017, s. 559). Det endrende og vedvarende aktivitetsnivået som er assosiert med atferd grunnet endringer og trusler i miljøet slik som sosiale interaksjoner, vær, sykdom, predatorer og forurensning påvirker den allostatiske belastningen både hos mennesker og dyr (McEwen, 2017, s. 559-560).

3.2 Eksponering for traumatiske hendelser

Barn og ungdom som gjennomgår traumatiske hendelser har større sannsynlighet for å utvikle kognitive, emosjonelle, mellompersonlige og atferdsmessige vansker (Bjåstad, Haugland & Kornør, 2020, s. 2). Traumeteori knyttes til stressresponsteori. Norsk psykologforening definerer et psykologisk traume som en type hendelse som kan føre til psykiske skader som plager den berørte i ettertid. Felles for psykologiske traumer er 1) de kommer plutselig, er ukontrollerte og overveldende, 2) vekker som regel en ekstrem følelse av hjelpeløshet og

redsel, 3) er ofte en trussel mot liv og helse, 4) kan føre til at du blir alvorlig skadet, 5) og/ eller rammer andre slik at du blir vitne til alvorlig overgrep eller andres lidelse eller død (Bækkelund, 2015).

Traumatiske hendelser er de mest alvorlige stressfaktorene, sammenlignet med vanlige livsstressfaktorer. Vanlige livsstressfaktorer er noe som alle opplever i ulik grad, er forventet, har høy sannsynlighet for forekomst og kan kontrolleres. Traumatiske stressorer har lav forventning, lav sannsynlighet for forekomst og lav kontrollbarhet (Ibrahim, 2001, s. 73). Ettersom konflikten i Gaza- regionen fortsatt pågår er det et gjennomgående behov for å forstå og adressere implikasjonene av krigsrelaterte traumer blant barn for å etablere tilstrekkelige og skreddersydde retningslinjer og kliniske intervensjoner (Manzanero, Crespo, Barón, Scott, Astal & Hemaïd, 2017).

I løpet av de siste tiårene har forskning vist at traumeeksponerte barn- og ungdom opplever en rekke utfordringer på tvers av flere arenaer i og utenfor skolen (Alvares, 2020). For å kontekstualisere traumer refereres det ofte til et utfall relatert til trusler, høy stress og fare. Barn kan oppleve traumer fra flere, pågående eller kumulative opplevelser. Krigstraumer som er en type traumer omfatter ulike motganger. Motganger som ødeleggelse av samfunnsmessig infrastruktur, direkte eksponering for krigsfiendtligheter, ekstrem mellommenneskelig vold, drap, tortur, overgrep, menneskerettighetsbrudd og andre livstruende situasjoner (Zemestani, Mohammed, Ismail & Vujanovic, 2022, s. 656). Til tross for dette viser flere med gjennomgåtte krigstraumer enorm vekst og motstandskraft, mens andre kan oppleve alvorlige psykologiske tilpasningsvansker og psykiske plager (Zemestani mfl., 2022, s. 656). For å finne ut om barn har opplevd traumer benyttes undersøkelsesinstrumenter med skalerte svar med alderspassende utsagn eller bilder (Alvares, 2020). Et barns mest nødvendige emosjonelle behov endres over tid, på den måten kan et bestemt traume ha en større innflytelse i ett visst utviklingsstadium enn et annet. Måten et barn kognitivt tolker et traume avhenger altså av barnets utviklingsnivå, til den grad at samme barnet kan tolke det samme traumet ulikt (Sandberg, 2007, s. 475). Barn i skolealder som ble utsatt for tidlige traumatiske opplevelser, viste dårligere ytelse på oppmerksomhet og arbeidsminnetester komparert med kontrollgruppen med samme alder og kjønn (Bücker, Kapczinski, Post, Ceresèr, Szobot, Yatham, Kapczinski, Sant`Anna, 2012, s. 762). Dette funnet stemmer overens med andre studier som tyder på en kognitiv forverring hos personer med psykiske lidelser, især assosiert med depresjon- og angstsymptomer (Bücker mfl., 2012, s. 763). Akutt stressende livshendelser er en trussel mot den psykologiske tryggheten i barnet.

3.3 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse blir definert av Verdens helseorganisasjon, som en reaksjon som oppstår forsinket eller langvarig etter en «belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste» (10.utg; ICD-10; Verdens helseorganisasjon, 2019). Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner, såkalte flashbacks, mareritt, med en vedvarende fornemmelse av nummenhet, ingen respons på omgivelsene, distansering fra mennesker, unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Angst og depresjon er også ofte forbundet med overnevnte symptomer, videre er det ikke sjeldent at det oppstår selvmordstanker. PTSD har en latensperiode på fra få uker til måneder etter traumet, med et svingende forløp. Forbedring kan forventes i de fleste tilfeller, men i andre tilfeller kan tilstanden få et kronisk forløp over mange år, som kan i andre tilfeller bli til en varig personlighetsforandring (10.utg; ICD-10; Verdens helseorganisasjon, 2019).

3.3.1 Kriterier for diagnose

Personer med risiko for PTSD er soldater, ofre for seksuelle overgrep, ofre for voldelig kriminalitet, ulykker, terrorangrep eller naturkatastrofer (Gogas, Lechner, Markison, Williams, McCarthy, Grigoriadis & Foster, 2007, s. 87). DSM-5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] som er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utgitt av Den amerikanske psykiaterforeningen (APA), har utarbeidet en rekke kriterier som må være oppfylt før en person kan ha diagnosen PTSD (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Tabellen vedlagt illustrerer hvilke kriterier som må være oppfylt for diagnostisering av PTSD (Ravn & Andersen, 2020). Følgende kriterier gjelder for voksne, ungdom og barn over seks år (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 82). Utvalget fra datamaterialet er 200 elever i alderen mellom 9-16 år, på den måten var det mest hensiktsmessig å benytte følgende oversikt. Fase A omhandler eksponering for en truende eller katastrofal stressor som i aller høyeste grad hadde forårsaket sterkt ubehagelige reaksjoner (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 82; Eid & Herlofsen, 2004). Fase B fremstiller gjenoppleving av stressor i form av enten påtrengende minner eller drømmer, samt opplevelse av ubehag når minnet på stressor. Det kan oppstå både psykologisk ubehag og fysiologisk aktivering når eksponert for forhold som minner om stressor (Eid & Herlofsen, 2004). Fase C omhandler en vedvarende unngåelse av

stimuli assosiert med den traumatiske hendelsen, som bevises av en eller flere følgende hendelser. For eksempel å unngå aktiviteter, steder eller folk assosiert med stressor, og/ eller redusert interesse for essensielle aktiviteter, og/ eller redusert fremtidstro. Fase D viser negative endringer i kognisjon og humør forbundet med den traumatiske hendelsen, som har en tendens til å forverres. Dette kan for eksempel komme til uttrykk gjennom konstant frykt, redsel, sinne, skyld eller skam. Videre opplever personer med symptomer på PTSD en redusert interesse eller deltakelse for aktiviteter, samt en følelse av fremmedgjøring fra andre. Fase E viser til betydelige endringer i reaktivitet som kan komme til uttrykk gjennom konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. Fase F viser symptomenes varighet, spesifikt kriteriene B, C, D og E i mer enn en måned, og i løpet av de seks første månedene etter eksponering for stressor. Fase G viser at summen av disse symptomene forårsaker en klinisk betydelig svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder. Fase H krever at symptomene ikke kan tilskrives andre årsaker, slik som en annen medisinsk tilstand, eller effekter av stoffer, medisiner eller alkohol.

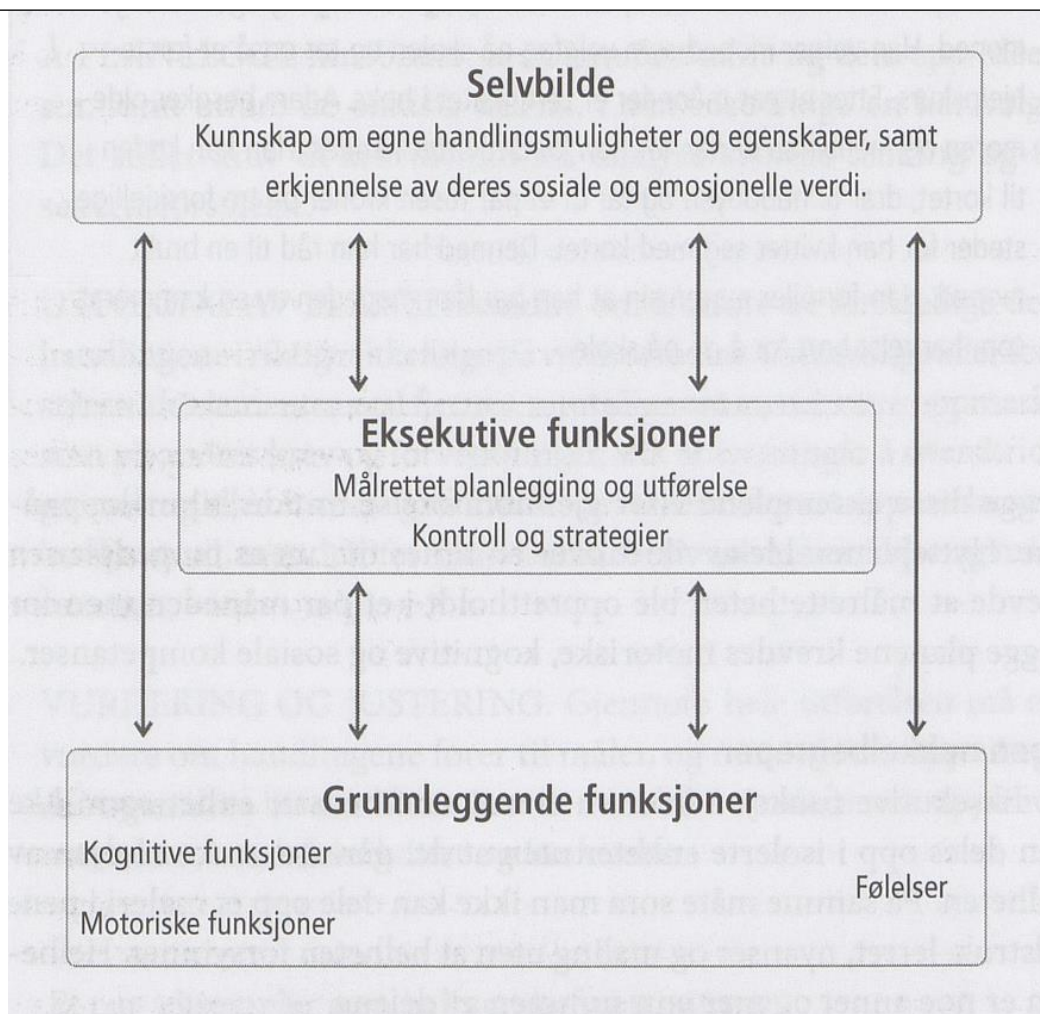
Tabell 1: Fra «Oversikt over kriterier for diagnose» av Ravn, S. L., Andersen, T. E., 2020. Copyright 2020 fra PsychiatricTimes.

Cluster A	Traumatic exposure
Cluster B	Intrusion symptoms
Cluster C	Avoidance symptoms
Cluster D	Negative alterations in cognitions and mood
Cluster E	Alterations in arousal and reactivity
Cluster F	Duration
Cluster G	Clinically significant distress or impairment
Cluster H	Not due to other causes

3.4 Nedsatte eksekutive funksjoner

Eksekutive funksjoner er en konstruksjon og representerer et abstrakt konsept. Disse funksjonene kan ikke direkte observeres, men de manifesteres gjennom målbar atferd som er synlig og identifiserbar (Fleischer& From, 2017, s. 15). Eksekutive funksjoner sier noe om en persons evne til problemløsning og selvorganisering. Slike overordnede ferdigheter bygger på et sett med underordnede ferdigheter og evner. For å løse et problem må man for eksempel ha forestillingsevne, hukommelse, språk, oppmerksomhet og motorikk (Fleischer& From, 2017, s. 15-16). Eksekutive funksjoner er avhengige av erfaring og læring, men også hjernens modning. Anderson (2002) definerer eksekutive funksjoner som separate, men beslektede, høyere kognitive prosesser som styrer tanker og handlinger rettet mot å oppnå et mål eller formål. For å forstå konseptet benyttes Anderson (2002) sin definisjon, og modellen til Fleischer og From (2017).

Figur 4: Fra «En modell over eksekutive funksjoner og hele personen» av Fleischer og Form, 2017, s. 22. Copyright 2017 fra «Eksekutive funksjoner hos barn og unge»



I den nederste boksen, identifisert som «grunnleggende funksjoner», finner vi verktøy som består av motoriske funksjoner, både fin- og grovmotorikk. De kognitive funksjoner; persepsjon, oppmerksomhet, språk, hukommelse, læreevne og abstrakt tenkning. I tillegg omfatter den sosial-emosjonell kognisjon, som dreier seg om å gjenkjenne og tolke følelser og relasjoner, både hos en selv og hos andre. Grunnleggende funksjoner brukes som oftest når vi skal utføre rutiner og automatiserte aktiviteter. Etablering av faste vaner og rutiner tjener som en praktisk metode som gjør det mulig å engasjere seg i tankeprosesser og problemløsning, samtidig som vi tar oppvasken eller trener (Fleischer& Form, 2017, s. 23).

Den midterste boksen, merket som eksekutive funksjoner, innebærer komplekse nye eller problematiske situasjoner. Innenfor denne kategorien skapes ideer, planer utviklet, problemer identifisert og løst, og om nødvendig justert. Individet genererer ny innsikt, kombinerer tidligere tanker på innovative måter, eller søker ekstern hjelp og informasjon, alt sammen gjort i en systematisk tilnærming preget av målrettet planlegging og regulering (Fleischer& Form, 2017, s. 23). I likhet med mange aspekter av kognitiv evne, har eksekutive funksjoner en tendens til å forbedres jo mer vi øver på dem. Det store spørsmålet forblir hvor mye bedre og hva slags praksis som er mest effektiv? Å utvikle ferdigheter innenfor eksekutive funksjoner gjennom trening er en vitenskapelig realistisk mulighet. Men hvordan kan vi oppnå dette på en måte som vil føre til varige og bredt anvendelige fordeler? Svaret er komplekst, og for det meste for øyeblikket ukjent (Blair, 2017, s. 1).

Den øverste boksen, betegnet som selvbilde, innebærer en indre referanseramme til en persons atferd. Den består av en indre katalog over individets potensielle handlingsmuligheter og personlige egenskaper. Dette gjør individet i stand til å engasjere seg i nye prosjekter og utfordringer med en oppfatning av at de mest sannsynlig vil mestres. Personens kunnskap om egne egenskaper og moralske verdier er en integrert del av selvbildet. Med andre ord omfatter selvbildet individets bevissthet om «hva jeg kan» (handlingsmuligheter), og «hvordan jeg er» (egenskaper og moral) i selvbilde. Samtidig er det en underliggende holdning som utvikles i samspill med andre mennesker, som kontinuerlig gir uttrykk for sin mening om individets væremåte (Fleischer& Form, 2017, s. 23).

De doble pilene mellom boksene skal illustrere et gjensidig samspill, og indikerer at modellen er dynamisk. Pilene mellom nederste og midterste boks indikerer at verktøyet eksekutive funksjoner utvikles i takt med økende bruk. Både motoriske og kognitive funksjoner blir skarpere i møte med flere utfordringer. For eksempel desto flere matteoppgaver man løser,

desto bedre blir de kognitive funksjonene, dersom man samarbeider med en annen blir også de sosiale ferdighetene utviklet. De eksekutive funksjoner blir også kontinuerlig forbedret etter hvert som individet opparbeider seg en bredere erfaringsbase. De lengste linjene mellom nederste og øverste boks representerer hvordan bruken av motoriske og kognitive funksjoner påvirker selvbilde. Når personen oppnår erfaring ved å anvende sine eksekutive funksjoner i nye, komplekse og utfordrende situasjoner, utvikles og formes også selvbildet (Fischer& Form, 2017, s. 24).

Eksekutive funksjoner er essensielle i en rekke ulike situasjoner, men degraderer raskt under påvirkning av stress og press. På den mer positive siden kan vi prestere bedre på skolen og i arbeid, regelmessig unngå dårlige situasjoner, og generelt føle oss tilfreds med valgene vi tar (Blair, 2017, s. 1). En aktuell studie analyserte sammenhengen mellom eksekutive funksjoner og akademisk prestasjon i grunnskolen. Dette ble ansett som nødvendig ettersom de fleste publikasjonene om akademisk prestasjon i grunnskolen de siste tiåret har funnet at denne variabelen er mer betydningsfull for akademisk prestasjon enn intelligenskvotienten, variabelen som anses som tradisjonelt sett den beste prediktoren for akademisk suksess. I tillegg så studien på hvilken komponent av eksekutive funksjoner (arbeidsminne, impuls kontroll, kognitiv fleksibilitet og planlegging) som ville ha større prediktiv vekt, ettersom de fleste eksisterende studier har funnet en enkelt komponent i alderen 2 til 6 år, og en sammensatt sammensetning etter fylte syv år (Pascual, Munoz& Robres, 2019). Resultatet av studien støtter anerkjennelsen av den sammensatte sammensetningen av eksekutive funksjoner, og konkluderer med at arbeidsminne er den mest undersøkte komponenten og en bedre predikter enn inhibering. Inhibering referer til en kognitiv prosess der en person aktivt undertrykker eller hemmer en respons eller impuls. I tillegg konkluderer artikkelen med at egenskapen til de ulike komponentene av eksekutive funksjoner avhenger av den studerte problemstillingen, især når det gjelder forholdet mellom matematikk og den visuell-romlige siden av arbeidsminnet (Pascual, Munoz& Robres, 2019).

Samlet sett indikerer dette at eksekutive funksjoner er komplekse, men dynamiske kognitive prosesser. Dette komplekse samspillet og betydningen av eksekutive funksjoner i ulike livssammenhenger, inkludert akademisk prestasjon kan variere avhengig av kontekst og problemstilling som undersøkes.

4 Det teoretiske grunnlaget for Better Learning Program (BLP)

I dette underkapittelet redegjøres det for det teoretiske grunnlaget for Better Learning Program. Her gis det en forklaring av den teoretiske bakgrunnen og rammeverket som støtter BLP. Det undersøkes hvordan traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) sine prinsipper og teorier er integrert i BLP.

4.1 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)

Metoden traumefokusert kognitiv atferdsterapi, herved forkortet til TF-CBT for enkelthetens skyld. Metoden ble etablert og gjennomgående utviklet av Anthony Mannarino, Judith Cohen og Esther Deblinger som alle har en lang og bred erfaring innenfor feltet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å.). I løpet av de to siste tiårene har det vært en økning av etterspørsel etter forskning på barn og familier som er eksponert for traumatiske livshendelser. TF-CBT var egentlig utviklet for barn som hadde blitt utsatt for seksuelt overgrep og for deres ikke-fornærmende omsorgspersoner. I dag brukes denne metoden også på barn som har gjennomgått interpersonlige hendelser slik som mobbing og psykisk vold, men også på barn som har opplevd store samfunnsomveltninger som krig og naturkatastrofer (Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014, s. 165).

