

Tsjetsjenske foreldres synspunkter på hjelp til barn og unge med psykiske vansker etter krig og flukt

Kirsten Jagmann

Master of Public Health

MPH 2009:1



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Tsjetsjenske foreldres synspunkter på hjelp til barn og unge med psykiske vansker etter krig og flukt				
Författare Kirsten Jagmann				
Författarens befattning och adress Klinisk helsesøsterspesialist, koordinator for flyktingteamet, Psykisk helsetjeneste for barn og unge, 1304 Sandvika, Bærum kommune, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 2009-04-03			Handledare NHV/Extern Lene Povlsen, universitetslektor, DrPH	
Antal sidor 44	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk-Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-63-4

Sammanfattning

Bakgrunn: Mange barn og unge med flyktingbakgrunn sliter med psykiske vansker. Dette er en utfordring for helsetjenesten.

Hensikt: Å beskrive tsjetsjenske foreldres opplevelse av foreldrerollen i henholdsvis Tsjetsjenia og Norge, og hvilke tiltak de opplever som best for deres barns psykiske helse.

Metode: Deskriptiv studie med en kvalitativ tilnærming. Ti foreldre er intervjuet. Data er analysert med innholdsanalyse. Temaene i intervjuguiden: Foreldrerollen i hjemlandet. Barnas psykiske situasjon. Foreldrenes ønsker, synspunkter og tanker om hva som kan bedre evt. dårlig psykisk helse hos barnet. Hvordan introduksjonsordningen påvirker foreldrerollen.

Funn: Foreldrene forteller at mange av barna/ungdommene, etter mange år i Norge, har det dårlig psykisk og sosialt. De er ensomme, og har problemer med å finne seg til rette blant venner og i fritidsaktiviteter. Noen har atferdsforstyrrelser, og sosial mestring og funksjon er vanskelig. Barnas dårlige psykiske og sosiale situasjon gjør dem ekstra krevende for foreldrene. Informanter beskriver manglende erfaring med ansvar for og oppdragelse av barn. Ved flyttingen til Norge har de reist fra oppdragerkompetansen i familie og nettverk. Samtidig forteller de om store forskjeller i mål og verdier i Norge og hjemlandet. Særlig mødrene forteller om en meget slitsom hverdag, som mor, deltager i introduksjonsordningen og med egne psykiske vansker. Tidsmarginene i det daglige blir knappe, og i mange tilfeller umulige, og dette gir en høy stressfaktor. Foreldrene ønsker hjelp til helsefremmende tiltak som fritidsaktiviteter, kulturaktiviteter, hjelp til å etablere nettverk, mestring og foreldreveiledning, men har dårlig erfaring med terapi til barna. Aller mest ønsker de tid til å være foreldre for barna sine.

Konklusjoner: Mottak av store familier med traumatiske opplevelser hos foreldre og barn er komplisert, og krever et samordnet tilbud i kommunen, hvor barneperspektivet må være like mye i fokus som foreldrenes kvalifisering, gjerne med en egen introduksjonslov for barna. Spesielt må det i større grad tilrettelegges for god foreldrefunksjon.

Nyckelord

Flyktninger, barn og ungdom, psykisk helse, resiliens, helsefremmende



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Chechenian parents: how to improve the mental health of a child following war and flight				
Author Kirsten Jagmann				
Author's position and address Clinical Public Health Nurse Community psychical health care service for children and youth, 1304 Sandvika, Bærum Commune, Norway				
Date of approval 2009-04-03			Supervisor NHV/External Lene Povlsen, senior lecturer, DrPH	
No. of pages 44	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian /English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-63-4

Abstract

Background: Many refugee children struggle with mental problems. This presents a challenge for the Norwegian health service.

Purpose: This thesis aims to describe Chechenian parents' experience of parenting in Chechnya and Norway respectively, and which initiatives they perceive to be best for their children's mental health.

Method: This descriptive study used a qualitative approach to interview ten parents who had immigrated to Norway from Chechnya. The themes in the interview guide were: Parenting role in the homeland; the children's psychological situation; the wishes, viewpoints and thoughts of the parents concerning what might improve the possible poor mental health of the child; how the rigours of participation in the qualification programme demanded by immigration laws affect the parenting role. Data were analysed by content analysis.

Findings: The parents reported that, after many years in Norway, their children and teenagers experience both mental and social difficulties including loneliness, difficulty fitting in with friends and adjusting to leisure activities. Some are behaviourally disturbed, and functioning socially is difficult. The children's poor mental health and social challenges place great demands on the parents. Informants explained that they lack experience in having responsibility for raising children. Moving to Norway, they have left behind the child-rearing skills found in their family and social network. At the same time, they describe considerable differences in the parental goals and values of their homeland and Norway. Mothers especially, described a very exhausting daily life whilst participating in the qualification programme, balancing parental responsibilities whilst having their own mental difficulties. Having little or no free time increased their stress levels. Parents want help with health-promoting initiatives such as leisure activities, network building, cultural activities, and teaching of parenting skills, but their experience of child-therapy has been negative. Most of all, they want time to be parents for their children.

Conclusions: The reception of large families where both parents and children have endured traumatic experiences is complicated, and demands a coordinated effort from the local council, where the child's perspective must be as central as the parents' circumstances, preferably with a separate qualification programme for children. In particular, programmes must be organised with good parenting function in mind.

Key words

Refugees, children and youth, mental health, resilience, health promotion

Tsjetsjenske foreldres synspunkter på hjelp til barn og unge med psykiske vansker etter krig og flukt

Når vi flyttet hit (til Norge), eldste gutten fortalte så mye, og jeg slår han... Det var hans måte med fortellinger som var best, men jeg vil ikke høre. Jeg trodde (at) hvis jeg lukker hans munn, da glemmer jeg også, men det går ikke (Tsjetsjensk mor)

Kirsten Jagmann

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	5
2. TEORETISK BAKGRUNN.....	6
2.1. Migrasjon, lovmessig grunnlag og helse.....	6
2.2. Flyktninger og innvandrere i Norge.....	6
2.3. Psykisk helse.....	7
2.4. Helsefremmende arbeid.....	9
3. HENSIKT, MÅL OG NYTTEVERDI.....	15
3.1. Forsknings spørsmål.....	15
4. METODE.....	16
4.1. Valg av metode.....	16
4.2. Deltagere.....	16
4.3. Datainnsamling.....	17
4.4. Analyse.....	18
4.5. Valideringstiltak.....	19
4.6. Etikk.....	20
5. RESULTAT.....	21
6. DISKUSJON.....	31
6.1. Faktorer som hemmer utviklingen av god psykisk helse hos barn.....	31
6.2. Foreldrenes oppfatning av helsefremmende faktorer.....	33
6.3. Hvordan kan motivasjon og samarbeid rundt habiliterings tilbud til tsjetsjenske barn og unge optimeres	34
6.4. Metodediskusjon.....	36
7. KONKLUSJONER.....	37
8. ANBEFALINGER.....	38
9. TAKK.....	39
10. REFERANSER.....	40

1 INTRODUKSJON

De siste 15 årene har det i Norge, som i resten av Norden, vært en kraftig økning i antall flyktninger som bosettes.

Mange flyktninger har opplevelser og bakgrunn som kan gi psykisk uhelse og sykdom. Nyere forskning viser at traumeeksponering er utbredt hos barn og unge med flyktningbakgrunn. I henhold til både FNs konvensjon for barnets rettigheter (1989) og Kommunehelsetjenesteloven (1984), har vi en plikt til å hjelpe disse barna og ungdommene.

En litteraturgjennomgang av Stoltenberg (1997) viser at det er behov for mer forskning på psykisk helse hos innvandrere i Norge. St. melding nr. 49 viser at det er forsket lite på foreldre med innvandrerbakgrunn, og enda mindre på foreldre til barn og unge med psykiske vansker etter alvorlige krigsopplevelser.

Brukerperspektivet står sentralt i St. melding nr. 25. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og et overordnet mål innen helse- og sosialtjenesten, og i tjenestene innen psykisk helse. I strategiplan for barns og unges psykiske helse *Sammen om psykisk helse* (HOD 2006) er brukerperspektivet framhevet som ett av fem gjennomgående temaer.

I et folkehelseperspektiv er det viktig at flyktningene får et tilbud og en behandling som gir dem så god psykisk helse som mulig. Et godt behandlingsresultat er imidlertid avhengig av at foreldrene bidrar positivt, og forstår hvorfor det er viktig at barna deltar. Det vil derfor være nyttig å få mer kunnskap om hvordan man kan bedre den psykiske helsen til flyktningbarn- og unge, og spesielt i denne studien å få belyst foreldrenes synspunkter. Hvis dette kan føre til at man får satt gode handlinger ut i livet, vil det kunne medføre en folkehelsemessig gevinst.

2 TEORETISK BAKGRUNN

2.1 Migrasjon, lovmessig grunnlag og helse

Migrasjon er folkevandringer mellom nasjoner (Lie 2003). Migrasjon gir store og nye fysiske og psykiske utfordringer for folkehelsen. Immigranter kan være forskjellige fra majoritetsbefolkningen, både genetisk, kulturelt og sosialt, og kan ha en annen sykdomsoppfattelse. Etniske grupper kan ha mindre tilgang til helsevesenet på grunn av språk, psykososiale, økonomiske og sosiale forhold, bl.a. fordi de ved flytting til nytt land må forholde seg til nye regler, verdier, tradisjoner og syn på helse (Brunvatne 2006). Flyktninger kan også søke hjelp for andre plager enn vi er vant til, og de kan forvente annen hjelp enn vi tilbyr (Angel og Hjern 2004). I FNs konvensjon for barnets rettigheter (1989), artikkel 30, beskrives retten til å praktisere sin religion og sitt språk, og å glede seg over sin kultur.

Introduksjonsloven (UDI.no 2008) gjelder flyktninger som er bosatt etter 1. september 2004. Introduksjonsprogrammet er en kombinasjon av økonomisk støtte, og krav om å tilegne seg grunnleggende ferdigheter i norsk språk og samfunnsliv. Dette skal gi kvalifikasjoner for arbeid og/eller utdanning. Programmet gir rett og plikt til deltagelse for dem mellom 18 og 55 år. Programmet strekker seg over to år, og er på full tid. Hvis man uteblir uten gyldig fravær, blir man trukket i lønn. Det er muligheter for individuell tilpasning til programmet, og det gis permisjon ved sykdom og svangerskap. Noen får forlengelse av programmet. Det er ingen egen lovpålagt introduksjon for barn.

2.2 Flyktninger og innvandrere i Norge

«I dagligtale brukes begrepet flyktning om en person på flukt fra for eksempel krig, borgerkrig eller menneskerettighetsovergrep. I juridisk forstand, slik det er definert i FNs flyktningkonvensjon, er en flyktning en person som med rette frykter forfølgelse på grunn av sin rase, religion, nasjonalitet, politiske overbevisning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe.» (UDI.no 2008).

I Norge er antallet flyktninger økt fra 65 000 i 1998 til 125 100 i 2007. Tall fra statistisk sentralbyrå (SSB 2007) viser at innvandrerbefolkningen på landsbasis utgjør 415 000 personer eller 9 % av befolkningen. Innvandrerne har bakgrunn fra over 200 forskjellige land, og er kommet som flyktninger, arbeidsinnvandrere eller gjennom familierelasjoner til andre innvandrere eller nordmenn.

Bærum kommune, som ligger 15 km fra Oslo, har ca. 100 000 innbyggere. Tall fra statistisk sentralbyrå (SSB 2007) viser at Bærum kommune i perioden 2001–2006 har bosatt 742 flyktninger, eller i gjennomsnitt 123 pr. år. Antallet flyktninger har i perioden økt med 50 %. Ca. 3000 personer, tilsvarende 2,8 % av innbyggerne i Bærum, har

flyktningbakgrunn. Av disse er ca. 50 % barn. I Bærum kommune bor det 200 tsjetsjenere, målgruppen for denne undersøkelsen.

Det er høy andel av unge voksne i den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen i Bærum. I aldersgruppen 20–29 år utgjør de 15 % av befolkningen, mens andelen er likt med gjennomsnittet på 7 % for hele befolkningen i de yngste aldersgruppene, og bare 3 % er 67 år og eldre. Det er viktig å merke seg at barn som blir født av flyktninger etter at de er kommet til landet, ikke er medregnet (SSB 2007).

2.3 Psykisk helse

2.3.1 Definisjoner

I rapporten *Toppstudien* (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid) definerer Folkehelseinstituttet (2007) psykisk helse som «evnen til å mestre tanker, følelser og atferd, og muligheter og evne til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang».

Psykisk helse inkluderer:

- Psykisk velvære
- Psykiske plager
- Psykisk lidelse eller sykdommer

Psykisk velvære oppleves ved mestringsevne og god sosial kompetanse. Psykiske plager inkluderer søvnproblemer, angst, spiseforstyrrelser og konsentrasjonsproblemer. Når plagene blir så alvorlige at det kan stilles en diagnose, går det over fra å være plager til lidelse.

