



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester

MS1-306

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 26-05-2021 09:00 | Termin: | 2021 VÅR |
| Slutt dato: | 01-06-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgåve | | |
| Flowkode: | 203 MS1-306 1 MA 2021 VÅR | | |
| Intern sensor: | Randi Suiland | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|----------------------|
| Navn: | Kristin Daling Felde |
| Kandidatnr.: | 203 |
| HVL-id: | 943475@hvl.no |

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|-------|
| Antall ord *: | 16908 |
|----------------------|-------|

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGÅVE

Innsikt i belastande og anerkjennande relasjonelle erfaringar frå barne- og ungdomsår gir verdifull kunnskap om unge kvinner sine helseplager i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Insight into stressful and appreciative relational experiences from childhood and adolescence provides valuable knowledge about young women`s health problems in Norwegian Psychomotor Physiotherapy

Kristin Daling Felde

Master i samhandling innan helse- og sosialtenester
Avdeling for helsefag

Rettleiarar: Aud Marie Øien og Mari Husabø

01.06.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Eg starta på vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi på Høgskulen i Oslo og Akershus i januar 2017. Eg visste då lite om at eg, fire og eit halvt år seinare, ville levere ei masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester. Det har vore lærerike år. Takk til arbeidsgivaren min Sunnfjord kommune for støtte til fagleg påfyll.

Arbeidet med denne masteroppgåva har vore givande, og eg er stolt og nøgd med innsatsen eg har lagt ned. Først og fremst vil eg takke deltakarane i forskingsprosjektet. Eg set svært stor pris på at de ville dele erfaringane dykkar. Ein stor takk går også til fysioterapeutane som sette av tid til å hjelpe meg med å rekruttere desse unike informantane.

Eg vil takke hovudrettleiaren min Aud Marie Øien for verdifull støtte og konstruktive tilbakemeldingar under heile arbeidsprosessen. Takk for ditt faglege engasjement og for at du har etterspurt framdrift i forskingsprosjektet. Det har vore motiverande og ført til at eg har jobba jamt og trutt. Eg vil også takke birettleiar Mari Husabø for gode innspel. Eg skulle gjerne ha vore meir i lag med dykk og tatt til meg av dykkar inspirerande vesen, men Zoom-rettleiing har fungert godt.

Eg vil takke medlesarane mine Arnhild Melve og Anni Felde for grundig gjennomlesing og gode innspel. Til sist vil eg takke familien min for tolmod og interesse for det arbeidet eg har heldt på med desse åra. De er ein god flokk å ha.

Innhald

| | |
|---|----|
| Samandrag..... | |
| Abstract | |
| 1.0 Innleiing..... | 1 |
| 1.2 Bakgrunn og mål for studien | 2 |
| 1.3 Problemstilling..... | 3 |
| 1.3.1 Avgrensing..... | 3 |
| 1.4 Litteratur og tidlegare forskning..... | 4 |
| 2.0 Teoretisk rammeverk | 6 |
| 2.1 Psykomotorisk fysioterapi | 7 |
| 2.2 Relasjon..... | 7 |
| 2.3 Identitet | 9 |
| 3.0 Metode | 11 |
| 3.1 Forskingsdesign..... | 11 |
| 3.2 Vitskapsteoretisk perspektiv | 11 |
| 3.3 Innsamling av data | 12 |
| 3.3.1 Utval og rekruttering..... | 13 |
| 3.3.3 Presentasjon av deltakarane..... | 13 |
| 3.3.4 Gjennomføring av intervju | 14 |
| 3.3.5 Transkribering av intervju | 14 |
| 3.4 Analyse..... | 15 |
| 3.4.1 Gjennomføring av systematisk tekstkondensering | 15 |
| 3.5 Forskarrolla | 17 |
| 3.5.1 Mi eiga førehandsforståing..... | 18 |
| 3.6 Etske omsyn | 19 |
| 4.0 Resultat..... | 20 |
| 4.1 Familien sin betydning som belastande og vernande | 20 |
| 4.1.1 På tå-hev gjennom barndomen | 20 |
| 4.1.2 Tomme kjensler og kraftige kroppslege avtrykk..... | 22 |
| 4.1.3 Barneskulen er ein trygg arena – overgangar er utfordrande..... | 25 |
| 4.2 Endringar i identitet – variasjonar mellom det usikre og det trygge | 26 |
| 4.3 Å bry seg frå hjartet | 27 |

| | |
|--|----|
| 4.4 Noverande helseplager..... | 28 |
| 5.0 Diskusjon | 30 |
| 5.1 Resultatdiskusjon..... | 30 |
| 5.1.1 Kropp og beredskap | 30 |
| 5.1.2 Anerkjennning..... | 32 |
| 5.1.3 Identitet | 34 |
| 5.1.4 Samhandling..... | 35 |
| 5.1.5 Oppsummering av resultatdiskusjon | 36 |
| 5.2 Metodediskusjon | 37 |
| 5.2.1 Kvalitetskriterier..... | 38 |
| 5.2.2 Kritisk vurdering av utval og rekruttering..... | 39 |
| 5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling og transkripsjon | 41 |
| 5.2.4 Kritisk vurdering av analyse og teoretisk perspektiv | 43 |
| 5.2.5 Oppsummering av metodediskusjon..... | 43 |
| 6.0 Konklusjon | 45 |
| Referansar | 47 |
| Vedlegg 1: Svarbrev frå REK | |
| Vedlegg 2: Meldeskjema for behandling av personopplysningar | |
| Vedlegg 3: Førespurnad om hjelp til rekruttering av informantar | |
| Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informantar | |
| Vedlegg 5: Intervjuguide | |

Samandrag

Bakgrunn: I opptrappingsplanen for barn og unge si psykiske helse blir det peika på viktigheita av helsefremmande og forebyggande arbeid slik at den oppveksande generasjon får styrka evna si til å meistre motgang og utfordringar i livet. **Formål:** Målet med denne studien er å utforske erfaringar i frå barne- og ungdomsår. Eg tek utgangspunkt i empiri innhenta ved intervju av unge kvinner som er eller nyleg har vore i psykomotorisk behandling. **Problemstilling:** Korleis kan innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barn- og ungdomsår gi forståing for deira noverande helseplager? **Metode:** Studien har eit kvalitativt design, inspirert av fenomenologi. Det er gjennomført fire individuelle semistrukturerte livsverdsintervju. Systematisk tekstkondensering blei nytta som analysemetode **Resultat:** Resultat frå studien er drøfta i lys av relasjonsteori og teori om identitetsutvikling, og presentert under fire tema: Kropp og beredskap, Anerkjenning, Identitet og Samhandling. **Konklusjon:** Studien viser at innsikt i barne- og ungdomserfaringar kan løfte fram individet slik at både pasient og fagutøvar får ei forståing for situasjonen, sett i lys av erfaring, individ, miljø og samfunn. Anerkjenning peikar seg ut som eit bærande omgrep for studien. **Nøkkelord:** Psykomotorisk fysioterapi, erfaringar frå barne- og ungdomsår, fenomenologi, identitet, anerkjenning, samhandling

Abstract

Background: In the plan for children and young people`s mental health, the importance of health-promoting and preventive work is pointed out, so that the rising generation can have the strength and ability to overcome adversity and challenges in life. **Objective:** The aim of this study is to explore experiences from childhood and adolescence. The base is empirical data from interviews with young women who are or have recently been in psychomotor physiotherapy treatment. **Research question:** How can insight into women`s experiences from childhood and adolescence provide an understanding of their current health problems? **Methods:** The study has a qualitative design, inspired by phenomenology. Four individual semistructured interviews were conducted. Systematic text condensation was applied as strategy for analysis. **Result:** Results from the study are discussed in light of relational theory and theory of identity, and presented under four topics: Body and preparedness, Recognition, Identity and Interaction. **Conclusion:** The study shows that insight into experiences from childhood and adolescence can give the patient and the professional valuable understanding, seen in the light of experience, individual, environment and society. Recognition arise as a key concept for the study.

Keywords: Psychomotor physiotherapy, experiences from childhood and adolescence, phenomenology, identity, recognition, interaction

1.0 Innleiing

Dei tre overordna måla for Norge sitt folkehelsearbeid er at vi skal skape eit samfunn som fremmar helse for alle, folket skal oppleve fleire leveår med god helse og trivsel, og Norge skal vere blant dei tre landa i verda med høgast levealder (Grøholt et al., 2018).

Folkehelse rapporten frå 2018 viser til ei internasjonal spørjeundersøking (World Happiness report 2018) der innbyggjarane sin livskvalitet blir målt gjennom kor tilfredse dei er med liva sine. Norge er blant dei ti landa i verda der folket rapporterer om høgast livskvalitet, og har lege i toppsjiktet på denne kåringa dei siste åra (Grøholt et al., 2018).

Dei fleste ungdomar rapporterer om god fysisk og psykisk helse, optimisme og framtidstru. Det er likevel ei auke i sjølvrapporterte fysiske og psykiske helseplager og ei auke i ungdom si oppleving av stress og press knytt til skuleprestasjonar og kroppsfokus (Bakken, 2019). Eriksen og Bakken (2020) etterlyser meir kunnskap om årsaker og konsekvensar av det presset og stresset som ein del ungdom rapporterer om, og ser behov for meir kunnskap om langvarige konsekvensar av psykiske helseplager i ungdomstida (Øhlckers et al., 2020, s. 35-44).

I opptrappingsplanen for barn og unge si psykiske helse (Prop. 121, 2019) blir det peika på viktigheita av helsefremmande og forebyggjande arbeid slik at den oppveksande generasjon får styrka evna si til å meistre motgang og utfordringar i livet. Å investere i forhold som fremmar barn og unge si psykiske helse kan på sikt spare samfunnet for store kostnader knytt til fråfall i skule, svak deltaking i arbeidslivet og auka risiko for psykiske plager og lidningar (Prop. 121, 2019).

Statsbudsjettet for 2020 (Regjeringen.no, 2019) gir ei styrking av helsestasjons- og skulehelseteneste og ei auka satsing på psykisk helse. Helsestasjon, skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom skal ha tilstrekkeleg fagkompetanse og må legge til rette for samarbeid for å sikre eit godt tilbod og forsvarleg drift. Der bør vere brei og tverrfagleg kompetanse for å styrke helsefremmande og forebyggjande arbeidet til barn og unge (Helsedirektoratet, 2019). Ottesen og Øyehaug (2016) argumenterer for at fysioterapeutar med kompetanse om kropp og bevegelse, forstått i samanheng med erfaring, helse, deltaking og funksjon, innehar verdifull kunnskap som vil styrke det forebyggjande og

helsefremmande arbeidet i møte med utfordringar som dagens ungdom står overfor (Ottesen & Øyehaug, 2016).

1.2 Bakgrunn og mål for studien

I arbeidet mitt som psykomotorisk fysioterapeut i kommunehelsetenesta møter eg menneske med samansette helseplager. Mange av dei er kvinner, og nokre av dei er unge. Plagene kjem til uttrykk som vond muskulatur, stivheit i ledd og bunden bevegelse, hovudverk og migrene, vondt i magen, klumpkjensle i bryst og hals, uro i kroppen, tankespinn i hovudet, søvnavanskar og utmatting. Pasientane kan blant anna fortelje om utfordringar knytt til konsentrasjon og læring, angstproblematikk, mobbing eller traume frå ein oppvekst eller samliv med krevjande relasjonar. Eg kan ofte undre meg over korleis livet deira ville vore om nokon hadde sett og forstått tidlegare kva utvikling og retning begynnande helseplager i barne og ungdomsåra kunne ta. Kunne nokon ha agert før plagene vart samansette og uhaldbare å vere i ?

Som fysioterapeut i kommunehelsetenesta møter eg barn og unge som tek kontakt sjølve eller gjennom foreldre, men dei fleste er tilvist via helsestasjon, skulehelseteneste, fastlege, BUP og barnevern. Problemstillingane ungdomane kjem med, kan gi gjenklang i noko av det eg møter hos dei vaksne pasientane.

Målet med denne studien er å utforske erfaringar i frå barne- og ungdomsår. Eg tek utgangspunkt i empiri innhenta ved intervju av unge kvinner som er eller nyleg har vore i psykomotorisk behandling. Kan større innsikt i samanhengar mellom levd liv og noverande helseplager gi meg ei djupare forståing for plagene dei kjem til behandling for? Kan ein slik kunnskap endre korleis eg møter både barn, unge og vaksne i behandlingsrommet?

1.3 Problemstilling

Korleis kan innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barn- og ungdomsår gi forståing for deira noverande helseplager?

Problemstillinga tek utgangspunkt i ei tru på at pasienten har mykje kompetanse om sitt eige liv. Ved å møte pasienten med respekt og interesse for pasienten si historie og eiga forståing, så får vi som terapeutar med oss verdifull kunnskap inn i behandlingløpet. Dette synet finn eg igjen hos Dahlberg (2014, s. 71) som peikar på at eit livsverdsperspektiv med ambisjon om å vere open og var for det du studerer inneber ei haldning der du unngår å bestemme det ubestemte fort og uvørdent. Ho viser til at den som vil forstå helse og omsorg må vere interessert i å utvikle det å vere menneskeleg og øve opp evna til å relatere til og forstå ein annan person. Det handlar om å sanse: Sjå, høyre og kjenne kva som skjer i møte med menneske (Dahlberg, 2014, s. 68).

1.3.1 Avgrensing

Dahlberg forklarar livsverda som verda slik den blir opplevd av oss menneske. Livsverda er såleis den måten vi erfarer og forstår den konkrete verda som vi er ein del av. Den utgjer det eksistensielle perspektivet som handlar om korleis vi opplever og forstår liva våre i relasjon til den samanheng vi lever i (Dahlberg, 2014, s. 54). Fenomenologien rettar merksemd mot verda slik subjektet erfarer ho, og er opptatt av å yte rettferd til levd liv og levd erfaring. Gjennom subjektet sitt eige perspektiv søker fenomenologien å forstå menneskelege handlingar og hendingar (Malterud, 2017). I tråd med fenomenologi og livsverdsperspektiv ønsker eg at omgrepa *erfaring* og *helseplager* i problemstillinga skal vere opne og ikkje førehandsdefinerte, slik at det er informanten sjølv som fyller fenomena med innhald. Difor er det eit medvite val at eg ikkje spør særskilt om vonde eller traumatiske erfaringar.

Eg vil ikkje aldersfeste omgrepet barne- og ungdomsår, men la informanten stå fri til å gjere dette sjølv om det fell seg naturleg. Informantane, unge kvinner, vel eg å aldersfeste til mellom 20 og 30 år. Psykomotorisk behandling omtaler eg meir i teorikapittelet.

1.4 Litteratur og tidlegare forskning

Gjennom litteratursøk i databasane Oria, Google Scholar, Embase, SweMed+ og PubMed såg eg etter artiklar med bakgrunn i kvalitative studiar som belyser psykomotorisk fysioterapi, erfaringar frå barne- og ungdomsår, samansette helseplager, unge kvinner og kroppsfenomenologi. Kombinasjonssøk av ulike variantar av desse omgrepa, både på norsk og engelsk gav svært få treff. Ved å leite, sjå i referanselister til artiklar med liknande tema, og gå direkte til forfattarar med ein nysgjerrigheit for fenomenologi og ungdom, så vel eg å trekke fram desse publikasjonane:

Råheim (2002) viser til sitt doktorgradsarbeid der ho nytta kvalitative djupneintervju for å få fram livsverda til pasientar med kronisk sjukdom og funksjonssvikt. Forfattaren har ei kroppsfenomenologisk forståing og argumenterer for at det har stor verdi for klinisk praksis å kjenne til og ta på alvor endringar i menneske si livsverd når kroppar blir avgrensa i utfalding på grunn av sjukdom og smerte (Råheim, 2002).

Øien et al. (2007) og Øien (2013) tek utgangspunkt i ein longitudinell multippel case-studie av to psykomotoriske behandlingssløp over 6-9 månader. Deltakarane i studien var to kvinner på 33 og 40 år og ein spesialist i psykomotorisk fysioterapi. Øien får fram korleis narrativ som trer fram kan vere eit nyttig utgangspunkt for endringsprosessar i fysioterapibehandling (Øien et al., 2007; Øien 2013).

Sviland, Martinsen og Råheim (2018) får i ein casestudie fram fortellinga til ei 30 år gamal kvinne som har 8 års erfaring med psykomotorisk fysioterapibehandling. Studien syner korleis kvinna forstår seg sjølv og sine kroppslege reaksjonar betre, vert stødigare og får eit betre grep om sitt eige liv (Sviland et al., 2018).