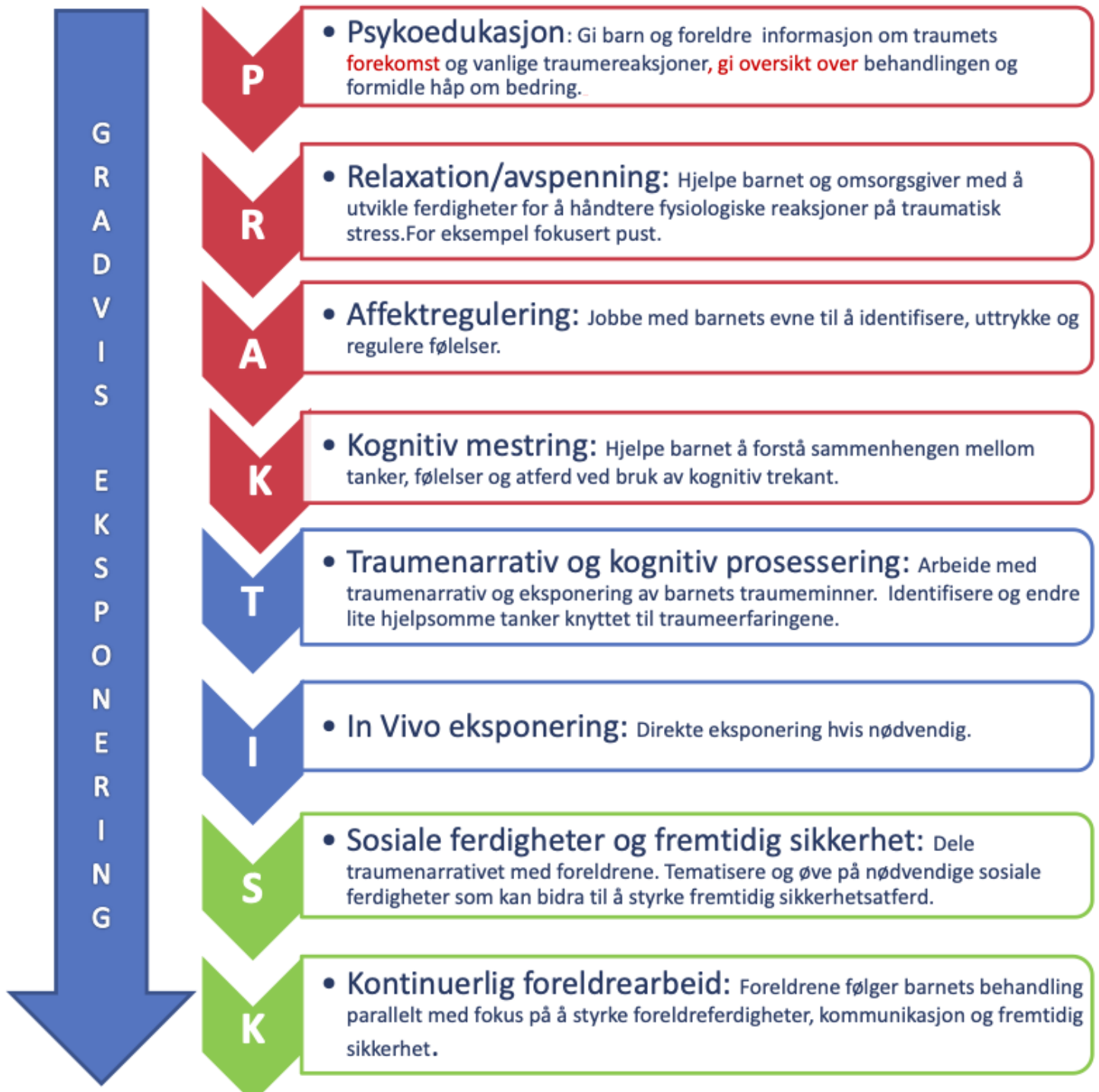
Modellen tar utgangspunkt i traumesymptomer barn kan potensielt oppleve, og er delt inn i fem overordnede kategorier: affektive symptomer, atferdssymptomer, kognitive symptomer, komplekse PTSD-symptomer og psykobiologiske symptomer. Frykt, depresjon, sinne og affektiv dysregulering er noen affektive symptomer som barn kan erfare etter en psykologisk traumatisk hendelse. Atferdssymptomer kan være unnavikelse, selvskading og aggresjon. Kognitive symptomer rommer irrasjonelle overbevisninger, og komplekse PTSD-symptomer er sammensatte vansker som oppstår hos barn som er utsatt for gjentatte eller vedvarende traumatiske livshendelser. Sammenlignet er psykobiologiske symptomer endringer i hjerneaktivitet og struktur, og fysiologiske reaksjoner hos barnet (Bjåstad, Haugland, Kornør, 2020, s. 5).

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode som er tilegnet barn og ungdom i aldersgruppen 3-18 år, som har erfart ett eller flere psykologiske traumer, og som etter hvert utvikler traumerelaterte vansker som følge av dette (Bjåstad, Haugland, Kornør,

2020, s. 1). Sammenlignet argumenterer Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for at intervensjonen bør implementeres på barn i alderen 6-18 år. Årsaken til denne forskjellen i aldersspenn er usikkert, men kan muligens skyldes at det programmet som tilbys i Norge er individbasert og kun tilpasset alderen 6-18 år (Bjåstad, Haugland, Kornør, 2020, s. 3). NKVTS beskriver programmet som «... en korttids kognitiv atferdsterapeutisk, resiliensbyggende, komponent- og fasebasert metode for traumatiserte barn og unge mellom 6-18 år, og deres foreldre eller omsorgspersoner». Formålet med TF-CBT er å redusere symptomer på posttraumatisk stresslidelse, angst, depresjon, skamfølelse, eksternaliserende atferdsvansker og posttraumatisk sorg. Andre målsetninger og sikter er å fremme en god og sikker utvikling hos barn, og at foreldrene lærer hensiktsmessige ferdigheter. Forskning har vist at TF-CBT er en effektiv behandlingsmetode når det gjelder å redusere en rekke symptomer og problemer hos barn som har opplevd for eksempel vold i hjemmet, traumatisk tap og flere traumer. Behandlingsmanualen er oversatt til flere språk, og i Norge tilbys behandlingen hovedsakelig gjennom spesialisthelsetjenesten (Bjåstad, Haugland, Kornør, 2020).

4.1.1 Komponentene i TF-CBT

Figur 5. Fra «Komponentene i TF-CBT» av Bjåstad, Hauglnad, Kornør, 2020. Copyright 2020 ved NKVTS



Flere omfangsstudier anbefaler faseorienterte tilnæringer for barn som er utsatt for komplekse traumer, med rom for individuelle behov eller tilpasninger (Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen, Husebø, 2017; Bjåstad, Haugland, Kornør, 2020, s. 4). I tillegg skal behandlingsforløpet ta hensyn til kulturelle verdier, religiøse verdier og familieverdier, både for barnets og foreldrenes beste.

Stabilisering og ferdighetstrening

TF-CBT består av ni komponenter som hovedsakelig deles inn i tre faser. Første fase er bygget opp av komponentene psykoedukasjon, relaxation/ avspenning, affektregulering og kognitiv mestring og er kjent som stabilisering- og ferdighetstreningssfasen. Hensikten med disse ferdighetene er å hjelpe barnet med å håndtere affektiv-, atferdsmessig- eller mellommenneskelig deregulering, inkludert traumepåminnelser (Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014, s. 167). Dette betyr at terapeuten sammen med barnet øver på disse ferdighetene i timen, i tillegg til at barnet sammen med sine støttende omsorgsperson(er) øver i hverdagen (Fagermoen mfl., 2017).

I løpet av de første behandlingssesjonene gir terapeuten både generell og individrettet informasjon om traumer og vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser. Psykoedukasjon hvilket kan forklares med å gi økt kunnskap som er alderstilpasset, relatert til barnets traumeerfaringer og knyttet til barnets rapporterte symptomer, med hensikt i å styrke de involverte og bidra til trygghet (Bjåstad, Haugland, Kornør, 2020, s. 4; Fagermoen mfl., 2017). Gjennom psykoedukasjon starter også en gradvis eksponering av traumeminnene for barnet, derfor er det viktig å tidlig identifisere og finne gode måter å håndtere traumepåminnere på. På den andre siden er det elementært for terapeuten å være obs på at barn med komplekse traumer ofte er for traumatiserte og deregulerte til å motta ny informasjon, særlig når det er så tidlig i behandlingsforløpet. På den måten er det nødvendig at barnet i samarbeid med både terapeut og støttende omsorgspersoner, øver på konkrete strategier for selvregulering før psykoedukasjon komponenten (Fagermoen mfl., 2017).

Stressmestring og avspenning er en komponent som barn med komplekse traumer må ofte gjenlære seg, da de ofte har et uregulert nevrobiologisk alarmsystem. Det er viktig å velge avspenningsmetoder som er tilpasset barnets symptom-bilde, og at barnet lærer en til to teknikker grundig fremfor en innføring i flere teknikker. Videre er det også essensielt å prøve disse øvelsene sammen med terapeuten i trygge og rolige omgivelser, og etter hvert utvide

teknikkene til situasjoner som er relatert til traumet, for eksempel muskelavspenning ved innsovning (Fagermoen mfl., 2017; Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014, s. 167). Better Learning Program- 1 er ment å forbedre forholdene for læring ved å hjelpe barn til å gjenkjenne og håndtere stress i nødssituasjoner, og inneholder derfor en rekke puste- og muskelavspenningsøvelser (Norwegian Refugee Council, 2017).

Små barn som er traumatiserte har ofte problemer med å håndtere følelsene sine i følelsesmessig vanskelige situasjoner. Disse barna har også underutviklede mestringsevner, og en begrenset forståelse av den traumatiske opplevelsen de har gjennomgått (Urquiza, Timmer, 2014, s. 132). Barn med komplekse traumer opplever ofte intense negative følelser og/eller følelsesmessig nummenhet og fravær av følelser. Barna opplever ofte følelser som frykt, skam, sinne og skyld. I denne komponenten lærer barna sammen med terapeuten å håndtere sterke følelser, og etter hvert blir de også bedre i stand til å håndtere følelser knyttet til traumepåminnere. Hensikten er at barnet skal bli tydeligere i sine følelsesuttrykk, både for seg selv og andre, samtidig som barnet skal klare å bearbeide og ikke unngå traumepåminnerne (Fagermoen mfl., 2017).

Kontinuerlig foreldrearbeid

Foreldrene følger barnet kontinuerlig gjennom hele behandlingen. For å hjelpe foreldrene til å respondere adekvat ovenfor barnets bekymringer, kan det hende at terapeuten må ha en egen sesjon med kun foreldrene for å veilede dem om hvordan de kan respondere på barnets følelser. Av den grunn er det viktig å opprettholde et positivt foreldre-barn- forhold for å optimere barnets evne til å håndtere enhver uønsket eller traumatisk opplevelse (Urquiza, Timmer, 2014, s. 131). Siden TF-CBT-metoden oppfordrer sterkt til foreldreinvolvering gjennom hele behandlingsløpet, reiser det følgende spørsmål: fungerer denne behandlingsmodellen effektivt dersom foreldrene sliter personlig med psykiske vansker? Noe forskning på dette området tyder på at TF-CBT er en effektiv metode for å forbedre milde til moderate symptomer på både PTSD og depresjon hos foreldrene. I en randomisert kontrollert behandlingsstudie (RTC), opplevde foreldre som deltok i barnas TF-CBT- behandling betydelig større forbedring i sine personlige depressive symptomer, sammenlignet med foreldre som deltok i terapi kun egnet for deres barn (Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014, s. 171). Å styrke foreldrenes ferdigheter innebærer for eksempel å veilede foreldrene til å respondere på barnets utagerende aggresjon eller frykt på en passende og hensiktsmessig måte (Urquiza, Timmer, 2014, s. 132). Samtidig understreker litteraturen at relasjonsbaserte

intervensjoner ofte er effektive når omsorgspersonen(e) er i stand til å delta og implementere ferdighetene eller ideene som er lært og diskutert under terapisesjonene.

Bearbeidingsfasen

Bearbeidingsfasen er den andre fasen som inneholder komponentene kognitiv prosessering og traumenarrativ. I denne delen av terapien kan barnet oppleve økt symptomtrykk, og det er viktig å kommunisere og normalisere ovenfor barnet og foreldrene. Bearbeiding av traumeerfaringer bidrar til å utvikle selvregulering ved at barnet tilegner seg nye erfaringer og er i stand til å håndtere egne reaksjoner på traumeminnene (Fagermoen mfl., 2017).

Ved å utvikle et traumenarrativ, som er barnet sin egen fortelling om det som har hendt, blir barnet gradvis eksponert for minnene, tankene og følelsene fra traumeopplevelsen (Fagermoen mfl., 2017). Gjennomføring av denne komponenten foregår ved eksponeringsøvelser, inkludert muntlig, skriftlig og/ eller annen kreativ fortelling av voldelige hendelser og bearbeiding av lite hensiktsmessige tanker om hendelsen i trygge omgivelser (Child Welfare Information Gateway, 2018, s. 2). Barn med komplekse traumer erfarer noen ganger at hendelsene blandes sammen, og andre ganger huskes bare bruddstykker, derfor kan en tidslinje også være nyttig å bruke. Tidslinjen kan vise seg å være svært nyttig og kan ha flere funksjoner, for eksempel gir den mulighet til å inkludere gode hendelser før traumet. I denne komponenten blir andre underliggende emosjoner avdekket slik som svik og negative selvevalueringer. Terapeuten bør oppfordre barnet til å velge den episoden som var mest skremmende, og som barnet har mest plager til for å iverksette en eksponering (Fagermoen mfl., 2017). Likevel anbefales det å avgrense eksponeringsarbeidet, ettersom hovedformålet i behandlingene skal være hvordan barnet og familien kan håndtere traumepåminnere og andre fremtidige utfordringer. Hvor lang tid og hvor langt narrativet skal være avhenger av barnets emosjonelle og kognitive utviklingsnivå ved terapistart, og alderen til barnet da episoden(e) inntraff (Fagermoen mfl., 2017). En undersøkelse konkluderer med at traumenarrativ komponenten ser ut til å være effektiv i å redusere et barns frykt og generelle angst, samt lindrer noen av foreldrenes lidelser (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, Steer, 2011, s. 74).

I komponenten kognitiv prosessering er hensikten å hjelpe barnet og foreldrene med å forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd og utforske og korrigere lite hensiktsmessige attribusjoner knyttet til hverdagslige hendelser (Child Welfare Information Gateway, 2018, s. 2). Endring av kognisjonene kan oppstå spontant gjennom hele

terapiforløpet, men i TF-CBT utfordres de konkret. Disse kognisjonene rommer uhensiktsmessige antagelser knyttet til traumehendelsen, og spiller en sentral rolle i vedlikeholdelsen av traumesymptomer negative emosjoner. Antagelsene kan for eksempel være; Det er min skyld, jeg er ødelagt, livet kommer aldri til å bli bra igjen, som påvirker barnas relasjon til seg selv og andre. Andre vanlige traumerelaterte kognitive forvrengninger er overvurdering av fare eller selvskyld (Kliethermes, Drewry, Nanney, 2017, s. 174). En undersøkelse viser at barn som delte sine kognitive forvrengninger eller traumenarrativet spontant, tilbød terapeuter korrigerende psykoedukasjon, plausibelt førte dette til forbedret kognitiv prosessering (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, Steer, 2011, s. 72). Det er viktig at terapeuten understreker at disse antagelsene ikke er etablerte sannheter, og at gjennom terapi så kan traumene bli bearbeidet (Fagermoen mfl., 2017). Terapeuten kan benytte seg av kognitive prosesseringsteknikker slik som, rollespill eller sokratiske spørremetode for å hjelpe barnet med å utforske eller revidere disse antagelsene (Kliethermes, Drewry, Nanney, 2017, s. 174). Sokratiske spørremetode er en rekke ledende, nøye konstruerte spørsmål som stimulerer til logiske svar og rasjonell tenkning. Sokratiske spørsmål innebærer bruk av systematiske spørsmål, induktive resonnementer, universelle definisjoner og avvisning av overfladisk kunnskap (Gogus, 2012, s. 3147). Fagermoen mfl. (2017) beskriver basert på deres erfaring at terapeuter ofte er raske til å foreslå alternative tanker, skal tankene være hjelpsomme er det viktig at barnet har eierskap til dem, dette krever at terapeuten har tålmodighet.

Konsolideringsfasen

Den siste fasen handler om å generalisere det som barnet og omsorgspersonen(e) har lært i terapien, og implementere det i dagliglivet og fremtiden (Fagermoen mfl., 2017). I tillegg blir barnets evne til å ha tillitt til terapeuten generalisert til andre viktige personer i barnets omgangskrets, på den måten ivaretas barnets sikkerhet i fremtiden (Fagermoen mfl., 2017; Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014, s. 167). Begrepet konsolidering brukes ofte for å beskrive en gradvis omorganisering av hjernesystemene slik som hukommelsen, en prosess som skjer i langtidsminnet. Altså en prosess der informasjon lagres i ulike deler av hjernen som raskt blir satt sammen for å «gjenkalle» en hendelse eller et minne (Squire, Genzel, Wixted, Morris, 2015). Konsolideringsfasen innebærer fullføring av in-vivo- eksponering, felles foreldre- barn- sesjoner og økt sikkerhet. Dog er formålet med denne fasen å bringe sammen barn og forelder for å integrere deres behandlingserfaringer og styrke en positiv tilknytning og kommunikasjon. Kombinert staver alle komponentene akronymet: PRAKSIS,

som understreker viktigheten av å praktisere TF-CBT ferdighetene både i og utenfor behandlingsøkter for å oppnå mestring.

In vivo- eksponering innebærer en gradvis eksponering for traumepåminnelser i barnets miljø, for eksempel mørket eller miljøet der traumet skjedde, på den måten lærer barnet seg å kontrollere sine egne følelsesmessige reaksjoner (Child Welfare Information Gateway, 2018, s. 3). Personen må utføre en bestemt oppgave fremfor at det er imaginært eller et rollespill slik som tidligere utført. Under hver økt kalibrerer terapeuten nøye og inkluderer eksponering for traumepåminnelser, samtidig som barnet og omsorgspersonen(e) blir oppmuntret til å bruke tidligere lærte ferdigheter for å mestre frykten, angsten eller andre negative følelser fremkalt. Gjennom denne prosessen og pågående praksis vil disse erkjennelsene etter hvert bli sterkere og erstatter gradvis den mistilpasningen barnet hadde i utgangpunktet (Cohen, Mannarino, 2015). Better Learning programmet-1 understreker at når elevene har blitt mer erfarne med å identifisere stressreaksjoner og oppdage sine egne negative spiraler, kan lærerne heller begynne å fokusere på hvordan elevene kan støtte hverandre. Å oppmuntre elevene til å snakke med hverandre eller tillitsfulle voksne, og gi dem muligheter til å for eksempel spille spill og jobbe sammen er en måte å styrke deres følelse av tilknytning (Schultz, Norheim, Gomez, Ollieuz, 2019, s. 34). På den måten lærer barnet å håndtere følelsene som er knyttet til traumet i trygge omgivelser. In vivo- eksponering er den eneste valgfrie komponenten i TF-CBT. Komponentene er spesielt utviklet for barn med unngåelsesatferd og pågående frykt. Når denne unngåelsen i betydelig grad forstyrrer barnets adaptive funksjon, blir det viktig å ta opp dette i behandlingen. TF-CBT-terapeuten bruker klinisk skjønn for å vurdere hvilket barn som har behov for in vivo- eksponering. Gjennom å gradvis møte den fryktede situasjonen og lære at utfallet ikke skjer, lærer barnet mestring fremfor unngåelse (Cohen, Mannarino, 2015).

Styrking av fremtidig sikkerhet og utvikling er viktig da forskning viser at barn som tidligere opplevd traumer, har økt risiko for å oppleve nye traumer (Fagermoen mfl., 2017). I denne komponenten er det derfor elementært å lære barnet å gjenkjenne potensielle faresituasjoner, og konkrete strategier som kan redusere risikoen for nye traumer. Altså er hensikten å gi både barnet og omsorgspersonene de nødvendige ferdighetene for å trygt takle potensielt fremtidige stressfaktorer (Kliethermes, Drewry, Nanney, 2017, s. 174). Denne komponenten kan også bli introdusert tidligere i behandlingen, dersom det skulle oppstå umiddelbare sikkerhetsproblemer, slik som vold og stoffmisbruk. Selv om vi ikke kan forsikre at barnet aldri vil bli reviktimisert, er det likevel viktig at barnet tillærer gode strategier. NKVTS (Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) forklarer reviktimisering som økt


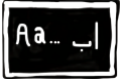
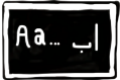
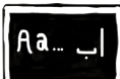
risiko for nye voldshendelser senere i livet for tidligere voldsutsatte barn (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å. b). Reviktimiseringsforskning retter ofte fokuset på traumatiske hendelser av mellommenneskelig karakter, som tidligere seksuelle overgrep, og seksuelle overgrep i voksen alder. Det er imidlertid også mulig at ikke-mellommenneskelige traumatiske hendelser, slik som bilulykker, brann og katastrofer, kan øke risikoen for å oppleve påfølgende mellommenneskelige traumer (Jaffe, DiLillo, Gratz, Messman-Moore, 2019). Avhengig av barnets traumer og utviklingsstadium opplyser terapeuten om sunne og usunne forhold, og voldsforebygging. Til slutt gjennomgår terapeuten ferdighetene som er lært og fremskritt som er gjort i løpet av behandlingen, og jobber med å forberede omsorgspersonene på å identifisere mulige fremtidige traumepåminnelser og hvordan håndtere de. Å kommunisere dette til alle familiemedlemmer og øve på implementeringen hjemme øker barnets tro på at alle i familien vil følge sikkerhetsplanen fremover (Kliethermes, Drewry, Nanney, 2017, s. 175; Cohen, Mannarino, 2015).