Subjektivt velvære

I *Toppstudien* (2007) refereres det til Diener (2000): «Subjektivt velvære er en kombinasjon av positive følelser og generell tilfredshet med livet». Forskning viser at positive følelser øker sannsynligheten for at folk hjelper hverandre, er mer fleksible i sin tenkning og lettere finner løsninger på problemer. Erfaringer som gjør en glad og fornøyd, minsker forekomsten av negative følelser (Ashby, Isen og Turken 1999).

Stress

Stress er en reaksjon på en uønsket, belastende hendelse eller situasjon (Weisæth 2000). Stress øker risiko for psykiske og fysiske sykdommer. Lazarus og Launier (1978) beskriver stress som en vekselvirkning eller gjensidig påvirkning mellom individet og omgivelsene. Graden av opplevd stress avhenger av både individets vurdering av situasjonen, og vurdering av egne personlige ressurser for å takle situasjonen (Ogden 2007).

2.3.2 Psykiske plager i barne- og ungdomsbefolkningen

Traumeforskning

Nyere forskning viser at traumeeksponering er utbredt hos barn og unge med flyktningbakgrunn. Undersøkelsen til Angel, Hjern og Ingelby (2001) antyder at 30–50 % av disse barna kan utvikle psykisk lidelse i en eller annen form. De færreste utvikler varig PTSD (post traumatic stress disorder), men mange har symptomer de første årene (Angel og Hjern 2004). Depresjon er like vanlig som PTSD. Vanlige følger av PTSD kan være gjenopplevelse, unnvikende atferd, høy produksjon av stresshormoner, høy muskeltonus, søvnproblemer, mareritt, sengevæting og skvettenhet. Konsekvensene for skolegang blir konsentrasjonsproblemer, innlæringsvansker, rastløshet, uro og tretthet (Angel og Hjern 2004).

Risikoforskning

Smith (2000) referer til undersøkelsen til Rutter og andre (1976), og deres seks risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos barn: alvorlig familiedisharmoni, lav sosial status, stor barneflokk, kriminalitet hos fedrene, psykisk forstyrrelse hos mødrene, og plassering i fosterhjem. De beskriver også en kumulativ virkning ved flere faktorer på en gang. Flere av disse faktorer kan være svært aktuelle for mange barn og unge med flyktningbakgrunn. Montgomery og Foldspang (2005) har i sin forskning sett en sammenheng mellom diskriminering i det nye landet og dårlig sosial tilpasning.

2.3.3 Psykisk uhelse hos voksne flyktninger

Statistisk sentralbyrå (1996) påpeker at det er mer nervøse lidelser blant voksne innvandrere enn blant nordmenn. Andelen med hyppige symptomer på nervøse lidelser var 5 % blant nordmenn og 17 % blant innvandrere. Spesielt ikke-vestlige innvandrere har flere nervøse lidelser eller symptomer på slikt, sammenliknet med nordmenn. Man fant ingen forskjell på flyktninger og innvandrere når det gjaldt nervøse lidelser, men flyktningene rapporterte mer ensomhet enn arbeidsinnvandrere og familiejenforente.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2007 fått i oppdrag av Helse- og Omsorgdirektoratet å oppsummere vitenskapelige artikler om virksom behandling for alvorlig psykisk syke flyktninger. De har i den anledning kartlagt omfanget av alvorlig psykisk syke flyktninger i Europa, og refererer til Fazel, Wheeler og Danesh (2005), som har funnet at 9 % har fått diagnosen PTSD, og 5 % diagnosen alvorlig depresjon. Det svarer til en ti ganger høyere risiko for å få alvorlig psykisk lidelse enn i normalbefolkningen. Sund, Larson og Wichstrøm (2003) har tilsvarende funnet en større forekomst av symptomer på depresjon hos ikke-vestlige innvandrere enn hos andre, men forskjellen er mindre uttalt. Oppedal og Røysamb (2004) finner store forskjeller mellom ulike innvandregrupper.

Forskningen til Lie (2003) viser høy forekomst av psykiske symptomer som følge av krigsopplevelser. Dette blir ikke bedre over tid, fordi mange flyktninger lever under vanskelige forhold, som mangelfullt familienettverk, lav utdanning og arbeidsledighet.

2.3.4 Sammenhengen mellom foreldrene og barnas psykiske tilstand

I familier hvor barn og unge har hatt traumatiske opplevelser, er det stor sannsynlighet for at foreldre har hatt lignende eller tilsvarende opplevelser med påfølgende muligheter for psykiske plager/lidelser. Det å ha foreldre med psykisk lidelse gir økt risiko for barn og unge. Rubovits (1996) beskriver at barn som har foreldre med psykiske plager, har økt hyppighet av atferdsforstyrrelser og emosjonelle vansker. Kufås, Lund og Myrvoll (2004) påpeker at «ved langvarige, alvorlige psykiske lidelser hos foreldrene er det ikke spørsmål om barna blir påvirket, men hvordan de blir det».

Forskningen til Punamaki m.fl. (2005) viser at kvaliteten på barnets tilknytning til mor er avgjørende for hvordan barnet klarer å takle et traume. Hvis familien har levd i flere år i et krigsområde, har forholdene ikke ligget til rette for å etablere en god tilknytning mellom mor og barn, og barnet blir derfor mer sårbart ved traumer. Forskningen viser videre at i land hvor det har vært krig og uroligheter i generasjoner, og foreldrene også har vært utsatt for traumer som barn, vil de få det ekstra vanskelig med å støtte egne barn. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for flyktningbarn- og unge. Funn i *Toppstudien* (Folkehelseinstituttet 2007) viser at belastninger ved barnas helse, skole og fritid påvirker mødrenes symptomnivå mer enn ved belastende levevilkår. Høyt symptomnivå hos mødrene henger, i større grad enn hos fedrene, sammen med engstelse for barn.

Oppsummert viser dette at barn og voksne med dårlig psykisk helse påvirker hverandre gjensidig. Fra et barneperspektiv er det derfor viktig at foreldre får hjelp, for å bedre barnas psykiske helse. Derfor blir foreldreveiledning og avlastning, i tillegg til egen behandling, viktig.

2.4 Helsefremmende arbeid

2.4.1 Ottawa -charteret

I Ottawa-charteret (WHO 1986) defineres helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse». Charteret anvendes som grunnlag for norsk folkehelsepolitikk. I charteret påpekes det at strategisk arbeid på samfunnsnivå kombinert med innsats på individnivå gir best resultat i helsefremmende arbeid. Følgende fem innsatser vektlegges i det det påpekes at de er mest effektive når de kombineres:

- Bygge opp en sunn helsepolitikk

- Skape et støttende miljø
- Styrke lokalmiljøets muligheter for handling
- Utvikle personlige ferdigheter
- Tilpasse helsetjenesten

Ifølge Hjort (1994) er helse «å ha overskudd i forhold til hverdagens krav». I følge Ottawa-charteret (WHO 1986) skapes helse på den arena der folk er, eksempelvis der de går på skole eller bor. Kunnskapen om den arenaen man opptre på, samt helsefremmende faktorer, blir derfor viktig.

2.4.2 Bronfenbrenners modell

Et sosialt system fungerer ikke alene, men i samspill med andre sosiale systemer. Bronfenbrenner (1979) fokuserer i sin modell på menneskelig utvikling som et samspill og relasjon mellom et individ i utvikling, og forandringer i de omgivelsene som individet befinner seg i. Modellen inneholder fire sosiale systemer: mikrosystemet, mesosystemet, eksosystemet og makrosystemet, som vist i Figur 1. Hver av disse sier noe om menneskers eller systemers rolle og forhold til andre. Kontekst og relasjon er viktig.

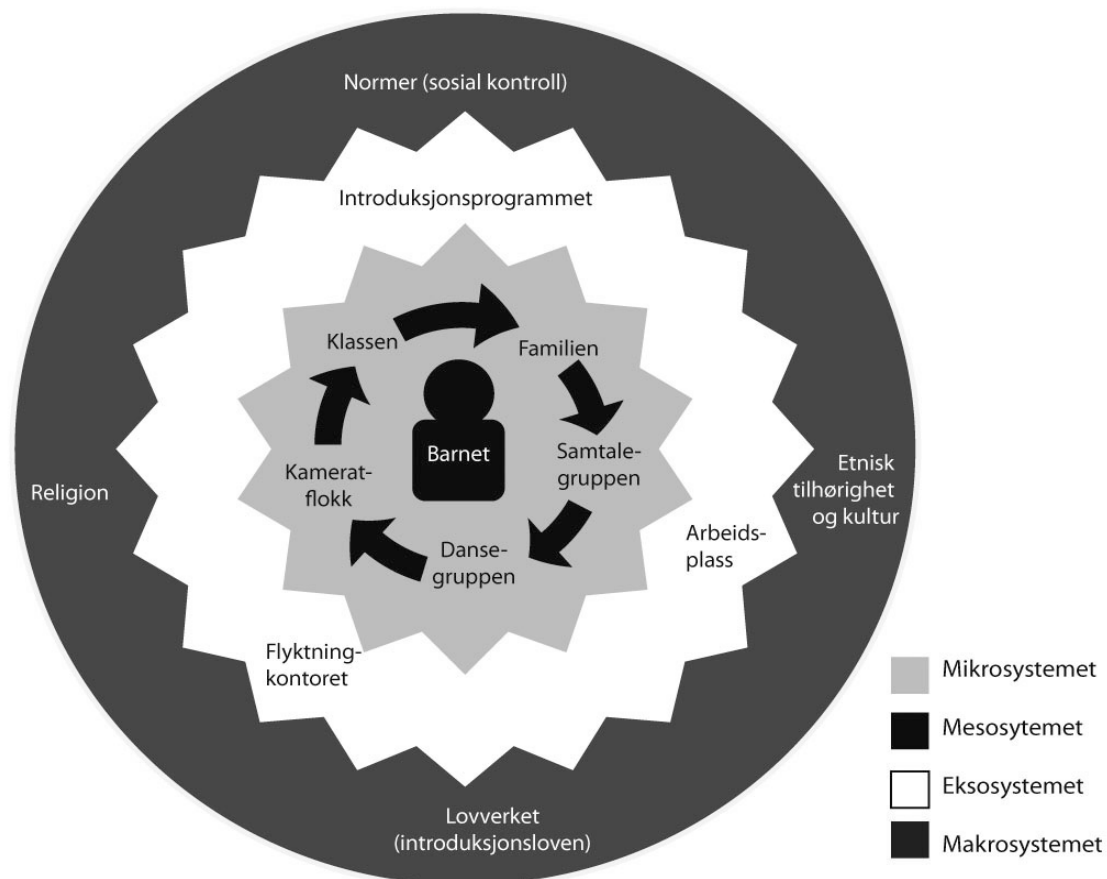
Mikrosystemet omhandler relasjonene til de menneskene vi treffer i nærmiljøet og de arenaene vi ferdes i og på, for eksempel hjem, skole og i kameratflokk. Noen av disse arenaene har vi valgt selv, og noen er vi nødt til å forholde oss til. Eksempelvis må vi forholde oss til en skole, mens vi kan velge selv i vår fritid. Mikrosystemet varierer med hvilke arenaer vi velger å opptre på, og på hvilke arenaer vi har våre interesser. Foreldre kan ved valg av interesser og miljøer for barnet styre mikronivået, som danner et sosialt nettverk. Det beste oppvekstmiljø for barn er i samspill med adekvate omsorgspersoner eller jevnaldrende, og når de aktivt utforsker og manipulerer fysiske gjenstander (Bronfenbrenner 1994).

Relasjonene i mikrosystemet kan være mer eller mindre sterke. En sterk relasjon kan være både positiv og negativ. Noen ganger kan et system bli for tett, og den sosiale kontrollen for sterk. Spesielt blant flyktninger bør vi være klar over at barn og unge i mindre grad velger sitt nettverk selv, og at omgangsvenner og sosiale relasjoner i sterkere grad styres av familie, klan, ære og kultur (St. melding nr.49). Dette kan innebære en sterk sosial kontroll som gir lite bevegelsesrom for individet. Sekundærforbyggende arbeid, eksempelvis foreldreveiledning, kan gripe inn i og påvirke mikronivåene.

Mesosystemet omfatter relasjonene mellom grupperinger vi ferdes i, f.eks. relasjonene mellom en mødregruppe, en etnisk gruppe, eller en klasse. Bronfenbrenner (2004) hevder at sammenhengen mellom de ulike mikrosystemene i et barns liv kan ha like stor betydning for barns utvikling som kvaliteten på samhandlingen innen hvert mikrosystem.

Eksosystemet er en utvidelse av mesosystemet, og kan for eksempel være relasjonen mellom hjelpesystemene. Eksosystemet påvirker omgivelsene for den enkelte ved at det tas beslutninger der som påvirker individet, for eksempel hvor man har fått barnehageplass, eller dårlig trafikkommunikasjon mellom barnehage og skole. I denne sammenheng er det for eksempel pålegg om deltagelse i introduksjonsprogrammet, dvs. ordninger som ligger utenfor den enkeltes påvirkning, men som har stor påvirkning på individet.