Ekerholt og Bergland (2019) har gjennom kvalitativ studie med fenomenologisk perspektiv intervjuet 12 spesialistar i psykomotoriske fysioterapi. Målet for studien er å få fram terapeutane sine refleksjonar og erfaringar om korleis pasientane forstå og tar inn over seg kroppsleggjorde kjensler og reaksjonar. Auka medvit på kroppsleggjort informasjon kan føre til auka meistringskjensle og auka sjølvtilitt hjå pasientane (Ekerholt & Bergland, 2019).

I desse studia blir historiene til pasientane anerkjent, og dei inngår som viktige gjennom behandlingssløpet. Intensjon min er ikkje å følgje behandlingssløpet, men fordjupe meg i historia og erfaringar, for å sjå etter og forstå moglege samanhengar mellom barne- og ungdomserfaringar og seinare helseplager.

I boka «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» slår forfattaren fast korleis vonde og vanskelege barndomserfaringar heng saman med ein auka risiko for medisinsk uforklarlege symptom, smertediagnosar, fysisk og psykiatrisk sjukdom (Kirkengen & Næss, 2015).

Thornquist og Kirkengen (2020) viser til at dagens sjukdomsbilete er prega av kroniske og samansette lidingar. Dei har i sitt arbeid intervjuet 8 pasientar ved ein smertepoliklinikk, 6 kvinner og 2 menn, i alderen 40-70 år. Denne studien får fram pasienthistoriene som det bærande element, og innsikt i erfaringar frå barndom og vaksenliv gir forståing for utvikling av sjukdom og liding. Dei forstår kronisk og samansette helseplager i lys av den enkelte sine livserfaringar, samfunnet sine verdiar og strukturar og helsevesenet si forståing av sjukdom (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Desse to studia får fram livsverda og erfaringane til pasientane som viktige for å forstå helseplager, og eg finn fellestrekk med datagrunnlaget for denne masteroppgåva. Det er få studium i feltet som ser på tidlegare livshendingar og noverande helseplager. Eg finn ingen som ser særskilt på unge menneske sine barne- og ungdomserfaringar for å prøve å forstå og redusere utvikling og omfang av skadelege helseplager. Eg ønsker med studien min å bidra til å fylle dette kunnskapsholet. I ei nyare publisering basert på ein kvantitativ studie blir resultat frå sjølvrapportert helse blant ungdom i frå Helseundersøkingar i Nord-Trøndelag (HUNT) gjennomført i perioden 1995-1997 samanstillt med tal frå Helfo sine utbetalingar av refusjon (KUHR) i perioden 2006-2014. Det kjem fram at dei som rapportere om dårleg helse i ungdomsår er i ei risikogruppe for utvikling av seinare helseplager og hyppig kontakt med fastlege. Forfattarane etterlyser både populasjonsstudiar og kliniske studiar for å evaluere

om den sjølvrapportert helsa blant ungdom vil bli betre, dersom det er fokus på å redusere sosiale- og helsemessige faktorar som kan bidra til dårleg helse (Hetlevik et al., 2019). Mitt kvalitative studie vil gi eit bidrag til å utforske noko av denne samanhengen.

Til sist kjenner eg meg att i Ottesen (2017) sin fagessay «Å kjenne og glemme kroppen» og let meg inspirere av hennar engasjement for ungdom. Ho er spesialist i psykomotorisk fysioterapi og med eit fenomenologisk blick set ho søkelys på forståing av kropp, samfunn, ungdom og helseplager.

2.0 Teoretisk rammeverk

Teoretiske referanserammer er det perspektivet vi legg til grunn, dei brillene vi har på, når vi les og prøver å forstå kva betydning det empiriske materiale vårt har i ein større samheng. I dei fleste prosjekt vil desse rammene tre fram undervegs i prosessen med datainnsamling og analyse, og vere eit uttrykk for auka forståing og erkjenning (Malterud, 2017). Det er ingen einssidig fasit på korleis datamaterialet i denne studien skal eller bør belysast. I arbeidsprosessen med intervju, transkripsjon og analyse, og med eit fenomenologisk vitskapsperspektiv, peikar relasjonsteori og identitetsutvikling seg ut som interessante teoretiske referanserammer.

Eg vil kort presentere noko bakgrunnsinformasjon om psykomotorisk fysioterapi. Deretter presenterer eg eit utdrag av Schibbye si dialektiske relasjonsforståing (Schibbye, 2012) som grunnstammen i det teoretiske rammeverket for oppgåva. Binder sine tankar om at, identitet blir forma i og er i endring gjennom livsløpet (Binder, 2018), ser eg også som eit meningsfullt perspektiv å ta med i møte med dei unge kvinnene sine historier.

2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi er ein behandlingstradisjon utvikla i tidsrommet 1947-1953 av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bunkan, 1995). Den omfattar ei kroppsleg tilnærming, ei forståing og ein tenkemåte som har eit heilskapsperspektiv på mennesket (Bunkan, 2008). Behandlinga rettar seg mot ei generell omstilling av kroppen og ikkje mot diagnose. Det blir lagt vekt på å få fram ei gunstig omstilling av kroppen, gjennom ei bevisstgjering av muskulære spenningar, bunden pust og ufrie rørsler. Målet med behandlinga er å oppnå ein fleksibel og stabil kropp, redusere unødige spenningar som hemmar respirasjon, rørsle og tilgang til eigne kjensler (Bunkan, 2008).

Ein psykomotorisk fysioterapeut søker å vere nærverande, slik at pasienten kjenner seg møtt og forstått. Ein terapeutisk allianse, basert på ein trygg og tillitsfull relasjon, er avgjerande for at pasienten skal kunne kome nær eigne erfaringar. Kroppslege reaksjonar og verbal dialog, så vel som emosjonelle og kognitive endringar er grunnleggande for både undersøking og behandling (Ekerholt & Bergland, 2019).

2.2 Relasjon

Schibbye (2012) si relasjonsforståing bygger på filosof Hegel sin dialektikk som legg vekt på at individet eksisterer i nær og gjensidig samanheng med andre. Her har dialektikken likskap med eksistensialismen med at individet ikkje kan bli forstått uavhengig av samanheng og heilskap. Dialektikken forstår individet i ein gjensidig prosess, både som subjekt og objekt, og framhevar at individet som eit opplevande subjekt kan sjå seg sjølv som objekt og også oppleve andre som subjekt og objekt (Schibbye, 2012, s. 38-40). Schibbye (2012) legg vekt på at sjølvvet må bli forstått som relasjonelle prosessar: Innover i sjølvvet; den indre dialog med seg sjølv og utover i relasjonen; dialog med andre. Desse indre og ytre prosessane skapar føresetnader for kvarandre, og viser til korleis partane i ein relasjon står i eit gjensidig forhold til kvarandre. Sagt med andre ord; den eine parten sine kjensler og uttrykk har noko å seie for korleis den andre reagerer og svarar tilbake (Schibbye, 2012, s. 58-60).

Schibbye (2012) viser til Bowlby sin tilknytningsteori som synleggjer kor viktig det er for barnet å oppleve omsorg, vern, tilhøyrslø, kontakt med andre og ei oppleving av å ha relasjon til den andre. Nære omsorgspersonar som er vernande, roande og ivaretakande er grunnpilarar i barnet si utvikling av eit relasjonelt sjølv. I gjennom eit livsløp er behovet vårt for andre, for tilknytning eller trussel om tap av tilknytning, med på å prege utviklinga vår. Barnet er avhengig av omsorg frå andre for å overleve, og tap av tilknytning, eller trussel om tap, aktiverer dødsangst. Ein tilgjengeleg, føreseieleg og var person som også kan gje fysisk nærleik vil redusere barnet sin angst og gje det kroppsleg tryggleik. Dette er grunnlaget for seinare bevisst psykisk tryggleik (Schibbye, 2012, s. 101-108). Kjærleg omsorg er viktig for sjølvutviklinga til barnet og gir eit fundament der barnet kan oppleve å ha både verdi for andre og eigenverdi, noko som fremmar sjølvrespekt. Vørndnad for seg sjølv heng saman med trygg tilknytning og gjer barnet mindre engsteleg. Det trygge barnet har tydelege grenser mellom seg sjølv og andre, har eigarskap til opplevingane sine, stoler på at andre kan hjelpe dei med vanskelege kjensler og får såleis ei oppleving av kontakt og kontroll med omverda si (Schibbye, 2012, s. 108-109).

Anerkjenning tyder å sjå noko om igjen, kjenne igjen, gjere noko sterkare og oppfatte noko i frå grunnen av (Schibbye, 2012, s. 256). Indre anerkjenning handlar om å sjå og verdsette den personen den andre er og det han opplever i sitt indre. Schibbye (2012) peikar på at anerkjenning ikkje er noko du har, men noko du er. Ho viser då til ein samværs måte der personane blir tillagt stor verdi med utgangspunkt i å vere medmenneske for kvarandre. Hegel si dialektiske forståing av anerkjenning er evna til å ta den andre sitt perspektiv og sette seg inn i den subjektive opplevinga til den andre. Det handlar om ei subjekt-subjekt-haldning (Schibbye, 2012, s. 258-262). Kierkegaard sitt mantra om å kjenne seg sjølv, ligg til grunn i anerkjenning (Schibbye, 2012, s. 259). Kontakt med eigen subjektivitet er eit utgangspunkt for å kunne forstå den indre subjektive verda hos andre. Ei anerkjennande samværsform er evna til å fange den andre sin bevisstheit og syne for den andre at bevisstheita er sett og oppfatta. Å legge merke til kroppsspråket til den andre og fange opp og gi attende nonverbale signal er vesentleg i denne samanheng (Schibbye, 2012, s. 259). Respekt for dei indre opplevingane til den andre styrkar banda i relasjonen. Partane må vere likeverdige, ikkje like, men med same rett til å eige opplevingane sine (Schibbye, 2012, s. 261). Aksept og respekt er bærebjelkar i kjensla av fellesskap og nærleik mellom menneske.

Inntoning, empati, spegling, intersubjektiv deling og emosjonell tilknytning er omgrep som er bærande for anerkjennande framtoning og samvær (Schibbye, 2012).

2.3 Identitet

Binder (2018) slår fast at relasjonar gir vilkår for eksistens og viser til behova våre for tilknytning. Dei nære relasjonane kan gi noko av svaret på spørsmålet; «Kven er eg?» (Binder, 2018, s. 155). Ei trygg tilknytning gir ein stødig grunnmur å bygge identitet på, grunna at den er tufta på ei forankra oppleving av å vere til. Ei utrygg tilknytning kan gi ei kjensle av å ikkje høyre til og kan skape ei oppleving av utanforskap og tvil om eigen identitet (Binder, 2018, s.155).

Binder (2018) er inspirert av filosofen Heidegger og tankane hans om at den mellommenneskelege verda vi lever i; både kan gi rom for fridom og erkjening, men også låse oss og gjere oss ufrie (Binder, 2018, s. 126). Binder (2018) viser til Heidegger sitt syn om å vere kasta inn i verda der vi er deltakarar i ein heilskap vi ikkje har valt sjølve (Binder, 2018, s. 127). Å *vere* er eit hovudtrekk ved liva våre. Måten vi *er* i verda på gir ein kjenslemessig gjenklang i oss, noko som Heidegger omtalar som stemning. «Vi befinner oss på måter som gjør oss «stemt» på ulike vis. Denne følelsesmessige, og derfor også kroppslige resonansen, forteller oss på veldig viktige måter om livet vi befinner oss kastet inn i» (Binder, 2018, s.127).

Til tross for at vi er kasta inn i verda så er vi som menneske både skapande, og vi kan ta val (Binder, 2018, s. 128). Binder (2018) peikar på at vi skapar den måten vi forstår verda på. Denne evna er samskapt i lys av kultur og miljø, samtidig som vi også forstår verda og livet vårt på individuell basis (Binder, 2018, s. 128). Vi skapar ei felles oppfatning av røyndomen, men er også sjølvstendige kreative vesen, noko som gir eit grunnlag for fridom. Fridom er utgangspunkt for å kunne ta eigne og sjølvstendige val. Faktorar som makt, press, låsande tolkingar, frå andre eller frå seg sjølve, kan sette grenser for kjensla av å vere fri. Rommet for

å ta val blir såleis i praksis avgrensa. «Hva du velger å gjøre i relasjonene dine, og da inkludert relasjonen til deg selv, bygger kjernen av hvem du er. Derfor er selvets kjerne ikke et fast punkt inni deg. Det er linjer som strekker seg både bakover og forover i tid, og ut blant de andre menneskene» (Binder, 2018, s. 129).

Binder (2018) nyttar omgrepet autonom identitet om ein person som kjenner på personleg ansvar for handlingane sine. Personen har gjort eit aktivt val av identitet og ønsker å handle i samsvar med den måten å vere på og dei verdiane som identiteten er eit uttrykk for. Dette er indre motivert identitet; karaktertrekk ved personen, og er uttrykk for sjølvstende. Ytre motivasjon som påskjøning eller sanksjonar er faktorar i identitetsdanning, men ikkje like varig som den indre motiverte. Vi blir påverka og inspirert av andre menneske. Vi leitar etter ein retning og skapar mål i tråd med verdivalane våre. Dette er grobott for ein tileigna og varig identitet. Ytre kontroll er svekkande for danning av ein autonom og internalisert identitet (Binder, 2018, s. 346-349).

Personleg identitet handlar om integritet til å gjere livsval, forplikte seg til verdiar, finne måtar å leve på som samsvarar med den du opplever å vere og å kunne resonnerer over korleis hendingar og livsvilkår har forma kven vi er (Binder, 2018, s. 392). Det kan vere vanskeleg å vere menneske, og vi treng ein personleg identitet å navigere etter. Ein identitet som gir stødige kurs mot eit balansepunkt gir rikdom til livet og til liva til dei du lev saman med. Vi treng alle å hevde oss sjølve og egne behov, samtidig som vi kan ta omsyn til det andre rundt oss treng. Når liva til andre vert smertefulle og vanskelege så har dei trong for medkjensle, og når vårt eige liv blir vanskeleg, så treng vi desse andre. Vi har òg eit behov for å ta vare på oss sjølve; yte medkjensle til seg sjølv, og stundom treng vi å trekke oss vekk, lytte til kropp og kjensler, slik at livet ikkje vert kaotisk og overveldande (Binder, 2018, s. 396-397).

3.0 Metode

I dette kapittelet presenterer eg forskingsdesign, vitskapsteoretisk perspektiv og analysemetode. Eg vil såleis gjere lesar kjent med korleis eg har innhenta og arbeidd med datamaterialet for oppgåva og etiske omsyn i prosessen.

3.1 Forskingsdesign

Den opphavelige greske tydinga av ordet metode er vegen til målet og for å kunne finne vegen sjølv, eller syne den for andre, må vi vite kva målet er (Kvale & Brinkmann, 2015). Målet mitt er å utforske kva samanheng unge kvinner som er i psykomotorisk behandling ser frå erfaringar i barne- og ungdomsår til sine noverande helseplager. Eg ønsker ei djupare forståing, framfor eksakte forklaringar og fasitsvar.

Kvalitativ metode vert nytta i forskning når målet er å skildre, analysere og fortolke karaktertrekk og eigenskapar eller kvalitetar ved fenomena som blir studert (Malterud, 2017). Kvalitativ tilnærming eignar seg til å få fram erfaringar, opplevingar, tankar, meining og betydning. Eg ser derfor kvalitativ strategi for datainnsamling som tenleg når eg ønsker å forstå og lære meir om korleis kvinnene sine erfaringar i frå eit levd liv kan ha samanheng til noverande helseplager. I kvalitativ forskning er ei fenomenologisk forståing ofte sentral, i det den søker å forstå sosiale fenomen ut frå informanten sitt eige perspektiv og skildre verda slik den vert opplevd av informanten (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2 Vitskapsteoretisk perspektiv

Fenomenologien er læra om det som kjem til syne og viser seg. Korleis verda vert erfart for subjektet og korleis gjenstandar i verda konstituerer seg for bevisstheita er sentral i denne filosofiske posisjonen. Omgrepet vår-verande-i verda understrekar vår tilhøyrsløse til verda, at vi er i verda og at vi er ein del av verda (Thornquist, 2018). Dette tanke settet vil eg ha med

som eit bakteppe og forståingsgrunnlag for denne oppgåva. Subjektet sine erfaringar og forståing vil i kliniske møte kome til uttrykk gjennom dialog. Dette skjer når terapeut og pasient skapar ein intersubjektiv røyndom og det oppstår overlapp med eit narrativt perspektiv (Øien et al., 2007).