4.2 Better Learning Program (BLP)

Better Learning Program er delt inn i nivå en og nivå to, og er et skole- og klasseromsbasert, lærerledet universelt psykososialt program. Programmet er utviklet i samarbeid av Norges Arktiske universitet (UiT), NKVTS og Flyktningshjelpen (NRC) (Forsberg, Schultz, 2022; Shah, 2017, s. 9). Flyktningshjelpen i Palestina introduserte BLP som et pilotprosjekt i 2011 for å møte de akutte psykoedukasjonsbehovene til barn som er berørt av konfliktinduserte traumer på Gazastripen. I dag er dette en intervensjon som spenner over både akutte nødsituasjoner og mer langvarige krisesituasjoner over hele Palestina (Shah, 2017, s. 4).

BLP- 1 når ut til alle elever og gir psykoedukasjon og tillærer gode mestringsevner, mens BLP-2 er en spesialisert intervensjon for de med nedsatt skolefungering. Begge komponentene kombinerer en psykososial og traumefokusert tilnærming. BLP-1 er et universalt forebyggende program basert på utdanning, krisepedagogikk og traumatisk stressforskning og administreres av læreren i klasserommet. Verktøyet er ment til å gi elevene forklaringer om normale reaksjoner etter å ha opplevd krise og fokuserer på å lære dem avspenningsmetoder. Lærerne er utstyrt med et veiledningshefte, men med rom for å tilpasse seg omstendighetene og konteksten. Hensikten er at BLP-1 implementeres som en del av det vanlige klasserom/skoleprogrammet, og har som mål å styrke den psykososiale trivselen til alle elever (Shah, 2017, s. 10).

Figur 6. Fra «Stressful events and reactions» av Schultz mfl., 2019, s. 15. Copyright 2019 ved NRC.

<p>Introduction & motivation</p> 	<p>5 mins</p>	<p>Establish a theme song for the group that you can all sing together at the beginning and end of each session.</p> <p>Use the read-aloud dialogue to generate discussion.</p>	<p>Today we'll talk about things that scare us—and what we can do in order to feel safer and more relaxed.</p> <p>Everyone living in/who has lived in a conflict situation is in some way affected by stress. This can affect your concentration and ability to learn. Conflict experiences can make you afraid and sometimes angry.</p> <p>We will talk about: what is a frightening and stressful event, how do we react, what helps to calm ourselves.</p>
<p>Stress</p> 	<p>10 mins</p>	<p>Make a list on the blackboard and ask students to copy the list in their workbook.</p> <p>Discuss the list and point out that the worst events are those that are potentially life-threatening.</p> <p>Remember to speak in general terms and gently prevent children from sharing details of personal experiences.</p>	<p>What is a frightening and stressful event?</p>
<p>Reactions & normalisation</p> 	<p>10 mins</p>	<p>Make a list of reactions on the blackboard and ask students to copy the list in their workbook. Ask the students to describe their reactions in detail.</p>	<p>What sorts of reactions do people have when they get frightened?</p> <p>You are not crazy when you have such reactions. It is normal to experience these kinds of reactions if you live in a conflict situation or experience displacement.</p>
<p>What helps?</p> 	<p>10 mins</p>	<p>Make a list on the blackboard and ask students to copy the list in their workbook.</p>	<p>What helps you calm down after being scared?</p>

<p>Talking to your brain</p> 	<p>5 mins</p>	<p>Discuss the idea of talking to your brain with students.</p> <p>Practice a few of the calming exercises: belly breathing, tense-and- release, and one or two of the exercises described in Annex 1.</p>	<p>When you are reminded about something terrible from the war, you automatically feel scared. But in fact, you are afraid of something that happened in the past.</p> <p>Your brain is confused and tells your body that there is danger now. This is not right. You have to tell your brain that you are safe right now and that there is no reason to be afraid.</p> <p>Your brain is controlling your body. If you want to have a calm head and a calm body, you need to get your brain to calm down.</p> <p>If you are stressed or scared your body often tenses up. You can feel it especially in your shoulders and neck, and your breathing becomes quicker. These reactions make you even more stressed. Using tense-and-release exercises and taking deep breaths will help the body to relax. Let's practice some calming exercises now.</p>
<p>Closure</p> 	<p>5 mins</p>	<p>Thank the students for participating and respecting each other.</p> <p>Inform the students about the homework and the two next sessions, and add that you are looking forward to the next meeting.</p> <p>Sing the theme song to close the session.</p>	<p>Homework: practice belly breathing and tense and release at home before you go to bed.</p>
<p>Your notes...</p>			

Vedlegget viser en oversikt over hvordan læreren kan planlegge og tilrettelegge en leksjon i BLP-1 for en hel klasse med fokus på avspenning og stressmestring. I følge planen begynner læreren med å introdusere en sang som samtlige kan synge med på. Å synge gir et avbrekk fra stressende tanker og muskelspenninger, og skaper et morsomt og styrket sosialt samvær. Videre introduserer læreren neste komponent som omhandler normalisering og forståelse av stressreaksjoner, som av og til oppstår uten at eleven er klar over det. Her er hensikten at læreren forklarer det å være redd gjør det vanskelig å konsentrere seg og lære på skolen. Samtidig er det viktig å påpeke at alle kan lære avspenningsmetoder, og at disse strategiene alltid er tilgjengelige (Schultz mfl., 2019, s. 18). Elevene blir også trent i å « snakke med seg selv » dersom de skulle oppleve en traumepåminnelse fra krigen. Læreren minner også elevene på at de ikke trenger å være redde, da dette er noe som allerede har skjedd. Avslutningsvis informerer læreren om de neste leksjonene, og lekser elevene har til neste gang. Leksen fokuserer på pusteøvelser og er en avspenningsøvelse som utføres før leggetid, dette er en trening til neste leksjon som skal lære elevene at kropp og sinn henger tett sammen (Schultz mfl., 2019, s. 26-27). Disse pusteaktivitetene er en rekke ulike aktiviteter som har som mål å få elevene til å fokusere og kontrollere pusten, ved å lære dem å puste dypt inn, og puste sakte ut (Shah, 2017, s. 18).

Både BLP-1 og -2 implementeres av rådgivere og lærere i målrettede skoler, og støttes av omsorgspersoner i hjemmemiljøet. Dette skjer gjennom opplæring og oppfølgingsassistanse som Flyktninghjelpen tilrettelegger, og gjennom utdeling av ressurser og materiell til skoler, for eksempel BLP-1 og 2-manualene. Flyktninghjelpen driver et omfattende evalueringsarbeid av programmet, med utviklingen av utdanningsstrategien i 2017 har organisasjonen begynt å utforske hvilke typer virkninger dette engasjementet forventes å ha for å styrke utdanningsmiljøet der barn lærer. Barna blir målt eksplisitt gjennom M&E verktøy (monitoring and evaluation) og aktiviteter (Shah, 2017, s. 25).

BLP-2 bygger videre på leksjoner fra BLP-1, og er passende for grupper på opptil 10 barn dersom deres akademiske prestasjoner er svekket, og som trenger ekstra psykososial støtte (Schultz mfl., 2019, s. 4). Optimalisering av akademisk prestasjon kan oppsummeres i seks steg:

Figur 7. Fra «Organizing school work» av Schultz mfl, 2019, NRC.

https://inee.org/sites/default/files/resources/SLEC_TrainingSlides_Eng.pdf Copyright 2019 NRC

Analysere en oppgave og finne ut hva som må gjøres
Lage en plan. Finne den beste måten å utføre oppgaven blant de tilgjengelige alternative løsningene
Organisere planen, og bryte planen i en serie med trinn
Finne ut hvor mye tid som trengs og sette av denne tiden
Gjøre nødvendige justeringer
Fullføre oppgaven innenfor den fastsatte tiden

Dette er et eksempel fra Flyktningshjelpen i hvordan elevene kan organisere og gjennomføre deres skolearbeid. Hensikten med disse målene er å forbedre planleggings- og tidsfordelingsferdighetene ved å prioritere og fordele oppgavene. Ved å øke produktiviteten, redusere dårlige arbeidsvaner og fremme trening i positive livsferdigheter vil dette øke den akademiske prestasjonen (Schultz mfl., 2019, s. 13).

5 Klinisk signifikans

Målet med dette underkapittelet er å presentere hvordan klinisk signifikans som en vitenskapelig fundert, og klinisk relevant metodikk kan implementeres for å overvåke spesifikke behandlingsmål i både klinisk og pedagogisk praksis (Langkaas, Johnson, Stenshorne, Tiller, Vrabel, 2017).

I metodikken skiller man mellom statistisk og klinisk signifikans. Ogden (2012) beskriver førstnevnte som noe som formidler at forskjellene mellom behandlingsbetingelsene ikke skyldes tilfeldigheter. Statistisk signifikans påvirkes av utvalgets størrelse, og hvor mye variasjon det er mellom individene. Statistisk signifikans brukes for å beskrive en hypotesetest som ga en p-verdi mindre enn 0,05 (Stensrud & Aalen, 2019). Sammenlignet er de tre vanligste indikasjonene på klinisk signifikans a) at individet etter hvert i behandlingen faller innenfor det normative området, b) at store endringer forekommer hos individer i løpet av behandlingen, og c) at individet ikke lenger oppfyller kravene til en bestemt diagnose (Ogden, 2012, s. 154). Altså er klinisk signifikans en systematisk måling for å vurdere den praktiske betydningen av endring i resultater i et individs behandlingsforløp (Langkaas mfl., 2017). Ideen om klinisk signifikans blomstret opp som en konsekvens av at statistisk signifikans kan feiltolkes til at behandlingen er av praktisk betydning. Selv om en behandling viser statistisk signifikante gruppeforskjeller, kan det i noen tilfeller ha liten praktisk betydning. Ved å tallfeste klinisk signifikans kan man avdekke betydningen av endring hos hver enkelte informant, og samtidig formidle informasjon om hvordan disse endringene fordeler seg på gruppenivå (Langkaas mfl., 2017). Stensrud og Aalen (2019) problematiserer til og med bruken av statistisk signifikans i noen tilfeller i medisinsk forskning, især ukritisk bruk av p-verdier som plausibelt har ført til ikke-reproduserbare resultater.

I dag er den veletablerte tilnærmingen til Jacobsen og Truax (1991) standard for å kartlegge klinisk signifikans. Dersom man oppdager endring hos en enkeltinformant skal man kunne besvare to spørsmål: a) Er endringen større enn feilmarginer for endringsmåling, og b) er siste måling på samme nivå som kan forventes av friske personer? For å besvare det første spørsmålet må forskeren kjenne til feilmarginene. Ved å tallfeste feilmarginen for å påvise endring kan man avgjøre om en målt endring er stor nok til å anta en faktisk endring (Langkaas mfl., 2017). For eksempel betyr dette at et 95% konfidensintervall med 4% feilmargin at statistikken vil være innenfor 4 prosentpoeng av den reelle populasjonsverdien 95% av tiden (Jacobsen & Truax, 1991). For å besvare det andre spørsmålet om praktisk betydning, er det naturlig å ta terapeutens og pasientens mål med behandlingen i betraktning.

Disse kriteriene kan for eksempel innebære at individene oppnår personlige eller samfunnsmessige mål, slik som å kunne bo for seg selv eller å ha en jobb (Ogden, 2012, s. 155). Jacobsen og Truax har ved å anvende publiserte normdata sammen med statistisk teori laget en tilnærming til klinisk signifikans som er både statistisk basert, og samtidig kategoriserer endringer på en måte som fremhever både enkeltsaker og grupper (Langkaas mfl., 2017). Fremgangsmåten forutsetter kjennskap til to målbare tall, minste målbare endring, og grensen for normale resultater. For eksempel opererer BDI- II (Beck Depression Inventory II) som rapporterer depresjon med en minst målbar endring på ± 10 , kontra normalgrensen som er <16 (Lankaas mfl., 2017; Siqveland& Kornør, 2011). Basert på tidligere publiserte normdata kan vi anslå at målinger under 16 på BDI-II er det som er normalt for ikke-deprimerte, og kategoriseres som frisk. En nedgang eller en økning på 10 poeng er nok til å vise ulike endringskategorier i klinisk signifikans (Lankaas mfl., 2017; Siqveland& Kornør, 2011).

Selv små, meningsfulle kliniske forskjeller (Minimal Clinically Important Difference- MCID) blir ofte benyttet av klinikere og forskere for å vurdere pasienters respons på behandling og veilede kliniske beslutninger i løpet av behandlingsforløpet. I forskning brukes MCID-scoren ofte i beregningen av prøvestørrelsen for tilstrekkelig kraft i studien (sample size calculations), med mål om å minimere falske positive funn (type 1-feil) og falske negative funn (type 2-feil). Både for klinikere og forskere er det avgjørende at MCID-scoren er en gyldig og stabil måling. En lav MCID-verdi kan føre til overestimering av behandlingens positive effekter, mens en høy MCID-verdi kan feilaktig klassifisere pasienter som ikke responderer på behandlingen når behandlingen faktisk har vært gunstig (Wright, Hannon, Hegedus, Kavchak, 2013, s. 160).

I denne undersøkelsen ble prøvestørrelsen fastsatt til 132 deltakere. Dette antallet er utregnet som gjør at det er nødvendig med minst 132 målinger eller undersøkelser for å oppnå en tillitsgrad på 95%. Dette gir oss en tillit på 95% om at den virkelige verdien innenfor en feilmargin på $\pm 5\%$ i forhold til den målte verdien. Denne feilmarginen på $\pm 5\%$ indikerer at vi er villig til å akseptere en viss grad av usikkerhet i resultatene. Det er viktig å bemerke at fastsettelsen av en nøyaktig MCID-verdi kan være kompleks, spesielt siden originalstudien var en pilotstudie. MCID-verdien kan variere avhengig av den spesifikke tilstanden eller utfallsmålet som studeres. Derfor er det nødvendig å fastsette MCID-verdien individuelt for

hvert interesseområde basert på klinisk relevans og tidligere forskning (Wright, Hannon, Hegedus, Kavchak, 2013, s. 160).

6 Metode

6.1 Kvantitativ forskningsmetode

Kvantitativ forskningsmetode er en fremgangsmåte som er avhengig av å måle variabler ved hjelp av et numerisk system, og deretter analysere disse målingene ved å bruke en rekke statistiske modeller. Videre rapporteres sammenhenger og assosiasjoner mellom de studerte variablene (American Psychological Association, u.å.). Målet med å samle inn disse kvantitative dataene er for å forstå, beskrive og forutsi naturen til et fenomen ved å utvikle modeller og teorier (APA, u.å.). Sammenfattet kan kvantitativ metode forklares ved at det systematisk skaffes sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesobjekter, hvorav man analyserer et mønster i et tallmaterialet ved å benytte statistikk (Bergander & Johnsen, 2006, s. 24). Kvantitativ metode er relevant dersom man ønsker generaliserbare resultater, og nomotetisk kunnskap (Bergander & Johnson, 2006, s. 25). I kvantitative undersøkelser foregår analysen og tolkningen som regel etter datainnsamlingen. Det er standardiserte regler og prosedyrer og teknikker hvor forskeren tester teoriene og generaliserer analysene. I kvantitativ metode sier man gjerne at forskeren står på avstand fra de som studeres. Spørreundersøkelser basert på store utvalg gjøre nærhet umulig (Ringdal, 2018, s. 110). Denne metoden går i bredden ved å registrere sammenlignbar og strukturert informasjon i et stort utvalg.

6.2 Randomisert kontrollert studie (RTC)

Randomiserte kontrollerte studier er en studiedesign for å undersøke effekten av en intervensjon eller behandling, og er en undergrein av kvantitativ forskningsmetode. Selv om ingen enkeltstudie kan bevise årsakssammenhenger, reduserer randomisering skjevhet og undersøker årsak-virkning- forholdet mellom en intervensjon og et utfall. Dette skyldes at selve randomiseringsprosessen balanserer deltakeregenskaper mellom gruppene, noe som tillater tilskrivelse av eventuelle forskjeller i utfall til intervensjonen i studien.

Når man utformer en randomisert kontrollert studie må forskere nøye velge ut populasjonen og de ønskende utfallsmålene. Når disse er definert, beregnes antall deltakere som trengs for å pålitelig avgjøre om en slik sammenheng eksisterer (effektestimat). Deltakerne rekrutteres til intervensjonen, og blir deretter tilfeldig fordelt til enten intervensjonsgruppen eller sammenligningsgruppen, også kalt kontrollgruppen. Det er viktig å sørge for at de som blir rekruttert ikke er informert om hvilken gruppe deltakeren er tildelt. Ofte gjennomføres dette

ved å benytte automatiserte randomiseringssystemer. RCT er ofte dobbeltblindet, på den måten har hverken deltakere eller forskere informasjon om hvilken gruppe deltakerne mottar, noe som ytterligere sikrer validiteten og minimerer skjevhet (Hariton& Locascio, 2018; Ringdal, 2018, s. 111). Randomiserte kontrollerte studier har sine ulemper, blant annet at de har høye kostnader og er tidskrevende. I tillegg kan det i noen tilfeller være problemer med generaliserbarhet. Deltakere som melder seg frivillig til å delta i intervensjonen, kan kanskje ikke være representative for den studerte populasjonen (Hariton& Locascio, 2018).

6.3 Kritisk realisme

Kritisk realisme ble utviklet av Bhaskar som en måte å overkomme begrensningene til eksisterende filosofiske paradigmer, slik som empirisme, interpretivisme og postmodernisme (Syed, Mingers, Murray, 2009, s. 73).

Kritisk realisme hevder at det eksisterer en objektiv virkelighet uavhengig av våre persepsjoner og tro. Dette betyr at det finnes underliggende strukturer og mekanismer i verden som produserer de fenomenene vi observerer. Kritisk realisme antyder at virkeligheten har ulike dimensjoner, og at den «ekte» verden består ikke bare av det vi direkte kan observere, men også at de skjulte, ikke-observerbare aspektene driver det «vi ser» (Syed, Mingers, Murray, 2009). Denne vitenskapsteoretiske retningen oppmuntrer forskere til å utforske de dypere lagene av virkeligheten, identifisere kausale mekanismer og vurdere den sosiale konteksten. Bhaskar hevder at hans filosofiske tilnærming kan gi retningslinjer for samfunnsvitenskapene. Disse retningslinjene skal hjelpe samfunnsvitenskapene med å unngå feil og misoppfatninger som kan begrense deres fremskritt. Likevel kritiseres dette synet, og det hevdes at verken kritisk realisme eller noen annen overordnet filosofisk ontologi kan gi praktisk brukbare generelle retningslinjer for samfunnsvitenskapene (Magill, 1994, s. 113).

6.4 Populasjon

Det var en deltakergruppe bestående av 300 elever i alderen 9-16 år, hvorav 150 er jenter og 150 er gutter som deltok i originalstudien. Blant disse deltakerne var 200 elever tilknyttet skoler som implementerte BLP-2-programmet, sammenlignet var resten kontrollskoler. Denne mastergradsavhandlingen tar sikte på å analysere hovedgruppen, uten å inkludere kontrollgruppen (Forsberg, Schultz, 2022, s. 147).

Elevene ble rekruttert fra skoler som var registrert som BLP-2 skoler. Inklusjonskriteriene for deltakelse var 1) eksponering for potensielt traumatiske hendelser og/ eller, 2) et påviselig høyt nivå av kumulativt stress som ble identifisert ved hjelp av et screeningsverktøy. Dette screeningsverktøyet målte eksponering for traumatiske hendelser, individuelle opplevde stressnivåer, følelse av frykt og sinne, opplevelse av trygghet, konsentrasjonsevne og generelt velvære (Forsberg& Schultz, 2022, s. 147). Verktøyet bestod av 19 spørsmål med svaralternativer ja/nei, og deltakerne som responderte positivt på 10 eller flere av disse spørsmålene kvalifiserte seg for deltakelse. Videre var et viktig kriterium for deltakelse i undersøkelsen 3) en merkbar nedgang i akademiske prestasjoner som hadde vedvart i over to måneder. Dette ble påvist ved karakterer i arabisk og matematikk over en tidsperiode på seks måneder. I tillegg skulle lærerne kunne bekrefte at elevene ikke oppnådde sitt forventede prestasjonsnivå. Deltakerne ble rekruttert fra totalt 30 utvalgte grunnskoler som var valgt ut av Kunnskapsdepartementet (MoE) i Gaza for å være blant de første skolene som implementerte BLP-2-programmet. Av disse ble 200 elever fra 20 skoler inkludert i BLP-2-gruppen, mens 100 elever fra 10 skoler ble plassert på venteliste som kontrollskoler. Skolene var geografisk fordelt i de nordlige, vestlige og østlige områdene i Gazastripen, og disse områdene representerte befolkningsgrupper med lignende sosioøkonomisk bakgrunn (Forsberg& Schultz, 2022, s. 147).