Makrosystemet er det overordnede rammeverket som påvirker oss med normer, som sekundær sosial kontroll, lover, religion og tradisjoner.



Figur 1. Bronfenbrenners teori om ulike areaer satt inn i modell svarende til emnet for denne undersøkelsen

2.4.3 Nettverksmetodikk

I følge Fyrand (1994) innebærer nettverksperspektiv et helhetsperspektiv, hvor vi ser menneskene i forhold til omgivelsene. Nettverksmetodikk bygger på teori fra mange fag, blant annet sosiologi, sosialantropologi, psykologi, systemisk tankegang og kommunikasjonsteori. I følge Finset (1986) består et sosialt nettverk av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre. Begrepet nettverk er utviklet av Barnes (1954), mens analysen av nettverket er utviklet av Mitchell (1969) og Boissevain og Mitchell (1973).

Fyrand (1994) beskriver at nettverksmetodikk tar utgangspunkt i det sosiale nettverket gjennom kartlegging, samtale og analyse. Man arbeider med både fortid, nåtid og framtid. Hvis man finner at nettverket er mangelfullt eller lite hensiktsmessig, arbeider man for å få til gode og konstruktive endringer sammen med brukeren. Dette gir mulighet for å finne ut hvor man skal sette inn tiltak for spesielle grupper. Grupper kan være arena for å bygge opp sosial kompetanse. For barn og unge som lever under vanskelige forhold, kan det å ha tilhørighet i en gruppe med jevnaldrende være en beskyttende faktor. Struktur, regelmessighet og ritualer i en gruppe ivaretar kontinuitet.

I et nærmiljø er tid, kontinuitet og felles handling viktig for sosial støtte (Fyrand 1994). Nettverkets påvirkning og den sosiale kapitalen, ressursen som er tilgjengelig gjennom nettverket, er en viktig helsefremmende faktor, vel å merke hvis nettverket er bra. Ved flytting til et nytt land, ved tap av familie og venner, har mange flyktninger mistet store deler av nettverket sitt. Dette illustrerer nødvendigheten av å styrke nettverket i flyktningfamilier, og å intervensere der det er mangelfullt.

2.4.4 Resiliens

Forståelsen av resiliensbegrepet har endret seg de siste 50 årene, fra å fokusere på de individuelle faktorene, til det som skjer i relasjonen mellom miljøet og individet. Derfor blir det spesielt interessant å se det opp mot systemteorier. Masten (2001) definerer resiliens som en samling faktorer som gjør at man, til tross for alvorlige påkjenninger mot utvikling og tilpasninger, kommer godt ut av situasjonen, mens Luthar, Cicchetti og Beckers (2000) definerer det som en dynamisk og kontinuerlig prosess, som bidrar til positiv utvikling til tross for alvorlige belastninger.

Det er stort sett enighet om at resiliens henger sammen med at den utsatte har nær relasjon til en annen voksen person, og at resiliens først er aktuelt når man utsettes for en betydelig belastning. Det er derfor et fenomen med mange dimensjoner. Viktige nivåer i resiliens er individets omgivelser, og den prosessen som er mellom individet selv, familien og nettverket med deres holdninger og verdier (Waaktaar og Christie 2000).

Individuelle resiliente faktorer:

Medfødt robusthet, sosiale ferdigheter, stabilt humør, selvstendighet, mestringsevne, følelse av egenverd, kognitiv kapasitet, opplevelse av mening og sammenheng, kreativitet, interesser, og personlig struktur. Man kan gjøre noe selv eller be om hjelp for å endre sin situasjon.

Familiemessige resiliensfaktorer:

Godt foreldre/barn-samspill i tidlig alder, struktur, regler, ritualer, grenser, minst en resilient forelder, foreldre som tillater hjelp fra andre, felles verdioppfatninger, sterke slektsbånd, høyere sosioøkonomisk status, familiesamhold.

Resiliente faktorer i nettverket:

Minst en betydningsfull voksen som bryr seg reelt, gruppetilhørighet, felles verdier i nettverket/samfunnet, et samfunn som støtter individets forsøk på mestring, et støttende hjelpeapparat.

Sett i lys av Bronfenbrenners modell, kan resiliente faktorer på mikronivå være tiltak som foreldreveiledning og aktiviteter. Resiliens på mesonivå kan være å lage fellesskap på mange arenaer ved å koble tiltak på mikronivå, eksempelvis lage en jentegruppe i klassen, legge mødregrupper samme sted som leksehjelp, ha foreldregrupper ved arbeidsplassen.

Michael Ungar (2004) trekker inn nødvendigheten av å se resiliens som en del av en systemteori. Han påpeker at resiliens må ses i relasjon til den aktuelle konteksten, og setter resiliens i sammenheng med salutogenese og Antonovskys (1979) teorier om Sense of coherence (SOC), på norsk: opplevelse av sammenheng (OAS).

2.4.5 Salutogenese

Antonovskys teori (1979) om salutogenese er vesentlig i utviklingen av helsefremmende arbeid. Salus betyr velvære (helse), genesis betyr opprinnelse, dvs. læren om hvilke faktorer som fremmer helse. Ifølge Antonovsky (2002) beveger mennesket seg på en skala (et kontinuum) mellom frisk og syk, og SOC, generell motstandskraft og passende utfordringer hjelper en i retningen mot større friskhet. Følgende faktorer er essensielle:

- Begripelighet: Verden må være kognitivt forståelig/begripelig, og evnen til å bedømme virkeligheten må være tilstede.
- Håndterbarhet: Verden må oppleves håndterbar. Håndterbarhet er å ha ressurser til rådighet. Man må ha påvirkningsmuligheter. Det må være balanse mellom ressurser og krav, ellers oppleves stress.
- Meningsfullhet: Verden må være meningsfull, det vil si at noen trenger en, man har noe å kjempe for, man må ha meningsfulle mål. Når noe er meningsfullt, er det følelsesmessig forståelig.

Mestring er hvordan vi håndterer stresset. Målrettet mestring av stress fører til motstandskraft og følelse av økt egenverd (Germundsson 2006). Gode mestringsstrategier er helsefremmende. Helsefremmede faktorer, slik vi finner dem i et salutogent livssyn, vil redusere stress. Opplevelse av håndterbarhet, kontroll og mestring vil gi bedre kontroll av stress. Weisæth (2000) sier at det er intensiteten, kvaliteten og varigheten av stresset som er avgjørende for hvordan vi påvirkes. Almquist og Broberg (1999) konkluderer at den sosiale situasjonen i det nye landet er viktigere for den langsiktige helsen og sosiale tilpasningen enn de opplevelsene flyktingene har med seg. Kommunale tiltak rettet mot god skolegang, fritid, trygg barneomsorg, og andre målrettede tiltak fra førstelinjetjenesten, er derfor viktige for å fremme god psykisk helse.

2.4.6 Empowerment

Empowerment innebærer en maktforskyvning fra fagperson til bruker. Ifølge Sørensen m.fl. (2002) er empowerment en måte å oppnå kontroll over eget liv i relasjon med andre, for å endre de sosiale og politiske forhold. En forutsetning for empowerment er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. Empowerment oppstår når folk identifiserer sine egne vanskeligheter, og formulerer mål og strategier for å oppnå målet, dvs. at individet eller gruppen selv fatter beslutningene om det som skal gjøres. Empowerment mobiliserer ressurser til å håndtere utfordringer; i stedet for å føre til maktesløshet (Sørensen mfl. 2002).

Askheim (2004) sier at empowerment er å komme ut av en undertrykt situasjon. Likeverd, partnerskap og samarbeid er viktig, og brukeren skal oppleve å ha kontroll (Askheim 1998). Empowerment involverer de som berøres av et helseproblem. Tilgang til aktuell arena for helsefremmende arbeid kan tilrettelegge for prosessen som fremmer empowerment. For å muliggjøre utvikling av empowerment, kreves derfor kunnskap om faktorer som fremmer helsen og at brukeren tar del i prosessen sammen med hjelper; at man blir samarbeidspartnere (Mæland 2005).

3 HENSIKT, MÅL OG NYTTEVERDI

Hensikten med undersøkelsen er å beskrive tsjetsjenske foreldres opplevelse av foreldrerollen i henholdsvis Tsjetsjenia og Norge, og hvilke tiltak de opplever som fremmende for deres barns psykiske helse. Målet er å få kunnskap om dette, og å kunne implementere resultatene i informasjonen til familiene, en bedre kartlegging ved ankomsten til kommunen og et forbedret arbeid med flyktningbarn- og unge. Tilbudet til tsjetsjenske barn og unge med psykisk uhelse vil dermed kunne optimeres, samtidig med at det dannes grunnlag for en bedre dialog og økt samarbeid med familiene, og dermed mulighet for bedre psykisk helse blant barn, unge og familier.

3.1 Forskningsspørsmål

- Hvordan opplever de tsjetsjenske foreldrene sin foreldrerolle i Tsjetsjenia og i Norge?
- Hva mener foreldrene kan medvirke til å fremme barnas psykiske helse?
- Hvordan kan motivasjon og samarbeid omkring Bærum kommunes habiliteringstilbud til tsjetsjenske barn og unge optimeres?

4 METODE

4.1 Valg av metode

Dette er en deskriptiv studie med en kvalitativ tilnærming. Kvalitative intervjuer gir informasjon om intervjupersonens liv og erfaringer, og er velegnet i deskriptive studier, som undersøker menneskers opplevelser og synspunkter (Malterud 1996). Materialet består av tekst. Kvalitative studier gir detaljrike kunnskaper; man får beskrivelser av synspunkter, holdninger og meninger om fenomener (Kvale 1997). Kvalitativ metode er nyttig når vi skal beskrive noe, fortelle om egenskaper. Vi får vite hvorfor mennesker gjør som de gjør, hvorfor de mener det de mener, deres erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger (Malterud 1996). *Hvordan* og *hva* er viktige spørreord. Kvalitativ metode er derfor nyttig i denne studien, som er ute etter å belyse tsjetsjenske foreldres opplevelser og synspunkter.

4.2 Deltagere

Undersøkelsen foretas på foreldre fra Tsjetsjenia. Mange flyktningfamilier derfra har i de senere årene kommet til Bærum. De fleste familier har vært ett til tre år i mottak før bosetning i kommunen. Tsjetsjenere er et folk med en vanskelig bakgrunn, og mange av dem, både foreldre og barn, er alvorlig traumatiserte. Det har fra kommunens side vært rettet en stor innsats mot gruppen, gjennom direkte familiearbeid og ved å styrke kompetansen til dem i kommunen som arbeider med tsjetsjenere. Det har vært vanskelig å få gruppen ut i arbeid, og barn og unge strever. Det har derfor vært ønskelig å få mer kunnskap om gruppen og deres situasjon. I tillegg er ikke gruppen mer spesiell enn at kunnskap om den antagelig vil kunne anvendes i arbeidet med flyktninger fra andre nasjoner.

4.2.1 Utvalgsriterier

Utgangspunkt for utvelgelsen av informanter er bosetningslisten til flyktningkontoret.

Inklusjonskriterier:

- Familier bosatt i Bærum kommune
- Tsjetsjenske foreldre med skolebarn
- Barna i familien har hatt krigsopplevelser
- Barna skal være ferdige med kommunehelsetjenestens intervensjon ved ankomst

Eksklusjonskriterier:

- Familier med yngste barn over 18 år

- Familier hvor eldste skolebarn er i de laveste klassene, og derfor har bodd i Norge i så mange år at de ikke kan forventes å kunne gi informasjon om sine krigsopplevelser

Utvalget bestod etter denne utvelgelsen av 14 familier.

Frafall

- En familie er flyttet
- To familier ble ikke med på grunn av familieforhold
- Tre familier har sagt nei til å delta, da de oppga at de var for travle

Utvalget utgjorde til slutt åtte familier (ti informanter). Familiene har selv valgt ut informanten. I to av familiene ble både mor og far intervjuet, i de øvrige seks familiene er tre mødre og tre fedre intervjuet. I alt deltok derfor fem fedre og fem mødre. Da intervjuene var rike på stoff, og deltagerne hadde en relativt god bakgrunnsmessig spredning, ble det ikke inkludert ytterligere informanter.