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) er innan fenomenologien kjent for å sette kroppen i sentrum; mennesket eksisterer og deltek i verda som kroppsleg subjekt, og kroppen er sentrum for erfaring og erkjenning (Thornquist, 2018). Merleau-Ponty peikar på at å vere eit subjekt er å vere i verda som kropp. Kroppen eksisterer som både subjekt og objekt – vi både er og har ein kropp. Det er gjennom kroppen mennesket har tilgang til verda, samtidig som kroppen sjølv er ein del av verda. Kroppsfenomenologien legg vekt på at kroppen er synleg for andre. Samtidig kan vi ikkje sjå på kroppen som eit reint objekt, men som ein uttrykksfull og meningsfull kropp som inviterer andre til kommunikasjon. Merleau-Ponty ser kroppen som eit erfarande fenomen, der levd erfaring og levd liv er forankra kroppsleg og mennesket eksisterer i verda som kroppsleg subjekt (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2018).

3.3 Innsamling av data

For å samle inn eit datagrunnlag har eg nytta semistrukturert livsverdsintervju. Denne intervjuforma er eigna til å forstå tema frå kvardagsliv ut i frå informanten sitt eige perspektiv og søker å få fram mening og betydning i informanten si livsverd (Kvale & Brinkmann, 2015). Eg laga på førehand ein intervjuguide (vedlegg 5), slik Kvale gir råd om, med overordna emne som intervjuet skulle dekke og forslag til spørsmål. Hovudtema i intervjuguiden er: *Bakgrunnsinformasjon, Erfaringar i frå barne- og ungdomsår og Eigenforståing*. Intervjuar sitt skjønn er i tillegg avgjerande for å stille oppfølgingsspørsmål som utdjupar tematikken (Kvale & Brinkmann, 2015). I intervjusituasjonane hadde eg med meg ei grunnhaldning om å opptre på ein tillitsvekkande måte og vere var på informantane sine nonverbale uttrykk slik at eg i tillegg til skildringar og uttrykt mening også prøvde å få tak i det som vart sagt «mellom linjene» og spegle det tilbake for vidare utdjuping.

3.3.1 Utval og rekruttering

Eit strategisk utval er sett saman slik at det har som mål å sette lys på problemstillinga på best mogleg måte, og for å sikre god informasjonsstyrke bør utvalet inkludere informantar som kan identifisere seg med tema og samtidig vere mangfaldig slik at datagrunnlaget blir nyansert (Malterud, 2001; Malterud, 2017).

Inklusjonskriterium for studien er unge kvinner som er eller har vore i psykomotorisk behandling. Eg ønska informantar som ikkje har altfor lang tidsavstand til tematikken, og valde å inkludere kvinner i alderen 20-35 år. Med bakgrunn i erfaring frå eigen klinisk kvardag har eg også eit kriterium om at informantane skulle ha eit behandlingsløp av minimum 4 månader slik at dei er i ein prosess i forhold til erkjenning og refleksjon kring levdliv og kroppslege uttrykk.

Eg har rekruttert informantar gjennom fysioterapeutar i vest-Norge, registrerte som psykomotoriske fysioterapeutar på Norsk fysioterapeutforbund si nettside (Norsk Fysioterapeutforbund, u.å.) Informasjonsskriv med spørsmål om hjelp til å rekruttere informantar vart sendt på e-post til ti fysioterapeutar i starten av oktober 2020 (Vedlegg 3). Eg fekk ein respons innan fastsett frist, og sendte då infoskriv (vedlegg 4) til aktuell informant. Vedkomande gav munnleg samtykke til å delta, i ein telefonsamtale, der vi òg avtala tid og stad for intervju. Eg sende ut informasjonsskriv til to nye psykomotoriske fysioterapeutar og purra på svar i frå fire av dei eg tidlegare hadde sendt til. Eg fekk då respons frå to fysioterapeutar, der den eine hadde to aktuelle kandidatar og den andre hadde ein. Tre nye informasjonsskriv vart sendt ut, og alle gav munnleg samtykke til deltaking då dei vart kontakta direkte.

3.3.3 Presentasjon av deltakarane

Fire kvinner i alderen 20-27 år vart intervjuet. Ei av dei var i eit sambuarforhold, medan tre var einslege. Ingen av informantane hadde barn. To av deltakarane var studentar og to var i 100% arbeid. Dei hadde behandlingsløp hos psykomotorisk fysioterapeut som varte frå eit

halvt år til nærare to år. Tre av kvinnene hadde avslutta oppfølging frå psykomotorisk fysioterapeut i løpet av det siste året, medan ei framleis var i behandling.

3.3.4 Gjennomføring av intervju

Eg starta med å gjennomføre eit prøveintervju på om lag 40 minutt med eigen pasient som passa til inklusjonskriteria. Eg fekk såleis erfaring med å bruke både intervjuguide og lydopptakar. Lydopptak er eigna til å registrere intervju med tanke på seinare dokumentasjon og gjennom transkripsjon blir intervjuet omforma frå munnleg til skriftleg form som gjer datamaterialet strukturert og betre eigna for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Prøveinformant gav tilbakemelding om at informasjonsskrivet som ho fekk på førehand var forståeleg, og ho syntest at spørsmåla under intervjuet var greie å svare på.

Dei fire intervju vart gjennomført i november og desember 2020. Eit intervju vart gjennomført heime hos informanten, medan eit anna vart gjennomført på eit grupperom på Høgskulen på Vestlandet. Ein av informantane er i frå eit område som på den tid intervjuet vart avtalt hadde eit høgt smittepress av Covid-19. På grunn av gjeldande koronarestriksjonar vart dette intervjuet gjennomført som Zoom-møte og lyden vart tatt opp med ekstern lydopptakar. Det siste intervjuet vart gjennomført på eit lånt kontor gjennom helse- og sosialtenesta i aktuell kommune. Dei fire intervju som gir datagrunnlag til denne oppgåva er av ein varigheit på 40-60 minutt.

3.3.5 Transkribering av intervju

Transkribering er å gjere samtale lagra på lydband om til eit skriftleg materiale og samtidig ta vare informantane sine meiningar og erfaringar på ein autentisk måte slik dei vart formidla i intervjusituasjonen (Malterud, 2017). Eg brukte programmet Windows media player til å høyre lydfilene og hadde då moglegheit til å redusere tempo, stoppe opp og gå fram og tilbake i råmaterialet, medan eg gjorde lydfile om til skriftleg tekst. Dette var eit tidkrevjande arbeid, men å gjere denne jobben sjølv, er slik Malterud skildrar det, ein unik

moglegheit til å bli godt kjend med materialet (Malterud, 2017). Som forskar var eg deltakande i samtalen og eg sette av tid til å transkribere intervjuet dagen etter at dei var tatt opp på lydband. Eg hadde såleis den sosiale og emosjonelle stemninga frå intervjusituasjonane friskt i minne. For å ta i vare det særeigne med kvart enkelt intervju, valte eg å skrive intervjuet ut nærast ord for ord, markere pauser med «...», formidle smålydar som «eh» og «hm» og formidle endring i tonefall og stemning som til dømes (sukk) eller (latter). Eg anonymiserte undervegs i transkripsjonen der det var nødvendig, og har utelate stadnamn og heller nytta omgrep som bygda eller studiestaden. Av same grunn har eg skrive alle transkripsjonane i mitt eige målføre som er nynorsk. Alle dei fire lydfilene vart transkribert til word-dokument på mellom 5500 og 8000 ord.

3.4 Analyse

På vegen frå problemstilling til resultat er det avgjerande å følgje ein utprøvd framgangsmåte slik at analysen blir ein systematisk prosess som lesaren har tilgang til (Malterud, 2017).

Eg har tatt utgangspunkt i Malterud sin modell for systematisk tekstkondensering, då den er eigna for tematisk tverrgåande analyse av kvalitative data. Ved å sortere og filtrere datamaterialet gjennom å følgje ein firetrinnsprosess får denne analysemodellen fram: *1. Eit heilskapleg inntrykk, 2. Identifiserer meiningsbærande einingar, 3. Abstraherer innhaldet i dei enkelte meiningsdannande einingane og 4. Samanfatte betydninga* (Malterud, 2017).

Analysemetoden har fellestrekk med fenomenologi i det den søker å skildre så nøyaktig som mogleg dei mest relevante sidene av det fenomenet vi undersøker og eventuelle samanhengar med andre fenomen.

3.4.1 Gjennomføring av systematisk tekstkondensering

For å belyse problemstillinga må eg som forskar analysere datamaterialet ved å stoppe opp, tenke meg om, sjå etter relevante mønster og halde ulike tolkingar opp mot kvarandre. Eg vil no gjere greie for korleis eg har analysert datamaterialet gjennom dei fire trinna i

systematisk tekstkondensering, for å kome fram til eit resultat som kan belyse problemstillinga mi.

I trinn 1 las eg igjennom eitt og eitt transkribert intervju for å få eit heilskapleg inntrykk av kvar av dei fire tekstdokumenta, noterte litt i margen og danna meg nokre førebelse tema for kvart intervju. Nokre av desse tema var samanfallande for fleire av intervjua som til dømes *relasjonelt stress, ungdom og identitet, gode støttespelarar og individuell tilrettelegging* og *kropplege sansingar og uttrykk*. Nokre av dei overordna tema som eg festa meg ved i trinn 1 var unike for sitt intervju, men så karakteriserande for materialet at eg vel å nemne *press og forventning innan idrett og skule, anorexi og sosial angst*.

I trinn 2 tok eg utgangspunkt i dei førebelse tema frå trinn 1. Eg las transkripsjonane linje for linje, på leit etter meiningsberande einingar. Eg gav dei meiningsberande einingane kode og passende overskrift som samsvara med innhaldet og sorterte dei inn i kodegruppene. Frå dette tidspunktet gjekk eg over til å analysere materialet samla og tematisk og ikkje lenger som eitt og eitt intervju. I trinn 2 endra eg og slo saman nokre av tema i frå trinn 1, og sat igjen med fire overordna kodegrupper: *Relasjonelt stress, Meistring, Tilrettelegging og gode støttespelarar*, samt *Kropplege sansingar og uttrykk*.

I trinn 3 kondenserte eg innhaldet i kvar enkelt meiningsberande eining. Desse kondensata er skrivne i 1.person (eg), for å ivareta nærleiken til teksten. I desse trinna merka eg meg også nokre gullsitat som fekk fram noko ekstra tydelege utsegner eller særskild viktig budskap.

I trinn 4 vende eg blikket tilbake til problemstillinga og til dei overordna tema i trinn 1. Eg sorterte ut kondensat frå trinn 3, frå alle dei 4 intervjua, og samla dei under hovudoverskriftene «*Erfaringar i frå barne- og ungdomsår*», «*Forståing og handtering av utfordringar i barne- og ungdomsår*», «*Identitet*», «*Meistringsfaktorar*» og «*Noverande helseplager*». I dette analysetrinnet skreiv eg ein analytisk tekst i 3.person (kvinne/ho/informanten) der eg løftar fram fellestrekk med variasjonar frå dei fire ulike

historiene. I dette analysetrinnet var det i starten krevjande å få flyt og samanheng i teksten. Eg måtte derfor gå fleire runder for å omarbeide og samanfatte den analytiske teksten til ein heilskap. Teksten blir illustrert med gullsitat frå trinn 3 for å utdjupe teksten med informantane sine rike og skildrande utsegn. Eg synest sjølv at det gjer ein tekst levande og meir lettfatteleg å lese.

3.5 Forskarrolla

Kvale og Brinkmann (2015) peikar på at: «Forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Dei trekker fram at forskaren sin integritet er spesielt avgjerande i intervjusituasjonar på grunn av at intervjuaren sjølv er den viktigaste reiskapen når kunnskap skal hentast inn. Forskaren må ta val som vejer etiske omsyn opp mot vitenskaplege omsyn, og forskaren sin kunnskap, erfaring, ærlegdom og rettferdssans er avgjerande faktorar (Kvale & Brinkmann, 2015). Malterud (2017) trekker fram at vi som forskarar er deltakarar i det feltet kor vi hentar datamaterialet vårt, og at kunnskap blir eit produkt av faktorar som menneskeleg persepsjon, tolking og samhandling. Det er ikkje eit spørsmål om forskar påverkar prosessen, men korleis han gjer det (Malterud, 2017).

Eg har dermed eit stort ansvar for å opptre på ein moralsk og etisk god måte gjennom heile forskingsprosessen. Kvale og Brinkmann (2015) minner oss om at etiske problemstillingar og vurderingar må vere med frå start til slutt, og tydeleggjer dette gjennom intervjuprosessen sine sju fasar: *tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysing, verifisering og rapportering*. Allereie i utforminga av tema og formål for studien må forskar ha med seg det menneskelege aspekt og ikkje berre det vitenskaplege mål. I planleggingsfasen må forskar innhente informert samtykke som inneber at informanten har fått informasjon om studien sitt formål og design, informasjon om fordelar og ulemper ved å delta og informasjon om at deltaking er frivillig og at informanten har rett til å trekke seg frå studien. Informanten må i planleggingsfasen også bli sikra konfidensialitet slik at vedkomande er trygg på at data om dei vert behandla på ein slik måte at dei ikkje kan identifiserast. I sjølve

intervjusituasjonen må informanten ivareta slik at det blir ei trygg oppleving både under sjølve intervjuet og i etterkant. Ved transkribering må forskaren med lojalitet omforme munnleg tale til skrift. I analysen av datamaterialet må forskaren tenke over kor djupt og kritisk intervjuet kan tolkast. Forskar har eit etisk ansvar for å vurdere og sikre verifisering, sannheit, både i intervjusituasjonen, i analyse og i den endelege rapporteringa (Kvale & Brinkmann, 2015). Den kvalitative forskar bør synleggjere sin posisjon slik at lesar kjenner til forskaren sin bakgrunn som set rammer for forskaren sine tolkingar og konklusjonar (Malterud, 2017). Dette bringer meg vidare til å seie noko om bakgrunnen min og førehandsforståinga mi i høve valte tema og problemstilling.

3.5.1 Mi eiga førehandsforståing

Eg har grunnutdanning innan idrett og fysioterapi i frå 1994-1998. Eg har vidareutdanning i tverrfagleg psykisk helsearbeid med fokus på psykososialt arbeid med barn og unge. Eg har også vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Eg har arbeidserfaring som idrettspedagog frå psykiatrisk institusjon, som fysioterapeut for barn og unge i kommunehelseteneste og som fysioterapeut med eit førebyggjande perspektiv i Frisklivssentral. Dei siste åra har eg jobba som psykomotorisk fysioterapeut. På privatområdet er eg gift, har born i alderen 12-21 år og er glad i fjell og friluftsliv.

Eg har møtt mange, både barn, unge og vaksne, som strevar med liva sine og som søker råd og rettleiing for å få til endring og betring i eigen livsstil og helsetilstand. Med bakgrunn i erfaring og teori ser eg at personlegdom og miljøet vårt er med å forme den vi er. Ryggsekken vi ber på gjennom livet kan vere av ulik kvalitet og ha ulikt innhald og tyngde. Kvar og ein som ber sekken har ulike forutsetningar for å tole børa, for å fylle sekken og for å rydde ut av den. I samfunnsdebatten er det for tida eit auka fokus på born og unge si psykiske helse, og dette temaet engasjerer meg både som fagperson og som mor. Gjennom vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi har eg fått ei auka heilskapleg forståing for individ og miljø, og eg har eit spesielt engasjement for unge sine oppvekst- og levekår. Eg tenker at det er mange barn og unge som kjenner på at verda vert for stor og tempoet for høgt, som føler seg engstelege og utrygge, kjenner på store forventningar og krav og at det

er viktigare kva du får til enn kven du er. Slike tankar og kjensler kan barn og unge lett kjenne seg aleine om og halde for seg sjølve. Førehandsforståinga mi er farga av erfaring og kunnskap og eit ønske om å lære og forstå meir, slik at eg blir tryggare i samhandling med andre menneske.

Eg stiller meg audmjuk til temaet eg har valt, og har stor respekt for informantane som stiller opp for å dele sine erfaringar med meg.