På bakgrunn av en administrativ feil ble 25 registrerte BLP-2-respodenter slettet fra datasettet. Dette resulterte i 300 respondenter i datasettet og en kjønnsbalanse. Imidlertid var de slettede respondentene de siste som ble registrert, så dette burde ikke systematisk ha påvirket påliteligheten til den originale studien, og heller ikke denne masteroppgaven.

6.5 Design

Datasettet utledes fra en spørreundersøkelse med et tversnittdesign, som tar sikte på å gi et øyeblikksbilde av utvalgets opplevelse (Skovlund, 2021). I denne oppgaven blir det gjort flere tversnittdesign, som sammenlignes med hverandre for å forstå endringer i stressrelaterte symptomer, karakterer og den akademiske prestasjonen. Det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) med BLP-2-skoler og kontrollskolene. Tre tester (før og etter BLP-2: T1 og T2, og en oppfølgingstest etter 5 måneder: T3). T1 og T2 ble gjennomført i perioden oktober-desember 2018, mens T3 ble gjennomført i BLP-2-skolene i april 2019, med sikte på å undersøke de mulige langtidsvirkningene av programmet. Skolene ble tilfeldig tildelt enten

som BLP-2-skoler eller kontrollskoler, og kontrollskolene begynte implementeringen av BLP-2 etter studien (Forsberg& Schultz, 2022, s. 147).

6.6 Måleverktøy

Et spørreskjema ble administrert til elevene som er utviklet av forfatterne, og delt inn i seksjon A-F, og består totalt av 42 spørsmål. Skjemaet undersøkte seks forskjellige domener: trivsel, selvregulering, selveffektivitet, eksekutive funksjoner/ studieveiledningsferdigheter, fremtidshåp, og selvoppfattet akademisk fungering. Dette er fokusområder i BLP-2-programmet, hvorav spørsmålene er inspirert av standardiserte spørreskjemaer, som Self-Efficacy Survey (SES; Panc et al., 2012) og Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). Spørsmålene ble tilpasset for å fange opp hovedfokusområdene i BLP-2, samtidig som spørsmålene reflekterer kulturell gjennomførbarhet og språkhensyn. Spørsmålene ble utformet som utsagn med hensikt i å avkrysse en av fire bokser: aldri, sjelden, ofte og alltid (Forsberg& Schultz, 2022, s. 163-166). I denne oppgaven er fokusdomenet eksekutive funksjoner, stressreaksjoner og akademisk prestasjon.

Stressrelaterte symptomer ble målt med Children's Impact of Events Scale-13 (CRIES-13). Dette er en selvrappoterings skala med 13-spørsmål som måler inntrengning, unngåelse, og opphisselse, som alle er karakteristiske for PTSD-symptomer. Spørsmålene vurderes på en firedelt skala (overhodet ikke, sjelden, noen ganger og ofte), og summeres for å danne tredelskalaer (Forsberg& Schultz, 2022, s. 148). En eksponeringskala for krigsrelaterte hendelser i løpet av studieperioden ble dokumentert (seksjon E) ved T2. Elevene ble bedt om å avkrysse ja/ nei om de hadde opplevd hendelsene i løpet av de tre siste månedene. På grunn av deltakernes aldersgruppe i originalstudien ble spørsmålene nøye vurdert, både med hensyn til språkkompatibilitet, antall spørsmål og svaralternativer. CRIES-13 ble opprinnelig ikke utformet for å brukes til barn, men har vært vellykket brukt i flere studier med barn i alderen 8 år og eldre. Derimot fant to separate storstilte studier, Yules studie med 334 ungdommer som overlevde en skipsulykke, og Dyregrovs studie med barn i Kroatia at en rekke spørsmål blir misforstått av barn (American Academy of Pediatrics, 2010, s. 1). Disse studiene identifiserte faktorstrukturer for IES, som ble brukt til å velge ut åtte spørsmål som best reflekterte den underliggende faktorstrukturen og dermed produserte en forkortet versjon -IES-8 for barn (American Academy of Pediatrics, 2010, s. 1).

6.7 Prosedyre

I forkant av originalstudien ble det gjennomført en pilotstudie (N=50) for å sikre gyldigheten av selvrapporteringsverktøyet og protokollprosedyren.

6.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet dreier seg om holdbarhet i datamaterialet. Man kan gjennomføre en reliabel undersøkelse uten at det svarer på forskningsspørsmålet eller løser problemstillingen (Thrane, 2018, s. 47). Er datamaterialet som blir fremlagt forsvarlig og pålitelig? I hvilken grad er målingene jeg har til hensikt å utføre, robuste og konsistente? Cronbachs Alpha fungerer som en indikator på den interne konsistensen i de operasjonaliserte variablene, og gir en måling av presisjon i målingene (Creswell& Guetterman, 2021, s. 345). Statistikkprogrammet (SPSS) kan brukes til å vurdere reliabilitet, for å undersøke sammenhengen mellom enkeltvariablene i indeksen (Thrane, 2018, s. 48)

$$\alpha = \frac{k \times \bar{c}}{\bar{v} + (k - 1)\bar{c}}$$

α representerer påliteligheten til skalaen, hvorav verdien varierer fra 0-1. En høyere verdi indikerer mer konsistente målinger. En koeffisient på 0,60 er laveste godkjente verdi for en indeks dersom vi har utformet spørsmålene (variablene) selv. I dette tilfellet siden det er benyttet variabler andre har utviklet, er den typiske terskelverdien på 0,70 for en reliabel indeks (Thrane, 2018, s. 49). På en annen side hvis spørsmålene er inkonsistente og måler forskjellige ting, vil dette resultere i en verdi nær 0. Det er en generell aksept i vitenskapelig forskning om at høy validitet og reliabilitet er et etterstrebet mål. Imidlertid bør det bemerkes at vurderingen av oppnåelsen av disse kvalitetene ikke bør betraktes som absolutte og uomtvistelige kriterier. Snarere bør denne vurderingen være gjenstand for nøye ettertanke og kritisk refleksjon, anerkjennelsen av at forskningsprosessen kan være kompleks og inneholde flere nyanser som kan påvirke gyldigheten og påliteligheten av resultatene er elementært (Thrane, 2018).

I originalstudien ble det brukt standardiserte spørreskjema ved måling av CRIES-variablene, og SES-survey. Psykometriske data (Cronbachs alpha) for Inntrengning= 0,70, unngåelse=

0,73, opphisselse= 0.60 og totalt= 0,80, dette er tilfredsstillende indre konsistens.

Påliteligheten for opphisselseskalaen er under 0,70, noe som indikerer moderat pålitelighet (Forsberg& Schultz, 2022, s. 148). Dette betoner betydningen av å implementere standardiserte spørreskjemaer til fremtidige studier, slik som CRIES som utmerker seg med høy reliabilitet. Likevel er det viktig å poengtere at ulempen med å anvende flere standardiserte spørsmål, som deretter blir aggregert, kan forlenge spørreskjemaet og potensielt resultere i ufullstendige besvarelser av samtlige spørsmål.

Selv om det forventes at datamaterialet er godt utarbeidet, kreves en nøye tilnærming mot potensielle systematiske feil, inkludert partiskhet eller «biased» tolkninger som kan favorisere resultater. Dette blir spesielt betydningsfullt i kontekst av problemstillingen min, som har som mål å påvise om intervensjonsprogrammet har hatt en klinisk signifikant innvirkning på intervensjonsdeltakerne, og om de har opplevd en forbedring i sin skolehverdag. I denne sammenhengen kan det være en tendens til å utvikle en partiskhet for egne analyser og resultater, noe som er tatt høyde for ved å være bevisst egne subjektive tolkninger. Samt ved å aktivt benytte den valgte vitenskapsretningen som et rammeverk. Dette valget bidrar til å fremme en grundig og objektiv validitet, og analyse av dataene.

6.9 Ethiske betraktninger

Originalstudien ble godkjent av Palestinske Helsedirektoratet og Norsk Senter for Forskningsdata. Utdanningsdepartementet (MoE) godkjente studieprotokollen og prosedyren. Elevene ga muntlig informert samtykke til deltakelse, i tillegg til at skriftlig samtykke for deltakelse i intervensjonen ble innhentet fra foreldrene (Forsberg& Schultz, 2022, s. 149). Selv om diskusjonen om klinisk signifikans ofte fokuserer på individnivå, er det avgjørende å opprettholde hensynet til personvernet. Av denne grunn er det i denne mastergradsavhandlingen tatt et bevisst valg om å presentere resultatene i form av en tabell (se tabell 3) for å illustrere funnene.

6.10 Statistiske analyser

I denne mastergradsavhandlingen ble alle statistiske analyser gjennomført ved hjelp av programvaren IBM SPSS versjon 29. Analysemetodene omfattet både uavhengige t-tester og en enveis variansanalyse (ANOVA) for å evaluere den statistiske signifikansen av karakterene. Det ble også benyttet Cronbachs Alpha-test for å undersøke reliabiliteten med en

fastsatt terskelverdien på 0,70. I tillegg ble Cohens d-statistikk anvendt for å undersøke den statistiske effektstørrelsen, og for å relatere den til en senere vurdering av klinisk signifikans.

7 Resultater

7.1 Beskrivende statistikk for utvalget

I denne undersøkelsen var det totalt 200 elever som mottok intervensjonen. Den yngste gruppen elever var 9 år, sammenlignet var de eldste 16 år. Det yngste klassetrinnet var 5.klasse, sammenlignet var det eldste klassetrinnet 10.

Tabell 2. Frekvenstabell over alder og klassetrinn

Variabel	N	Min	Max	Mean (SD)
Klassetrinn	200	5	10	6,45 (1,46)
Alder	200	9	16	11,79 (1,53)

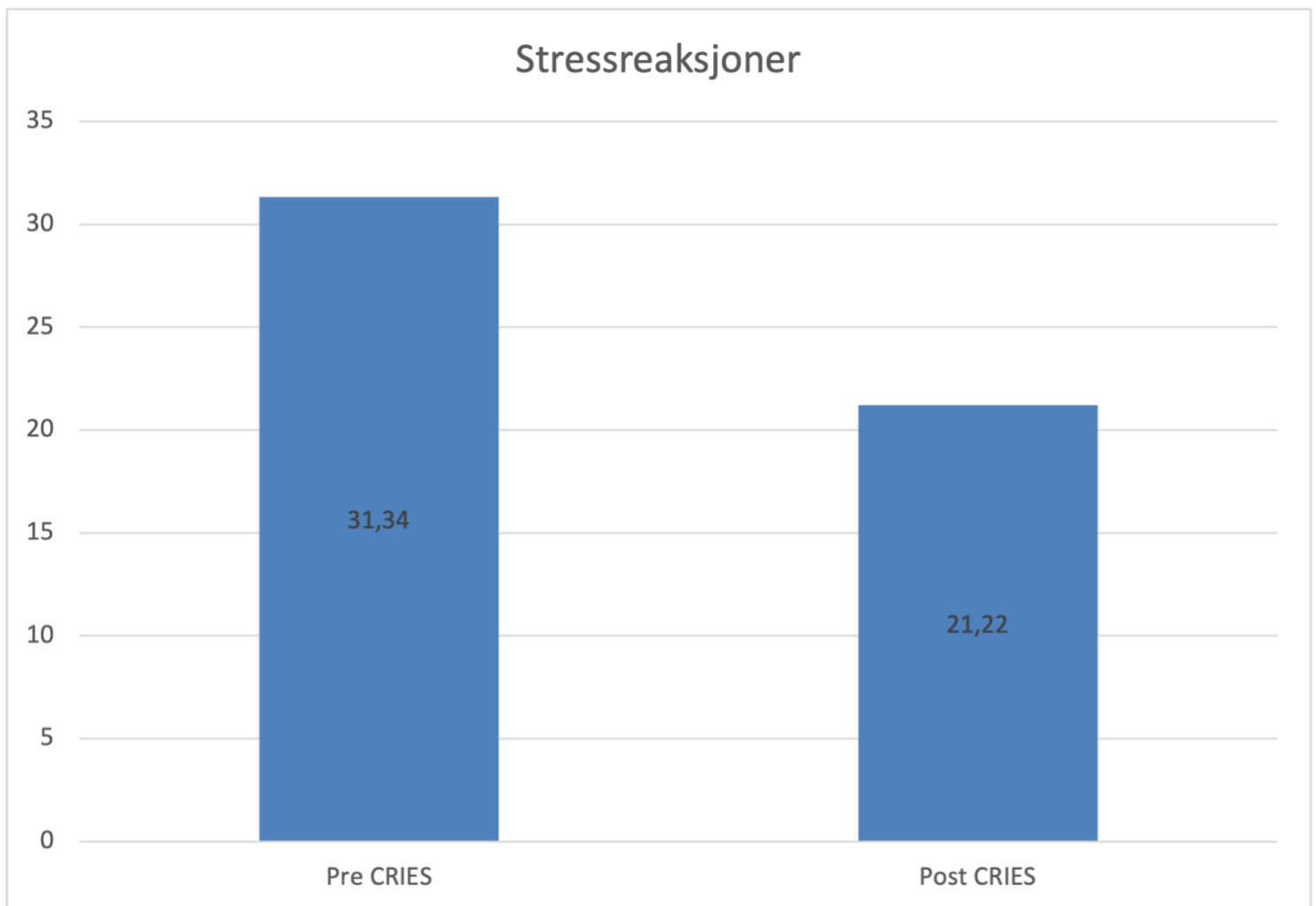
7.2 Subjektive mål: Eksekutive funksjoner og stress

Tabell 3 illustrerer gruppens gjennomsnitt i stressreaksjoner før de mottok intervensjonen, og etter. I pre CRIES ser vi (mean=31,34) sammenlignet med post CRIES (mean=21,22), dette betyr at stressreaksjonene har gått ned betydelig. For pre-CRIES er ($t=38,43$), sammenlignet er post-CRIES ($t=28,19$), disse verdiene er statistisk signifikante fordi man ser en statistisk signifikant økning. I figur 8 er gjennomsnittet presentert i form av et søylediagram.

Tabell 3. Frekvenstabell over elevenes stressreaksjoner og eksekutive funksjoner før og etter intervensjonen

Variabel	N	Mean (SD)	t	p
Pre CRIES	200	31,34 (11,53)	38,43	<.000
Post CRIES	200	21,22 (10,64)	28,19	<.000
Pre eksekutive funksjoner	200	60,64	52,28	<,001
Post eksekutive funksjoner	200	64,04	61,88	<,001

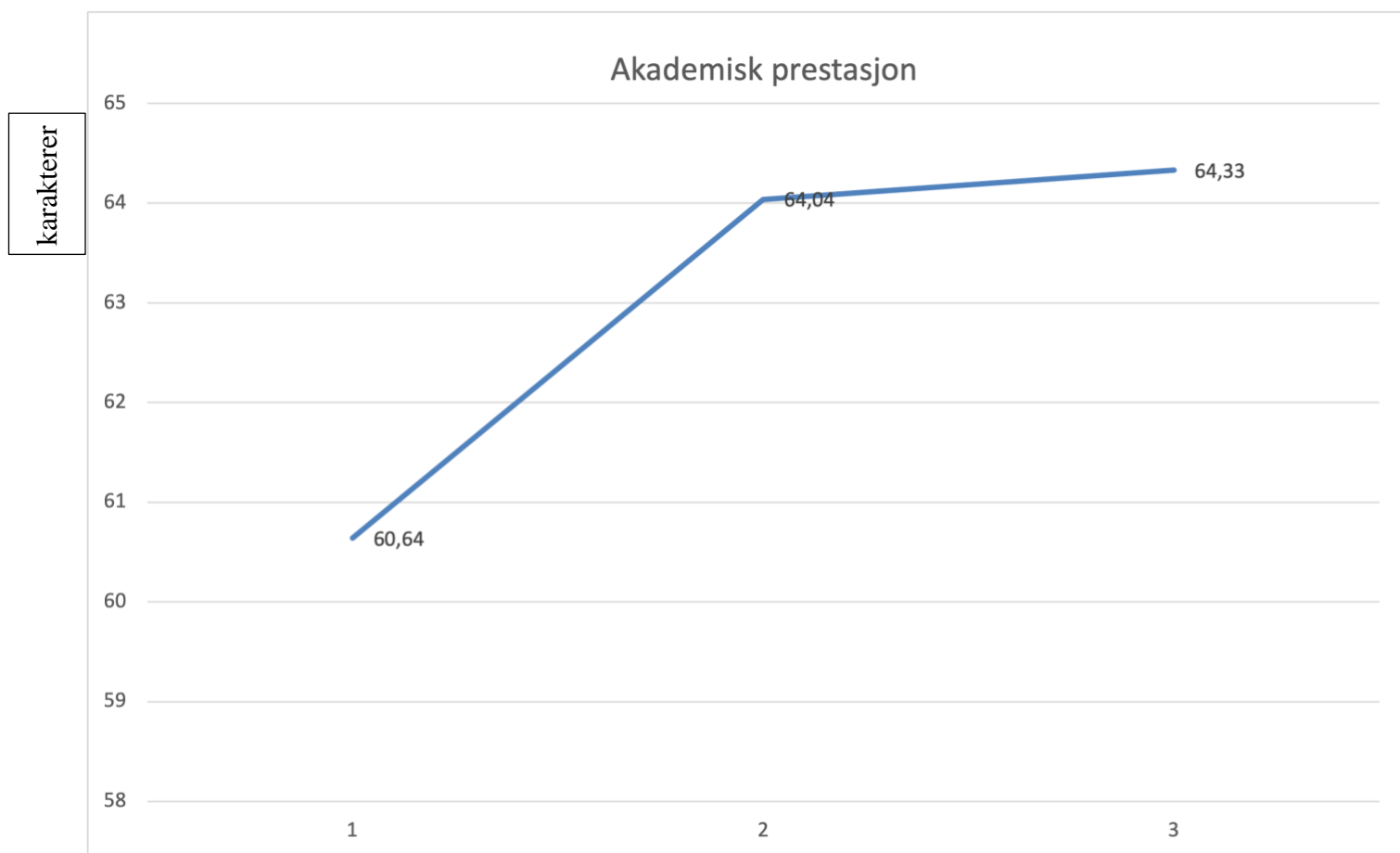
Figur 8. Beskrivende statistikk over stressreaksjoner før og etter intervensjonen



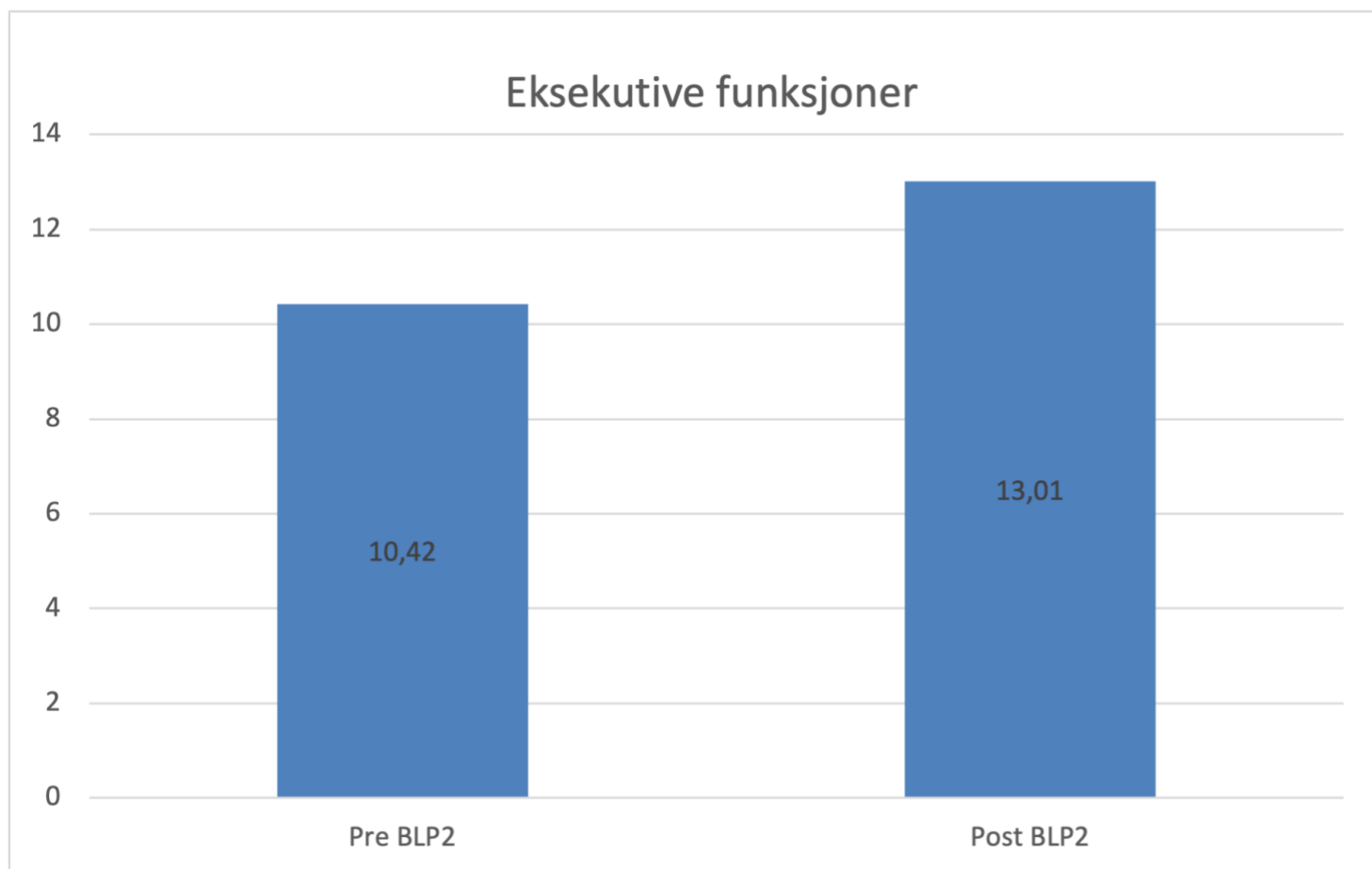
7.3 Objektive mål: Akademisk prestasjon

Gjennomsnittet av elevenes akademiske prestasjoner før (T1), underveis (T2), og etter (T3) intervensjonen er godt dokumentert i form av karakterene i arabisk og matematikk. Både karakterene i arabisk og matematikk er sammenslått, og gjennomsnittet er benyttet som statistisk metode for analyse. I både T1 og T2 var det 200 elever som deltok i undersøkelsen, i T3 var det tre elever som falt bort fra statistikken. Slik det er presentert (se fig. 9) under er (mean=60,64) på T1, og (mean= 64,04) på T2, dette er en statistisk signifikant økning. Altså har karakterene i arabisk og matematikk økt. Fem måneder senere ser vi at (mean= 64,33) på T3, altså har karakterene holdt seg stabile. T3 er utelukkende anvendt som en variabel for evaluering av karakterene fem måneder etter implanteringen av intervensjonen, og den har ikke blitt benyttet for vurdering av stressreaksjoner eller eksekutive funksjoner.