For å ivareta anonymiteten til et så lite utvalg, er informasjonen om informantene beskrevet punktvis og ikke i tabell:

- Informantene består av 5 kvinner og 5 menn
- Seks informanter har bodd i landsbyer, mens fire informanter har bodd i store byer i Tsjetsjenia
- Alle informanter har gjennomført grunnskole. Flere har videre utdanning
- Alderen på informantene ved intervjuet varierer fra 32 til 50 år (gjennomsnitt 41,2 år)
- Informantene har bodd gjennomsnittlig 4,5 år utenfor Tsjetsjenia (variasjon 2-12 år)
- Informantene har bodd gjennomsnittlig 4,1 år i Norge (variasjon 2-9 år)
- Til sammen har de åtte familiene født 30 barn. Halvparten av informantene har mistet et eller flere barn, slik at utvalget nå består av 24 barn
- De fleste familiene har/har hatt barn med store vansker på områdene psykisk helse, sosial fungering og skolefaglige prestasjoner
- De fleste familiene har et eller flere barn som er henvist til barne- og ungdomspsykiatri eller privat behandling, til sammen 15 av 24 barn. I en familie er henvisning blitt vurdert som ønskelig, men familien har avslått
- 4 av de 15 barna har gjennomført et helt eller nesten helt behandlingsforløp

4.3 Datainnsamling

Kvale (1997) beskriver syv ledd i den kvalitative forskningen: valg av tema, planlegging, selve intervjuet, transkribering, analyse, verifisering, sluttrapportering. I kvalitativ forskning studeres meningsfulle fenomener som beskrives og tolkes. Man får

tilgang til informasjon gjennom samtaler med informanter. Grunnlaget for intervjuene er en god guide, med temaer som dekker de emner man vil belyse. Temaene i intervjuet er konkretisert ut fra forskningsspørsmålene. I undersøkelsen er det brukt semistrukturerte intervjuer etter Steinar Kvaales modell (1997). For å få til en god intervjusituasjon som både produserer kunnskap og samtidig er dynamisk, foretas semistrukturerte intervjuer ut fra en intervjuguide.

Den endelige utformingen av intervjuguiden er laget etter en pilotstudie, hvor en tsjetsjensk mann og en tsjetsjensk kvinne har gjennomgått forslaget til intervjuguiden. De er godt integrert i kommunen, har fortalt mye om sitt hjemland, og har gitt gode råd. De uttalte at åpne spørsmål kunne være vanskelige å svare på, og foreslo mer strukturerte og spesifikke spørsmål. De poengterte også at det kan være store forskjeller mellom hva mor og far ønsker og vet om hva som har hendt med barnet, og at det derfor er viktig å snakke med foreldrene hver for seg.

Temaene i intervjuguiden var følgende:

- Barneoppdragelse og foreldrerollen i hjemlandet
- Barnas psykiske situasjon etter bosetning i Bærum
- Foreldrenes ønsker, synspunkter og tanker om hva som kan fremme psykisk helse hos barna
- Hvordan introduksjonsordningen påvirker foreldrerollen

For å gi tillatelse til studien, krevde etisk komité sør/øst at familien skulle være ferdig med den første systematiske intervjuingen fra kommunehelsetjenesten, for at det ikke skulle bli en rolleblanding mellom undersøkelsen og tjenesten som har stått for tilbudet. Som en kvalitetssikring har det dessuten vært en tredje person til stede ved intervjuene. Personen har ikke vært aktivt med i intervjuene, men har sikret korrekt informasjon og kontrollert prosedyrene. Tre forskjellige personer har deltatt, alle ansatte i kommunen. Alle informantene valgte å komme til kommunens kontor for intervjuet. Intervjuene, som er tatt opp på bånd, har vart ca. ½–1 time. Informantene har oppholdt seg fra to til åtte år i Norge, så det var stor forskjell på språknivået. Åtte informanter er etter eget ønske intervjuet uten tolk, mens to har ønsket bistand av profesjonell tolk.

4.4 Analyse

Innholdsanalyse skaper mening til et fenomen. Man beskriver et fenomen og skaper forståelse. En manifest innholdsanalyse kan ses som et uttrykk for hva som står i teksten. Manifest innholdsanalyse kan gi en tolkning, men ikke så dyp som ved latent innholdsanalyse, hvor underliggende meninger kommer tydeligere fram. Innholdsanalyse er derfor relevant i denne undersøkelsen, hvor målet er å få tak i meningen til foreldregruppen. Data er analysert etter modellen til Graneheim og Lundmann (2004). Trinnene i analysen omfatter:

1. Gjennomlesning av teksten for å få et hovedinntrykk
2. Identifisering av meningsenheter

3. Kondensering av meningsenheter
4. Merke meningsenhetene med koder
5. Samle meningsenhetene i kategorier og subkategorier

Fokus i intervjuet har vært å få refleksjon på de aktuelle temaene, for å kunne besvare forskningsspørsmålene. Flere informanter har under intervjuet allikevel gitt eksempler og fortalt historier som ikke er aktuelle for studien og derfor ikke tatt med i analysen. Intervjuene ble ordrett transkribert. Meningsenhetene i det transkriberte intervjuet er identifisert, kondensert og deretter merket med koder som beskriver innholdet i de kondenserte meningsenhetene på en kortfattet måte, men uten å miste innholdet.

Krippendorff (1980) fremhever at å skape kategoriene er selve kjerneoppgaven i innholdsanalysen. Kategoriene er en gruppe med koder/fortattede meningsenheter som passer sammen og gir uttrykk for det manifeste innholdet i teksten (Møller 2007). Alle data skal finne plass i en kategori (Krippendorff 1980). Innenfor en kategori skal likheten være stor (intern homogenitet), og mellom kategoriene skal det være en tydelig forskjell (ekstern homogenitet) (Graneheim, Lundmann 2004).

4.5 Valideringstiltak

Validitet er gyldighet og relevans, og forteller om undersøkelsen måler det den skal måle (Kvale 1997). Det er vesentlig å intervju noen som kan noe om temaet, i denne studien foreldrene selv, og å analysere på en korrekt måte (Møller 2007).

I følge Kvale (1997) er ledende spørsmål velegnede til å kontrollere og verifisere forståelse/tolkning underveis i intervjuet, og dermed øker reliabiliteten. Gjennom hele intervjuet er det til dem som er intervjuet, både med og uten tolk, stilt hyppige oppsummerende spørsmål, for å sikre at intervjuer har forstått utsagnene korrekt.

Intervjuene er gjennomgått flere ganger, både på lydbåndet og i transkribert form, for å få et grundig inntrykk. Det er brukt mye tid på å finne de rette kodene og samle dem i de rette kategoriene. Dette arbeidet ble gjentatt flere ganger og endret underveis før kategoriene ga god variasjon og speilet innholdet i meningen.

En av dem som var til stede ved intervjuene har lest gjennom alle intervjuene og hørt på lydopptakene, og kontrollert at de er korrekt transkribert. Hun har også kontrollert/diskutert kondensering av uttalelser, koder og kategorier. Koder og kategorier er diskutert i kollegagruppe underveis i prosessen, og med veileder.

Det er tatt med sitater fra alle informantene for å gi leseren mulighet for å validere resultatet og kvaliteten av analysen (Møller 2007). For å vise bredden i svarene, er sitater tatt med fra alle informanter.

4.6 Etikk

Helsinki-deklarasjonen (2000) ligger til grunn for arbeidet. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Øst-Norge ble søkt for godkjenning av prosjektet, og prosjektet ble godkjent 14.mars 2008, ref. 08-106-07302b 1.2007.2525. Datatilsynet er forespurt om konsesjon, og har avklart at det ikke er aktuelt.

Alle familiene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien, og de ti informantene som deltok har underskrevet samtykkeerklæring. Samtykkeerklæring og informasjon om studien, slik komiteen krever, er et stort og vanskelig dokument, og lite egnet for flerspråklige. Informantene fikk derfor grundig muntlig informasjon, og på sitt eget språk der det var et behov. Informantene ble informert før intervjuet om at en 3. person ville være til stede, og hvorfor.

Det ble understreket at formålet med undersøkelsen er å optimalisere tilbudet til barn og unge med psykisk uhelse, og å bedre muligheten for dialog og samarbeid med familiene. Det var særlig nødvendig å informere om at informantene selv ikke vil ha nytte av funnene, da de har vært så lenge i Norge at de er ferdige med intervensjonen fra kommunehelsetjenesten.

5 RESULTAT

Som anført i Tabell 1. resulterte analysen i tre tematiske kategorier, svarende til temaene i intervjuguiden, med henholdsvis to, tre og fire subkategorier.

Tabell 1. Kategorier og subkategorier.

Kategori	Subkategori
Barneoppdragelse i Tsjetsjenia	Rolle- og oppgavefordeling Verdigrunnlag
Foreldrenes håndtering av barnas opplevelser og psykiske uhelse	Mestringsstrategier i Tsjetsjenia Mestringsstrategier i Norge Syn på de norske behandlingstiltak Forslag til helsefremmende tiltak
Faktorer som påvirker familiens hverdag i Norge	Foreldrenes psykiske helse Stress og manglende tid Endret forelderrolle

Barneoppdragelse i Tsjetsjenia

Alle informantene har opplevd langvarig krig, og forteller at det ikke var tid til å tenke på oppdragelse av barn – det viktige var å overleve. Det var stor forskjell mellom land og by; som i Norge står tradisjonene sterkere på landsbygda enn i byene. I følge tradisjonell tsjetsjensk kultur flytter kvinnen hjem til sin ektemanns familie ved giftermålet.

Rolle- og oppgavefordeling

Det er oftest svigerfamilien/besteforeldrene som oppdrar barna, særlig om man bor på landsbygda. I noen av familiene har mor vært mer delaktig i barneoppdragelsen, men ofte med mye hjelp fra andre kvinner. Besteforeldre oppleves som viktige tradisjons-overførere. Foreldrene nevner også at hele lokalsamfunnet kan være delaktig i oppdragelsen. Informantene forteller at mor kan si sin mening om oppdragelse, men ikke bestemme.

«Det er mest de som bestemmer, far, bestemor eller bestefar. Jeg har bare født barnet, mens de andre passer på det»

Mor til barna har ofte store oppgaver med husarbeid, spesielt hvis hun er gift med yngste sønn. Husarbeid tar all tid, og går på bekostning av samvær med barn. På grunn

av krigen har familiene ofte vært splittet, og fedrene har vært mye borte fra familien, fra uker til måneder om gangen. I de store byene har det vært barnehager, men det mest alminnelige har vært at familien har passet barna.

Det finnes regler for hvem som kan snakke med hvem. Informantene forteller at det er tradisjon at far ikke skal snakke med barna om alle ting. På flere områder går kommunikasjonen mellom far og sønn gjennom mor. Mennene forteller til kona hvis gutten har gjort noe galt, så må kona ta det opp med gutten. Sønnen må lære at når far og sønn er uenige, har far rett. Informantene forteller at i flere familier har dialog med barna vært uvanlig, mens andre forteller at man godt kan snakke om skole og konkrete ting, men ikke om tanker og følelser.

Verdigrunnlag

Foreldrene nevner respekt som et viktig verdigrunnlag, og særlig respekten for eldre. Foreldre forteller at å kjærtegne og kose med barna i svigerforeldres nærvær, er å vise manglende respekt. De forteller at barna er blitt harde av mangel på kjærlighet. Å ivareta respekt er viktigere enn noe annet.

«Det er krig, (de) dreper alle, men du må passe på den respekt»

Barna må oppdras slik at kulturen ivaretas, og barnet får identitet som tsjetsjener. Hvem du er og hvor du kommer fra er viktig. Det er viktig å kunne forsvare familiens ære. Hvis familien blir krenket, må man slåss for å beholde æren, derfor er det viktig å kunne slåss. Ingen andre forsvare deg om du ikke gjør det selv. Hele familien er ansvarlig når noen gjør noe galt, så barnet må tenke på familiens ære, og ikke gjøre gale ting. En tsjetsjener som oppfører seg dårlig, gir et dårlig inntrykk av tsjetsjenere. Den som ikke vet hvor man kommer fra, og ikke kjenner sin bakgrunn, kan gjøre mye galt, og bringe skam over familien. Derfor må tsjetsjenere holde kontakt, og barna må lære hvem som er en god venn og hvem som er en dårlig.

«Han må ikke glemme kulturen sin. Det er mange som gjør galt her, (de) gjør aldri det i Tsjetsjenia, de vet det er forbudt og (at) det blir skam for familien. Derfor tsjetsjenske familier må holde kontakt fordi de (unge) tenker, hvis jeg gjør sånn det blir skam for familien min og de andre fordømmer meg.»

Foreldrenes håndtering av barnas opplevelser og psykiske uhelse

Mestringsstrategier i Tsjetsjenia

Barns konkrete opplevelser fra krigen har ikke vært i fokus i intervjuene, men informantene kom inn på dette. Familiene har opplevd massive krigshendelser, og foreldrene forteller om redsel og uvisshet. Man var hele tiden i alarmberedskap i tilfelle bombene skulle komme, og hadde derfor «*sånn is i hjertet*».

Foreldre forteller at de under krigen svarte på spørsmål om krigen når barna spurte. Informanter forteller at de ikke alltid greide å svare, for det var for vanskelig å snakke om for dem selv, eller de hadde ikke kunnskap nok selv til å svare. Ifølge foreldrene kunne barna lære seg å mestre situasjonen ved å kjenne Tsjetsjenias historie, og vite hvem fienden var. Når barna spurte, kunne de få informasjon om hvem som profitterte på krigen. Kunnskap om krigen er bra, for da forstår barna meningen med den, men når krigen var på det mest intense, kunne man ikke forklare; man hadde nok med å overleve. «*Når krigen kom vi tenker ikke på barn – vi bare overlever*».

Foreldrene forteller at det var vanskelig å vite hva de skulle svare når barna spurte hvorfor de andre ville drepe dem. Barna har fått informasjon i forhold til alder. Informanter forteller om hvordan de lærte barn å mestre krigen ved å lære dem å ikke være redde, eller å forberede dem på å dø.