3.6 Etiske omsyn

Studien er vurdert med fullstendig prosjektsøknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), sidan det i framleggsvurderinga var usikkerheit knytt til om studien kunne gi ny kunnskap om helse og sjukdom og av den grunn falle innanfor helseforskningslova (Lovdata, 2008). REK svarar i vedtak frå 07.10.20 at prosjektet ikkje fell innanfor deira mandat og såleis ikkje krev godkjenning frå REK for å kunne gjennomførast (Vedlegg 1). Studie omhandlar personopplysingar og før eg starta datainnsamling, søkte eg Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning til å gjennomføre prosjektet. Godkjenning frå NSD vart motteke 09.10.20 (Vedlegg 2).

Informantane har på e-post fått tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Vedlegg 4) som skildrar prosjektet og som informerer dei om deira rett til å kunne trekke seg frå deltaking i prosjektet. Informantane gav munnleg samtykke då dei svara i e-post, sms eller telefonsamtale at dei ønska å delta i studien. Dette vart signert med eit skriftleg informert samtykke i starten før det fysiske intervjuet fann stad. For intervjuet som vart gjennomført som zoom-møte, fekk eg eit skanna signert dokument av samtykkeerklæringa.

Då svarbrev med godkjenning frå NSD var mottatt, fekk eg oppretta eit eige lagringsområde på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sin forskinsserver for å trygge sikker lagring av personopplysingar (Høgskulen på Vestlandet, 2020b). Dette datamaterialet skal ikkje oppbevarast lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet, og vil difor bli sletta når sensur av masteroppgåva er klar i slutten av juni 2021 (Høgskulen på Vestlandet, 2020a).

4.0 Resultat

I dette kapitlet formidlar eg resultatet som eg har henta ut frå det empiriske materialet, i prosessen frå intervju via analyse, til eit resultat som i neste omgang kan kaste lys over problemstillinga mi: *Korleis kan innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barn- og ungdomsår gi forståing for deira noverande helseplager?*

Informantane sine eigne stemmer kjem klårt til uttrykk i resultatsamanfatninga.

4.1 Familien sin betydning som belastande og vernande

Dei fire informantane har alle vokse opp med foreldre og søsken. To av informantane har foreldre som har helde i lag, og dei ser på rammene for oppveksten sin som trygg og god. Dei to andre har erfart at foreldra skilte seg då dei var i barnehage- og barneskulealder. Begge er tydelege på at dette har prega oppveksten. Den eine fortel om eit nært forhold til ny stemor, halvøsken og bonusbesteforeldre. Ho erfarer den utvida familien som ein rikdom, men at relasjonen til far er særdeles vanskeleg. Den andre informanten har ei oppleving av å ikkje passe inn i faren sin nye familie. Begge har prøvd ulike samversordningar opp igjennom barne- og ungdomsåra, men landa på å ha ein fast bustad hos mødrene sine. Den trygge basen hos mor har gitt dei ein ballast og ein tryggleik som har vore svært viktig i møte med ulike vanskar i ungdomsåra. Omsorg og kjærleik frå nære omsorgspersonar har vore viktig for å kunne handtere dei utfordringane som livet har gitt. Dette gjeld alle informantane. Det kjem tydeleg fram i datagrunnlaget at relasjonar innanfor familien kan vere av både belastande og vernande karakter.

4.1.1 På tå-hev gjennom barndomen

Alle informantane gir tydelege skildringar av korleis dei i barne- og ungdomsåra kjende på utrygghet og hadde opplevingar av å vere i beredskap. To av dei knyter desse opplevingane

til heimen. For dei to andre kom denne kjensla mest til uttrykk i uorganiserte aktivitetar og på sosiale arenaer.

Det var stressande og turbulente år for dei to informantane som opplevde at foreldra skilte lag og stifta nye familiar. Begge opplevde mykje uro og krangel mellom foreldra, både før og etter skilsmisse. Dei set tydeleg ord på at det ikkje var gode opplevingar og at det var vanskeleg å vere barn i ei vedvarande konflikt blant dei vaksne. Begge skildrar ei kjensle av å vere på vakt og at dei prøvde å manøvrere seg på tå-hev i eit landskap dei ikkje hadde føresetnader til å orientere seg i.

Ei av dei følte seg ikkje heime i den nye familien til far og grudde seg for samvær. Ho heldt seg mykje på rommet, var lei seg og ville vere i fred. Slik prøvde ho å unngå å kome i situasjonar der ho måtte svare for seg eller bli mottakar for meiningar og konfrontasjonar på tvers av familiane.

Eg var mykje sånn på vakt. Det var anspendt kroppsleg og ein blir ikkje så glad av det, bekymring og mange tankar. Prøver å gøyme seg mest mogleg eller ikkje vere synleg og ikkje vere ein byrde.

Informant 3

Kjensla av å vere i beredskap i ein av heimane kjem tydeleg fram hos informanten som skildrar ein far med eit eksplosivt temperament. Ho vart aldri fysisk skada, men set ord på at det har vore ei psykisk belastning å vere i ein relasjon til ein ustabil far. Denne jenta tok tidleg ansvar for både seg sjølv og småsøsken når situasjonar i heimen vart ekstra truande. Ho skildrar ei fortvila stode der ho såg på det som si oppgåve å skjerme småsøskena sine, få dei ut av rommet og distrahere dei vekk frå konflikt mellom far og stemor. Dette har ho mange konkrete minner i frå. Ansvarskjensla for søskena heng stadig ved henne og har utfordra samvitet og lojaliteten ho føler for familiemedlemmer.

I det huset har det vore slik at du går på tå rundt han sitt humør, og du veit ikkje alltid kva du kan forvente. Det skapar ein veldig ustabil situasjon å skulle bu i eit slikt hus, å skulle leve og vere deg sjølv.

Informant 1

To av deltakarane skildrar heimen som ein trygg base, og deira opplevingar av utrygghet er meir knytt til arenaer der dei skal stå på egne bein utanfor heimen. Dei skildrar begge ei usikkerheit knytt til sosiale relasjonar. Den eine skildrar mor si som veldig sosial og at mora ikkje forstår at dottera ikkje treng sosial kontakt i same grad. Jenta har følt på ei forventning om å eksponere seg, og eit press om å delta på aktivitetar som ho har følt seg aleine og utrygg i. Ho har kjent på einsemd og frykt når rammene rundt er uorganiserte som til dømes friminutt på skulen.

På skulen var eg veldig sånn på leit, litt sånn usikker og sveitt. I friminutta så såg eg meg rundt heile tida, for å leite etter ein plass å vere. Det var stressande. Det var på ein måte ein pause å gå på do, der kunne eg senke skuldrane og slappe av.

Informant 2

Den andre informanten sin strategi var å velje vekk arenaer som førte til usikkerheit. Ho opplevde eit stress av å ikkje forstå språket i jentegruppa. Ho valte i staden å delta der ho følte på styrke og meistring som var gjennom fysisk aktivitet i lag med gutane. Slik kunne ho unngå å vere ein del av dei sosiale spelereglane som ho ikkje forstod.

4.1.2 Tomme kjensler og kraftige kroppslege avtrykk

Det er eit vidt spekter av utfordringar hos dei fire informantane, og dei skildrar ulike belastningar i frå oppveksten. Det kjem tydeleg fram at det er ulikt kor bevisst dei var sine utfordringar, og korleis dei forstod seg sjølve.

Ei av informantane har alltid hatt mykje hovudverk og sosial angst. Ho har i ungdomstida hatt fleire episodar med panikkanfall, ei forvirrande kjensle av at det svartnar for henne og ho blir akutt lei seg. Då klarer ho ikkje å sette ord på kva ho kjenner og har behov for å vere i fred. Ho skildrar ei innvendig uro som kjem til uttrykk når ho føler seg nervøs og stressa. I tillegg har ho, så lenge ho kan hugse, kjent på ei spenning der ho knyter hendene og føler at heile overkroppen er i spenn til tross for at ho sit heilt i ro. Ho kjenner på ein veldig frustrasjon og har streva aleine med sosial angst og kjensler som for henne har vore vanskelege å forstå. Ho sit igjen med eit inntrykk av at heller ikkje lærarane kunne fange opp

dette, sidan ho på utsida sto fram som ein elev som tilpassa seg og fungerte greitt. Ho skildrar ein stor kontrast mellom innvendige kjensler og korleis desse kom til uttrykk på ein noko usikker måte, og derfor ikkje oppsiktsvekkande for andre.

Eg forsto ikkje kva som var i vegen med meg. Det følttest veldig tomt og eg klarte ikkje å forstå kvifor eg vart slik. Eg vart frustrert og følte meg rar som hadde slike rare reaksjonar som eg ikkje klarte å endre på.

Informant 2

Ei skildrar utfyllande at skilsmissa til foreldra var ei vond oppleving som gjekk hardt inn på henne. Ho ser på denne erfaringa som ei tøff belastning gjennom mange år. Noko som ho ikkje tolte, fordi ho var den ho var med dei genane og personlegdomen som ho hadde. Ho skildrar ein grunnleggande sårbarheit og eit skjørt sjølvbilde. I retroperspektiv forundrar det henne ikkje at ho utvikla anoreksi som 16-åring. Den unge jenta fekk ei tilfredsstillande kjensle av å vere betre enn andre, noko som kom til uttrykk ved at ho trena meir og hardare enn andre. Ho set ord på ei oppleving av kontroll ved at ho klarte å avstå frå freistingar som til dømes sjokolade. Dette utvikla seg til ei frykt for mat og til slutt ei redsle for å døy, noko som ho merka hardt på kroppen.

Visst du for eksempel skal ta på eit straumgjerde eller ei kokeplate, så føler du deg litt redd når du gjer det. Skal eg gjere det eller skal eg ikkje gjere det, det her kjem til å gjere vondt liksom. Den følelsen kan samanliknast med redselen for mat. Eg følte eg la på meg berre eg et ei brødiskive, berre kjente at kroppen min vaks, kjente at eg ikkje klarte å forholde meg til kroppen min, berre kjente at eg ikkje orkar det her.

Informant 3

Utkøyrte av anoreksi fekk ho ei sterk og skremmande kjensle av at ho kom til å døy. I eit brev til mora si fekk ho formidla at ho trudde noko var alvorleg gale med henne og at ho trong hjelp. Mora responderte raskt. Brevet vart eit vendepunkt og starten på ein lang tilfriskningsprosess.

Informant 1 fortel i starten at ho ikkje hadde nokre helseplager eller noko ho streva med som barn, bortsett frå ei oppleving av stress knytt til å skulle skifte mellom to heimar og at

far hadde spesielle karaktertrekk som var vanskelege å forstå. Det er grunn til å tru at vanskane har vore så store at ho umedviten har distansert seg frå kjenslene sine. Desse kjem til overflata då ho flyttar for seg sjølv for å studere. Dette er samanfallande med at faren skil seg frå ho som i mange år har vore stemora hennar og mor til dei tre søskena som ho er så inderleg glad i. Ho kjenner seg att i utfordringane til søskena sine. I søskena anar ho endra åtferd; tøyla kroppsuttrykk og uekte verbale formuleringar. Ho opplever avmakt ved å ikkje vere til stades for sine yngre søsken. Det manifesterer seg som konsentrasjonsproblem, lærevanskar, utmatting og isolasjon. Ho merkar tydeleg på eigen kropp ei frykt for korleis faren sin ustabile personlegdom vil påverke søskena når dei er hos han utan mor si og utan ei vernande storesøster. Ho kan ikkje vedkjenne seg oppførselen til faren, og difor bryt ho kontakten med han. Dette kjem kraftfullt fram då ho som vitne i rettsaker står opp for seg sjølv og småsøskena. Ho snur kjensla av avmakt til ei kraft der ho i rettsapparatet på nytt tek ansvar og vil medverke til at søskena ikkje blir utsett for meir samvær med far sin enn høgst nødvendig.

Dei viser ein lojalitet og beskyttelsestrang ovanfor han, og eg veit at han har (kremt) brukt den evna han har ved å fortelje om vanskelege tider han har hatt og vanskelege ting han går igjennom, som eg veit går inn på dei, for å få dei til å føle ansvar og for å ta vare på han. Eg har sjølv følt på det ansvaret.

Informant 1

Den yngste av informant skildrar seg sjølv som eit svært aktivt barn og følte samtidig på eit stress knytt til å forstå sosiale spelereglar. Ho nyttar uttrykket «flink pike» om seg sjølv, og hadde store forventningar til seg sjølv om å prestere godt både på skulen og på idrettsbana. Ho pressa seg hardt fysisk, emosjonelt og sosialt, til tross for store migreneplager, og kollapsar i utmatting og smerte som 17-åring.

Til slutt sa mamma og pappa at no er det nok. Dei kom opp og henta meg til haustferien og snakka med trenarar og lærarar. Dei henta meg og så låg eg og sov i ein lang periode. Eg sov mellom 20 og 24 timar, var berre i senga og var nesten ikkje oppe.

Informant 4

4.1.3 Barneskulen er ein trygg arena – overgangar er utfordrande

Informantane har gode minne i frå barneskulen og alle opplevde at dei klarte seg godt på skulen. Overgangar vidare i skuleløpet, til ungdomsskule og vidaregåande, har på ulike vis vore utfordrande. For to av informantane var det skremmande å kome i frå ein liten og trygg barneskule til ein ungdomsskule med eit større miljø. Denne overgangen blir assosiert med å kome til ei anna verd der alt kjendest utrygt ut.

Hos ei anna vart skulen derimot ein normalarena og ein stad der ho fekk ein pause i frå dei krevjande relasjonane som var på heimebane.

Då eg var yngre var skulen ein friplass for meg, ein plass eg kunne hevde meg og ein plass eg kunne vere i uproblematiske forhold med dei rundt meg. Eg hadde støttespelarar i vener og lærarar som såg meg for meg, og sjølv om lærarar har eit godt innblikk i familiesituasjonar så hadde dei berre meg i fokus. For meg var skulen ein fin plass å vere.

Informant 1

Krav til seg sjølv, plikt og ansvar var noko alle informantane etter kvart kjende mykje på. Det medverka til at åra på ungdomsskule og vidaregåande skule vart meir krevjande.

Helseutfordringar som til dømes migrene, utmatting, konsentrasjonsvanskar, hovudverk, sosial angst og anoreksi kom meir til uttrykk dess eldre jentene vart. For to av informantane var tilrettelegging av skuleløpet og utviding av vidaregåande skule til eit fireårig løp avgjerande for at dei klarte å fullføre. Ei av dei utvikla angst og vegra seg for å begynne på skulen igjen, etter ei nødvendig pause då anoreksien var på sitt mest truande. Ho vart gradvis sterkare. Ein utvalt lærar møtte henne dagleg i døra og førte ho trygt på plass i klasserommet. I ein periode klarte ho ikkje å ete på skulen, og sidan BUP låg i nærleiken til skulen, så fekk ho gå dit å ta matpause i lag med ein miljøterapeut. Ho opplevde skulen som vanskeleg, men på grunn av at det vart laga særskilte ordningar tilpassa hennar behov, så klarte ho likevel å gjennomføre åra på vidaregåande skule.

4.2 Endringar i identitet – variasjonar mellom det usikre og det trygge

Informantane seier alle noko om sitt eige syn på seg sjølve og korleis dei opplever seg sjølve i lag med andre. Ei skildrar seg som usikker og utrygg på sosiale arenaer, men klarer å vere til stades og delta dersom ho har ein annan som ho kjenner og er trygg på. Denne utryggleiken er noko informanten kjenner på heilt i frå overgangen til ungdomsskulen og til ho er godt i gang med høgskule. Ho kan også som ung kvinne, i eit mannsdominert arbeidsmiljø med eldre kollegaer, kome i berøring med denne kjensla og føle seg liten, usikker og på feil plass.

Ei anna har ein sterk identitet som storesøster. Ho tek ansvar og går i kamp for det ho opplever som urett. Dette står så sterkt i henne at ho bryt kontakten med far sin når ho opplever at han er ein dårleg rollemodell både for henne og småsøskena. Det rører spesielt sterkt ved henne at han påverkar småsøskena negativt slik at det får konsekvensar for helsa deira. Ho er også begynt å få innsikt og forståing for at relasjonen til far og konflikta i familien også har samanheng med helseutfordringar som ho sjølv kjenner på. Denne jenta har tatt på seg ansvar både for seg sjølv og søskena sine, og ho ser som ung vaksen at ho har utvikla ein styrke og sjølvstendigheit som ho no jobbar med å nyansere.