Figur 9.. Beskrivende statistikk over elevenes akademiske ferdigheter før, under og etter intervensjonen



Figur 10. Beskrivende statistikk over eksekutive funksjoner før og etter intervensjonen



I figuren over (fig.10) er det presentert beskrivende statistikk over eksekutive funksjoner både før (pre BLP2) og etter intervensjonen (post BLP2). Pre BLP2 (mean= 10,42) sammenlignet med post BLP2 (mean= 13,01).

7.4 Undersøkelse av klinisk signifikans

I tabellen nedenfor (tabell 4) er det presentert en oversikt over endringene som er blitt målt ved T1 og T2 . Mitt hovedmål var å identifisere den høyest nedgangen i symptomer innenfor CRIES-samlevariabelen, samt en øking innenfor områdene eksekutive funksjoner og akademisk prestasjon. Etter avsluttet intervensjon ble det observert at det var flere elever som opplevde en øking i eksekutive funksjoner og akademisk prestasjon. Totalt har 200 elever blitt evaluert, med unntak av samlevariabelen for eksekutive funksjoner, hvor antallet er 199. Dette skyldes at responsen til en elev ble utelatt i analysen.

Tabell 4. Frekvenstabell over symptombildet gruppert etter nedgang, økning og ingen forskjeller

Variabel	Nedgang	Økning	Ingen forskjell
CRIES (N=200)	152	42	6
Eksekutive funksjoner (N=199)	44	136	19
Akademiske prestasjoner (N=200)	63	128	9

I denne oppgaven benyttes en distribusjonsbasert tilnærming for å fastslå MCID-scoren. Denne tilnærmingen er basert på å definere effektstørrelsen (Cohens d) og dele forskjellen på standardavviket (SD) til baseline-målingene. Tolkingsnivåene for effektstørrelsen er som følgende: verdier mindre enn ($d < 0,2$) anses som små effekter, mens verdier større enn ($d > 0,8$) anses som store effekter (Field, 2018, s. 114-15). Frekvenstabellen nedenfor (tabell 5) gir en sammenligning mellom to ulike resultater, henholdsvis før (T1) og underveis (T2) i intervensjonen. Tabellen viser en nedgang i stressreaksjoner, og en økning i eksekutive funksjoner og akademiske prestasjoner. I tråd med tabell-5, fremkommer pre-resultatene som overstiger tolkningsnivået for terskelnivået, sannsynligvis som følge av en betydelig gruppenivåforandring.

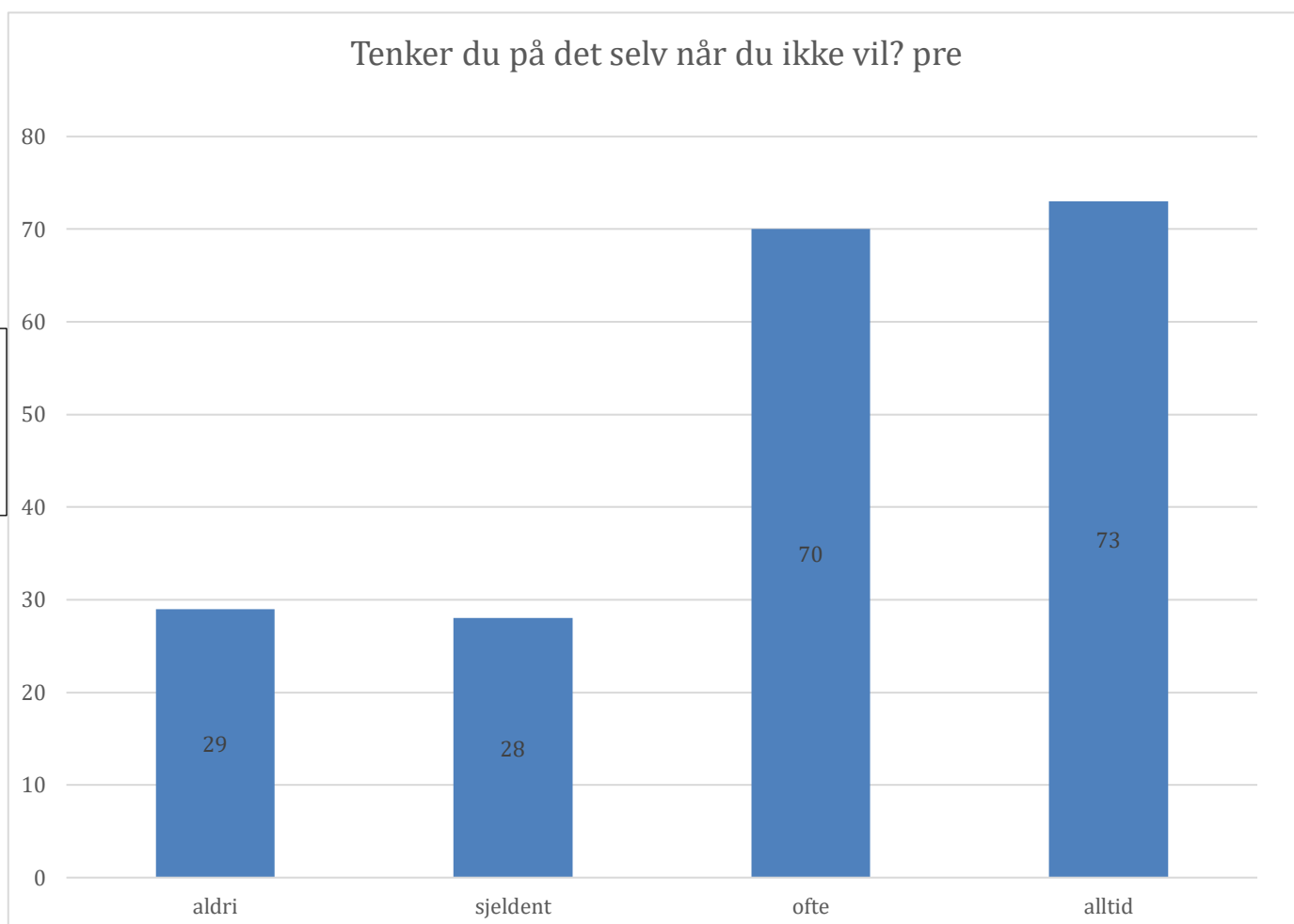
Tabell 5. En frekvenstabell over pre- og post-resultatene etter måling av Cohens d.

Variabler	Pre-resultater	Post- resultater
Akademiske prestasjoner	3,6	4,3
Eksekutive funksjoner	3,9	4,9
CRIES	2,7	1,9

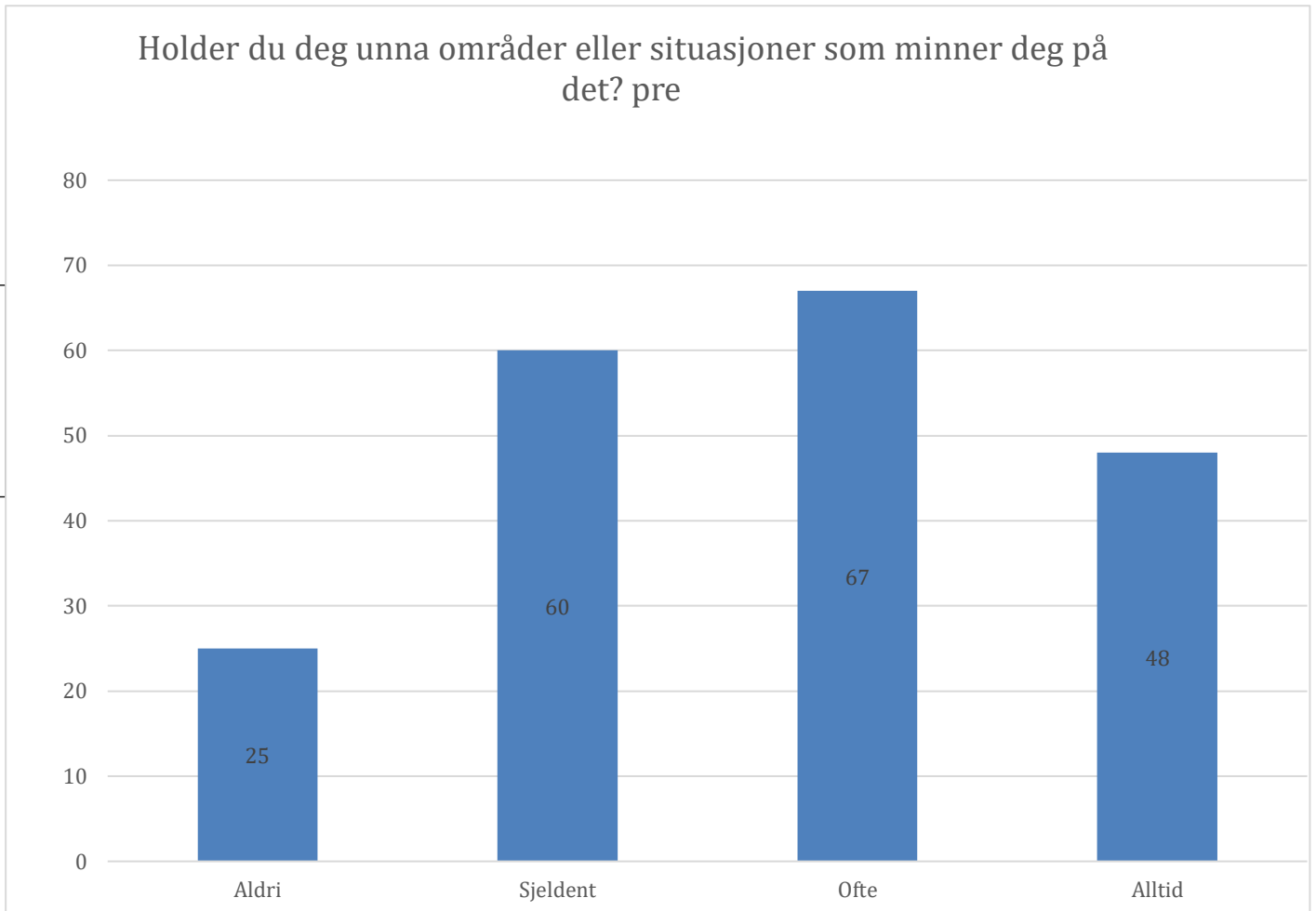
7.4.1 Reliabilitetsvurdering for klinisk signifikans

Denne undertittelen tar et dypdykk i reliabiliteten for å koble dette med forståelsen av klinisk signifikans, og for illustrere om den statistiske nedgangen i stressreaksjoner kan direkte kobles til intervensjonen eller om det skyldes andre faktorer. Figur 11-14 undersøker to av tretten av spørsmålene i CRIES-skjemaet, før (pre) intervensjonen, og etter (post). Årsaken til at kun to av tretten spørsmål ble undersøkt, er todelt: delvis på grunn av begrenset plass, og delvis fordi disse to spørsmålene er mest representative for problemstillingen.

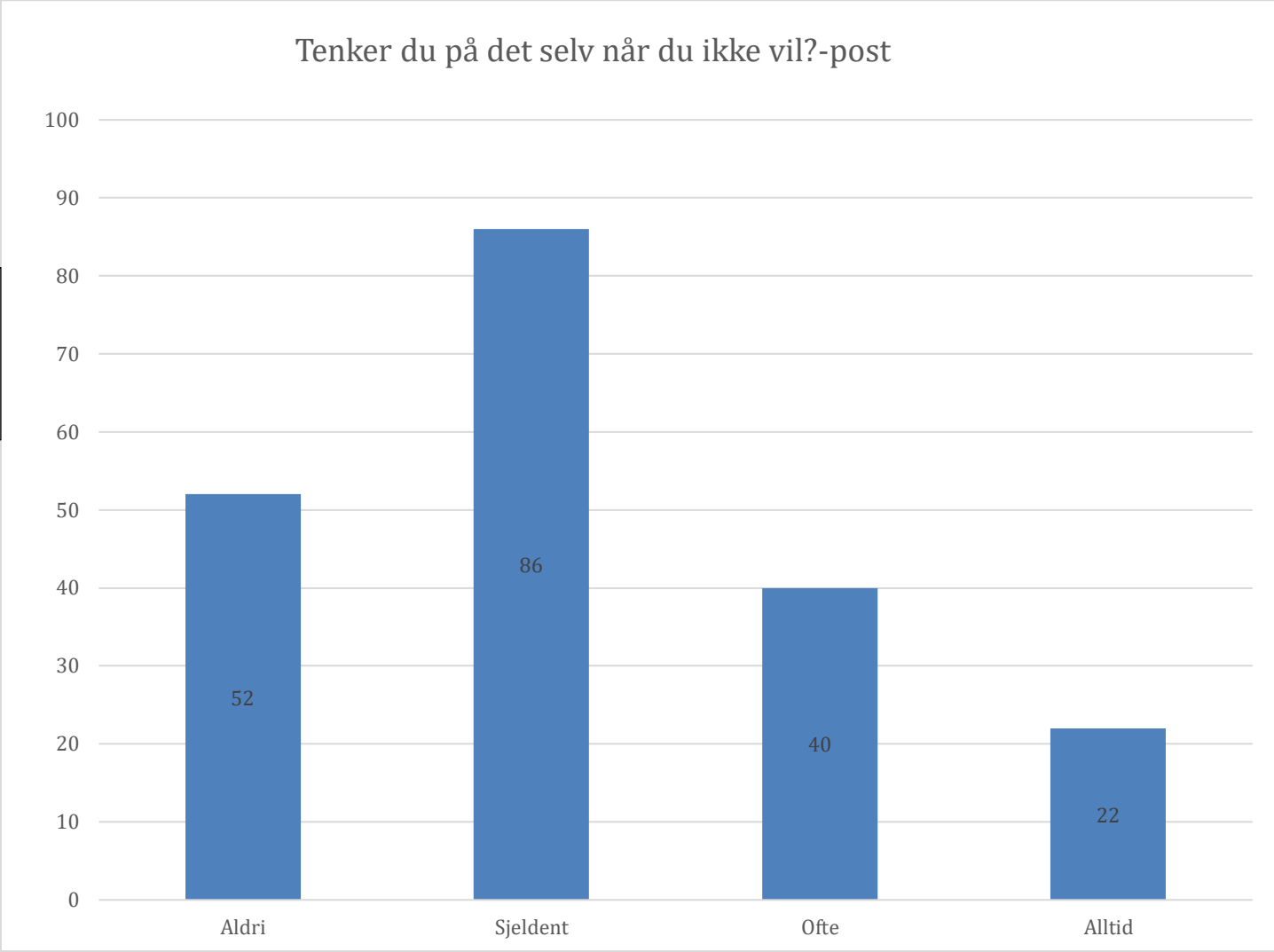
Figur 11. Beskrivende statistikk over CRIES pre-BLP-2



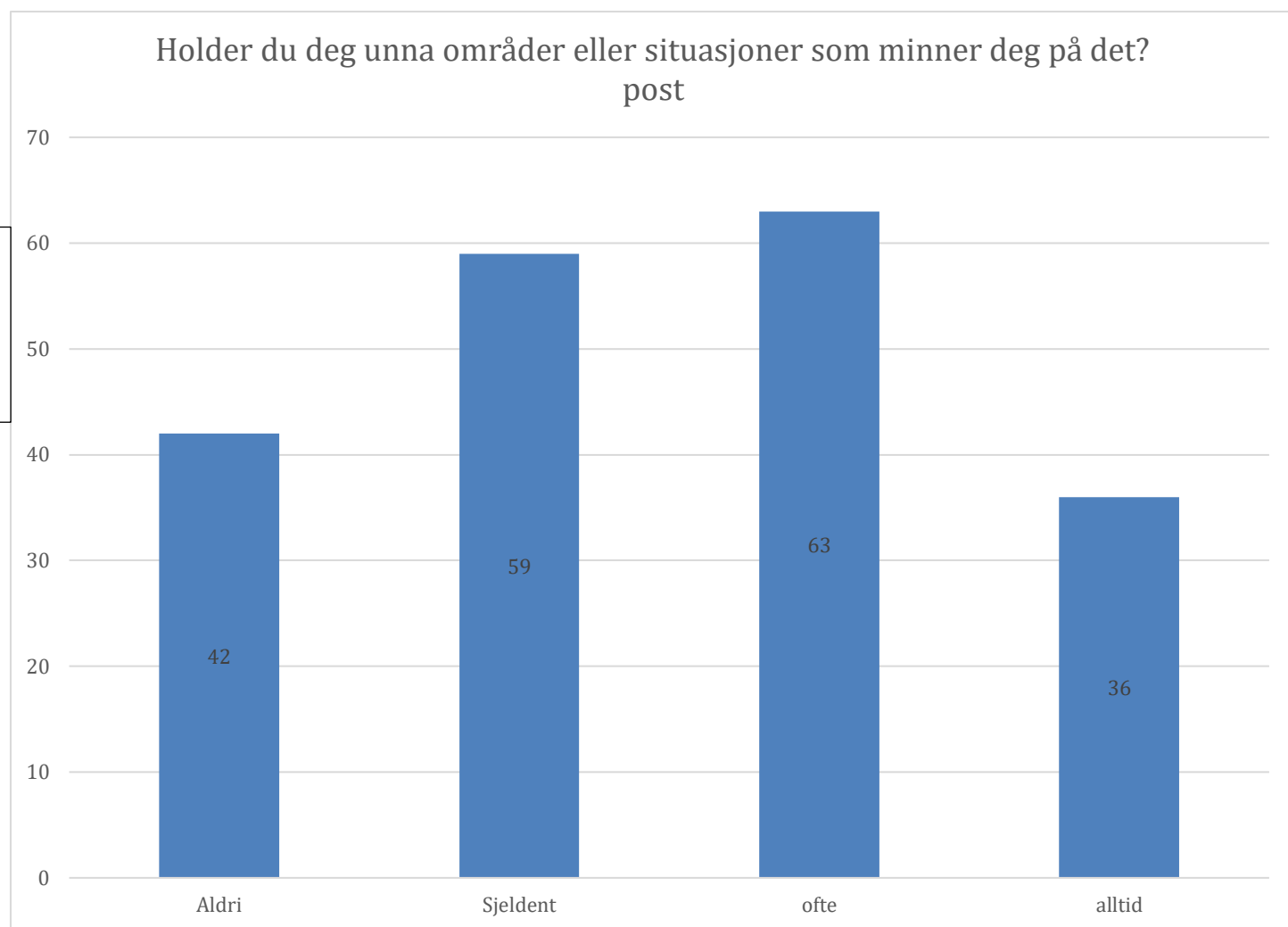
Figur 12. Beskrivende statistikk over CRIES pre- BLP-2



Figur 13. Beskrivende statistikk over CRIES post- BLP-2



Figur 14. Beskrivende statistikk over CRIES post- BLP-2



8 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres tidligere funn, som hadde som mål å vurdere om deltakelse i det psykososiale intervensjonsprogrammet BLP-2 fører til klinisk signifikante endringer i stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner. Funnene som presenteres nedenfor gir innsikt i de undersøkte endringene i de nevnte variablene. Til slutt vises det til begrensninger ved studien. Hensikten med oppgaven er å generere ny kunnskap, og forankre begrepet «klinisk signifikans» i pedagogisk forskning.