«...Jeg bare fortalte de at det er ikke skummelt å dø, fordi alle mennesker er født og alle mennesker må dø og etter at vi dø, bli (det) mye lettere enn i jorda. Det er sant, og det er kanskje med alle mennesker...»

Mestringsstrategier i Norge

Foreldrene beskriver barnas situasjon i dag som vanskelig, og de er bekymret for dem. De forteller om søvnproblemer, mareritt og angst hos barna, som selv etter flere år i Norge kan skrike om natten. Det er særlig fly og TV-programmer om krig som fremkaller vonde minner og gir vonde drømmer. Foreldre forteller hvordan barna strever med å mestre hverdagen, og at de er blitt harde følelsemessig, og lett kommer i konflikter som de ikke greier å løse. Dessuten har barna problemer med å følge opp organiserte aktiviteter, og har vansker med å få venner.

«... Noen ganger jeg spør (min datter) Hvorfor du går ikke (ut)? Men hun svarer: jeg har ikke noen å gå med»

Informanter sier at man må glemme, men ved utdypende samtale kom det fram at det bare er et ønske, for det går ikke an å glemme. Foreldrene husker selv fra de var barn, og de har familie som husker fra annen verdenskrig. Informanter tror barn glemmer fortore enn voksne. Det hadde vært bra om man kunne glemme det vonde som hadde skjedd. Informanter presiserer at barna ikke må glemme, men samtidig skal tenke framover.

«Når vi flyttet hit (til Norge), eldste gutten fortalte så mye, og jeg slår han... Det var hans måte med fortellinger som var best, men jeg vil ikke høre. Jeg trodde (at) hvis jeg lukker hans munn, da glemmer jeg også, men det går ikke»

Informanter forteller at de har erfart at de ikke kan stole på andre. Man kan ikke vite hvem man kan stole på. Man trenger ikke dele alt med alle, men når man holder noe hemmelig, har man heller ikke mulighet til å be andre om hjelp. Informanter turde heller ikke å fortelle alt til Utlendingsdirektoratet i mottaksintervjuet, da de ikke visste om det ville bli brukt mot dem. Mor og far vet ulike ting om barna, men er det ting av alvorlig art, må begge foreldrene vite det. Mor vet ofte mest om barna og *«..barna må ikke fortelle alt som skjer i hjemmet.»*

I familier vet barna om alvorlig gale ting fedrene har gjort under krigen i hjemlandet. Voksne har egne hemmeligheter, og informanter opplyser at man forteller lite til barna. Informanter presiserer at foreldrene er viktige modeller, og hvordan foreldrene har det, er viktig for hvordan det går med barna. Hvis foreldrene har det dårlig, går det dårlig med barna. Flinker foreldre greier å prioritere barna. En viktig faktor er å forstå meningen med krigen, og ha kunnskap om konflikten. Barna må få svar når de spør.

Foreldrene mener det er bra å snakke om det som har hendt, og flere gjør det også. Informanter forteller og at de ikke har nok kunnskap om hva som har skjedd til å gi barna gode svar.

Foreldrene ønsker det beste for barna, men de er usikre på hva som hjelper. Kontakt med hjemlandet blir beskrevet som viktig. Dette er vanskelig, da tsjetsjenere skriver på russisk, og det behersker ofte ikke barna. Informantene snakker med barna, gjør hyggelige ting, som å handle, eller gå på besøk til andre og trøster så godt de kan. Noen prøver å unngå det som minner om hjemlandet. Informanter forteller at dialog er viktig, og at de bruker mye tid til å samtale og forklare for barna. Foreldre gir barna kunnskap om Tsjetsjensia. Informanter mener at god skole, aktivitet og hyggelige opplevelser hjelper.

«Det viktigste er hyggelig hjem, og så skole og venner»

Syn på de norske behandlingstiltakene

Foreldrene ser barnas plager, og vil svært gjerne at barna skal få den hjelpen de trenger. De synes det er greit at barna får hjelp av profesjonelle, men hjelper det? En familie forteller at de har fått god hjelp fra BUP, og at BUP-psykolog har hjulpet mye. Andre gir uttrykk for at terapi ikke hjelper.

«Jeg har vært hos psykolog flere ganger, ikke fullført behandling. Barna begynte på BUP, men de sa vi hadde for mye uro hjemme, så vi måtte slutte. Vet ikke om

det er riktig med behandling nå heller. Redd for å ødelegge barna. Jeg vet ikke hvordan jeg kan hjelpe»

Støttekontakt hjelper. Det er viktig med hjelp fra andre voksne enn foreldre. Informanter forteller at barna selv ikke vil gå til samtaler, men at foreldre vil det. Når barna får tilbud om samtaler, må foreldrene få informasjon om hva som skjer. Informanter har fortalt at behandlingen på BUP var for kortvarig: «*Plutselig det var stopp: dere trenger ikke mer. En måned det var helt bra, etterpå det fortsatte*», dvs. at barnets plager kom fort tilbake. Foreldre forteller at de hadde ønsket at de hadde fortsatt på BUP.

Informanter har også fortalt at barnet tror det er «gal» hvis det går på BUP. En var redd barnet skulle bli gal; for det ble mange barn i Tsjetsjenia. Noen har fått hjelp, men synes ikke det virker. Informanter mener at hvis foreldrene ikke klarer å snakke med barna, må andre voksne hjelpe. En forteller om familiesamlinger, at det var tøft, men at det virket bra etter en stund. Informanter synes at grupper er bra, eller har ikke noen synspunkter på det. Er man først for samtaler, er det like greit med grupper som med enesamtaler. Informanter nevner at det er bra at barna gjør noe sammen med andre.

«Det kan være fint med grupper, høre andres mening, andres vurdering og sammenligne. Og når de sammenligner sitt syn eller holdninger, finner de felles basis; hva er bra og hva er ikke bra»

Informanter mener de er bra foreldre, men at de kan lære mer. Det er viktig å lære av andre som kan, at man kan lære ting som er nyttige. Foreldreveiledning kan være nyttig. «*Det er veldig bra om noen kan det*». Det kan hjelpe foreldrene å få vite hva som hjelper barn. Det er lettere for foreldrene å skjønne at tiltak er nyttige, hvis de blir fortalt at det hjelper. Man må lære om reglene i Norge. Foreldrene må få denne informasjonen, og gi den til barna når de er i riktig alder for det. Informantene forteller at de har fått mye hjelp, og det hadde vært bra med enda mer.

Forslag til helsefremmende tiltak

Foreldrene har mange forslag til helsefremmende tiltak, og fokuserer spesielt på nettverk, veiledning, kunnskap om hjemlandet, kultur, aktivitet og fritid.

Betydningen av nettverk og kunnskap om tsjetsjensk historie og kultur

Informantene forteller hvor viktig det er med kontakt med landsmenn, å være sammen med folk som har de samme opplevelsene, og som forstår og er i samme situasjon. Det er veldig bra å koble familier med samme språk. Det gir god hjelp. De forteller hvor viktig det er å ivareta sin kultur, ha mulighet til å utøve sine tradisjoner. Samtidig er de fortvilet over å ikke ha tid nok til å treffe landsmenn og utøve sin kultur. De forteller at de ikke har tid til bønn og religiøse aktiviteter ofte nok. Informantene er så slitne at de ikke har krefter til å ha sosial omgang «*Ingen har krefter til å møtes*».

Kulturelle aktiviteter er bra, fordi det også gir anledning til å møtes. Informanter framhever ønsket om å kunne lære mer om sin kultur. Informantene synes det er bra å ha tsjetsjenske aktiviteter, som dansegrupper, lære om kultur, og lignende. De sier at de må ha hjelp til å få i gang aktiviteter. Det ble nevnt at det kan være negativt å møtes, fordi man påvirkes negativt av hverandre, og mødre forteller at mennene er blitt så harde. Mennene snakker mye om krigen, og hvordan situasjonen er i dag. Barna kan også bli påvirket av andre her, og få dårlige rollemodeller.

Samtidig er tradisjoner, og kunnskap om kultur og historie med på å bygge identitet. Foreldre nevner at kunnskap om egen kultur, tradisjoner og ritualer kan gi bedre psykisk helse. Økt kunnskap og forståelse om krig og kultur vil gi mindre mareritt, sier en, mens en annen informant sier at han føler seg både norsk og tsjetsjensk. Foreldre er bekymret fordi barna begynner å glemme språket. Foreldre leser bøker og skriver for å bevare språket. Informanter forteller barna gode historier og eventyr fra hjemlandet. Foreldrene forteller at de har ansvar for å lære barn om kulturen, og noen har tid bare lørdag og søndag. Det er ønskelig med flere kulturmøter.

«Etter at vi hadde møte der, begynte hun (datteren) å lære tsjetsjensk. Hun vet det er mange der som snakker tsjetsjensk, og hun må også lære tsjetsjensk, og (etter at) hun begynte å danse, er hun mer interessert i tsjetsjensk kultur»

Aktivitet og fritid

Informantene trekker fram aktiviteter som et godt middel til å bedre psykiske plager. Når barna gjør noe, er aktive, tenker de ikke på vanskelige ting. Foreldre bidrar med egne erfaringer om at fysiske aktiviteter hjelper når man har vonde minner. En forteller om da han kom til Norge og hørte høye lyder, eller noen slo i en dør og han ble redd; da hjalp det å gå tur, sykle eller hvile.

Informantene framhever at det er viktig med kontakt med andre barn. Men det er vanskelig med transport til aktiviteter. Foreldrene presiserer at barna trives med aktiviteter, og at de ønsker at barna skal ha aktiviteter og utvikle seg. Samtidig kommer det fram at de som foreldre ikke greier å følge opp disse, og at barna derfor slutter på aktiviteter.

«Det som stoppet meg, at han ikke gått på aktivitet, ...(var) at noen må kjøre han»

Det er vanskelig for foreldrene å hjelpe barn til nye aktiviteter, og det er vanskelig for dem å orientere seg i alle fritidsaktivitetene. Det er veldig bra når noen arrangerer turer, ferier og aktiviteter, og det er morsomt. Det beste er å greie det selv, men når man ikke har råd eller ikke greier det, er det fint at andre ordner det. Trenere og lærere ses på som viktige modeller. Aktivitet kan gi mestring. Samtidig kan kulturelle normer gjøre det vanskelig med aktiviteter.

«Vi vil gjerne sole oss, men ikke så andre tsjetsjenske menn kan se kvinner fra annen familie. Ingen ting vil skje, men det går ikke ...»

Praktiske råd fra informantene

Tilbudet til familier må differensieres. Familiene er forskjellige, og trenger forskjellig hjelp. Det beror på foreldrene hvordan det går med barna. Særlig noen unge mødre som har vokst opp i krigen kan lite om barns behov. Familier med små barn er også spesielt utsatte. Barn trenger en kulturtolk som kan forklare om regler; *«de trenger opplysning: hvordan, hva, hvordan er barna, hvordan er lærerne, hva er skolen opptatt av, hvilke verdier»* slik at barna ikke dummer seg ut og blir usikre. Man må forklare selv de mest selvfølgelige ting på skolen. Det er viktig med tillit og at folk stoler på hjelperne. Man bør få tillit på en uformell arena, eksempelvis gå tur sammen. Barna blir åpne når man forteller om seg selv også.

Referanser fra andre foreldre er viktig. Hjelperne må fortelle at de har erfaring. Det er vanskelig å bli innkalt til et kontor. Det er viktig med uformell kontakt først; *« ja uformelle; sitte og drikke en kopp te»* er viktig. Man bør bli kjent før man gir informasjon. Man må fortelle om verdier, hva nordmenn setter pris på, normer som å vente på tur og lignende. Det må stilles krav. Barna må yte egeninnsats. Det er viktig at lærere er gode modeller. De viser at kunnskap er viktig. Foreldreveiledning er nødvendig. Det er ønskelig med praktisk hjelp; til barna, kjøring til aktiviteter, hjelp med husarbeid. Hver familie trenger tilpasset hjelp, og foreldrene trenger hjelp til å finne aktiviteter til barna. Det er viktig med en kontaktperson utenfor familien, som kan hjelpe til med å ordne opp.

Faktorer som påvirker familiens hverdag i Norge

Familiens nye hverdag påvirkes av mange faktorer. I et barneperspektiv er mors og fars psykiske helse, tid, tilgjengelighet og omsorgsevne av stor betydning.

Foreldrenes psykiske helse

Mødrene beskriver sin situasjon som særlig vanskelig, fordi de selv har dårlig psykisk helse og sliter med egne vansker, samtidig som de skal være foreldre til krevende barn.