To av informantane får tydeleg fram kor viktig det å vere fysisk aktiv har vore for dei i barne- og ungdomsåra, så viktig at det har vore definerande for kven dei er. Begge skildrar seg som aktive og av dei beste innanfor sine idrettar. Begge blir alvorleg sjuke medan dei er i vidaregåande skule, ei av anoreksi og ei av utmatting. Tilværet som den sjuke som er fråteken moglegheita til å vere nettopp fysisk aktiv er vanskeleg å halde ut. Ei er tydeleg på at det har vore ei tilleggsbelastning at ho ikkje har fått noko rettleiing på korleis ho kunne vere i, og forstå seg sjølv, både kroppsleg og emosjonelt. Begge desse kvinnene har hatt ein lang tilfriskningsprosess og fysisk aktivitet er framleis viktig for dei. Den eine har henta inspirasjon og styrke i natur og friluftsliv og bygd opp ein ny identitet. Ho har opplevd gjentekne skadar som ein trussel mot denne nye erfaringa av seg sjølv. Ho har vore mykje lei seg når ulike smerter har sett grenser for å gå tur, klatre og padle kajakk. Interesse for friluftsliv var i ein periode også svært sentral for å halde ete-tanken og jaget etter forbrenning i sjakk slik at dette fokuset gradvis vart tona ned og gleda over friluftsliv tok over.

Den andre vil ha med seg hovudinteressa vidare som ung vaksen. Ho har alltid vore på eit lag og alltid spelt handball. Denne interessa har vore ein så stor del av livet hennar at det definerer henne som person og er ein del av identiteten hennar. Ho trekker fram både det å bruke seg sjølv fysisk men også mentalt med tenking, strategi og eit ansvar som kaptein for å få alle på laget til å yte sitt beste. Ho karakteriserer seg sjølv ved at ho har to ulike sider; Ei tøff og sterk som har oversikt og kontroll på handballbana og den meir rolege og til tider usikre utanfor parketten. Ho jobbar med å akseptere og integrere desse motpolane som ein del av sin eigen identitet.

4.3 Å bry seg frå hjartet

Alle informantane trekker fram familie og vener som viktige støttespelarar og avgjerande for at det har gått bra til tross for utfordringar som har vore i barne- og ungdomsåra. Det å oppleve omsorg frå sine næraste, og at dei brydde seg var viktig, sjølv om dei ikkje alltid forstod kva utfordringane handla om. Eit vendepunkt, positiv endring og gradvise framsteg gav håp og framtidstru for fleire av informantane. Å kjenne på ei endring frå å vere den sjuke og ei byrde kjem klart fram hos denne informanten som også peikar på kor viktige det daglegdagse og sjølvsegte faktisk kan vere:

Det er godt å kunne vere med på ting. Før kunne eg ikkje glede meg til ting, for visst eg skulle noko kjekt så fekk eg hovudverk. No kan eg faktisk glede meg til laurdagskveld og jentekveld, og utan å bli dårleg. Det er godt å kunne vere ute av rommet, vere med familien, spelekveld, lage mat og hjelpe til. Eg blir liksom ein ressurs i staden for ein byrde.

Informant 4

Eit individuelt tilpassa behandlings- og skuleløp var avgjerande for to av informantane. Det å bli møtt av genuint interesserte hjelpearar betyr mykje for den som er i ein vanskeleg situasjon.

Det er mora mi, ein psykiater på BUP og ein lærar på vidaregåande som er dei tre heltane. Dei var støttepersonar som hjalp meg på ordentleg, så dei betydde veldig mykje. Dei brydde seg på ordentleg, sånn 100%, og dei viste det veldig tydeleg. Både psykiateren og læraren var profesjonelle, men eg såg at dei brydde seg på ordentleg og personleg, og

eg trur det er derfor dei betyddde så mykje for meg. Dei brydde seg på ordentleg med hjartet sitt.

Informant 3

Informantane fortel om ulike omdreiingspunkt og møte med personar som har hatt innverknad på tilfriskningsprosessane deira. For ein av informantane var eit slikt vendepunkt å bryte relasjonen til sin eigen far, noko ho kunne gjere sidan ho opplevde støtte og omsorg hos mor og i tillegg hos ein stor og utvida familie. Ei anna sakna eit meir heilskapleg fokus på psykisk og fysisk helse i tilfriskningsfasen ho var gjennom i ungdomsåra. For henne var det å oppdage verdien av natur og friluftsliv ein viktig faktor i det å forstå seg sjølv og oppleve meistring. Å erfare ein friare kropp i balanse, som gav lystprega og meiningsfulle opplevingar i naturen, vart etter kvart viktigare enn fokuset på kor mykje eller lite ho hadde ete eller trena.

4.4 Noverande helseplager

Informantane har gått til psykomotorisk fysioterapibehandling i frå seks månader til to år. Helseplagene som dei har kjent på dei siste åra har vore stresshovudverk, smerter i nakke og skulder, hovudpine og migrene, periodevise søvnplager, konsentrasjonsvanskar, trøttheit og belastningslidingar og betennelse i muskel- og skjelettsystemet.

Alle trekker fram stress, i ulike former, som medverkande faktor til spenningsrelaterte plager. Stress er for ei av informantane knytt til bekymringar og ansvarskjensle for sine yngre søsken som lever i ein turbulent situasjon og vedvarande konflikt etter foreldra sitt samlivsbrot. Ho har slite med konsentrasjonsvanskar, søvnevanskar og migrene og det har avgrensa henne i sosial deltaking og har ført til fråvær og forseinking i studieløpet. Ho er nyleg ferdig med studiet. Ho har flytta tilbake til heimstaden sin, og ho har nettopp starta i ny jobb. Ho håper på at tilværet blir meir stabilt, men er også klar over at ho no er nærmare episenteret for konflikt i familien. Ho trur difor ikkje at helseutfordringane vil forsvinne med det første, men ho gir eit inntrykk av at auka innsikt i eigen situasjon har gjort ho noko meir mottakeleg for støtte og omsorg frå andre.

Fleire av informantane knyter oppleving av stress i livet til skader og smerte og at det set grenser for deltaking på sosiale arenaer og fysisk aktivitet. Usikkerheit i forhold til sosial deltaking er også i dag til stades for nokre av informantane. Kvinnene trekker fram at det er utfordrande å skjule eigne utfordringar som smerte eller vanskelege kjensler. Det syner seg for fleire ei grunnhaldning om at det er viktig, men òg krevjande, å bevare ein fasade for kollegaer eller nære vener og familie.

Eg tek meg sjølv i å vere opptatt av at også dei nærmaste skal sjå meg som glad og vellukka og fornøygde og roleg. Sjølv om det er folk eg stolar på og som eg veit bryr seg, så er ikkje det grunn nok for meg til å dele vanskelege element. Eg veit det heng igjen i frå då eg var liten og det er litt av levemåten til far min, det med at du tek ikkje i mot hjelp i frå andre, for du klarer deg sjølv. Derfor kan det vere ei utfordring for meg å bruke dei støttespelarane som eg eigentleg veit at eg har.

Informant 1

Alle informantane ser på det som positivt at dei har gått i psykomotorisk fysioterapibehandling. Dei fortel om eit anna og nytt syn på seg sjølve og eigne plager. Til tross for at fleire av informantane kjenner på noverande helseplager, så har dei ei oppleving av å ha fått hjelp til å forstå og handtere vanskelege kjensler og kroppslege smerter. Å finne ein betre balanse i krav og forventningar har vore ein viktig endring for alle. Ei av dei set ord på at ho sit igjen med ein lærdom om å ikkje vere så hard mot seg sjølv, kunne ta ting litt meir på sparket og gi slipp på noko av behovet for kontroll.

Det er godt å kjenne på at både informant og forskar smiler og blir rørt av denne utsegna:

Eg er frisk no og eg kjenner at eg smiler når eg seier det. (Latter) Det er ein glad ting for meg, ein fin ting.

Informant 3

5.0 Diskusjon

I starten av dette kapittelet følger resultatdiskusjon. Deretter vil eg gå inn i ein metodediskusjon som reflektere over styrker og svakheiter i studien.

5.1 Resultatdiskusjon

Eg vil her drøfte resultata frå studien opp mot tidlegare forskning, og sjå resultata i lys av dei to teoretiske perspektiva relasjonsteori og identitetsutvikling. Drøftinga er delt i fire tema med overskriftene: Kropp og beredskap, Anerkjennning, Identitet og Samhandling.

5.1.1 Kropp og beredskap

Eit av hovudfunna i studien er informantane sine erfaringar frå barne- og ungdomsår om å vere på vakt. Dei talar om ein beredskap som set seg i kropp og tankar, og skildrar det som tomheit, uro, uforståeleg, spenning og stress. Slike gjentekne negative opplevingar over tid er nedbrytande og forstyrrende for eit barn si psykiske og fysiske utvikling, og kan på lang sikt gi helseplager som vaksen. Samanhengar som dette kjem tydeleg fram i publikasjonar frå Øien et al. (2007), Øien (2013) og Sviland et al. (2018). I desse studia blir det sett søkelys på kvinner sine fortellingar og korleis endring trer fram i ein psykomotorisk behandlingsprosess. Å løfte fram og reflektere over kvinnene sine livshistorier gir mening og forståing både for pasienten og terapeuten. Studia syner at traumatisk erfaring og relasjonell belastning kan føre til smerte, liding og uklåre sanslege reaksjonar med konsekvensar for personen si oppleving av identitet. Ottesen (2017) reflekterer over at ho tek i mot fleire ungdomar som pasientar i psykomotorisk behandling, og ho viser til at dei føler seg stressa, smerteplaga, nedstemt og utmatta. Dette kjenner eg igjen i datamaterialet for denne studien og frå eigen psykomotorisk praksis.

Det er to kvinner i min studie som har vokse opp med skilte foreldre og som har kjent på det som vanskeleg med samvær hjå far. Begge har rike skildringar på at dei har merka på kroppen at denne situasjonen har vore utfordrande. Ei av dei gir eit bilete av at ho var mykje på vakt, prøvde å gøyme seg eller gjere seg usynleg og ville unngå å vere ei byrde. Situasjonen bringa med seg mange tankar og bekymringar og gjorde henne nedstemt. Det er lett å sjå føre seg at slike hendingar har ført til beredskap og utryggheit, til spenning og uforståeleg vondt i kroppen. Den same informanten skildrar på fengslande vis korleis ho opplevde kampen mot mat då sjukdomen anoreksi hadde eit fast grep om ho. Redsla for mat var ei kroppsleg oppleving og blir samanlikna med å få støyt frå eit straumgjerde. Ho skildrar også ei kjensle av at kroppen vaks, berre ho fekk i seg ei lita mengde mat, og at ho såleis ikkje klarte å ha noko forhold til mat og kroppslege funksjonar. Kroppen blir svært tydleg og smertefull, samtidig noko framandt ho ikkje kan vedkjenne seg. Dette er kjernen i fagessayet «Å kjenne og glemme kroppen» (Ottesen, 2017). Ottesen (2017) reflekterer over korleis unge friske kroppar er gjenstand for stor påverknad frå samfunnet sitt objektive syn på kropp. Det er samtidig gjennom kroppen vi får tilgang til verda, kan danne relasjonar, erfare og oppleve. Ottesen peikar på kor viktig det kan vere å prøve og gløyme den smertefulle eller objektive kroppen som kan formast og påverkast gjennom ulike treningsformer, trendar og reseptar. Ho oppfordrar til å kjenne kroppen meir gjennom å merke oss kroppen sitt språk og signal. Kroppen prøver å formidle tilstand og behov, også når ord ikkje strekker til (Ottesen et al., 2016; Ottesen, 2017).

Resultatdelen syner gjentekne gonger spor av det kroppslege i kvinnene sine fortellingar. Ei av kvinnene kjenner på stress i friminutta. Ho er på leit, usikker og sveitt. Ho kan slappe av og senke skuldrane når ho tek ei pause på do. Den yngste kvinna kjem inn i ei sentrifuge av press og stress, noko som gjer ho totalt utsliten og kroppen svarar med eit søvnbehov på 20-24 timar i døgnet. På ein måte overraskar det meg at det kroppslege kjem så klårt til uttrykk i resultatdelen. Det gir meg samtidig ein motivasjon og ei sterk tru på at fysioterapi generelt og psykomotorisk fysioterapi spesielt har eit forståingsgrunnlag som er viktig i møte med individet og samfunnet sine utfordringar knytt til helse. Å ta vare på eiga helse kan vere å merke seg sjølv og lytte til seg sjølv. Eg finn støtte for både funn og tankar hos Ottesen et al. (2016). Dei peikar på at spenning og smerte i muskulatur, uro, belastningsskadar, hovudverk

og vanskar knytt til pust, søvn og vekt kan vere kroppslege uttrykk for at vi ikkje er i balanse og ikkje har det bra. Aktivering av stresshormon over tid fører til plager og sjukdom, noko kroppen på sin nonverbale måte har prøvt å alarmere om (Kirkengen & Næss, 2015; Ottesen et al., 2016; Thornquist & Kirkengen, 2020).

5.1.2 Anerkjening

Resultata i denne studien får tydleg fram korleis vi som individ eksisterer i nær samanheng med andre og er del av ein større heilskap. Informantane fortel om erfaringar i frå barne- og ungdomsåra og det kjem klårt til uttrykk korleis familie, vener, skule, fritidsaktivitetar og nærmiljø formar oss som person og vesen. I Thornquist og Kirkengen (2020) sin studie, basert på kvalitative djupneintervju av pasientar ved ein smertepoliklinikk, er livshistoriene og pasientane si eigenforståing sentral. Frå historiene løftar forfattarane fram fem overordna tema pasientane sjølve har vektlagt som sentrale i si livsverd og medverkande til omfattande sjukdomsutvikling : Ambivalens, forsøming, avvising, overvelding og avmakt. Dette er store og mangfaldige omgrep med forskjellig tyding for ulike individ, men eg vågar å påstå at eg kan dra kjensel på dei alle i resultata frå min studie. Dette er eit interessant funn med tanke på at informantane i min studie er i aldersgruppa 20-30 år, medan dei i Thornquist og Kirkengen (2020) sin studie er i aldersspennet 40-70 år. Relasjonell belastning manifesterer seg med andre ord tidleg og får konsekvensar for helsa. Hos alle dei fire informantane i denne studien kjem denne samanhengen tydeleg fram.

Det gjer inntrykk å ta del i historia til kvinna med ein ustabil far som har eit ustyrlig temperament. Ho skildrar korleis ho som barn bevega seg rundt i huset på tå-hev for å unngå og provosere. Ho tok i tillegg på seg ei rolle som ei vernande storesyster når det likevel vart ufred i heimen. Vi anar ei svært uføreseieleg og utrygg stemning. Schibbye (2012) si relasjonsforståing peikar på at partane i ein relasjon står i gjensidige forhold til kvarandre, og den eine sine kjensler og uttrykk har noko å seie for den andre sin reaksjon. Schibbye (2012) viser til tilknytning som grunnleggande for relasjonsutvikling, og behovet vi har for å oppleve omsorg, vern og tilhøyrslse. Dette har til tider vore ein mangel i den eine heimen til

den omtala kvinna. I resultatdelen vert vi også kjent med ei anna kvinne som fortel om foreldra si skilsmisse som ei vond oppleving. Ho skildrar at ho heldt seg mykje for seg sjølv på rommet sitt då ho var hos far sin og hans nye familie. Dette var ein strategi for å unngå å bli ført opp i dilemma, der ho kjende på ambivalens og kom i lojalitetskonflikt mellom far og mor. Ho følte seg som ein framand i huset til far; ei kjensle av å ikkje høyre til. Begge kvinnene skildrar at dei har streva aleine og prøvt på eiga hand å gi meining til vanskelege kjensler. Dei har opplevd lite støtte og anerkjenning i krevjande situasjonar. Eg finn likskapar hos Øien (2013) som i sin studie med eit narrativt perspektiv viser til samanheng mellom kjensleuttrykk som blir bundne og undertrykt over tid skapar avstand til egen kropp. Ho viser også til at utvikling av smerte er knytt til tidlegare relasjonelle livserfaringar (Øien, 2013).

Ei anerkjennande samværsform er evna til å fange den andre sin bevisstheit og syne for den andre at bevisstheita er sett og oppfatta (Schibbye, 2012). I resultatdelen ser vi også ei anna kvinne som har kjent på manglande anerkjenning av eigen kjensler i det som for henne har vore utfordrande situasjonar. Ho samanliknar seg med ei veldig sosial mor. Den unge jenta har følt på forventningar frå mor, og ho har kjent seg pressa til å delta i aktivitetar og på arenaer som har vore store og utrygge.