8.1 Opplevelse av stress

I denne oppgaven viser funnene på «opplevelse av stress» presentert i forrige kapittel (se fig. 8), en statistisk signifikant gjennomsnittlig nedgang i stressreaksjoner blant intervensjonsdeltakere. Før BLP-2 var stressnivået på (Mean før= 31,34, Mean etter= 21,22, $p < .000$). I en praktisk betydning betyr dette at elevene i fremtiden kan lettere takle stress og håndtere utfordrende situasjoner. Stressnivåer som opprinnelig ble vurdert som høye, er nå redusert til et moderat og mer akseptabelt nivå. Dette indikerer at deltakelse i Better Learning Program-2 har en positiv effekt på elevenes stressreaksjoner. Slik det var presentert tidligere er hovedtilnærmingen til BLP-2, TF-CBT (traumefokusert kognitiv atferdsterapi) som vektlegger psykoedukasjon for å normalisere reaksjoner på psykologisk traume og kumulativ stress (Mannarino, Cohen, Deblinger, 2014).

Hvordan har psykoedukasjon og normalisering av stressreaksjoner påvirket de undersøkte resultatene? Traumeutsatte barn møter ofte sammensatte utfordringer slik som å forstå sine egne reaksjoner i etterkant av en traumatisk hendelse. I psykoedukasjonskomponenten er hovedmålet å anerkjenne barnets negative opplevelser, formidle et positivt håp om bedring og fremtiden, og normalisere reaksjoner på traumatiske hendelser (Fagermoen et.al., 2017). Det er plausibelt at ved å anvende psykoedukasjon og normalisere reaksjoner på psykologisk traume har hatt en positiv påvirkning på de undersøkte resultatene. Ved å informere traumeutsatte barn om at deres reaksjon er normal, og hjelpe dem med å forstå deres lidelse, samt hvordan man håndterer vanskelige følelser kan det ha en innvirkning på stressreaksjoner. Dette er i tråd med et av BLP-2 sine hovedmål, hvorav psykoedukasjon har fungert som et middel for å realisere dette målet, og har dermed hatt en statistisk signifikant endring i CRIES-variabelen.

Hvilken betydning har å inkludere stressmestring i pedagogikken for elevenes helhetlige utvikling og prestasjon i skolen? Selye (2013) fastslår at langvarige stressbelastninger kan gi utslag i en dårligere psykisk helse i form av nervøsitet, depresjon og angst. Det er tenkelig at slike helseplager vil kunne ha en negativ innflytelse på en elev sin skolehverdag. For eksempel vil en betydelig forringelse av mental helse føre til økte utfordringer knyttet til sosialt samspill og kognitiv funksjon. Samlet kan disse utfordringene føre til risiko for frafall fra utdanning, i tillegg til at stressorer i barndommen kan resultere i utviklingsmessige tilbakesteg (Samdal, Wold, Harris& Torsheim, 2017, s. 8). Altså er fokuset på stressreaksjoner i pedagogikken elementært fordi det har en direkte påvirkning på elevenes velvære, læringsevne og forberedelse på fremtiden spesielt i konteksten av krig og konflikt. Evnen til å håndtere stress og være mottakelig for støtte på en konstruktiv måte i utdanningsforløpet er viktig for fremtidig læring. I krig- og konfliktrammede områder er skolefravall et stort problem. Ved å inkorporere stressmestring i pedagogikkfaget kan det føre til en økning i elevenes kompetanse til å møte skolens utfordringer, og minske risikoen for at elevene faller fra skolegangen.

Allostatisk belastning er en viktig komponent for å forstå hvilke mekanismer som hindrer læringsprosessen. Slik det ble vist til i kapittel 3.1.1 er det spesielt to årsaker som fører til overbelastning på langsikt. Den hyppige eksponeringen for stressfaktorer kan gi opphav til kronisk stress, i tillegg til at en mangel på tilpasning til gjentatte stressfaktorer. GAS-modellen gir innsikt i hvordan kroppen reagerer på stress og hvordan den kan tilpasse seg det over tid. Det er viktig å bemerke at kroppens reaksjon på stress er ulik fra person til person, i tillegg er det avhengig av flere faktorer slik som individuelle forskjeller, type stressor og varighet (Selye& Hoff, 1978; Samdal et.al., 2017). Dette understreker behovet for å implementere stressmestringstiltak især i krig- og konfliktpregende områder. Ved å bidra til å redusere den allostatisk belastningen før det utvikler seg til en overbelastning, kan man hjelpe elever med å tilpasse seg stressfaktorer mer effektivt, og forbedre lærings situasjonen deres. Å inkludere stressmestring i pedagogikk er av den grunn elementært for elevenes utvikling og prestasjon i skolen, spesielt når man arbeider med elever som har opplevd krigstraumer.

8.1.1 En kritisk evaluering av reliabilitet for å undersøke klinisk signifikans

Denne undertittelen retter fokuset mot å undersøke reliabiliteten til resultatene knyttet til stressreaksjoner hos elevene etter deltakelse i BLP-2 intervensjonen. Dette er avgjørende undersøkelser for å forstå sammenhengen mellom resultatene tidligere presentert og den kliniske signifikansen.

Kan vi i denne oppgaven koble den statistiske nedgangen i stressreaksjoner direkte til deltakelse i BLP-2, eller kan andre faktorer også ha påvirket resultatene? Til tross for at de undersøkte resultatene viser en statistisk nedgang i stressreaksjoner (se fig. 8) blant elevene etter deltakelse i intervensjonen, er det elementært å bemerke at nedgangen kan skyldes andre faktorer, og man skal være forsiktig med å tilskrive nedgangen utelukket til intervensjonsprogrammet. For eksempel ved å grundig analysere eksterne påvirkninger, slik som terrorangrep i området eller individuelle forskjeller blant elevene kan det bidra til et mer nyansert bilde. For å undersøke dette nærmere trekkes reliabiliteten inn. Dette kan vurderes ved å se om målingene er i tråd med tidligere etablerte resultater på stress, ved å sammenligne mine resultater med forventende mønstre (PsykTestBarn BUP, 2019). I resultatdelen har det blitt brukt et standardisert spørreskjema for å undersøke stressreaksjoner hos elevene; CRIES som vi kan sammenligne med DSM-5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Ved å sammenligne resultater fra CRIES-spørreskjemaet og manualen for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (se tabell. 1) kan vi undersøke samsvar og pålitelighet av CRIES som et verktøy (Child Outcome Research Consortium, u.å.; PsykTestBarn BUP, 2019). Bakgrunnen for utvalg av Psyktestbarn kilden er fordi den gir grundig og pålitelig innsikt i informasjon om psykologiske tester, og hvor gyldige de er, samt hvordan de brukes.

Fase A i tabell 1 presentert i kapittel 3.3.1 viser til eksponering for ett eller flere traumatiske hendelser, dette er et av flere kriterier for å klassifiseres til diagnosen PTSD i følge DSM-5. Figur 11 viser frekvensen over elever som kjente seg igjen i utsagnet «tenker du på det selv når du ikke vil?» (Do you think about it even when you don't mean to?), med fire svaralternativer. Stolpediagrammet viser at 73 elever (36,5%) av 200 elever alltid tenker på traumet ufrivillig, sammenlignet med 29 elever (14,5%) som aldri opplever en ufrivillig traumepåminnelse. Statistikken illustrerer at traumatiske hendelser er vedvarende, og at ufrivillige traumepåminnelser er utbredt blant deltakerne før de deltok i BLP-2. Dette gir oss en verdifull innsikt i den psykiske byrden som elevene har båret på før de deltok i intervensjonen, samt hvordan deres deltakelse i BLP-2 kan påvirke disse symptomene.

Fase C i tabell 1 (se kap. 3.1.1) omhandler unngåelsesatferd som beskriver «unngåelse eller forsøk på å unngå eksterne påminnelser (mennesker, steder, samtaler, aktiviteter, gjenstander eller situasjoner) som vekker ubehagelige minner, tanker eller følelser til eller er tett forbundet med de traumatiske hendelsene» (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 82). Elevene skulle krysse av en av fire svaralternativer i utsagnet «holder du deg unna områder eller situasjoner som minner deg på det?» (Do you stay away from reminders of it (eg. places or situations)?). Figur 12 viser at 48 (24%) elever alltid unngår steder eller situasjoner som minner dem på deres traume. Det mest interessant funnet ligger i sammenligningen mellom «sjeldent» og «ofte»- svaralternativene, hvor man har elever som opplever to ytterpunkter av en skala. 60 (30%) av elevene unngår sjeldent områder eller situasjoner som minner dem på deres traume, i mens 67 (33,5%) av elevene ofte holder seg unna slike påminnelser. Hva kan de målte statistiske forskjellene i unngåelsesatferd, der noen elever ofte unngår, mens andre sjeldent unngår steder eller situasjoner som minner dem om traumet indikere om respons på intervensjonen? Det er mulig at de elevene som «ofte» og «alltid» unngår steder eller områder som minner dem om deres traume, kan ha mer intense reaksjoner når de blir konfrontert med påminnelser om traumet (Downing, Weigle & Harrison, 2022, s. 220).

Figur 13 gir en visuell representasjon av statistisk signifikant nedgang i Fase A etter deltakelse i BLP-2. Det mest fremtredende målet er en markant reduksjon i antall elever som pre BLP-2 «alltid» opplevde ufrivillige tanker om traumet, og nå har hele 51 elever nådd et punkt der de ikke opplever slike tanker «alltid». Videre viser tallene at 58 elever har redusert forekomsten av «sjeldne» tanker om traumet. Dette indikerer at intervensjonen har hatt en positiv innvirkning på deltakerne og på deres evne til å håndtere og regulere slike ufrivillige tanker. Samlet sett reflekterer resultatene (fig. 11-14) i BLP-2 at intervensjonsprogrammet har et potensial til å påvirke og redusere ufrivillige traumatiske minner, som igjen forbedrer elevenes psykiske velvære. Figur 14 viser også en statistisk nedgang i antall elever som unngår områder eller situasjoner, 17 elever færre enn før intervensjonen. Sammenlignet ser vi en høyere frekvens av elever som «ofte eller alltid» unngår situasjoner eller områder som trigger et traume.

I denne undertittelen er det spesifikt undersøkt hvorvidt man kan koble den statistiske nedgangen i stressreaksjoner direkte til intervensjonsprogrammet, eller om det er andre faktorer som har påvirket resultatene? Ved å se på deler av CRIES-spørreskjemaet og sammenligne dette med deler av DSM-5- manualen som representerer ulike kriterier av

PTSD, kan man undersøke reliabiliteten. Dette perspektivet har vært nyttig for å fastslå påliteligheten av funnene. Det er viktig å anerkjenne kompleksiteten i elevenes krigsrammede livssituasjoner for å danne et mer nyansert bilde. Den delen av CRIES-spørreskjemaet og DSM-5 som er målt og undersøkt i denne undertittelen samsvarer med hverandre, som betyr at vi kan koble nedgangen i stressreaksjoner direkte til BLP-2.

8.2 Opplevelse av akademisk prestasjon

I denne undertittelen kastes lys over evalueringen av den eventuelle påvirkningen av deltakelse i BLP-2 på elevenes akademiske prestasjon. Slik det allerede er etablert ble dette vurdert i form av elevenes karakterer i både fagene arabisk og matematikk. Det er viktig å bemerke at karakterene i matte og arabisk er de eneste parameterne som har blitt systematisk vurdert på tre forskjellige tidspunkt: før oppstart av intervensjonsprogrammet (t1), underveis i programmet (t2), og fem måneder etter at programmet ble avsluttet (t3). Vurderingen gir en verdifull mulighet til å komparere prestasjoner over tid, især i sammenligning med stressreaksjoner og eksekutive funksjoner, som ikke har blitt vurdert etter at intervensjonsprogrammet ble avsluttet.

Både eksekutive funksjoner og stressreaksjoner kan være følsomme ovenfor endringer på kort tid, dette kan inkludere momentane og sterke reaksjoner på BLP-2. Sammenlignet ved å inkludere t3 i analysen av den akademiske prestasjonen får man dannet et stabilt bilde av hvordan karakterene har utviklet seg over tid. På den måten er ikke t3 med i vurderingen av eksekutive funksjoner og stressreaksjoner. Denne tilnærmingen hjelper oss med å forstå hvordan intervensjonsprogrammet har påvirket elevenes karakterer på en langsiktig måte, samtidig gir den rom til å se en sammenheng og en utvikling.

8.2.1 Akademisk utvikling blant elevene

Figur 9 viser gjennomsnittet av elevenes akademiske prestasjoner over tid: T1 (mean= 60,64), T2 (mean= 64,04) og T3 (mean= 64,33). Altså viser grafen en stabil endring i gjennomsnittet av karakterene. Dersom vi ser utviklingen av karakterer i lys av formålet til Better Learning Program ser vi at det ikke bare er karakterene som er viktig, men også sosialiseringssprosessen og rehabiliteringsprosessen (Schultz, Norheim, Gomez & Ollieuz, 2019). Med sosialiseringssprosessen menes utviklingen fra barn til voksen, som er en prosess der de unge tilegner seg ferdigheter, normer og verdier som gjelder for det felleskapet de er en del av. Rehabiliteringsprosessen er en prosess hvor oppbyggingen av en meningsfull tilværelse

oppstår etter å ha opplevd vonde oppbrudd og flykt, samt mestring av stresset med livet i eksil medfører (Pastoor, 2016, s. 5). Hvordan kan den økte akademiske prestasjonen til de traumeutsatte elevene hjelpe dem med å gjenopprette sin utdanning? Slik det tidligere har blitt understreket (se 1.2) gir skolen en strukturert og forutsigbar hverdag for barna. Dette hjelper dem med å føle seg trygge og stabile, spesielt etter at deres rutiner har blitt forstyrret av traumatiske hendelser (UNICEF, u.å.). Det er plausibelt at ved bedring av karakterene gir det de traumeutsatte elevene et håp om en bedre skolehverdag, og en drivkraft til å ha høye ambisjoner uavhengig av tidligere traumatiske hendelser. En kvalitativ studie som undersøker lærerens perspektiv på å gi støtte til barn etter traumer, fant ut at selv om lærerne uttrykte tillit til å jobbe med barn etter en traumatisk hendelse og mange refererte til en støttende atmosfære på skolen, gjenspeilet en usikkerhet om å gi optimal støtte til barna (Alisic, 2012, s. 51). Lærerne forklarte at de så etter en tydelig rolledefinisjon, og påpekte spesifikt vanskeligheter knyttet til den emosjonelle byrden i arbeidet sitt (Alisic, 2012, s. 54). Dette kan indikere viktigheten av å støtte både elevene og lærerne spesielt når undervisningen foregår i krigsområdet. Samlet sett gir den økte akademiske prestasjonen til elevene et viktig verktøy for å bygge deres fremtid. Alisic (2012) og UNICEF (u.å.) peker på utdanning som en nøkkelkomponent i å hjelpe traumeutsatte barn i den komplekse prosessen med å gjenopprette sin utdanning og trivsel.

De nevrobiologiske, kognitive, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utfordringene kan forstyrre den akademiske prestasjonen i form av lærevansker, lavere karakterer enn forventet, behov for spesialundervisning, redusert oppmøte og økning i problematferd (Perfect, Turley, Carlson, Yohanna & Gilles, 2016, s. 9). Akademisk prestasjon er en viktig indikator på utdanningsmessig suksess og en prediktiv for videre forutsetninger i læring. Akademisk prestasjon har blitt operasjonalisert på ulike måter og studert i sammenheng med en rekke traumatiske hendelser. Tidligere litteraturgjennomganger konkluderte med at dårlig prestasjon på skolen, dokumentert i form av karakterer og standardiserte vurderingsskår, var tydelig hos ungdom som hadde tidligere vært utsatt for traumer. Sammenlignet kunne man ikke tilskrive det samme til jevnaldrende som ikke hadde opplevd traumer (Perfect mfl., 2016, s. 9). En studie referert til i samme artikkel fant at elever som hadde opplevd en traumatisk hendelse, men som ikke hadde symptomer på traumatisk stress, presterte likt i fagene sammenlignet med de som ikke hadde vært utsatt for traumer. De som utviklet symptomer på traumatisk stress opplevde lavere karakterer på målinger av ordforråd, lesing, matematikk, staving,

språkfag og naturfag. Dette stemmer overens med resultatene som er tidligere presentert (se fig.9), og viser en stabil oppgang av karakterene etter intervensjonen.

8.3 Evaluering av elevenes opplevelse av nedsatte eksekutive funksjoner

Å vurdere elevenes nedsatte eksekutive funksjoner er elementært for å danne en forståelse og forbedre elevenes læringsprosess. Evnen å kunne planlegge, organisere, opprettholde oppmerksomhet og regulere impulser spiller en sentral rolle for en vellykket skolegang (Fleischer& From, 2017, 22). I denne undertittelen diskuteres hvordan disse kognitive prosessene har påvirket elevenes respons på BLP-2 sett i lys av modellen til Fleischer og From (2017).

Hvorfor er det viktig å vurdere stressreaksjoner i sammenheng med eksekutive funksjoner? Lanseringen av IASC-retningslinjene for mental helse og psykososial støtte i nødhjelpssituasjoner (Inter- Agency Standing Committee) bidro betydelig til en økende enighet om hvilke tiltak som kreves for å forebygge og behandle psykiske lidelser, samt fremme og bevare psykososialt velvære blant befolkninger som er berørt av naturkatastrofer eller væpnet konflikt (O`Connell, Poudyal, Streel, Bahgat, Tol& Ventevogel, 2012, s. 171). Komiteen påpeker at stress kan påvirke eksekutive funksjoner, og at det er viktig å forstå sammenhengen for å kunne tilstrekkelig hjelpe elevene i å håndtere deres skolehverdag.

8.3.1 Eksekutive funksjoner i lys av BLP

I leksjonsplanen (se figur. 6) er det understreket at læreren/ underviseren skal forsikre elevene om at alle som lever eller har levd i en konfliktsituasjon er på en eller annen måte påvirket av stress, og at dette kan påvirke konsentrasjonen og læringsevnen, samt at erfaringer fra konflikter kan få elevene til å bli redde og av og til sinte (Schultz mfl., 2019, s. 15). I tillegg får elevene lekser etter hver leksjon, i eksemplet presentert i leksjonsplanen skal elevene øve seg på å ta magepust og spenning-avspenningsteknikker hjemme før de legger seg. Dette understreker det pedagogiske behovet for å anerkjenne den potensielle påvirkningen av stressreaksjoner på elevens læring. Dette viser viktigheten av å se stressreaksjoner i sammenheng med eksekutive funksjoner, da formålet er å normalisere stressreaksjoner og fremme konsentrasjonsevnen og læringsevnen.

I en metaanalyse og litteraturgjennomgang som undersøker traumeeksponering og de tre kjerneområdene i eksekutive funksjoner viser resultatene små til moderate effektstørrelser for sammenhengen mellom traumeeksponering og arbeidsminne ($d = -0,49$), inhibisjon ($d = -0,46$), og kognitiv fleksibilitet ($d = -0,44$). Disse små til middels store effektstørrelsene indikerer at omtrent 68% av traumeeksponerte ungdommer vil ha lavere resultater på oppgaver som måler eksekutive funksjoner sammenlignet med ungdommer i kontrollgruppen (Kelder, Akker, Geurts, Lindauer, Overbeek, 2018, s. 11). Sammenlignet illustrer figur 10 en økning i eksekutive funksjoner fra (mean= 10,42) til (mean= 13,01). Dette betyr at til tross for at elevene i utgangspunktet presterte med en svakere ytelse på eksekutive funksjonstester, har deltakelsen i BLP-2 forbedret deler av deres kognitive ferdigheter.