«Av og til jeg gråt, kanskje fordi vi opplevde masse vanskelige ting, og kroppen vår er ikke sterk som deres og det forstår ikke folk: hvorfor tåler ikke flyktninger, når dere tåler? Men det er masse ting som sitter inni og vi blir veldig ... ikke så sterke, (det) sitter fast. Man føler seg alene selv

om det er trygt. Det er vanskelig å være mamma når man har så mye inni hodet»

En informant mener at hun er blitt veldig sterk av å holde alle de vonde opplevelsene inni seg. Det har ikke vært mulig å snakke om det. Det hjelper med litt plass/tid for seg selv, «*på balkongen i solen*», å slappe av litt. Informanter forteller at de aldri snakker om det som har skjedd i Tsjetsjenia. Kvinner er opptatt av fedrenes vansker. Her i Norge er kvinnene likestilte, og mennene opplever at de har mistet sin identitet. Mennene sliter med å lære; «*han glemmer veldig fort, han klarer ikke gå framover*», og de er redde for å gjøre galt. Mennene snakker også med andre menn om krigen og utviklingen av den. Mennene vil heller ikke be om hjelp, de synes det er flaut. Et forslag er støttekontakt for mannen.

Foreldrene påvirkes og får det dårligere når barna har det vanskelig. De forteller at de gråter mye, for de er så slitne. Det hjelper å gråte, for da setter ikke det vonde seg fast i brystet. Det vanskeligste for mange er å finne et sted å gråte for seg selv. Mødre forteller også om flashbacks;

«For bare en uke siden ble jeg redd da jeg hørte flydur; jeg trodde det var bomber – man glemmer aldri. En bil bråkte og jeg trodde det var bomber. Jeg var så redd»

Stress og manglende tid

Foreldrene er glade for å få anledning til å gå i introduksjonsprogrammet, og mener at det ikke er slitsomt i seg selv. Introduksjonsprogrammet gir store muligheter, men det er hardt, særlig for dem med mange barn, selv om de fleste av dem har redusert tid. Alle er enige om at det er viktig å lære norsk, men presset er så stort. Informantene beskriver en svært stresset hverdag, med store krav om å lære norsk og være deltager i introduksjonsprogrammet.

«Jeg er veldig sliten, kanskje jeg vil sovne og ikke våkne etterpå»

Det er særlig kvinner med mange barn som sliter, særlig de med barn både i barnehage og skole. Livet er lettere for dem som har store skolebarn. Alle mødrene sier at de ikke har tid til både å være mor, følge opp barna slik de synes de burde, og være deltager i introduksjonsprogrammet.

«Jeg har ikke tid å snakke, sitte og være litt snill. Jeg alltid er stresset, alltid løper, løper. Barna ser det,.. det er veldig dårlig for familien min, jeg vet, den siste tiden (jeg) alltid løper og løper og har ikke tid til å snakke»

Foreldrene har sine lekser, men mødre forteller at de har valgt å ikke gjøre sine lekser, for å ha tid til barna, være sammen med dem og hjelpe dem med lekser. En familie har valgt at far skal gjøre sine lekser. Tidspresset gjør at familier ikke har tid til å lage

ordentlig middag, men spiser mat som kan tilberedes raskt. En familie mener at de har fått problemer som foreldre på grunn av alt stresset.

Informanter nevner at det bør være forskjellige ordninger i introduksjonsprogrammet ut fra den enkelte families behov. «Store familier må ha mer tid. Det må være litt forskjell for de som har få/mange barn og store/små barn». Informantene med flest barn beskriver størst stressnivå. En forteller at hun er veldig glad for at hun er ferdig med introduksjons-programmet. Informanter synes de har fått gode hjelpere rundt seg. Det er bra når hjelpere kommer inn i familien, men noen ganger er foreldrene så slitne etter dagen at de ikke hører hva foreldreveileder sier. Det er vanskelig å lære norsk. Det er vanskelig med full jobb og samtidig være mor. Foreldre har fått egne ordninger med kortere dag, slik at de kan være mer sammen med barna sine. Mødrene forteller om problemer med å rekke skolen etter først å ha fulgt barn i barnehage, for så å løpe til bussen.

«Barnehagen ligger ikke ved siden av deg, du må rekke buss, ... du leverer barn ...tilbake rekke buss ... komme presis på skolen ... Du har ikke tid til fortsatt å kose barn, gjøre lekser... og du har ikke tid til å slappe av, kose, og du er fortsatt i krigen ... Masse ting, du bare sitter og gråter og skriker hver dag. Av og til jeg tenker det er bedre i krigen enn her»

Tiden går så fort. Informantene tror det blir lettere når barn blir store. En mor forteller at hun ikke har et minutt til seg selv. Barn har vært nødt til å slutte på SFO fordi foreldrene ikke hadde tid til å hente dem.

I to familier ønsker barna fremdeles, etter flere år, å flytte tilbake til asylmottaket, for der hadde foreldrene tid til dem. Særlig mødrene beskriver en stresset og belastende hverdag. Fedrene opplever ikke presset like stort som mødrene, og beskriver sin situasjon som håndterlig. En mor beskriver at det er for lite med to års introduksjons-ordning for mannen. Barnerike familier opplever det som umulig å greie alt som skal gjøres, og med det lovpålagte Introduksjonsprogrammet mener de at det går ut over barna.

Endret foreldrerolle

Informanter forteller at de, som er kommet til Norge med barna, ikke har vært omsorgspersoner for barna i hjemlandet. De har derfor liten erfaring med barneoppdragelse, og opplever det vanskelig at de som oppdro barna i hjemlandet ikke er her. Når familien bosettes i kommunen, kan det være første gang de bor sammen. De nevner at de er uvante med at det stilles store krav til det å være foreldre. Det er vanskelig å vite hva barna gjør. Det er så mye som skal passes på og følges opp rundt barna. Det er så vanskelig å gi riktig oppdragelse, for de er så slitne etter skolen.

Reglene for oppdragelse er også annerledes; det tar tid å lære nye regler i et nytt land. Særlig mødrene forteller at de er frustrerte over at barna ikke hører på dem; et blikk er ikke nok. – «nei, nei jeg vil ikke høre på deg». Gutter skal ikke slåss i Norge. I

Tsjetsjenia var det viktig at guttene kunne slåss for å forsvare familien og familiens ære, hvis det kom krenkelser. Det er vanskelig å avlære dette. *«Jeg prøvde å forklare han; se i Norge (er) alt rolig, se på norske barn, de er alt rolig, de er avslappet».*

Informantene er uenige i norsk likestilling, og synes det er viktig at mennene er sterke. *«Hvis det i huset er to bjørner, det går ikke».* Kvinnene skal vise respekt for mennene ved å være tause ute. Informantene forteller at i noen familier læres guttene opp til å bestemme, og mødre forteller at de kan gi råd og bestemme litt over gutten, men er han veldig uenig, kan hun ikke bestemme. Det fremkommer at dialogen mellom barna og de voksne har vært annerledes i hjemlandet. Foreldre har snakket lite med barna, og dialog er nytt for flere. Informanter nevner at dialog virker så langsomt. Her er det store forskjeller. Noen har god erfaring med dialog, og får barna til å oppføre seg bra ved å snakke mye til dem. Det gir dem og et nært forhold til barna. Flere av familiene har lært om dialog, men erfart at det er vanskelig. *«Hvis jeg sier: ikke gjør sånn, på tsjetsjensk, de kan gjøre (likevel), men hvis vi sier ikke lov, de gjør ikke»*, dvs. at det er lettere for foreldrene å referere til loven enn til normer.

Det er vanskelig å følge med når du har mange barn. Hvert barn trenger hjelp og oppfølging. Bare det å hjelpe barna er en stor jobb. Informantene forteller at det er mye som skal gjøres med barn, men de har ikke tid, de kan ikke være borte fra skole eller praksis, for da reduseres sjansen til å få jobb. Foreldre forteller om frustrasjon over at barn er vanskeligere å oppdra i Norge enn i hjemlandet. Flere av familiene bruker fysisk avstraffelse når barn har gjort noe galt. En far forteller at han kan slå noen av barna sine, men ikke alle. En mor forteller at det gjør henne vondt å slå barna, og at hun helst ikke vil slå. Foreldrene sier at de forsøker å prate og forklare.

«Hvis jeg slår barna, det er vondt i mitt hjerte ... veldig dårlig ... kan skrike. Jeg gjør det (bare) når jeg er veldig stressa»

Noen av barna er vant til å bli irettesatt, men ikke å bli slått. Familier opplever at de greier å irettesette barna med dialog. *«I min familie det er ikke vanlig å slå barn. Vi elsker våre barn. Når de har gjort noe galt, vi forklarer».* Samtidig mener en mor at reglene i Norge reduserer bruken av fysisk avstraffelse.

6 DISKUSJON

Undersøkelsens resultater diskuteres rundt motpolene belastninger og ressurser, som deretter settes inn i en modell med teoretisk forankring i Albee (1982), og i Antonovskys teori (1979) om salutogenese. Funnene diskuteres også opp mot en ny artikkel (Betancourt og Khan 2008), som omhandler deler av de samme temaene.

6.1 Faktorer som hemmer utvikling av god psykisk helse hos barna

Funnene viser at det er en opphopning av belastende faktorer i de tsjetsjenske familiene, både når det gjelder deres egen situasjon, barnas situasjon, og krav fra samfunnet.

Foreldrene forteller at de fleste av barna/ungdommene har det dårlig psykisk og sosialt. De er ensomme, og har problemer med å finne seg til rette blant venner og i fritidsaktiviteter. Noen har atferdsforstyrrelser. Mange av barna i studien har vært i Norge i mer enn fire år, og har hatt så store vansker at 15 av 24 er henvist til BUP. De aller flest av disse er i ungdomsalder. Den høye forekomsten samsvarer med foreldrenes informasjon om at andelen av ungdom med psykiske vansker er svært høy. Resultatene fra denne undersøkelsen viser altså en betydelig høyere forekomst enn studien til Angel, Hjern, Ingelby (2001) der man fant at 30–50 % var i risiko for å utvikle psykisk lidelse i en eller annen form.

Foreldrene uttrykker bekymring for barnas psykiske helse, og at barnas dårlige psykiske og sosiale situasjon gjør dem ekstra krevende for foreldrene. De beskriver manglende erfaring med ansvar for og oppdragelse av barn, og hvordan de ved flyttingen til Norge har reist fra oppdragerkompetansen i familie og nettverk. Samtidig forteller de om store forskjeller i mål og verdier i Norge og i hjemlandet, spesielt for dem som kommer fra tradisjonelle landsbysamfunn med sterkere tradisjoner i sitt levesett. Dette samsvarer med annen migrasjonsforskning (Brunvatne 2006, Angel og Hjern 2004).

Mødre som har levd med svigerfamilien, opplever mindre foreldrekompentanse, og savner kunnskap og metoder for å få barna/ungdommen til å oppføre seg ønskelig. Foreldre har mottatt foreldreveiledning, og viser motivasjon for å motta hjelp til å finne andre måter å oppdra barna på. Flere forteller at de slår barna sine, men plages ved å gjøre det, og er positive til å få råd og hjelp i dette arbeidet.

Kommunehelsetjenesten gir tilbud om helsefremmende arbeid til barn og unge med flyktningbakgrunn, og mange i gruppen har deltatt. Dette arbeidet er imidlertid ikke rettet mot foreldrene og deres psykiske plager, og denne undersøkelsen har ikke kartlagt om de voksne har fått hjelp til sine plager. Flere informanter opplever foreldrerollen som vanskelig, og særlig mødrene beskriver sin psykiske helse som dårlig. Rubovits (1996) og Kufås, Lund og Myrvoll (2004) påpeker i sine studier at psykiske vansker hos foreldrene gir økt risiko for utvikling av psykiske vansker hos barna.

Undersøkelsen viser at barn og voksne med dårlig psykisk helse, og situasjonsbetinget stress i familiesituasjonen, risikerer å påvirke hverandre gjensidig, og at det derfor fra et barneperspektiv er viktig at foreldre også får hjelp. Rutter (1976) anfører at en opphopning av negative faktorer i familien med stor sannsynlighet skaper psykisk uhelse hos barna. Foreldrene beskriver flere av de risikofaktorer som Rutter nevner, nemlig dårlig sosial status, stor barneflokk og psykiske plager hos mødrene. Betancourt og Khan (2008) fant liten grad av PTSD hos barn som hadde opplevd krig, men at PTSD hos deres omsorgsgivere var en prediktor på at barna også kunne utvikle PTSD.

Foreldrene gir uttrykk for at de ikke makter å følge opp introduksjonsordningen, samtidig som samfunnet stiller krav til dem om å følge opp barna i barnehage, skole og fritidsaktiviteter, følge opp barnas helse, følge dem til behandling, ta imot foreldreveiledning, være sammen med og gjøre ting sammen med dem og danne nettverk. Dette gjelder selv om flere forteller at de har kortere dag enn vanlig. Funnene i undersøkelsen viser at problemene øker med mange barn, og at mange av familiene er barnerike. Barn skal bringes til barnehage, SFO, skole om morgenen, og hentes igjen om ettermiddagen. Disse arenaene er ofte ikke lokalisert i samme område, og oftest disponerer ikke familien bil. Offentlig kommunikasjon korresponderer i liten grad med behovet og tidsaspektet.