Schibbye (2012) viser til at tap av tilknytning eller trussel om tap av tilknytning kan aktivere dødsangst. Det er godt mogleg at det er dette fenomenet dei to kvinnene trekker fram som erfaringar i frå foreldra sine skilsmisser. Ei av kvinnene knyter dei utfordrande erfaringane i frå då foreldra gjekk i frå kvarandre til at ho utvikla ein sårbarheit og såleis var lett mottakeleg når ho som ungdom møtte på nye utfordringar. Ho utvikla anoreksi som 16 åring. Det blir i denne oppgåva eit for stort tema å gå i djupna på årsaker og samanhengar. Eg lar tankane mine, om at dette kan ha vore ein forsvarsmekanisme for om mogleg å ta kontroll over ei oppleving av kaos, henge i lufta. Schibbye (2012) peikar på at kjærleg omsorg er viktig for sjølvutviklinga til barnet og gir eit fundament der barnet kan oppleve å ha både verdi for andre og eigenverdi, noko som fremmar sjølvrespekt.

5.1.3 Identitet

Eit funn i resultatdelen er korleis relasjonar er formande for identiteten vår, og også korleis erfaring med sjukdom gir usikkerheit og endringar av identitet. Informantane har hatt ulike oppvekstvilkår og familiekonstellasjonar. Binder (2018) viser til filosofen Heidegger sine tankar om at vi er kasta inn i verda og prisgitt det miljøet vi er i. Det er nettopp det å *vere* som er eit hovudtrekk ved liva våre. Måten vi *er* i verda på gir ein kjenslemessig gjenklang i oss, noko som Heidegger omtalar som stemning (Binder 2018). To av kvinnene vi blir kjende med i resultatdelen skildrar korleis dei føler på usikkerheit i sosiale settingar. Den eine trekker fram fleire eksempel på at ho føler seg aleine og utrygg både i skulegarden, i fritid og at ho også som vaksen kan kjenne på det same knytt til kollegiet på arbeidsplassen sin. Ho vart verande i denne kjenslemessige tilstanden som også kom til uttrykk som kroppslege spenningar. Den andre viser til at ho ikkje forstod interessene og kulturen i jentegruppa, og at ho derfor unngjekk å ta del i dette spelet. Ho fann sin plass og hevda seg hos gutane i ballbingen. Til tross for at vi er kasta inn i verda, så peikar Binder (2018) på at vi som menneske skapar den måten vi forstår verda på, og denne evna er samskapt i lys av kultur, miljø og individualitet. Makt, press og låsande tolkingar kan sette grenser for kjensla av å vere fri, og rommet for å ta val blir i praksis avgrensa. Det du vel å gjere i relasjonane dine, inkludert relasjonen til deg sjølv, bygger kjernen i kven du er. Sjølvstet si kjerne er ikkje eit fast punkt inni deg, men strekker linjer ut blant andre menneske, både bakover og framover i tid. Sviland et al. (2018) får i si undersøking fram korleis vonde livserfaringar kan vere markørar for identitetsdanning. Kvinna i denne undersøkinga har vokse opp med ei sjuk mor og i tillegg opplevd mobbing i barne- og ungdomsår. Ho har tallause gonger forsøkt å be om hjelp eller hatt eit håp om at andre skulle sjå og forstå korleis ho hadde det. Ho utvikla eit syn på seg sjølv om at ho ikkje var verdt å hjelpe og at ho måtte ta ansvar sjølv.

Resultatdelen viser korleis sjukdom kan gjere til at vi kjem i tvil om eigen identitet. Tidlegare forskning viser til at vi tar den friske kroppen for gitt og identifiserer oss med deltaking og aktivitet (Råheim 2002; Ottesen et al. 2016; Ottesen 2017). Råheim (2002) peikar på at når kroppen vert bustad for smerte, rigiditet og utmatting vert vi hindra i å kunne delta og vi taper fridomen til å handle som vi ønsker. Kroppen blir framand og uberekneleg. Vi står i

fare for å misse tilhøyrse og relasjonar. Oppfatninga vi har av oss sjølve vert splitta og eksistensen vår blir trua (Råheim, 2002). Slike samanhengar kjem også fram i denne studien, til dømes hos den unge kvinna som kjenner på utmatting og som i ein periode nærast er bunden til senga. I ein slik tilstand er det omtrent umogeleg å sjå seg sjølv, der ho aller helst vil vere, med lagveninner på handballbana. Denne kvinna har identiteten sin sterkt forankra i det å vere ein lagspelar og å kunne meistre ein idrettsaktivitet. Ho poengterer dette med å uttale at ho ikkje veit kven ho er dersom ho ikkje kan identifisere seg gjennom handballen. Ei anna av informantane tydeleggjer kor viktig det vart for hennar tilfriskningsprosess å finne ein ny arena og ny identitet gjennom friluftsliv.

Autonom identitet er å kjenne på personleg ansvar for handlingane sine, forplikte seg til verdiar og leve etter måtar som samsvarar med den du ønsker å vere (Binder, 2018). Eit slikt identitetstrekk finn vi igjen hos ho som bryt kontakten med far sin, som ung vaksen, fordi ho ikkje kan ha nokon relasjon til ein som handlar på ein måte som ho tek sterk avstand ifrå og som potensielt er helseskadeleg for småsøkene hennar.

5.1.4 Samhandling

Det siste funnet eg vil trekke fram frå resultatdelen er meistring og gode hjelparar. Alle informantane bringer fram faktorar i relasjonar som har vore medverkande til utvikling av helseplager. Alle fortel samtidig om relasjonar som har vore støttande og medverkande til meistring, endring og betring av utfordringar og helseplager. For dei to informantane som har vokse opp med to heimar, så har det sannsynlegvis vore avgjerande at den eine heimen har symbolisert stabilitet, omsorg og kjærleik. Mor sin heim har vore ein motpol; ein trygg base. Skulen blir trekt fram som ein viktig arena. Ei er klår på at skulen var viktig som ein normalarena der ho kunne bli sett for den ho var og vere seg sjølv. Ei formidlar at barneskulen var trygg og god, men at ho følte på meir utrygghet etter kvart som ho vart eldre og skulemiljøet vart større og tøffare. To av informantane fortel om tilrettelegging på vidaregåande skule, slik at dei klarte å gjennomføre skuleåra til tross for store helseutfordringar. Spesielt hos den eine blir eit unikt samarbeid mellom heim, skule og helse

trekt fram som avgjerande for endring og betring. Den andre viser til at foreldra sette foten ned og henta ho heim då ho var totalt utsliten etter å ha prøvd å prestere på høgt nivå både innan idrett og skule. Med samarbeid og tilrettelegging i skule har ho deretter følt på ei langsam og gradvis betring.

Eg vil på nytt trekke fram anerkjenning. Tydinga av omgrepet er å sjå noko om igjen, kjenne igjen, gjere noko sterkare og oppfatte noko i frå grunnen av. Indre anerkjenning handlar om å sjå og verdsette den personen den andre er og det han opplever i sitt indre (Schibby,2012). I resultatdelen kjem det fram kor viktig anerkjenning frå foreldre, lærarar, vener og terapeutar har vore. Det blir nemnt at psykomotorisk fysioterapi har gitt dei eit nytt og anna syn på seg sjølve og eigne plager. Dette kjem også fram i studia til Øien et al. (2007), Øien (2013) og Sviland et al. (2018). Med eit reflekterande blikk på ungdom, helse og samfunn, peikar Ottesen (2017) på at kroppslege symptom, stress og spenning kan forståast som kroppen sin måte å snakke og gi beskjed på. Kroppen sine mange uttrykk bør anerkjennast og kan gi tilgang til auka medvit om seg sjølv, eigne behov og eigne kjensler. Det er også ei klar oppfordring frå Thornquist og Kirkengen (2020) om at vi i møte med pasientar blir betre på å løfte fram og samtale om ulike kroppslege uttrykk, vanar, veremåtar og reaksjonsmønster. Slik kan kliniske møter bli ein læringsarena for både pasient og fagutøvar. Eg meiner at psykomotoriske fysioterapeutar, med ei heilskapleg forståing for mennesket og eit blikk for det som vert kroppsleg uttrykt, her er i ei særstilling. Kan vi vere augeopnarar for denne viktige kunnskapen? Kva er det kroppen prøver å uttrykkje når orda ikkje strekkjer til? Eg meiner vi har ei viktig rolle i samhandlingsforum som pådriverar for å anerkjenne og formidle til andre kor verdifull denne tause kunnskapen er.

5.1.5 Oppsummering av resultatdiskusjon

I denne oppgåva ønsker eg å finne svar på problemstillinga: *Korleis kan innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barn- og ungdomsår gi forståing for deira noverande helseplager?*

Resultatdiskusjonen syner korleis erfaringar i frå barne- og ungdomsår er med på å forme eit individ si utvikling. I denne studien og i tidlegare forskning kjem det fram at traumatiske

opplevingar og relasjonelle utfordringar kan gi stressreaksjonar som bidreg til smerte, liding og diffuse sanslege reaksjonar. Den kroppslege beredskapen kjem til uttrykk både lekamleg, kognitivt og kjenslemessig. Denne studien ser på erfaringar i frå barne- og ungdomsår hjå informantar i aldersgruppa 20-27 år. Det er eit svært interessant funn ved studien min at relasjonell belastning manifesterer seg kroppsleg hos så unge vaksne. Dette finne eg ikkje beskrive i tidlegare forskning.

Tilknytning, omsorg og anerkjenning er viktige faktorar i barne- og ungdomsåra. Denne studien, tidlegare forskning og teori viser at dersom desse tre faktorane er svake eller fråverande så skaper det utryggheit og sårbarheit hjå individet. Dei same faktorane er støttande og avgjerande når det gjeld å få til endring eller tilfriskning.

Teori, tidlegare forskning og denne studien syner korleis relasjonar er formande for identiteten vår, og også korleis erfaring med sjukdom gir usikkerheit og endringar av identitet. Ein ny og stødig identitet kan tre fram som resultat av å meistre motgang i livet.

Resultatdiskusjonen får fram at samhandling har vore viktig i barne- og ungdomsåra for å få til retningsendring og utvikling. Omsorg og kjærleik frå familie, oppfølging og tilrettelegging innan helse og skule, samt personar som er genuint interesserte og bryr seg på ekte er essensielle faktorar for samhandling for å få til vendepunkt og positiv utvikling for barn og unge som strevar i liva sine. Psykomotoriske fysioterapeutar er i ei særstilling til å kunne anerkjenne kroppslege uttrykk. Vi har ei viktig rolle i å formidle at dette er verdifull informasjon som må fram i lyset når vi prøver å møte samansette helseutfordringar som barn og unge står ovanfor i dag.

5.2 Metodediskusjon

I dette delkapittelet vil eg først gjere greie for omgrepa refleksivitet, relevans og validitet som grunnleggande kvalitetskriterier for kvalitativ forskning (Malterud, 2017). Deretter vil eg nytte desse kriteria i kritisk vurdering av utval og rekruttering, metode og datainnsamling, transkribering og analyse og kritisk vurdering av teoretisk perspektiv. Til slutt kjem ei oppsummering av metodediskusjonen.

5.2.1 Kvalitetskriterier

Refleksivitet er ei aktiv haldning som forskaren lyt ha med seg gjennom heile forskingsprosessen og inneber at vi kan erkjenne og reflektere over tydinga av vår eigen ståstad og påverknad i prosessen. Det handlar om evna vår til å stille kritiske spørsmål ved eigen framgangsmåte og konklusjonar. Eit ope sinn med plass for tvil, ettertanke og uventa konklusjonar er eit godt utgangspunkt for at forskingsprosessen kan bringe fram ny kunnskap. Nærleik til det faget eller temaet som vi studerer kan vere ei utfordring i høve refleksivitet. Det vil vere viktig å identifisere eigen posisjon, både ovanfor seg sjølv og lesar, og aktivt reflektere over korleis egne verdiar, bakgrunn, erfaringar og forventningar påverkar forskingsprosessen (Malterud, 2017).

Relevans handlar om at vitenskapleg kunnskap skal bringe fram ny erkjenning og ny kunnskap. Den skal tilføre noko som vi ikkje allereie veit frå før. Relevans omhandlar at kunnskapen kan vere nyttig og ha overføringsverdi til andre, noko som vil kome fram når resultat frå studien blir publisert. Relevans har betydning gjennom fleire ledd i forskingsprosessen for at ny kunnskap skal tre fram. Det kan gjelde å kaste lys over eit velkjent tema med ei ny og original problemstilling eller metodeval, og såleis få fram nyansar som kan endre førehandsforståing og dermed gi ny lærdom (Malterud, 2017).

Validitet handlar om gyldigheit (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskaren bør arbeide for høg grad av validitet gjennom heile forskingsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Det er vanleg å skilje mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handlar om kva studien og resultatata kan seie noko sant om. Ekstern validitet gjeld overføringsverdi, og handlar om i kva grad funna i studien kan vere relevante ut over den kontekst dei er innhenta i (Malterud, 2017).

5.2.2 Kritisk vurdering av utval og rekruttering

Eg har i arbeidet med denne masteroppgåva hatt i bakhovudet at val av tema og problemstilling skal vere praksisnært knytt til psykomotorisk fysioterapi. Eg forskar dermed på mitt eige fag og bevegar meg i eit miljø eg har forholdsvis god kjennskap til. Eg har ein del kunnskap frå før, noko som eg kjenner på som ein styrke og som gjer meg i stand til å vere på leit etter relevante nyansar som kan tilføre ny forståing. Materud (2017) minner oss om faren for feltblindheit som kan oppstå ved forskning innan eit miljø eller fenomen som ein på førehand kjenner godt. Feltblindheit viser til faren for å gå med skylappar på og både i rekruttering og i datamateriale vere på leit etter funn som bekreftar eigne erfaringar og førehandsforståing (Malterud, 2017). Eg har derfor søkt å oppretthalde høg grad av refleksivitet gjennom heile forskingsprosessen ved å tenke gjennom korleis min bakgrunn har innverknad på dei ulike stega i prosessen. For å sikre eit strategisk utval har eg rekruttert informantar gjennom psykomotoriske fysioterapeutar i region Vest-Norge. Eit strategisk utval er sett saman slik at det på ein god måte skal kunne gi eit datagrunnlag som kan belyse problemstillinga vår (Malterud, 2017). Tema for studien er erfaringar i frå barne- og ungdomsår og eventuell samanheng med noverande helseplager hjå unge kvinner som er eller nyleg har vore i psykomotoriske behandling. Den interne validiteten er her sentral. Skal eg belyse problemstillinga mi så må eg rette spørsmåla til eit utval som sit på erfaring som eg ønsker å dra lærdom i frå. Eg meiner eg har truffe godt med utvalet mitt. For å unngå kjennskap til informantane har eg rekruttert uavhengig av eigne pasientar og sendt førespurnad til psykomotoriske fysioterapeutar registrert under «Finn fysioterapeut» hos Norsk fysioterapeutforbund.

Eg sendte førespurnad til 10 terapeutar, og fekk berre ein respons. Deretter sende eg ut to nye førespurnader, og fekk dermed 3 nye informantar. I mellomtida fekk eg tilbakemelding på e-post frå eitt institutt med fleire psykomotoriske terapeutar om at dei fann studien interessant og ville ta opp spørsmålet mitt på eit felles møte, men eg høyrde ikkje noko meir i frå dei. Eg fekk heller ikkje kontakt når eg prøvde å ringe dei. Eit anna institutt gav tilbakemelding om at dei ikkje hadde pasientar som passa inklusjonskriteria. Ei tilbakemelding frå ei av dei som rekrutterte informantar var at ho hadde fleire aktuelle

pasientar dersom aldersspennet var heva med 10 år, og at det var vanskeleg å rekruttere kvinner i 30-åra som ho karakteriserte som travle småbornsmødre. Eit anna svar var at arbeidskvardagen var så travel at dei ikkje kunne prioritere og hjelpe til med å rekruttere. Ei siste tilbakemelding var om ein pasient som hadde vurdert å stille som informant men som på det tidspunkt hadde store utfordringar i livet sitt. Både pasient og terapeut vurderte det slik at det ville vere for krevjande å stille til intervju. Eg set pris på at kollegaer gjer slike gode vurderingar til det beste for pasientane. Eg har òg stor forståing for at stort arbeidspress gjorde det vanskeleg å bidra i rekrutteringsprosessen min, og reknar med at det er grunnen til at eg ikkje fekk svar frå 3 av dei førespurte.