8.3.2 Eksekutive funksjoner i lys av reliabilitet

Denne undertittelen undersøker reliabiliteten til eksekutive funksjoner. Hvordan kan man bedømme og forbedre reliabiliteten når man ikke bruker standardiserte spørreskjema for å vurdere eksekutive funksjoner?

Reliabiliteten på eksekutive funksjoner er $\alpha = 0,58$ som indikerer en moderat men ikke optimal pålitelighet. Slik det ble presentert tidligere er en alfa-verdi på over $\alpha = 0,70$ akseptabel innen forskning, og for å være sikker på at instrumentet måler de riktige områdene på en konsistent måte (Thrane, 2018, s. 49). Dette betyr at resultatene kan betraktes som reliable målinger av det målte fenomenet. Siden undersøkelsen ikke bruker standardiserte spørreskjema ved undersøkelse av eksekutive funksjoner, blir pålitelighetsverdien noe lavere. Resultatene antyder at de målte områdene ikke inkluderte tilstrekkelig antall spørsmål (Forsberg, Schultz, 2022, s. 148). Til tross for at en pilottesting ($N=50$) ble gjennomført før oppstart av hovedstudien, er reliabiliteten under akseptert verdi (Forsberg, Schultz, 2022, s. 148). Likevel betyr ikke dette resultatene ikke gir verdifull innsikt, men heller at konklusjonen må trekkes kritisk, spesielt hvis det ikke er bedre alternativer tilgjengelige.

Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) er derimot et standardisert spørreskjema for barn mellom 5- 18 år. Det finnes ulike versjoner tilpasset ulike informanter både et foreldreskjema, et lærerskjema og et selvutfyllingsskjema for barn/ ungdom mellom 11 og 18 år. Hensikten med BRIEF er for å kartlegge og vurdere eksekutive funksjoner i dagliglivet. Den gir informasjon om utfordringer ved organisering, planlegging, impuls kontroll samt andre eksekutive funksjoner hos barn. Svaralternativene er kodet i en skala fra 1-3, «aldri», «iblant», og «ofte». Det genereres skårer for åtte skalaer impuls kontroll,

fleksibilitet, emosjonell kontroll, igangsetting, arbeidshukommelse, organisering, orden og monitorering (Sørensen& Hysing, 2014). For å kunne konkludere med at et barn har sannsynlige eksekutive funksjonsvansker, må skårene ved skalaen og indeksscorene tilsvare mer enn 1,5 standardavvik over gjennomsnittet med andre jevnaldrende barn. T-skårene er justert etter barnets kjønn og alder (Sørensen& Hysing, 2014). Reliabiliteten i spørreskjemaet viser en god indre konsistens ved to studier; Barn i Bergen (2012) og Fallmyr mfl. (2011). Førstnevnte viser en alfa- verdi på mellom $\alpha = 0,81- 0,93$, sistnevnte var en verdi på mellom $\alpha = 0,76- 0,92$ som er mellom et tilfredsstillende til et utmerket nivå.

På hvilken måte kan BRIEF være mer egnet til å utføre reliable målinger av eksekutive funksjoner sammenlignet med det spørreskjemaet som er brukt i denne oppgaven? De områdene BRIEF undersøker er spesielt viktige i konteksten av traumeutsatte barn, da de slik som tidligere bevist, kan oppleve utfordringer knyttet til stress og problemløsning. Dersom BRIEF hadde blitt brukt i denne masteroppgaven er det plausibelt at man ville ha fått en dypere forståelse for hvordan barn med traumer opplever nedsatt eksekutiv funksjonsevne, samt hvordan disse funksjonene påvirker deres skolehverdag. I tillegg ville en verdifull innsikt i målinger om emosjonell kontroll og fleksibilitet si noe mer om takling av stressreaksjoner i skolehverdagen. Samt vil måling og evaluering av organisering og arbeidshukommelse si noe mer om den akademiske prestasjonen. På samme vis som resultatene i stressreaksjoner ble sammenlignet med DSM-5, ville BRIEF-resultatene bli sammenlignet med normdata for å evaluere hvordan intervensjonsgruppen presterer i forhold til en representativ populasjon (Sørensen& Hysing, 2014; PsyktestBarn BUP, 2019).

8.4 Klinisk signifikans- implikasjoner i virkeligheten

I lys av hovedfunnene som er diskutert i tidligere avsnitt, utforskes nå den kliniske signifikansen av resultatene. Målet er å gi innsikt i hvordan en tilpasset intervensjon er nødvendig for å støtte elevenes akademiske prestasjon og eksekutive funksjoner, samt minske deres stressreaksjoner. Hvilke implikasjoner hadde hovedfunnene på intervensjonsdeltakerne?

8.4.1 Effektiviteten av individbaserte- og gruppebaserte intervensjoner

I en klinisk sammenheng er det elementært å anerkjenne at ethvert barn som har vært utsatt for traumer er unikt, med ulike egenskaper og forskjellige hverdagsutfordringer med til og med psykiske lidelser. Intervensjoner og pedagogiske tiltak må derfor være skreddersydd, og tilpasse seg disse individuelle forskjellene. Individuell tilpasning gir traumeutsatte barn bedre

mulighet til å takle utfordringene de står ovenfor, og er avgjørende for å sikre effektivitet og relevans. Likevel viser en studie utført i 2008 i forbindelse med den tropiske orkanen Katrina at det var en signifikant nedgang i alle utfallsmålinger over tid, og det faktisk ikke forelå noen signifikante forskjeller i målingene mellom barn som hadde deltatt i gruppeintervensjonen komparert med de som hadde deltatt i den individuelle intervensjonen. Totalt deltok 54 barn mellom alderen 7-12 år som rapporterte moderate til alvorlige nivåer av symptomer på posttraumatisk stress ble randomisert en gruppe- eller individuell behandling. Altså tyder resultatene på at intervensjoner, uavhengig av behandlingsform, kan være effektive for å håndtere traumatisk sorg og traumatiske hendelser hos barn etter en katastrofe (Salloum& Overstreet, 2008, s. 495). I tillegg viser resultater fra denne randomiserte studien støtte til effektiviteten av skolebaserte intervensjoner som fokuserer på sorg og traumer for barn i en postkatastrofisk setting, uavhengig om det er i form av gruppe- eller individuell behandling.

En annen studie fra samme år hadde som hensikt å undersøke effektiviteten av en skolebasert psykososial intervensjon i seks landsbyer i Sør-Libanon. Totalt var det 2500 deltakere som mottok kognitive atferds- og stresstreningstrategier, en tilfeldig av de behandlede gruppe av elevene (n=101) og en kontrollgruppe (n=93) ble evaluert en måned etter krigen, og et år senere. Det var tre kjerneområder som ble vektlagt; alvorlig depressiv lidelse (MDD), separasjonsangstlidelse (SAD) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Studien konkluderte med at forekomsten av lidelser nådde sitt toppunkt en måned etter krigen, men avtok i tidsspennet av et år. Sammenlignet med studien til Salloum& Overstreet (2008) viser denne studien interessante funn; spesifikke aspekter av intervensjonen kan ha hatt skadelige virkninger på noen (Karam, Fayyad, Karam, Tabet, Melhem, Mneimneh& Dimassi, 2008, s. 106). Denne undertittelen understreker at det ikke finnes en «one- size- fits- all»- tilnærming til behandling av barn som har gjennomgått traumer og traumatisk sorg. Samt understreker det viktigheten av å gi støtte og tilstrekkelig med ressurser både til lærere og foreldre som behandler og møter traumeutsatte barn. Å gi lærerne og foreldrene opplæring i gjenkjenning på symptomer; på svekket eksekutiv funksjonsevne, PTSD og nedsatt akademisk prestasjon på skolen er viktig for å tilby effektiv støtte både i klasserommet og hjemmet. Til slutt er det essensielt med forskningsinnsats, og styrke klinisk- og pedagogisk praksis på hvordan man kan styrke og øke robustheten til evidensbaserte intervensjoner. Dette er også prinsipper som bygger på grunnpilarene lagt frem av komiteen i IASC (Inter- Agency Standing Committee), især det tredje grunnprinsippet som poengterer at aktørene som utfører humanitær hjelp ikke forårsaker mer skade (IASC, 2007).

8.4.2 Hvilke implikasjoner hadde hovedfunnene på intervensjonsdeltakerne i BLP?

Det er utfordrende å trekke definitive konklusjoner, og besvare problemstillingen fullstendig, blant annet fordi det er mangel på en MCID- verdi som kunne ha fungert som et retningsgivende mål, for å vurdere elevenes respons på intervensjonen, og evaluere kliniske beslutninger i løpet av intervensjonsperioden (Wright, Hannon, Hegedus, Kavchak, 2013, s. 160). I tillegg er reliabiliteten på eksekutive funksjoner ikke tilfredsstillende nok til å vurdere den kliniske signifikansen. Betyr det at dette er en ufullstendig eller dårlig oppgave? Tvert i mot viser det at vi har behov for ytterligere forskning på klinisk signifikant endring i noen kjerneområder som vurderer krigstraumer etter en intervensjon hos barn. Samt at vi må forankre begrepet i pedagogisk forskning og praksis. Dette kan være med på å gi et helhetlig bilde av hvordan resultater etter intervensjoner oversettes til virkelige forhold.

8.4.2.1 Stressreaksjoner og akademisk prestasjon

For å evaluere den kliniske signifikansen blant elevene etter BLP-2, er det nødvendig å undersøke endringene i elevenes karakterer over tid og komparere dem med reduksjonen i stressreaksjonene. Dette kan bidra til å se det helhetlige bilde og forstå hvordan stressreaksjoner påvirker akademisk prestasjon, deretter vurdere effekten av intervensjonen. Slik det tidligere har blitt etablert påvirker stressreaksjoner kognitive funksjoner som er ansvarlige for arbeidsminne og oppmerksomheten blant annet, som er viktig til å behandle informasjon gjennom skoledagen (McEwen & Sapolsky, 1995; Law, Clow, 2020).

Karakterene har gått opp og stressreaksjonene har gått ned, i prinsippet bør dette bety at det er en klinisk signifikant endring. Dette innebærer at elevene har hatt en godt utbytte av intervensjonen.

Etter en opptelling over hvor mange som opplevde nedgang, forverring og ingen forskjell i symptomene underveis (T2), var det 48 elever som rapporterte enten en forverring eller ingen forskjell i stressreaksjoner (se tabell 4). Det er vanskelig å peke på den nøyaktige årsaken til det, men det er normalt at det er en varians i respons på intervensjoner. Basert på individuelle forskjeller, både psykologiske og biologiske, kan dette ha hemmet visse elever i å dra nytte av denne tilnærmingen. I tillegg er dette barn som har gjennomgått traumatiske stressorer, og det kan hende at deres spesifikke behov ikke ble møtt i gjennomføring av intervensjonen. I tillegg rapporterer 72 elever enten en nedgang eller ingen forskjell i akademisk prestasjon,

sammenlignet med 128 elever som rapporterer en økning. Dette betyr at 36% av elevene hadde et dårligere eller ingen utbytte av intervensjonen når det gjelder deres karakterer.

8.4.2.2 Sannsynligheten for reviktimisering og retraumatisering

Reviktimiseringsforskning viser at dersom man har opplevd et traume, øker dette risikoen for å oppleve et nytt traume og være et offer (Jaffe, DiLillo, Gratz, Messman-Moore, 2019).

Dette har en sammenheng med at PTSD-symptomer spiller en sentral rolle i både reviktimisering og retraumatisering. Studien peker på at forhold sånn som endringer i posttraumatiske kognisjoner er viktig for redusering av PTSD-symptomer, og for å redusere risikoen for reviktimisering (Jaffe, DiLillo, Gratz, Messman-Moore, 2019). I kontekst av elever som bor i et område preget av krig og konflikt er det rimelig å tenke at risikoen for retraumatisering er svært prevalent. Hensikten med dette avsnittet er for å belyse at betydningen av retraumatisering også spiller en vesentlig rolle i vurderingen av klinisk signifikans. I et krig- og konfliktområde er det tenkelig at det er utfordrende å opprettholde stabile resultater, både underveis og etter en intervensjon, spesielt når elevene lever i en usikker hverdag både i og utenfor skolen.

8.4.2.3 Eksekutive funksjoner

63 av elevene rapporterte enten nedgang eller ingen forskjell på eksekutive funksjoner variabelen, sammenlignet med 136 som rapporterte en økning. Dette kan skyldes at ikke alle målte variabler brukte standardiserte spørsmål, og fordi nivået av daglige forstyrrelser (for eksempel bombing, trusler og skyting) var alltid en realitet. I tillegg siden eksekutive funksjoner påvirker så mange aspekter av dagliglivet, kan man nesten forvente at små til middels effektstørrelser representerer klinisk relevans. Dette betyr at selv om effekten er relativt liten eller moderat er det likevel viktig i en klinisk sammenheng. Hva kan økningen fra T1 til T2 bety for elevenes utvikling? Selv om målingen er relativt liten, kan den likevel indikere at de traumeutsatte intervensjonsdeltakerne opplever en ørliten forbedring når det gjelder disse funksjonene, noe som også er av klinisk betydning

8.5 Overførbarhet til norske skoler?

Overførbarheten av funnene eller intervensjonen til norske skoler er en vesentlig faktor å vurdere i henhold til problemstillingen. For å ta et dypdykk i dette aspektet er det essensielt å ta hensyn til plausible utfordringer som kan utfolde seg, samt muligheter som kan oppstå i

prosessen med å implementere Better Learning Program til den norske skolekonteksten. Dette forblir spesielt viktig i kjølvannet av ny turbulens som foregår i Gaza og i Ukraina.

Hvilke ressursmessige utfordringer kan den norske skolen støte på ved implementering av lignende intervensjoner? Kulturelle og ressursmessige utfordringer kan påvirke overførbarheten av en intervensjon. Kulturelle og språklige forskjeller mellom studieutvalgene kan blant annet påvirke studiens gyldighet. Resultatene etter en gjennomført intervensjon avhenger sterkt av et kompleks samspill mellom selve intervensjonen og den spesifikke konteksten den er utviklet i. Når man forsøker å replisere eller overføre en intervensjon fra en kontekst til en annen, kan det oppstå usikkerhet rundt resultatene i den nye konteksten (Cambon, Minary, Ridde & Alla, 2012). Cambon mfl. (2012) peker spesielt på fire områder som man bør være obs på ved implementering, 1) anvendt terminologi, 2) faktorer som påvirker overførbarheten, 3) forskning- og evalueringsdesigners kapasitet til å vurdere overførbarhet, og 4) tilgjengelige verktøy og kriterier for å vurdere overførbarhet. I dette tilfellet er det også viktig å ta hensyn til politiske eller reguleringsmessige hindringer som bør identifiseres (se fig. 1). For eksempel innebærer dette å involvere lokale myndigheter eller organisasjoner for å sikre at intervensjonen er i samsvar med de nasjonalt gitte retningslinjene. I tillegg må man ta hensyn til opplæring av fagpersoner, tilstrekkelige ressurser og tid til å gjennomføre intervensjonene effektivt. Videre er det elementært å avgjøre fordelene og ulempene ved å tilpasse eller kutte deler av intervensjonen som ikke passer inn i den nye konteksten. Hvilke elementer av BLP er universelle og hvilke er kontekstspesifikke? Dette er noe som bør reflekteres over og etterprøves ved en pilotstudie før hovedstudien blir gjennomført. Hvert samfunn har sine egne verdier, normer og sosiale kontekster så kan være faktorer som påvirker aksepten og resultatene etter en intervensjon.

En studie fra 2018 som forsøker å systematisk å utvikle en modell for vurdering av overførbarhet av helseintervensjoner, ved å identifisere og systematisere påvirkende kriterier, inkludert fremmede faktorer og hindringer. Studien viser til to eksempler på manglende etiske overveielser og en mislykket implementering i det skolebaserte programmet for forebygging av rusmisbruk. Studien «Reconnecting Youth» i USA førte faktisk til mer skade enn nytte når det ble gjenskapt i praksis. På samme måte som implementeringen av den evidensbaserte intervensjonen «Assertive Community Treatment» (ACT) i Storbritannia som viste ingen kliniske fordeler, og heller ingen reduksjoner (Schloemer & Bäck, 2018).

Forfatterne peker på hvorfor betydningen av begrepet «transferabilitet» (transerability¹) er viktig for evidensbasert folkehelse. I tillegg understreker forfatterne at litteraturen sjeldent tar opp begrepet overførbarhet av helseintervensjoner fra en primærkontekst til en annen spesifikk målkontekst (Schloemer& Bäck, 2018). Dette reiser spørsmålet om hvordan man bør vurdere overførbarheten av intervensjoner som er designet for mennesker i sårbare situasjoner til en ny kontekst på en adekvat måte. Samlet sett viser dette avsnittet at overførbarhet er kompleks og må etterprøves. Grundig forskning og vurdering for å forstå hvordan man kan oppnå en vellykket overføring av enten helse- eller skolebaserte intervensjoner er nødvendig.

Kan denne intervensjonen hjelpe barna med å utvikle ferdigheter som er nyttige for dem senere i livet både i krigsområdet og i Norge? Dette spørsmålet blir en forlengelse av problemstillingen, og er også noe som man bør ta stilling til ved vurdering av overførbarhet av intervensjonen til norske skoler. Dersom det ikke er noen langsiktig virkning, kan det være behov for justeringer eller andre tilnærminger for å øke deres effektivitet. Det er plausibelt at styrkning av kognitive ferdigheter, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner kan på sikt hjelpe barna med å gi et sterkt fundament for utdanning og karriere senere i livet. Samt fremme mestringsstrategier som hjelper barna med å takle stress og utfordringer.

8.6 Begrensninger av studien

Slik det er nevnt tidligere er det to begrensninger ved denne studien som er viktig å poengtere. For det første er det mangel på en MCID- verdi som fungerer som en standard for å bedømme elevenes respons på intervensjonen. I tillegg er påliteligheten på eksekutive funksjoner ikke tilfredsstillende, noe som gjør det vanskelig å gi et objektivt svar på problemstillingen.

¹ Overførbarhet: I hvilken grad den målte effektiviteten til en aktuell intervensjon kan oppnås i en annen setting eller forskningskontekst (Cambon, Minary, Ridde& Alla, 2012).

9 Konklusjon

Formålet med denne mastergradsavhandlingen var å utforske og undersøke den kliniske signifikansen blant intervensjonsdeltakerne etter å ha deltatt i Better Learning Program-2. Hovedmålet var å måle og vurdere den kliniske effekten på variablene stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner før og underveis i intervensjonen for å evaluere om programmet hadde en positiv og meningsfull innvirkning på deltakernes liv. Hensikten med oppgaven var å generere ny kunnskap og danne en forståelse om hvorvidt programmet er effektivt i å hjelpe deltakerne med å takle de utfordringene de står ovenfor. Poenget i denne avhandlingen var ikke å oppdage nye statistiske effekter i datamaterialet, heller rettet oppgaven seg mot å belyse den kliniske signifikansen etter å ha deltatt i intervensjonsprogrammet. Videre ønsket oppgaven å bidra til den vitenskapelige kunnskapen, samt fremme praktiske implikasjoner for de som arbeider med traumeutsatte barn i krig- og konfliktområder. Problemstillingen er derfor utformet som følgende:

Er det klinisk signifikant endring i stressreaksjoner, akademisk prestasjon og eksekutive funksjoner etter deltakelse i Better Learning program 2?

Problemstillingen er kompleks, og det finnes ikke et enkelt svar. Det er flere viktige faktorer som påvirker denne kompleksiteten. For det første er fraværet av en definert MCID- verdi en ulempe. Mangelen på en tydelig standard gjør det vanskelig å objektivt fastslå om endringene er av klinisk betydning. For det andre utfordrer mangelen på reliabiliteten i målingene av eksekutive funksjoner evnen til å evaluere den kliniske signifikansen. På den måten bringer denne oppgaven lys over at det er et klinisk og pedagogisk behov for å forske på og videreutvikle problemstillingen, spesielt i kjølvannet av det som foregår nylig i Gaza og i Ukraina. Videre avdekker det betydningen av å forankre begrepet klinisk signifikans i pedagogisk forskning og praksis, som er viktig for å faktisk undersøke hva som fungerer i den pedagogiske konteksten. For å oppnå en målrettet, effektiv og relevant pedagogisk praksis er det ansett som elementært å implementere klinisk signifikans i pedagogikken.