Samtidig skal foreldrene rekke sine egne, pålagte oppgaver. Her settes de i en situasjon der samfunnet har som mål at de, i løpet av to år, skal være i arbeid eller utdanning. Dette viser at det er lite samhandling i eksosystemet. Dette offentlige kravet, introduksjonsordningen, gjelder alle, uavhengig av den enkeltes situasjon og erfaringshistorie. Rammeverket i Bronfenbrenners modell (1979), samhandlingen mellom systemene, er ikke godt nok ivaretatt. Situasjonen blir i tillegg vanskeligere og mer u håndterlig ved at foreldrene i generasjoner i hjemlandet har levd i unntakstilstand, i unormal situasjon med krig og forfølgelse, og derfor kan ha liten erfaring med samfunnsstruktur.

Tidsmarginene i det daglige blir knappe, i mange tilfeller umulige, og dette gir en høy stressfaktor, som kan øke risikoen for både fysiske og psykiske sykdommer. Stressfaktorene som Weisæth (2000) nevner: intensiteten, kvaliteten og varigheten, er helt klart til stede hos de tsjetsjenske foreldrene, og i særlig grad hos mødrene. Denne situasjonen er heller ikke fremmede for barnas psykiske helse, og det kan virke som introduksjonsordningen i denne situasjonen bidrar til å redusere foreldrenes mulighet til å bedre barnas psykiske helse. Disse elementene er negative i forhold til resiliente faktorer (Waaktaar og Christie 2000).

Selv om kommunen tilrettelegger støtte til individets mestringsstrategier, ved å tilrettelegge arenaer for nettverksbygging, sosial læring, møteplasser, etablering av gruppeaktiviteter og arenaer der prosessen for empowerment kan starte (Mæland 2005), er det rimelig å anta at de tsjetsjenske familiene sannsynligvis ikke vil kunne nyttiggjøre seg dette tilbudet godt nok. Undersøkelsen viser at situasjonen for flere av familiene er så vanskelig at de ikke makter å komme i gang med prosessen som skal fremme empowerment. Når forholdene ikke ligger til rette for å utvikle empowerment, oppleves frustrasjon og avmakt, og brukermedvirkning vil bli vanskelig.

Betancourt og Khan (2008) argumenterer for et støttende nettverk, og at andre voksne i nettverket danner gode relasjoner til barn og unge med krigsopplevelser. Flere informanter forteller at positive opplevelser og gode, hyggelige voksne i barnas omgivelser påvirker barnas psykiske helse i positiv retning. Dette samsvarer også med forskningen til Ashby, Isen og Turken (1999), som viser at erfaringer som gjør en glad og fornøyd minsker forekomsten av negative følelser.

I et genusperspektiv viser undersøkelsen at mødre opplever et mye større stress enn fedrene, i kombinasjonen å være mor, og å delta i introduksjonsordningen. Mødre uttrykker mer bekymring for foreldrefunksjonen enn fedrene. Dette sammenfaller med funn i *Toppstudien* (Folkehelseinstituttet 2008), som viser at belastninger ved barnas helse, skole og fritid påvirker mødrenes symptomnivå mer enn belastende levevilkår. Høyt symptomnivå hos mødre henger sammen med bekymring for barna, mens fedrenes symptomnivå i større grad henger sammen med levevilkår. Flere mødre bemerker at det er vanskeligere for dem enn for fedrene å få barna til å høre på dem.

6.2 Foreldrenes oppfatninger av helsefremmende faktorer

Foreldrene har mange synspunkter på hva som kan fremme barnas psykiske helse. De ønsker tid til å sette seg inn i forventninger og krav til å være foreldre i Norge. Informantene ønsker råd og veiledning. De oppgir at de trenger mer tid til å være foreldre. Med mer tid vil stresset bli redusert, og de vil mestre foreldrerollen bedre. Dette samsvarer med funn hos Germundsson (2006). De ønsker tid til å pleie omgang med landsmenn i samme situasjon, tid til å dyrke felles historie og kultur, og styrke egen identitet gjennom å utøve egen kultur og tradisjoner. De tror dette vil bedre den psykiske helsen. Betancourt og Khan (2008) sier i sin artikkel at intervensjoner bygd på kjente kulturelle tradisjoner er viktigere for barna enn «vestlige» intervensjoner.

Foreldrene påpeker dessuten viktigheten av at barna må ha meningsfull fritid, og alle oppgir at barna får lov til å være med på aktiviteter. Dette samsvarer med funnene i Fribergs undersøkelse (2005). Flere opplever at de har manglende tid og kunnskaper til å finne fram til aktiviteter, og etterspør hjelp til å etablere og følge opp aktiviteter. Noen oppgir også at økonomiske rammer begrenser mulighetene.

Når de blir forespurt om sitt syn på terapeutisk hjelp til bearbeiding av barnas opplevelser fra krig og flukt, svarer flere foreldre at barna deres har fått tilbud om behandling, og noen har gått i behandling, men ikke fullført. De fleste så ingen bedring, og det er stor usikkerhet blant informantene om denne form for hjelp vil ha noen effekt. Foreldrene forteller om mangelfull informasjon og forståelse for innholdet i og formålet med behandlingsformen, og sier at det er viktig for dem å vite hva som foregår i behandlingssamtalene med barna. Dette er alvorlig, når vi vet at 30 % av dem med psykiske plager er i risiko for at utvikle kroniske lidelser (Angel og Hjern 2004). Informantene har ikke bastante meninger om hvorvidt samtalene skal være individuelle eller i grupper med andre barn.

Betancourt og Khan (2008) poengterer at terapeutisk arbeid må ses på som en systemisk prosess, og gå hånd i hånd med resiliensarbeid, nettverksarbeid og god skolegang, for å gi resultat. Fokus på terapeutisk arbeid alene er ikke tilstrekkelig. Resiliente prosesser på individ-, familie- og samfunnsnivå må kombineres med nettverksmetodisk arbeid for å erstatte et ødelagt sosialt system (Waaktaar og Christie 2000).

Foreldrene var i utgangspunktet delt på om barna gjennom samtaler skal minnes om det de har opplevd i hjemlandet, eller om det er best å ikke snakke om det, å glemme. Gjennom refleksjon under intervjuet kom de fleste fram til at de har et sterkt ønske om å glemme, fordi minnene er så smertefulle, samtidig med at de erkjenner at det er umulig å glemme.

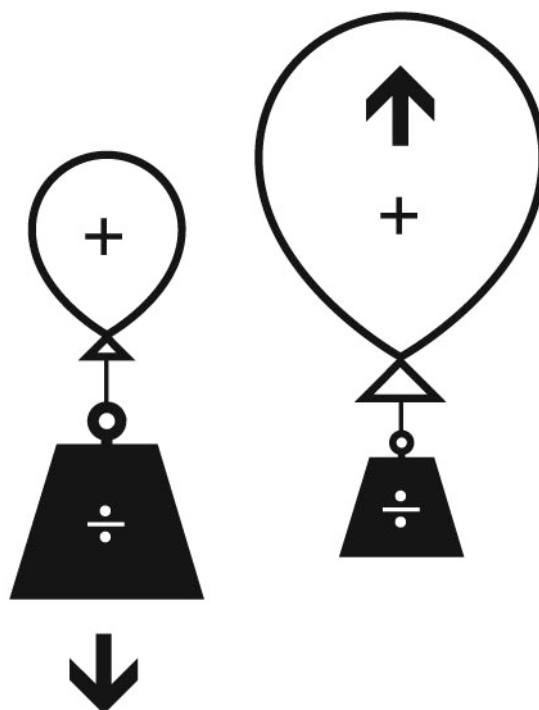
Informantene mener at det er viktig at barna har kunnskap om og forståelse av krigen og konflikten i hjemlandet, men forteller at det er for vanskelig for dem å samtale med barna om dette, for det er for nært og sterkt for dem selv. Flere informanter mener at kunnskap og kognitiv forståelse av konflikten og krigen vil hjelpe barn til å kunne sette krigen i en sammenheng. Dette samsvarer med Antonovskys tanker (2002) om at verden må være kognitivt begripelig. Informantene ønsker gjerne hjelp fra andre, enten fra eget land eller fra hjelpeapparatet, til samtale med barna. Å be om hjelp fra andre er ifølge Waaktaar og Christie (2000) en resilient faktor/handling.

Foreldrene mener at mestring er viktig, både mestring av opplevelser, atferd, sosiale situasjoner, og fysiske og kulturelle aktiviteter. De vektlegger viktigheten av at barna har et mestringsområde, og at dette vil medvirke til bedre psykisk helse. Informanter presiserer at det er vesentlig for dem å forstå og ta del i prosessen rundt eget og barnas liv. Dette samsvarer med at empowerment er en måte å oppnå kontroll over eget liv i relasjon med andre; at man tar ansvar for egne livsbetingelser (Sørensen mfl. 2002).

6.3 Hvordan kan motivasjon og samarbeid rundt habiliteringstilbud til tsjetsjenske barn og unge optimeres?

I en brøk hvor telleren er organiserte samfunnskrav, stress, belastninger og lignende, og nevneren er mestringsferdigheter, høy selvaktelse, støttegrupper og lignende, gir Albeé (1982) en modell for hvordan man kan redusere mentale lidelser hos barn og unge, enten ved å øke de helsefremmende faktorer, og/eller ved å redusere belastningene. Albeés modell utgjør, sammen med Antonovskys teori om salutogenese, grunnlaget for Figur 2, hvor belastningene symboliseres av loddet, og ressursene av ballongen.

Ved overvekt av belastninger trekker loddet ballongen ned og medfører dårligere psykisk helse. Jo flere helsefremmende faktorer som er til stede, og gjør ballongen større, jo bedre blir den psykiske helsen. Dette øker muligheten for å holde familien «svevende i systemet», og hindrer et, i verste fall, sammenbrudd i familien.



Figur 2. Modell som illustrerer sammenhengen mellom psykisk helse, ressurser og helsefremmende faktorer (ballongen) og psykisk uhelse, stress og belastninger (loddet)

Informantene viser stor innsikt i hva som hjelper og hva som er belastende, og har gode forslag som er i tråd med helsefremmende teorier. Det mest alvorlige som framkommer i denne studien er mangelen på tid til å være foreldre til så krevende barn som de som omhandles i undersøkelsen. Dette er en faktor som må tas på alvor, da den er essensiell for å optimere samarbeid og motivasjon omkring habiliteringstilbud til tsjetsjenske barn og unge. Dette krever et utstrakt samarbeid mellom introduksjonsprogrammet og de som støtter familien i arbeidet med barna.

Foreldrene har kommet med mange gode, konkrete forslag til hva som kan hjelpe deres barn. Foreldre ønsker hjelp til å finne fram til, og etablere egnede fritidsaktiviteter for barna. Noen ønsker økonomisk hjelp til aktiviteter og til følging og henting. Alle familiene ønsker at barna skal få hjelp til kunnskap om eget land og historie, og forståelse av hjemlandets situasjon. De ønsker at barna lærer om hjemlandets tradisjoner og kultur og til å etablere kulturelle aktiviteter, danning av nettverk, og hjelp til å opprette kontakt med landsmenn.

Der barn trenger profesjonell behandling/samtaler, ønsker informantene et virksomt og for dem forståelig tilbud, og informasjon underveis. De tror det kan være bra om noen

lærer barna adekvate norske spilleregler og koder. De har ingen preferanser til om dette foregår individuelt eller i gruppe. Foreldrene tar gjerne imot foreldreveiledning, men for å kunne nyttiggjøre seg dette, må de ha tid til å være foreldre. Informantene tilråder at hjelpere møter dem uformelt. De presiserer at det tar tid å etablere en god dialog, og at man må være kjent før man kan ta imot informasjon.

6.4 Metodediskusjon

Som en følge av etisk komité's krav til utvalg av informanter, har alle bodd minst to år i kommunen. Konsekvensen av dette er at utvalget ble mindre enn opprinnelig tenkt. Planen var å rekruttere et representativt utvalg med størst mulig variasjon med hensyn til familienes bosettingslengde i kommunen, og til foreldrenes alder og utdanningsnivå. Selv om utvalget ble mindre, og alle som oppfylte utvalgskriteriene fikk tilbud om å være med, er fordelingen i utvalget allikevel representativ. Da det fremkom stor rikdom i data, ble det besluttet at de 10 informantene var et tilstrekkelig utvalg.

Et dilemma oppsto rundt bruken av tolk. Skulle tolk brukes i alle intervjuer, eller i noen, eller ingen? Alle informantene er blitt spurt om hva de ønsker. Å intervjuer noen med og noen uten tolk kan være vanskelig i analyseprosessen. Problemstillingen er diskutert med veileder og andre som forsker på mennesker med annet morsmål enn intervjuer. Etter forespørsel til ulike forskerinstusjoner, bl.a. Folkehelseinstituttet i Oslo, NHV Göteborg, og Norsk kunnskapscenter mot vold og traumatisk stress i Oslo, fremkom at dette praktiseres ulikt. Bruk av tolk er i tillegg en usikkerhetsfaktor, da vi ikke kan kontrollere om alt blir oversatt rett. I de to intervjuene med tolk hadde begge informantene relativt god norsk språkforståelse. Intervjuene er derfor ikke gjennomgått av annen tolk, for kontroll. For å øke validiteten, ble hyppige, oppsummerende spørsmål stilt, for å bekrefte /avkrefte utsagn, som foreslått av Kvale (1997). Flere ganger ble derfor misforståelser oppklart underveis.