Inklusjonskriteria var kvinner i alderen 20-35 år og informantane som stilte opp er i alderen 20-27 år. Aldersspennet 20-35 år gav grunnlag for eit større mangfald i alder. Eg kan i første omgang tenke at eg har eit noko homogent utval med tanke på at informantane er unge. Eg vel likevel å snu det til at utvalet sikrar god intern validitet ved at dei har erfaringar i frå barne- og ungdomsår friskt i minne og dermed har hatt moglegheit til å gi meg relevante og konkrete fortellingar som belyser problemstillinga mi. Til tross for at informantane er innanfor eit kort aldersspenn, så gir utvalet ein rik variasjon i familiekonstellasjonar og erfaringsbakgrunn. Dette gir eit mangfald i datagrunnlag og høg grad av relevans, noko som er eit godt utgangspunkt for å belyse problemstilling og finne nyansar som gir ny kunnskap.

Eg gjorde i starten eit val om å berre inkludere kvinner i studien, av den enkle grunn at eg har eit stort fleirtal av kvinnelege pasientar i praksisen min. Eg ser i etterkant at dette truleg ikkje var naudsynt, og ved å inkludere menn hadde eg fått eit enno større mangfald. Det er godt tenkjeleg at det hadde gitt betre informasjonsstyrke om eg hadde hatt mannlege informantar. Den erfaring eg no har i frå praksisfeltet seier meg at resultata også kan gjenkjennast hos fleire av dei mannlege pasientane i psykomotorisk behandling.

Eg starta datainnsamlinga då eg hadde 3 informantar, og fekk etter kvart den 4. Etter at dei 4 intervjuar var utført, ferdig transkribert og gjennomlest sat eg att med eit inntrykk av at dette

var eit fyldig og variert datamateriale med god informasjonsstyrke (Malterud, 2001) som kunne gi svar på problemstillinga. Det var derfor ikkje trong for å rekruttere fleire enn 4 informantar.

Den interne validiteten er ivareteken med eit praksisnært utgangspunkt og eit ønske om å ta del i unge menneske sine erfaringar i frå barne- og ungdomsår, for å få kunnskap om korleis møte dagens ungdom i psykomotorisk behandling. Den eksterne validiteten er sikra ved at resultata om korleis innsikt i erfaringar frå barne- og ungdomsår kan gi forståing for noverande helseplager truleg vil vere relevante og kan ha overføringsverdi til andre som arbeider med ungdom i psykomotorisk fysioterapi.

5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling og transkripsjon

Eg har samla inn data gjennom semistrukturerte livsverdsintervju og nytta lydopptakar for å ta vare på materialet inntil det kunne transkriberast. Kvale og Brinkmann (2015) anbefalar denne intervjumåten når målet er å belyse tema frå informanten sitt liv og ut i frå informanten sitt eige perspektiv. Eg sit igjen med ei erfaring av at intervjumetoden var godt egna for å få innblikk i informantane sin erfaringsbakgrunn, noko som heile tida har vore hovudmålet med denne studien. Nonverbal-kommunikasjon festar seg ikkje til eit lydopptak, men kunne blitt fange i eit videoopptak. Dersom målet mitt var å observere psykomotorisk behandling der både samtale, bevegelse og berøring er integrert hadde det vore naturleg å gjere datainnsamling ved hjelp av videoopptak. I denne studien har eg vore oppteken av å få fram den fortalte historie i frå informanten sitt perspektiv. Eg transkriberte materialet dagen etter at intervjuet var gjennomført. Eg hadde dermed intervjusituasjonen friskt i minne, og kunne i stor grad minnstemninga og den nonverbale-kommunikasjonen. På denne måten har eg søkt å ivareta intervjumaterialet på ein trygg og truverdige måte med tanke på å sikre intern validitet.

Dei fire intervjuet er gjennomført i ulike kontekstar; heime hos informanten, zoom-møte, på grupperom tilhøyrande informanten sitt studie-campus og på eit kommunalt kontor.

Informantane har medverka i val av rammer for intervjuet, og det er eit godt utgangspunkt

for at informantane kunne kjenne seg trygge i intervjusituasjonen og at intervjuar kunne gjennomførast utan forstyrringar. Covid-19 restriksjonar med råd om å unngå reiser til område med høgt smittepress gjorde til at zoom-møte vart eit godt alternativ for det eine intervjuet. Smittevernsomsyn som 1 meter avstand mellom personar gjorde til at eit passeleg stort grupperom på campus vart valt i staden for ein liten studenthybel i kollektiv. Dette er døme på refleksive vurderingar som er gjort i datainnsamlingsprosessen.

Eg har gjort greie for eigen førehandsforståing i kapittel 3.5.1. Mine 20 års erfaring som fysioterapeut og forankring i den psykomotoriske tradisjon gir meg nærleik til det feltet eg har valt å fordjupe meg i. Eg har i intervjusituasjonane opplevd det som ein styrke sidan eg har mykje pasienterfaring og samtaleerfaring frå den kliniske kvardagen. Erfaring gjer meg trygg i situasjonen. Eg har gjennom intervjuar vore bevisst på å stille opne spørsmål og oppfordra informantane til å fortelje fritt, konkretisere og skildre hendingar i frå barne- og ungdomsåra. Det å snakke med informantane med utgangspunkt i intervjuguide og det å stille oppfølgingsspørsmål fall seg naturleg og kunne til ei viss grad samanliknast med ein førstesamtale med ein ny pasient. Erfaringane mine i frå tallause pasientmøter og ulike samhandlingsforum, kan sjåast på som ei ulempe dersom dei medverkar til at eg eintydig leitar etter det eg har erfart og sett frå før. Eg har tidlegare nemnt dette som eit fenomen som Malterud (2017) kallar feltblindheit. Eg har difor prøvt å vere ekstra bevisst på å forsøke og møte informantar og datagrunnlag med eit opent og refleksivt sinn for å sikre relevans og vere på leit etter nyansar som kan gi meg ny innsikt. Refleksivitet er ei haldning som forskaren søker å ha med seg gjennom heile forskingsprosessen, og er naudsynt i forhold til å ivareta informanten og datamaterialet på ein etisk god måte. Kvale og Brinkmann (2015) peikar på at openheit og intimitet kjenneteiknar kvalitativ forskning og at det kan vere ein fare for at informanten kan gi opplysningar som dei seinare angrar på. I informasjonsskrivet til deltakarane (Vedlegg 4) informerte eg derfor om retten dei har til å trekke seg frå studien. Eg oppfordra dei også til å ta kontakt med eigen psykomotorisk fysioterapeut dersom dei i etterkant av intervjuet sat igjen med tankar som var vanskelege å sortere. Tilbakemeldinga frå alle informantane var at oppleving av å bli intervjuar var god og nyttig.

5.2.4 Kritisk vurdering av analyse og teoretisk perspektiv

Systematisk tekstkondensering er egna for studien sitt design og formål, noko som styrker den interne validiteten av studien. Analysemetoden vart valt fordi eg gjennom undervisning i masteremne fekk god kjennskap til denne metoden i forkant av prosjektplanlegging. Systematisk tekstkondensering gir eit utgangspunkt for å sjå på dei ulike fortellingane på tvers, noko som var eitt av behova mine i analysen. Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering er beskriven som nettopp systematisk og såleis lett å følge, og blir difor anbefalt urøynde forskarar (Malterud, 2017). Ved å nytte ein annan analysemetode hadde eg truleg fått eit anna resultatgrunnlag. Narrativ analyse har eit fokus på teksten si meinig og språklege form og fordjupar seg i historia som blir fortalt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ein slik analysemetode kunne vore nærliggande å velje når det vitskapsteoretiske perspektivet er fenomenologi og målet med denne oppgåva er å få innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barne- og ungdomsår. Systematisk tekstkondensering er ikkje ein rein fenomenologisk metode, men deler synet om at subjektive erfaringar frå livsverda er gyldig kunnskap og såleis tek i vare den interne validitet. Analysen og resultatdelen opna opp for at eg valte dei to teoretiske perspektiva relasjonsteori og teori om identitet. Desse har begge ei forankring i dialektikk. Dialektikk og fenomenologi er ikkje motstridande perspektiv, men delvis overlappande, i det dei legg vekt på subjektet si erfaring i kontekst. Eg ser også at det ville vore interessant å drøfta resultatata i lys av teori om tilknytning eller teori om salutogenese. Eg let det ligge som eit mogleg framtidig arbeid eller som inspirasjon til andre forskarar.

5.2.5 Oppsummering av metodediskusjon

Eg har gjennom heile forskingsprosessen hatt eit fokus på refleksivitet ved å tenke gjennom, og gjere kjent, korleis min personlege og faglege erfaringsbakgrunn påverkar dei ulike stega i forskingsprosessen. Ved å reflektere over tydinga av erfaring, kunnskap og førehandsforståing, så har eg søkt å vere open for å tileigne meg ny innsikt og ny forståing. Gjennom arbeidet med dette forskingsprosjektet har eg fått stadfesta førehandsforståinga mi om at erfaringar i frå barne- og ungdomsår kan ha noko å seie for framtidige helseutfordringar. Via å utøve høg grad av refleksivitet gjennom studien er

førehandsforståinga mi likevel meir komplettert. Eg vil ta med meg ein auka kunnskap om at relasjonelle erfaringar kan vere både belastande og vernande. I tillegg har dette arbeidet gitt meg ei djupare forståing for at ufred og dårleg stemninga mellom barn sine omsorgspersonar er skremmande og skapar utrygge vilkår for barnet. Dette er faktorar som eit barn sansar og tek til seg, men ikkje alltid forstår eller snakkar om. Det kan medverke til ein sårbarheit som kan predikere framtidige helseutfordringar.

Eg ønsker at arbeidet mitt med studien for framtida skal gi meg tryggare kunnskap om korleis møte og forstå menneske sitt levde liv, og spesielt korleis erfaringar i frå barne og ungdomsår kan ha samanheng med seinare helseplager. Denne kunnskapen er først og fremst gyldig i forhold til informantane og den samskapande konteksten som intervjuar vart til under. Kunnskapen eg får kan også ha overføringsverdi for korleis eg framover møter og kommuniserer med menneske og forstår dei utfordringane dei står i. Den eksterne validiteten handlar om i kva grad funna i studien har overføringsverdi til andre. Eg tenker at studien min vil vere av interesse for andre psykomotoriske fysioterapeutar og i tillegg andre fysioterapeutar med interesse for dette temaet, og som til dømes jobbar med barn, ungdom og unge vaksne. I tillegg kan kunnskapen som kjem fram i denne studien vere relevant for samarbeidspartar som også har ein relasjon til barn og unge over tid, til dømes helsesjukepleiar, lege, psykolog, barnevernspedagogar og lærarar. Tidlegare forskning viser til at relasjonelle og traumatiske erfaringar disponerer for seinare helseutfordringar (Øien et al., 2007; Øien, 2013; Kirkengen & Næss, 2015; Sviland et al., 2018; Thornquist & Kirkengen, 2020). Denne studien forskar på ei yngre informantgruppe og bidreg såleis med ny innsikt for fagfeltet.

6.0 Konklusjon

I innleiinga ser vi at dei fleste ungdomar rapporterer om god helse og framtidstru. Det er ein liten auke i sjølvrapportert fysiske og psykiske helseplager og ei auke i ungdom si oppleving av stress og press på ulike arenaer. Problemstillinga for denne studien er: *Korleis kan innsikt i unge kvinner sine erfaringar i frå barn- og ungdomsår gi forståing for deira noverande helseplager?*

Studien viser at innsikt i barne- og ungdomserfaringar kan løfte fram individet slik at både pasient og fagutøver får ei forståing for samansette utfordringar, sett i lys av erfaring, individ, miljø og samfunn. I denne studien og i tidlegare forskning kjem det fram at traumatiske opplevingar og relasjonelle utfordringar kan gi stressreaksjonar som bidreg til smerte, liding og diffuse sanslege reaksjonar. Den kroppslege beredskapen kjem til uttrykk både lekamleg, kognitivt og kjenslemessig. Dette kan vere strevsame og uforstålege reaksjonar, som på sitt tause vis prøver å fortelje personen sjølv og omgjevnadane at situasjonen er altfor utfordrande og krevjande. Det er samtidig reaksjonar som gir verdifull innsikt dersom dei blir sett og forstått

Denne studien ser på erfaringar i frå barne- og ungdomsår hjå informantar i aldersgruppa 20-27 år. Det er eit svært interessant funn ved studien min at relasjonell belastning manifesterer seg kroppsleg hos så unge vaksne. Dette er eit hovudfunn som eg ikkje finn beskrive i tidlegare forskning. Det har vore givande å ta del i kvinnene sine fortellingar i frå barne- og ungdomsår. Med ei forankring i fenomenologi så har innsikt i historiene gitt meg ei djupare forståing for korleis erfaringar i frå barne- og ungdomsår kan utvikle seg til helseplager; også hos ungdom og unge vaksne sine liv.

Funn frå resultatdelen blir sett på i lys av teori om relasjons- og identitetsutvikling, samt tidlegare forskning. Anerkjennning peikar seg ut som eit bærande omgrep for studien.

Anerkjenning for seg sjølv; for kroppslege uttrykk, tankar og kjensler. Anerkjenning frå andre; frå foreldre og fagutøvarar.

Samhandling har vore viktig i barne- og ungdomsåra for å få til retningsendring og utvikling. Omsorg og kjærleik frå familie, oppfølging og tilrettelegging innan helse og skule, samt personar som er genuint interesserte og bryr seg på ekte er essensielle faktorar for å få til vendepunkt og positiv utvikling for barn og unge som strevar i liva sine. Psykomotoriske fysioterapeutar er i ei særstilling til å kunne anerkjenne kroppslege uttrykk. Vi har ei viktig rolle i å formidle at dette er verdifull informasjon som må fram i lyset når vi prøver å møte samansette helseutfordringar som barn og unge står ovanfor i dag.

Eg har trua på at både eg som psykomotorisk fysioterapeut og andre evner å møte barn og unge med ei genuin interesse for det dei bringer fram som viktig i deira erfaringsbakgrunn. Å våge og vere eit medmenneske er eit godt utgangspunkt for samhandling. Vi må sjå etter det verbalt usagte, men kanskje kroppsleg uttrykt. Vi må anerkjenne heile mennesket; heile mennesket sitt vesen og verande. Vi må våge å sjå og våge å spørje. Slik kan vi forhåpentlegvis nå inn til fleire personar og kome tidlegare i posisjon til å hjelpe, før plagene blir samansette og uholdbare å vere i.

Det er behov for meir forskning på feltet ungdom, unge vaksne og psykisk helse. Det ville vere eit interessant studie å forske på unge menneske som har streva med liva sine og deira erfaringar av tilhøve som fører til endring. Kva spelar inn for at eit individet føler seg trygg og stødig til å leve livet til tross for utfordringar? Eg let spørsmålet ligge til inspirasjon til både meg sjølv og andre; til refleksjon eller framtidig forskning.

Referansar

Bakken, A. (2019). Ungdata 2019: Nasjonale resultater (NOVA rapport 9/19). Oslo: NOVA, OsloMet. Hentet fra <https://faqarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace,15946>.

Binder, P.-E. (2018). *Hvem er jeg? : om å finne og skape identitet*. Fagbokforlaget

Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Pensumtjeneste.

Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Gyldendal akademisk.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ekerholt, K., & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>

Eriksen, I.M. & Bakken, A. (2020). Stress, press og psykiske plager blant ungdom. I L.R Øhlckers, O, Herarsveit, & L. Sand, (Red): *Ungdom og psykisk helse* (s. 35-44). Fagbokforlaget.

Grøholt, E., Bøhler, L., & Hånes, H. (2018). Folkehelse rapporten—helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Hetlevik, Ø., Vie, T. L., Meland, E., Breidablik, H. J., & Jahanlu, D. (2019). Adolescent self-rated health predicts general practice attendance in adulthood: Results from the Young-HUNT1 survey. *Scandinavian journal of public health*, 47(1), 37-44.

Høgskulen på Vestlandet. (2020a, 2.juni). *Avslutning av studentprosjekter under personopplysningsloven*. https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskingsetikk/308aavslutning-av-studentprosjekter-under-personopplysningsloven_v2020.1.pdf

Høgskulen på Vestlandet. (2020b, 2.juni). *Oppbevaring av aktive forskningsdata*. https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskingsetikk/304oppbevaringavaktiveforskningsdata_v2020.1.pdf

Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS

Malterud, Kirsti. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet (British Edition)*, 358(9279), 397–400.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05548-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05548-9)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforlaget

Norsk Fysioterapeutforbund. (u.å). *Psykomotorisk fysioterapi*.