Teorien og metoden var compatible med hverandre. «Det generelle tilpasningssyndrom» (GAS- modellen) viser utviklingen av hvordan utløsningen av en stressor over tid kan føre til at individet blir utbrent (Selye& Hoff, 1978, s. 37). Denne modellen er overensstemmende med utviklingen og nedgangen i stressreaksjoner hos intervensjonsdeltakerne. «En modell over eksekutive funksjoner og hele personen» er en modell som forklarer en persons evne til problemløsning og selvorganisering (Fleischer& From, 2017, s. 15). Modellen er godt egnet

til å forklare hvordan eksekutive funksjoner påvirker selvbilde og andre grunnleggende funksjoner, slik som kognitive funksjoner og motoriske funksjoner. Endog bør BRIEF-spørreskjemaet inkorporeres for å både virke supplerende, og øke påliteligheten til målingene av eksekutive funksjoner. «TF-CBT- modellen» er beskrevet som en korttids kognitiv atferdsterapeutisk, resiliensbyggende, komponent- og fasebasert metode for traumatiserte barn og unge mellom 6-18 år, og deres foreldre eller omsorgspersoner (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å.). Modellen er egnet til bruk av utvikling av Better Learning Program, og for å forstå oppbyggelsen av intervensjonen.

Anbefaling for videre forskning dreier seg om spørsmålet om overførbarheten av intervensjonen til norske skoler. I kjølvannet av krigen i Ukraina og folkemordet på Gazastripen er det flere og flere barn som lever i eksil i Norge. Ved å overføre intervensjonen var hensikten at flere av disse barna kunne ha en normal skolehverdag. Likevel kan kulturelle og ressursmessige utfordringer oppstå fordi både studien og resultatene avhenger av konteksten.

Avslutningsvis oppfordres det til å utbrodere og bygge på kunnskapen som denne mastergradsavhandlingen har bidratt til.

Referanseliste

Alisic, E. (2012). Teachers 'Perspectives on Providing Support to Children After Trauma: A Qualitative Study. *American Psychological Association*, 27(1), s.51-59.

<https://psycnet.apa.org/fulltext/2012-12563-005.pdf>

Alvarez A., (2020). Seeing Race in the Research on Youth Trauma and Education: A Critical Review. *SAGE Journals*, 90(5), 583-626.

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.3102/0034654320938131>

American Academy of Pediatrics (2010). The Children´s Impact of Event Scale CRIES-13. *EMDR Foundation*. <https://emdrfoundation.org/toolkit/cries-13.pdf>

Anderson, P. (2002). Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 8(2), s.71-82.

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/chin.8.2.71.8724?casa_token=pbEEBRCALi4AAAAA:Ft42va7s_JdDDAIh00_NF33Y6vm-rkZNdEJWQcAsswShGbA6S9e77n_XB0n7zcTc5d_aKlKuTveSA

Anyaegbu G, Carney C, Howell H. J., Zaza A., Alaeddin A. (2022). How Cognitive and Psychosocial Difficulties Affect Learning Outcomes: A Study of Primary School Children in Syria. *Journal on Education in Emergencies*, 8(1), 50-75.

https://archive.nyu.edu/bitstream/2451/63606/2/JEiE_Vol8No1_Cognitive-and-Psychosocial-Difficulties-and-Learning-Outcomes-in-Syria_March2022.pdf

Aukot, E. (2003). «It Is Better to Be a refugee Than a Turkana in Kakuma”: Revisiting the Relationship between Hosts and Refugees in Kenya. *Canada´s Journal on Refugees*, 21(3).

<https://refuge.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/view/23482>

Bergander, K., Johnsen, B. (2006). Vitenskap og metode. I Larsen E. (Red.). *Fengslet som endringsarena: bok for fengselsbetjenter*. Kriminalomsorgens utdanningscenter.

<https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/bitstream/handle/11250/160510/Vitenskap%20og%20metode.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bjørkvik, J., Nielsen, G. H. (2006). Psykologisk arbeid med selvaktelse i lys av interpersonlig teori. *Tidsskrift for norsk psykologforening* Hentet fra:

<https://psykologtidsskriftet.no>

Bjåstad, J. F., Haugland, B. S., Kornør, H. (2020). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (2.utg.) *Ungsinn 2:1* Hentet fra: <https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2020/08/Ungsinn-Artikkel-Tidsskriftmal-TF-CBT-2.pdf>

Blair, C. (2017). Educating executive function. *WIREs Cognitive Science*,8(1-2).

<https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/wcs.1403>

Bücker, J., Kapczinski, Post R., Cerèser K. M., Szobot C., Lakshmi N. Y., Kapczinski N. S., Sant'Anna M. K. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *ScienceDirect*, 53(6), s. 758-764.

Bækkelund, H. (2015). Hva er traumer og traumebehandling?. *Norsk Psykologforening*.

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-traumer-og-traumebehandling>

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., Alla, F. (2012). Transferability of interventions in health education: a review. *Springer Link*, 12(497).

<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-12-497>

Center for Preventive Action. (2023). Israeli- Palestinian Conflict. *Global Conflict Tracker*.

<https://www.cfr.org/global-conflict-tracker/conflict/israeli-palestinian-conflict>

Charlson F., Ommeren M. V., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta- analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2930934-1>

Child Outcomes Research Consortium (u.å.). Child Revised Impact of Events Scale (CRIES). *Child Outcomes Research Consortium*. <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/child-revised-impact-of-events-scale-cries/>

Child Welfare Information Gateway. Trauma-Focused Cognitive Therapy: A Primer for Child Welfare Professionals. *Department of Health and Human Services.*

<https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/trauma.pdf>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (2015). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(3), 557-570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>

Creswell, J. W., Guetterman, T. C. (2021). *Educational Research: Planning, Conducting and Evaluation Quantitative and Qualitative Research* (6.utg.). Pearson Education Limited.

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., Steer, R. A. (2011). Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the Trauma Narrative and Treatment Length. *Depression and anxiety*, 28(1), 67-75.

<https://doi.org/10.1002/da.20744>

Downing, C. F., Weigle, R. J., Harrison, M. A., (2022). The Behavioral Neuroscience of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Barriers to Learning. *ERIC.*

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED624180.pdf>

Dybdahl, R. (2014). Er det bare å sette i gang?. I Stenmark, H., Aarethun, V. (Red.), *Krigens ulike ansikt: Psykososialt arbeid i internasjonale kriseområder*, s. 55-70. Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.

<https://www.nb.no/items/b36a4f8676ba66dc12db014bc98a155a?page=6>

Dybdahl, R., Christie, H. J. (2014) Arbeid med barn og familier. I Stenmark, H., Aarethun, V. (Red.), *Krigens ulike ansikt: Psykososialt arbeid i internasjonale kriseområder*, s. 89- 108. Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.

<https://www.nb.no/items/b36a4f8676ba66dc12db014bc98a155a?page=6>

Eid, J., Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatiske stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 620-627.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/08/posttraumatisk-stressforstyrrelse-i-dsm-og-icd-systemene>

Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen G. M., Husebø G. K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for norsk*

psykologforening. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/10/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi-og-komplekse-traumer>

Fallmyr, Ø., Egeland, J. (2011). Psykrometriske egenskaper for den norske versjonen av Behavior Inventory of Executive Function (BRIEF). *Tidsskrift for norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/psykometriske-egenskaper-den-norske-versjonen-av-behavior-inventory-executive>

Field, A.(2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5.utg.). SAGE.

Fleischer, A. V., From, K. (2017). *Eksekutive funksjoner hos barn og unge*. Info Vest Forlag. <https://www.nb.no/items/98ff6e1f56c02afc02882bbf138e35af?page=4>

FN-sambandet: United Nations Association of Norway. (2023). Palestina. *FN-sambandet*. <https://www.fn.no/konflikter/palestina>

Forsberg, J. T., Schultz, J. H. (2022). Educational and psychosocial support for conflict-affected youths: The effectiveness of a school- based intervention targeting academic underachievement. *International Journal of School & Educational Psychology*, 11(2), 145-166. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/21683603.2022.2043209?needAccess=true&role=button>

Global Coalition to Protect Education from Attack (2023). The Safe Schools Declaration. *Protecting Education*. <https://ssd.protectingeducation.org>

Gogus, A. (2012). Socratic Questioning. I Seel N. M. (Red.). *Encyclopedia of the Sciences of Learning*. Springer. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1428-6_492#citeas

Gogas, K. R., Lechner, S. M., Markison, S., William, J. P., McCarthy, N., Grigoriadis D. E., Foster A. C. (2007). Comprehensive Med Chem II: Anxiety. *National Library of Medicine*.

Government of the Netherlands. What is mental health and psychosocial support (MHPSS)?. *Government of the Netherlands*. <https://www.government.nl/topics/mhpss/the->

[need-for-mental-health-and-psychosocial-support-in-crisis-situations/what-is-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641015000695)

Goldson, E. (1996). The effect of war on children. *ScienceDirect*, (809-819).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641015000695>

Grant S. P., Wilson E. M., Torres G. J. M., Montgomery P. (2013). Reporting Quality of Social and Psychological Intervention Trials: A Systematic Review of Reporting Guidelines and Trial Publications. *PLoS ONE*, 8(5).

<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0065442&type=printable> –

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Karger*, 90(11), 11-27.

<https://www.karger.com/Article/Pdf/510696>

Hariton, E., Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. *National Library of Medicine*, 125(13).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6235704/>

Heim, C. (2013). Stress, Early Life. I Gellmann, M.D., Turner, J. R (Red.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (s. 1903- 1906). Springer.

[https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4419-1005-](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4419-1005-9_215.pdf?pdf=inline%20link)

[9_215.pdf?pdf=inline%20link](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4419-1005-9_215.pdf?pdf=inline%20link)

Ibrahim, A. K. (2001). The Development-Based Taxonomy of Stressors and Traumas: An Initial Empirical Validation. *American Psychological Association*, 7(2), 73-86.

[https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-10410-](https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-10410-002.pdf?auth_token=ae86c8470178e77c5b60f522ab15c818086288c7)

[002.pdf?auth_token=ae86c8470178e77c5b60f522ab15c818086288c7](https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-10410-002.pdf?auth_token=ae86c8470178e77c5b60f522ab15c818086288c7)

Inter- Agency Standing Committee (IASC). (2007). Guideline: Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *IASC*.

[https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf)

[11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf)

Jacobson, Neil. S., Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), s. 12-19. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1991-16094-001.pdf>

Jaffe, A. E., DiLillo, D., Gratz, K. L., Messman- Moore, T. L. (2019). Risk for Revictimization Following Interpersonal and Noninterpersonal Trauma: Clarifying the Role of Posttraumatic Stress Symptoms and trauma- Related Cognitions. *Journal of traumatic stress*, 32(1), s. 42-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6599470/>

Karam, E. G., Fayyad, J., Karam, A. N., Tabet C. C., Melhem, N, Mneimneh, Z., Dimassi, H. (2008). Effectiveness and specificity of a classroom-based group intervention in children and adolescents exposed to war in Lebanon. *National Library of Medicine* 7(2), s. 103-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2430518/>

Kelder, R., Akker A. L. V., Geurts, H. M., Lindauer, R. J. L., Overbeek, G. (2018). Executive functions in trauma- exposed youth: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 9(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7803075/>

Kliethermes, M. D., Drewry, K., Nanney R. W. (2017). Trauma-focused cognitive behavioral therapy. I Landolt, M. A., Cloitre, M., Schnyder, U. (Red.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*, s. 167-186. Springer International Publishing. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-46138-0_8.pdf?pdf=inline%20link

Langkaas, T. F., Johnson, S. U., Tiller, C. C., Vrabel, K. R. (2017). Klinisk signifikans i praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2017/12/klinisk-signifikans-i-praksis>

Law, R., Clow, A. (2020). Stress, the cortisol awakening response and cognitive function. *ScienceDirect*, vol. 150, s. 187-217. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0074774220300015>

Leraand, D., Jensehaugen, J. (2023). PLO: Den palestinske frigjøringsorganisasjonen. *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/PLO - Den palestinske frigjøringsorganisasjonen>

Loyd J., M. (2009). “War is not healthy for children and other living things”. *Environment and Planning D: Society and Space*, 27(3), 403-424.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1068/d12107>

Magill, K. (1994). Against Critical Realism. *SAGE Journals*, 18(3).

<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/030981689405400106>

Mannarino, A. P., Cohen J. A., Deblinger E. (2014). Trauma- Focused Cognitive-Behavioral Therapy. I Timmer, S., Urquiza A. (Red.), *Evidence- Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*, s. 165- 187. Springer Science. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-94-007-7404-9.pdf?pdf=button>

Manzanero, A. L., Crespo, M, Barón, S., Scott, T., El-Astal, S., Hemaïd, F. (2017). Traumatic Events Exposure and Psychological Trauma in Children Victims of War in the Gaza Strip, *SAGE Journals*, 36(3-4), 1568-1587.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0886260517742911>

McEwen, B. S. (2017). Stress: Homeostasis, Rheostasis, Allostasis and Allostatic Load. I Squire, L. R. (Red.). *Encyclopedia of Neuroscience* ,s. 557-561. Academic Press.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080450469000772>

McEwen, B. S., Sapolsky, R. M. (1995). Stress and cognitive function. *ScienceDirect*, (5)2, s. 205-216. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/095943889580028X>

Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS]. (u.å).

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). *NKVTS*. <https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-metoden/>

Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS]. (u.å). Vold, helse og reviktimisering—En longitudinell studie. *NKVTS*. <https://www.nkvts.no/prosjekt/vold-helse-og-reviktimisering-en-longitudinell-studie/>

Neuberger, B. (1995). Sionismen: Et kort overblikk over den jødiske nasjonalbevegelsen. *Israels ambassade i Norge*.

<https://embassies.gov.il/oslo/AboutIsrael/history/Pages/Sionismen.aspx>

Nickerson, A., Lidell, B., Asnaani, A., Carlsson, J., Fazal, M., Morina, N., Neuner F., Newnham, E., Rasmussen, A. (u.å.). Trauma and Mental Health in Forcibly Displaced Population: An International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper.

International Society for Traumatic Stress Studies, s. 1-36.

https://app.mhpss.net/?get=292/displaced-populations-briefing-paper_final.pdf

O'Connell, R., Poudyal, B., Streeb, E., Bahgat, F., Tol, W., Ventevogel, P. (2012). Who is Where, When, doing What: mapping services for mental health and psychosocial support in emergencies. *Academia Edu*, 10(2), s.171-176.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/42761377/Who_is_Where_When_doing_What20160217-2301-1wn5hcg-libre.pdf?1455709075=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DWho_is_Where_When_doing_What.pdf&Expires=1698269452&Signature=BzKIMk1AfOVL-MS6qlMDkpsyAaH-vTsOJLXCapaBInLLcpVSG4ttYkDs0uWXsbOa0Vau3FWpKMxWYmL8uyTVYw6FOxISMPf2mGfr2aCTH6SBpKJY8vJ3pr2w-t-viV3D7B7NAcDXewM~j5l~glHyDSJdRlaHZExIJSBFLQYjfbGnnHxKbvaeQ672KDQrt5-Nm88AvvrkaBSrdTB3OmmcntApc5bttAIQ-99Jd6E1JJnKiOrDNBkbHpEssTL8htmNg0bICa40ovD-jo-fPm1hdCp4Y4fgULHQtfTfSG87ovb5dar~qRvQifC19aFqYXuJDW0Gd~TzDB0I~1KYH-Ajg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Gyldendal akademisk.

Pastoor, L. D. W. (2016). Engelske unge flyktningers psykososiale utfordringer: behovet for en flyktningskompetent skole.

Pascual, A. C., Munoz, N. M., Robres A. Q. (2019). The Relationship Between Executive Functions and Academic Performance in Primary Education: Review and Meta- Analysis.

Frontiers. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01582/full>

Perfect, M. M., Turley, M. R., Carlson, J. S., Yohanna, J., Gilles, M. P. S. (2016). School-Related Outcomes of Traumatic Event Exposure and Traumatic Stress Symptoms in Students: A Systematic Review of Research from 1990 to 2015. *School Mental Health*, 8(1).

PsykTestBarn- BUP (2019). Psykometri- måleegenskaper. *PsykTestBarn- BUP*.

<https://psyktestbarn.r-bup.no/no/om-psyktestbarn/psykometri-maaleegenskaper#>

- Ravn, S. L., Andersen T. E.** (2020). Exploring the Relationship Between Posttraumatic Stress and Chronic Pain. *PsychiatricTimes*, (37)11.
<https://www.psychiatrictimes.com/view/exploring-relationship-between-posttraumatic-stress-chronic-pain>
- Ringdal, K.** (2018). *Enhet og mangfold* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Salloum, A., Overstreet, S.** (2008). Evaluation of individual and group grief and trauma interventions for children post disaster. *National Library of Medicine*, 37(3), s. 495-507.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18645741/>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., Torsheim, T.** (2017). Stress og mestring. *Helsedirektoratet*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Sandberg, S.** (2007). Childhood Stress. I Fink., G. (Red.), *Encyclopedia of Stress* (2.utg.) (s. 472- 478). Academic Press.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739476000799>
- Sarromaa, S.** (2023). Forsker pedagogene i akademia først og fremst for seg selv?. *Forskersonen*. <https://forskersonen.no/kronikk-laerere-meninger/forsker-pedagogene-i-akademia-forst-og-fremst-for-seg-selv/2222203>
- Schloemer, T., Bäck, P. S.** (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis, *Implementation Science* 13(88).
<https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-018-0751-8#citeas>
- Schultz, J. H., Norheim, H., Gomez S., Ollieuz A.** (2019). Better Learning Programme 1: Supporting students 'Recovery in Emergencies, Classroom Sessions (4.utg.), *Norwegian Refugee Council*. <https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2022/03/BLP-1-Edittion-III-Handbook-2019.pdf>
- Selye, H. & Hoff, N.** (1978). Stress uten press (Stress without distress). *Oslo: Hjemmet Fagpressforlaget*.

Shah, R. (2017). *Improving Children's wellbeing: An Evaluation of NRC's Better Learning Program in Palestine: Evaluation Report.*

<https://www.nrc.no/globalassets/pdf/evaluations/nrc-blp-palestine-full-report.pdf>

Siqveland, J., Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory, versjon II (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(5). <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/bdi-ii-beck-depression-inventory-versjon-ii#>

Staff, S. (2014). Ydmyk og oppreist- psykososialt arbeid på fremmed grunn. I Stenmark, H., Aarethun, V. (Red.), *Krigens ulike ansikt: Psykososialt arbeid i internasjonale kriseområder*, s.35- 53. Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.

<https://www.nb.no/items/b36a4f8676ba66dc12db014bc98a155a?page=6>

Stensrud, M. J., Aalen O. O. (2019). Skal vi skrinlegge begrepet statistisk signifikans? (11.utg.). *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2019/08/medisin-og-tall/skal-vi-skrinlegge-begrepet-statistisk-signifikans>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). A Treatment Improvement Protocol: Trauma- Informed Care in Behavioral Health Services. *I Substance Abuse and Mental Health Services*.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf

Skovlund, E. (2021). Studiedesign. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2021/02/medisin-og-tall/studiedesign>

Squire, L. R., Genzel, L., Wixted, J. T., Morris, R. G. (2015). Memory consolidation. *Cold Spring Harbor perspectives in biology*, 7(8): a021766,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526749/>

Syed, J., Mingers, J., Murray, P. A. (2009). Beyond rigour and relevance: A critical realist approach to business education. *SAGE Journals*, 41(1).

<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1350507609350839>

Sørensen, L., Hysing, M. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), foreldreversjon. *PsykTestBarn- BUP*, 4(6).

<https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/brief-behavior-rating-inventory-of-executive-function-foreldreversjon>

Thrane C. (2018). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming* (1.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

UNICEF. (u.å.). Children Under Attack. *UNICEF*. <https://www.unicef.org/children-under-attack>

Verdens Helseorganisasjon. (2019). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (10.utg.). *Direktoratet for e-helse*. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613494>

Waage, H. H. (2020). Oslo-avtalen. *Norges historie: Fra steinalderen til i dag fortalt av fagfolk*. <https://www.norghistorie.no/oljealder-og-overflod/1931-oslo-avtalen.html>

Wright, A., Hannon, J., Hegedus, E. J., Kavchak, A. E. (2013). Clinimetrics corner: a closer look at the minimal clinically important difference (MCID). *Taylor & Francis Online*, 20(3), s.160-166. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/2042618612Y.0000000001?casa_token= QpKLmHp39gAAAAA%3Aczj2ege-ZYeXfrk4SAFuv8PmAJ05UwPcqFHyPv6nk4neSoatyFF9vhbp5y1L-DQ1AGRPWyl3eGwppw

Zemestani, M., Mohammed A. F., Ismail, A. A., Vujanovic A. A. (2022). A Pilot Randomized Clinical Trial of a Novel, Culturally Adapted, Trauma. Focused Cognitive-Behavioral Intervention for War-Related PTSD in Iraqi Women. *ScienceDirect*. 53(4), 656-672. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789422000120>