For å få godkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Øst-Norge, til undersøkelsen, ble det foreslått at en tredje person var tilstede under intervjuprosessen, for å forhindre at det oppstod en rolleblanding mellom intervjuer og hjelper, og for å kontrollere at alt gikk riktig for seg. Det er vanskelig å vurdere om dette har hatt noen innvirkning på resultatene. Jeg opplevde informantene som åpne, ærlige og velvillige til å komme med sine meninger.

Det er vanskelig å vurdere om funnene i denne undersøkelsen kan overføres til å gjelde i andre etniske grupper, både fordi det bare er ti informanter, og fordi de tsjetsjenske familiene har en høy belastning av hendelser og plager. Dette har de til felles med andre med opprinnelse i land med uro og krig over lang tid, så jeg vil anta at funnene er typiske for flere grupper av flyktninger med barn, som har hatt mange traumatiske opplevelser og opplever store kulturelle forskjeller mellom hjemlandet og det nye landet.

7 KONKLUSJONER

Undersøkelsen viser at de tsjetsjenske familienes situasjon, med høyt stressnivå i hverdagen, kan skape ytterligere belastning, og slik hemme utviklingen av god psykisk helse hos barn og unge. Det er meget problematisk at foreldre med manglende eller redusert foreldrekompentanse, og egne psykiske vansker, skal håndtere flere/mange barn med psykiske og sosiale problemer, samtidig som de selv skal gjennomføre et krevende introduksjonsprogram. Det at samfunnet stiller vanskelig håndterbare krav til familiene, kan føre til at en i utgangspunktet vanskelig situasjon gjøres enda vanskeligere.

8 ANBEFALINGER

For å oppnå god psykisk helse i målgruppen, blir det essensielt å ha et helhetssyn på tjenestene rettet mot de enkelte flyktningfamilier. Introduksjonsordningen må gi rom for at foreldre trenger tid til barna og deres store behov. For å optimere barnas mulighet til å oppnå god psykisk helse, bør det samtidig tilrettelegges for god foreldrefunksjon, dvs at barnas psykiske helse må ses i sammenheng med foreldrenes situasjon og tilstand. Dette betyr at introduksjonsordningens krav til voksnes kvalifisering må tilpasses den enkelte barnefamilies behov. Et godt helhetsperspektiv, med adekvate tiltak, vil kunne redusere menneskelig lidelse og fremme psykisk helse.

Kommunens arbeid med traumatiserte flyktningfamilier bør derfor sikre:

- en grundig kartlegging av foreldres psykiske tilstand, foreldrekompetanse og deres synspunkter på barnas og familiens ressurser og behov
- en kartlegging av barnas psykiske tilstand og behov
- planlegging og koordinering av tiltak som kan legge forholdene til rette for mestring, sosial kompetanse og deltagelse i positive aktiviteter
- at foreldrene sikres tid til å være foreldre, og får hjelp til sine og barnas psykiske vansker i en håndterbar hverdag
- et systematisk arbeid med reaksjoner og vansker etter opplevelser fra krig og flukt, bl.a. ved å skape muligheter for etablering av nettverk og styrking av egen kultur og identitet

Etablering av store familier med traumatiske opplevelser er spesielt krevende, og det bør overveies å etablere et samordnet tilbud i kommunen, hvor barneperspektivet er like mye i fokus som foreldrenes kvalifisering. Det bør defineres hvor dette arbeidet skal plasseres i kommunen, og utarbeides en egen plan/introduksjonsordning for barn og ungdom, for å sikre god kvalitet på arbeidet.

Forslag til videre undersøkelser

Som en oppfølging av denne undersøkelsen hadde det vært interessant å høre hva barn og unge i de samme familiene mente om de samme temaene.

9 TAKK

Først og fremst må veileder Lene Povlsen takkes for utrettelig, arbeidskrevende veiledning, med ufravikelige, høye krav til innhold og kvalitet.

Tutor Henry Ascher skal takkes for hjelp til å finne tema for undersøkelsen, for bistand under arbeidet, inspirasjon og faglige diskusjoner.

Takk til mitt arbeidssted, som raust har lagt til rette for undersøkelsen ved å gi tid og rom i arbeidssituasjonen.

En særlig takk til Marianne Anstensen, for deltagelse og kontroll under intervjuer, lytting til lydbåndene og kontroll av transkriberingen; et uvurderlig, tidkrevende arbeid!

En stor takk til ektemann Jan, for gode, faglige diskusjoner og drøftinger, og for hjelp med utforming, korrekturlesning og annen praktisk bistand.

Takk til yngstemann Vegard for mer eller mindre tålmodig venting på mors tilgjengelighet, og ikke minst på PC.

Takk til eldstemann Erlend som har hjulpet til med modellene.

Takk til datter Mari for oppmuntrende kommentarer.

Størst takk til mine utmerkede informanter, som har delt sin kunnskap og sine opplevelser med meg. Takk for åpne, sterke og ærlige bidrag!

Og til sist: takk til alle unevnte som på ulike måter har bidratt, støttet og hjulpet meg under arbeidet.

10 REFERANSER

- Almquist, K. & Broberg, A.G. 1999, «Mental health and social adjustment in young refugee children 3 1/2 years after their arrival in Sweden», *Journal American Acad Child Adolescence Psychiatry*, vol.38, no.6, pp.723-730.
- Albee, G.W.1982, «Preventing psychopathology and promoting human potential», *American Psychologist*, vol.37, pp.1043-1053.
- Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. 2001, «Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden», *The American Journal of Orthopsychiatry*, vol.71, no.1, pp. 4-15.
- Angel, B. & Hjern, A. 2004, *At møta flyktningar*, Studentlitteratur, Lund.
- Antonovsky, A. 2002, *Helbredets mysterium*, 2.opplag, Hans Reitzels Forlag, Danmark.
- Antonovsky, A.1979, *Health, Stress and Coping*, Josey-Bass, San Fransisco.
- Ashby, F. G., Isen, A. M. & Turken, U. 1999, «A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition», *Psychological Review*, vol.106, pp. 529-550.
- Askheim, O.P. 1998, *Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*, Ad Notam, Gyldendal.
- Askheim, O.P. 2004, *Fra normalisering til empowerment – Ideologier og praksis arbeid med funksjonshemmede*, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barnes, J. A. 1954, *Class and committees in a Norwegian island parish*, *Human Relations*.
- Betancourt, T. & Khan, T. 2008, «The mental health of children affected by armed conflict: Protective process and pathways to resilience», *International Review of Psychiatry*, vol. 20, no. 3, pp. 317-328.
- Boissevain, J. & Mitchell, C. L.1973, red: *Network analyses*, Studies in human interaction, Mouton- The Hague, Paris.
- Brunvatne, R. 2006, *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*, Gyldendal akademisk.
- Bronfenbrenner, U.1979, «The ecology of human development.Experiments by nature and design», *Harvard University Press*, Cambrigde.

- Bronfenbrenner, U. 1994, «Ecological models of human development». In T. Husen & T.N. Postlethwaite (Ed.), *The international encyclopedia of education*, 2. ed. bd. 3, pp.1643-1647.
- Diener, E.2000, «Subjective well-being -The science of happiness and a proposal for a national index», *American Psychologist*, vol. 55, pp.34-43.
- Fazel, M, Wheeler, J. & Danesh, J. 2005, «Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review», *Lancet*, vol. 365, no.9467, pp.1309-1314.
- Finset, A. 1986, *Familien og det sosiale nettverket*, Cappelen, Oslo.
- Friberg, J.H. 2005, «Ungdom, fritid og deltagelse i det flerkulturelle Oslo», *FAFO notat*.
- Fyrand, L. 1994, *Sosialt nettverk, teori og praksis*, Tano.
- FNs konvensjon for barnets rettigheter 1989, <http://www.regjeringen.no/> 2008
- Germundsson, O.E. 2004, «Å lære å møte hverdagene, kritisk blick på begrepet «mestring» » *Fontene*.
- Graneheim, U. H. & Lundmann, B. 2004, «Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness», *Nurse Education Today*, vol.24, no.2.
- Hjort, P.F. 1994, «Et spørsmål om sunnhet? – Mot et nytt helsebegrep» i *Helse for alle! Foredrag og artikler*, Hjort, P.F., 1974 – 93, pp.86 – 96, Utredningsrapport nr. U 1 – 1994.
- Helse- og omsorgsdepartementet 1997, St. melding nr.25, 1996-97, «Åpenhet og helhet».
- Helse- og omsorgsdepartementet 1984, Kommunehelsetjenesteloven, 1984-01-01 § 1-1.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2003, Strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”sammen om psykisk helse”.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2003, St.melding nr.16, 2002-2003, «Resept for et sunnere Norge».
- Kommunal- og regionaldepartementet 2004, St. melding nr.49, 2003-2004, «Mangfold gjennom inkludering og deltagelse».

- Krippendorff, K. 1980, Content Analysis. An Introduction to its Methodology, The Sage Commtext Series, Sage Publications Ltd., London.
- Kufås, E., Lund, K. & Myrvoll, L.R. 2004, «Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter og redusere belastninger for barn og ungdom», *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol.1, no.3.
- Kvale, S. 1997, Den kvalitative forskningsintervjuen, Studentlitteratur, Lund.
- Lazarus, R., Launier, R. 1978, «Stress-related transactions between person and environment» In, Pervin, Lawrence Lewis, M. (a cura di). Perspectives in «Interactional Psychology», *Plenum*, pp. 287-327, New York.
- Lie, B., 2003, «The triple burden of trauma, uprooting and settlement: a non-clinical longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway», *Psychosocial Centre for Refugees*, University of Oslo, Unipub.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. 2000, «The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work», *Child Development*, vol. 71, no. 3, pp. 543-562.
- Malterud, K. 1996, Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Tano Aschehoug AS.
- Masten, A.S. 2001, «Ordinary magic. Resilience processes in development», *Am Psychol*. vol.56, no.3, pp.227-238.
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. 2007, «(toppstudien) Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid» rapport 2007:5, Folkehelseinstituttet, Norge.
- Mitchell, C. 1969, «Social networks in urban situations, Analysis of personal relationships in Central African towns», *Manchester University Press*, Manchester.
- Montgomery, E. & Foldspang, A. 2005, «Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence», *The European Journal of Public Health Advance*, Access DOI 10.1093/eurpub/cki059.
- Møller, A. 2007, Notater fra forelesing i kvalitativ metodikk, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Mæland, J.G. 2005, Forebyggende helsearbeid i teori og praksis, 2.utg. Universitetsforlaget, Norge.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/>

- Ogden, T. 2007, «Antisocial atferd og barneoppdragelse: Parent Management Training som foreldreopplæring». <http://www.atferd.unirand.no/>
- Oppedal, B. & Røysamb, E. 2004, «Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background», *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 45, no. 2, pp. 131-144.
- Punamaki, R.L., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M. & de Jong, J.T. 2005, «The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample», *Child Abuse Negl.* vol. 29, no.4.
- Rubovits, P.C. 1996, «Prosjekt CHILD: An intervention program for psychotic mothers and their children». In: Gøpfert, M., Webster, J. & Seeman, M.V. (ed.) «Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families», *Cambridge University Press*, Cambridge.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. 1976, «Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974», *Psychological Medicine*, vol.6, pp. 313-332.
- Røde Kors Genèvekonvensjonen, 1949 <http://www.rodekors.no/>
- Stensvoll, D., Elvbakken, K.T. & Malterud, K. 2005 «Blir norsk folkehelsepolitikk mer individorientert?», *Tidsskrift for den norske legeforening*. vol.125, no.5, pp.603-605.
- Smith, L. 2000, «Forebygging i psykisk helsevern for barn og ungdom», *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol.137, pp.316-326.
- Stoltenberg, C. 1997, «Research on immigrants and health. Curiosity or benefit?», *Tidsskrift for den norske legeforening*, vol.117, pp. 2435.
- Statistisk sentralbyrås undersøkelse 1996, Levekår blant innvandrere.
- Statistisk sentralbyrå 2007 <http://www.ssb.no/innvandring/>
- Sund, A.M., Larsson, B. & Wichstrøm, L. 2003, «Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 44, no. 4, pp.588-597.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G. & Nybø, A. 2002, «Empowerment i helsefremmende arbeid», *Tidsskrift for den norske legeforening*, vol.122, pp.2379-2383.
- Verdens legeforening 2001, Helsinki-deklarasjonen <http://www.etikkom.no>

- Waaktaar, T. & Christie, H. 2000, Styrk sterke sider, Kommuneforlaget.
- Weisæth, L. & Dalgard, O. (red.) 2000, Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid, Gyldendal akademisk, ISBN 82-00-45053-8, Oslo.
- WHO 1986, Ottawacharteret om helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1987.
- Ungar, M. 2004. «Nurturing hidden resilience in troubled youth », *University of Toronto Press*, Toronto.
- Utlendingsdirektoratet 2007, <http://udi.no>