<https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>

Ottesen, A., Øyehaug, G. A., & Bjorbækmo, W. S. (2016). Physiotherapy in School Health Services for Adolescents – Perspectives and Practice. *Fysioterapeuten*, 83(4), 48-52.

Ottesen, A. (2017). Å kjenne og glemme kroppen. Et fagessay om fysioterapi og ungdom. *Fysioterapeuten*, 9(84), 60-62.

Prop. 121 S (2018-2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>

Regjeringen (2019). *Statsbudskjettet 2020*.

<https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2020/id2705757/>

Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]., p. 422). Universitetsforlaget.

Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363-374.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforlaget.

Thornquist, E., & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil*. Fagbokforlaget.

Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>

Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 80(3), 22-26.

Vedlegg 1



Region:
REK sør-øst B

Saksbehandler:
Marianne Carson

Telefon:
22 84 55 26

Vår dato:
07.10.2020

Vår referanse:
172431

Deres referanse:

REK sør-øst B

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | **E-post:** rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Aud Marie Øien

172431 Erfaringar fra barne-og ungdomsår for unge kvinner i psykomotorisk behandling

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Aud Marie Øien

Søkers beskrivelse av formål:

Målet med studien er å få fram unge kvinner si historie, utforske erfaringar i frå barne- og ungdomsår, og sette lys på korleis kvinner som går i psykomotorisk fysioterapibehandling forstår desse erfaringane og eventuelt ser dei i samanheng med noverande helseplager. Studien vil kunne gi kunnskap om korleis sjå og møte barn- og unge som har ulike utfordringar i liva sine, og såleis kunne gi støtte som kan vere med på å hindre at utfordringar blir vedvarande helseplager. For å innhente data vil eg nytte kvalitativ metode med bruk av livsverdsintervju av kvinner i alderen 20-35 år.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 16.09.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 10.

Vurdering

Slik komiteen forstår søknad og prosjektbeskrivelse er studiens formål å undersøke hvilke erfaringer fra barne- og ungdomsårene kan unge kvinner som går i psykomotorisk behandling se i sammenheng

med nåværende helseplager. Det skal gjøres kvalitative semistrukturerte livsverdenintervju med 3-5 unge kvinner i alder 20-35 år som er i pågående behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Deltakere skal identifiseres gjennom psykomotoriske fysioterapeuter i Vest-Norge. Studien er samtykkebasert. Studien vil kunne gi kunnskap om hvordan se og møte barn og unge som har ulike utfordringer i livene sine, og hvordan gi støtte som kan være med på å hindre at utfordringene blir vedvarende helseplager. Komiteen vurderer at prosjektet, slik det er presentert i komplett søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem

Professor, dr. med.

leder REK sør-øst B

Marianne Carson

rådgiver

Kopi sendes forskningsansvarlig institusjon og eventuelle medarbeidere som er gitt tilgang til prosjektet i REK-portalen.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering

Vedlegg 2



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringar i frå barne- og ungdomsår for unge kvinner i psykomotorisk behandling

Referansenummer

708622

Registrert

01.07.2020 av Kristin Daling Felde - 943475@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitskap / Institutt for velferd og deltaking

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Aud Marie Øien, aud.marie.oien@hvl.no, tlf: 57676328

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristin Daling Felde, kristin.daling.felde@gmail.com, tlf: 99591726

Prosjektperiode

10.08.2020 - 20.06.2021

Status

09.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

09.10.2020 - Vurdert

BAKGRUNN Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 07.10.2020, deres referanse 172431 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 09.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn

for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:Jørgen Wincentsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3



Førespurnad om hjelp til å rekruttere deltakarar til forskningsprosjektet: Erfaringar i frå barne- og ungdomsår for unge kvinner i psykomotorisk behandling

Bakgrunn og mål med prosjektet

Dette er eit spørsmål til deg om hjelp til å rekruttere deltakarar til eit forskningsprosjekt som vil utforske unge kvinner si historie og spesielt erfaringar i frå barne- og ungdomsår.

Målet med studien er å sette lys på korleis kvinner som går i psykomotorisk fysioterapibehandling forstår desse erfaringane og eventuelt ser dei i samanheng med noverande helseplager. Studien vil kunne gi kunnskap om korleis sjå og møte barn- og unge som har ulike utfordringar i liva sine, og såleis kunne gi støtte som kan vere med på å hindre at utfordringar blir vedvarande helseplager.

Eg som sender ut dette skrivet heiter Kristin Daling Felde og er psykomotorisk fysioterapeut i Sunnfjord kommune og student ved Master i samhandling innan helse- og sosialteneste ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Studien som eg gjennomfører vil danne grunnlaget for masteroppgåva mi og resultatata frå studien vil også kunne bli publisert som ein vitenskapleg artikkel. Min rettleiar er Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved HVL-Institutt for velferd og deltaking. Birettleiar er Mari Husabø, Phd stipendiat ved HVL-Institutt for velferd og deltaking.

Inklusjonskriterier

Eg ønsker informantar som ikkje har altfor lang tidsavstand til tematikken, og vil inkludere kvinner i alderen 20-35 år som er i psykomotorisk behandling hos fysioterapeutar i vest-Noreg. Dei bør vere i eit behandlingssløp av minimum 4 månader slik at dei er i ein prosess i forhold til erkjenning og refleksjon kring levd liv og kroppslege uttrykk. Eg vil gjennomføre individuelle livsverdsintervju som varer i cirka 1-1,5 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband, og skrive ned i etterkant. Det vil bli gjennomført eitt intervju med kvar av deltakarane. Spørsmåla i intervjuet vil blant anna handle om kva helseplager informanten har no, om kva erfaringar og eventuelle utfordringar ho hugsar frå oppvekst og skulegang, korleis ho sjølv forstod utfordringane, korleis ho vart møtt og forstått av familie og eventuelle hjelpeinstansar og om erfaringar i frå desse åra har prega hennar utvikling og helse.

Personvern

Opplysningane som blir registrert skal kun brukast slik som beskrive under formålet med prosjektet. Alle personopplysingar vil bli behandla konfidensielt, og det er berre student og rettleiar som har tilgang til lydopptak og intervjuutskrift. Datamateriale vil bli lagra på sikker måte på HVL sin forskingsserver, og innsamla opplysningar vil bli sletta ved prosjektslutt i juni 2021. Lydfil og intervjuutskrift blir behandla utan namn og fødselsnummer, og kontaktopplysingar blir oppbevart på

ei separat namneliste. Resultata som blir publisert i masteroppgåve og eventuell vitenskapleg artikkel vil bli anonymisert slik at det ikkje er moglege å identifisere informantane.

Dette forskingsprosjektet er godkjendt av Norsk senter for forskingsdata (NSD).

Gjennomføring og kontaktopplysningar

Eg håper du ser positivt på spørsmålet mitt om di hjelp til å rekruttere informantar i denne studien. Dersom du har pasientar i behandling som du tenker kan vere aktuelle, så håper eg du kan snakke med vedkomande om min studie og få eit munnleg samtykke til å vidareformidle namn og e-postadresse til meg slik at eg kan sende vedkomande eit eige informasjons- og samtykkeskjema.

Eg sender denne førespurnaden på e-post og håper du vil gi meg ei tilbakemelding innan 03.11.20 dersom du har aktuelle deltakarar. Eg vil då kontakte deg pr telefon for å notere meg informanten sin kontaktinformasjon. Eg har som mål å kunne ta kontakt med aktuelle informantar i nov 2020, for så å møte informanten og gjennomføre intervju i november/desember 2020.

Dersom noko er uklart, eller du har spørsmål om studien, så ta gjerne kontakt. På førehand takk.

Med venleg helsing

Kristin Daling Felde

Psykomotorisk fysioterapeut i Sunnfjord kommune og

student ved Master i samhandling innan helse- og sosialteneste ved HVL,

mobil 995 91 726, e-post kristin.daling.felde@gmail.com

Aud Marie Øien, Førsteamanuensis og rettleiar, Høgskulen Vestlandet, e-post aud.marie.oien@hvl.no, tlf. 57676328.

Mari Husabø, Phd stipendiat og birettleiar, Høgskulen på Vestlandet, e-post mari.husabo@hvl.no, tlf 57 67 76 89

Vedlegg 4



Invitasjon til å delta i forskingsprosjektet: Erfaringar i frå barne- og ungdomsår for unge kvinner i psykomotorisk behandling

Bakgrunn og mål med prosjektet og kvifor du blir spurt

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt for å utforske unge kvinner si historie og spesielt erfaringar i frå barne- og ungdomsår. Studien kan gi kunnskap om kva eventuelle samanhengar og betydning desse erfaringane har for noverande helseplager.

Psykomotorisk fysioterapeut som du er i behandling hos, har fått informasjon om forskingsprosjektet og vidareformidla din kontaktinformasjon, etter først å ha informert og innhenta munnleg samtykke i frå deg. Eg som sender ut dette brevet heiter Kristin Daling Felde og er psykomotorisk fysioterapeut i Sunnfjord kommune og student ved Master i samhandling innan helse- og sosialteneste ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Studien som eg gjennomfører vil danne grunnlaget for masteroppgåva mi og resultatane frå studien vil også kunne bli publisert som ein vitenskapleg artikkel. Min rettleiar er Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved HVL-Institutt for velferd og deltaking. Birettleiar er Mari Husabø, Phd stipendiat ved HVL-Institutt for velferd og deltaking

Målet med studien er å få fram unge kvinner si historie, utforske erfaringar i frå barne- og ungdomsår, og sette lys på korleis kvinner som går i psykomotorisk fysioterapibehandling forstår desse erfaringane og eventuelt ser dei i samheng med noverande helseplager. Studien vil kunne gi kunnskap om korleis sjå og møte barn- og unge som har ulike utfordringar i liva sine, og såleis kunne gi støtte som kan vere med på å hindre at utfordringar blir vedvarande helseplager.

Kva inneber prosjektet for deg?

I studien ønsker eg å intervju unge kvinner i alderen 20-35 år som er i psykomotorisk behandling. Intervjua er individuelle og vil vare i cirka 1 - 1,5 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband, og skrive ned i etterkant. Det vil bli gjennomført eitt intervju med kvar av deltakarane, men dersom det i etterkant av intervjuet oppstår spørsmål eller behov for avklaringar ynskjer eg å kunne kontakte deg for dette. Spørsmåla i intervjuet vil blant anna handle om kva helseplager du har no, om kva erfaringar og eventuelle utfordringar du hugsar frå oppvekst og skulegang, korleis du sjølv forstod utfordringane, korleis du vart møtt og forstått av familie og eventuelle hjelpeinstansar og om erfaringar i frå desse åra har prega di utvikling og helse.

Mulege fordeler og ulemper

Fordelane med å delta i prosjektet kan vere ei positiv oppleving med å dele egne erfaringar som kan vere til nytte for andre. Intervjusituasjonen kan også bidra til refleksjon og ny innsikt omkring eigen situasjon. Ulempene med å delta kan vere at du må sette av tid til intervjuet, og bli bedt om å dele personlege erfaringar.

Din psykomotoriske fysioterapeut er involvert i rekruttering av deltakarar til prosjektet, men får ikkje tilgang til kva som kjem fram under intervjusituasjonen. Kanskje vil du få tankar i etterkant av intervjuet som kan vere vanskelege å sortere, og eg oppfordrer deg då om å dele og utforske desse tankane i lag med den psykomotoriske fysioterapeuten som du er i behandling hos.

Frivillig deltaking og mulighet for å trekke samtykke ditt

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Du kan når som helst og utan å oppgi nokon grunn trekke samtykke ditt. Det vil ikkje ha noko negative konsekvensar for deg eller di behandling, hvis du ikkje vil delta eller seinere vel å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikkje bli forska vidare på dine opplysningar. Du har rette til innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysningane. Du har rett til å få retta og/eller sletta personopplysningar om deg, og du har rett til å sende klage til Datatilsynet om behandling av dine personopplysningar.

Kva skjer med opplysningane om deg?

Opplysningane som blir registrert om deg skal kun brukast slik som beskrive under formålet med prosjektet. Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, og det er berre eg og rettleiar som har tilgang til lydopptak og intervjuutskrift. Datamateriale vil bli lagra på sikker måte på HVL sin forskningsserver, og innsamla opplysningar vil bli sletta ved prosjektslutt i juni 2021. Lydfil og intervjuutskrift blir behandla utan namn og fødselsnummer, og dine kontaktopplysningar blir oppbevart på ei separat namneliste. Resultata som blir publisert i masteroppgåve og eventuell vitenskapleg artikkel vil bli anonymisert slik at det ikkje er moglege å identifisere deg.

Dette forskingsprosjektet er godkjendt av Norsk senter for forskingsdata (NSD). Dersom du har spørsmål knytt til NSD si vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost: personverntjenesters@nsd.no eller på telefon 55 58 21 17.

Kontaktopplysningar

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

Aud Marie Øien, Førsteamanuensis og rettleiar, Høgskulen på Vestlandet, e-post aud.marie.oien@hvl.no, tlf. 57 67 63 28.

Mari Husabø, Phd stipendiat og birettleiar, Høgskulen på Vestlandet, e-post mari.husabo@hvl.no, tlf 57 67 76 89

Høgskulen på Vestlandet sitt personvernombod: Halfdan Melbye, e-post personvernombud@hvl.no, tlf. 55 30 10 31

Kristin Daling Felde, psykomotorisk fysioterapeut i Sunnfjord kommune og student ved Master i samhandling innan helse- og sosialteneste ved Høgskulen på Vestlandet e-post kristin.daling.felde@gmail.com tlf. 99591726

Eg håper du ser positivt på spørsmålet mitt om å delta i denne studien. Dersom du har høve til å delta set eg pris på om du fyller ut og signere svarslippen under. På førehand takk.

EG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGAR KAN BRUKAST SLIK DET ER BESKRIVE

| | |
|----------------|--|
| Namn: | |
| Mobilnr: | |
| E-postadresse: | |

Stad og Dato

Signatur

Svarslippen kan du sende til:

Kristin Daling Felde

Feldevegen 52

6826 Byrkjelo

Eg vil ta kontakt med deg i oktober/nov 2020, for å avtale tid og stad for å treffast og gjennomføre intervju, fortrinnsvis i november 2020.

Med venleg helsing

Kristin Daling Felde,

Psykomotorisk fysioterapeut i Sunnfjord kommune og

student ved Master i samhandling innan helse- og sosialteneste ved HVL,

mobil 995 91 726, e-post kristin.daling.felde@gmail.com

Vedlegg 5

Intervjuguide

Erfaringar i frå barne- og ungdomsår – Kva samanheng har dei med unge kvinner sine helseplager?

Bakgrunnsinformasjon:

- Kort info om prosjektet og takk for at du vil bidra som informant
- Fødselsår
- Sivilstatus
- Er du i arbeid eller studie?
- Kor lenge har du gått i psykomotorisk behandling?
- Kan du fortelje meg litt om kva helseplager du har no, og kor lenge du har hatt desse plagene?
- Kva type behandling har du oppsøkt for helseplagene, og kva har vore til hjelp?

Erfaringar i frå barne- og ungdomsår:

- Korleis var rammene rundt oppveksten din? Familie/relasjonar? Foreldre (gift/sambuar, skilt, einsleg), søsken, andre betydningsfulle vaksne, nære vener, bustad/flytting, fritidsaktivitetar
- Korleis var trivselen din på skulen?
- Hadde du helseplager, utfordringar eller noko som du streva med som barn eller ungdom? Kan du beskrive/konkretisere? Hugsar du nokre konkrete hendingar
- Fortalte du nokon om plagene/utfordringane du hadde? Kven fortalte du det evt til?
- Var du i kontakt med hjelpeinstansar innan skule- eller helsevesen, og evt kven?
- Korleis vart du møtt på dine utfordringar i livet då du var barn/ungdom? Både i familie og i skule- helsevesen. Kan du beskrive/konkretisere?

Eigenforståelse:

- Har erfaringane i frå barne- og ungdomsår prega di utvikling og livet du har no? Kan du beskrive/konkretisere?
- Ser du nokon samanheng mellom utfordringar eller helseplager i barne- og ungdomsåra og dei helseplagene du har no?

Avslutning og takk for at du deltar i mitt studie ved å dele di historie.