

Forord

Denne masteroppgaven avslutter vårt erfaringsbaserte studium i spesialpedagogikk ved NTNU i Trondheim. Vi ser tilbake på en prosess som til tider har vært både krevende og frustrerende, men også veldig spennende, berikende og interessant. Studiet og masteroppgaven har gitt oss anledning til å fordype oss i teori knyttet til ulike fagområder, og forutsetter at en arbeider metodisk og analytisk med problemstillingene en stilles overfor. Vi mener også at arbeidet med masteroppgaven har gitt oss bedre innsikt i- og ny kunnskap om temaet synshemmede grunnskoleelever og psykososial tilpassing.

Vi vil rette en takk til vår veileder Per Frostad ved NTNU som gjennom hele prosessen har vært tilgjengelig på kort varsel, og bidratt med nyttige innspill. Vi vil også rette en takk til vår biveileder, spesialpsykolog Knut Brandsborg ved Huseby kompetansesenter, som med utgangspunkt i erfaring fra arbeid med synshemmede barn og unge har bidratt med innspill av stor betydning.

Vi vil takke vår arbeidsgiver, Huseby kompetansesenter, som har vært positiv og imøtekommende under hele studiet, og gitt oss gode rammevilkår for å gjennomføre masterstudiet. Vi har også fått god hjelp av vår sekretær, Hilde Knutsen, som bl.a. har bistått med administrativt arbeid rundt gjennomføringen av selve spørreundersøkelsen. Vi vil takke spesialbibliotekar Ellen Sejersted ved Universitetet i Agder som har vært særdeles behjelpelig i arbeidet med å finne frem til relevant litteratur. Vi vil også takke Bjarte Sanne ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Vest) for gode innspill og diskusjoner omkring sentrale problemstillinger i oppgaven.

Vi ønsker også å takke alle foresatte og skoler som har vært informanter i undersøkelsen.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid. Vi har hatt mange gode diskusjoner rundt masteroppgaven og vår tematikk. Det har vært av stor betydning å ha noen å dele både gleder og frustrasjoner med.

Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, april 2010

Sammendrag

Formål: Undersøke om det er assosiasjon (eller sammenheng) mellom synshemning og forekomst av psykososiale vansker hos grunnskolelever i Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland, samt studere nærmere hvordan slike vansker evt. gir seg utslag. I forlengelsen av nevnte problemstilling å studere om faktorene kjønn, klassetrinn (alder) og grad av synshemning kan ha betydning for forekomst av- og type psykososiale vansker som rapporteres.

Metode: Med utgangspunkt i nevnte problemstillinger ble det gjennomført en kvantitativ undersøkelse (tverrsnittsstudie) hvor utvalget bestod av 80 synshemmede grunnskoleelever i 1.-10. klasse fra fylkene Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland. Kriteriene for valg av synshemmede til undersøkelsen var at elevene med utgangspunkt i WHO's ICD-10 kriterier var å regne som synshemmede. I tillegg ble det forutsatt at elevene ikke hadde vesentlige tilleggsvansker. Synshemmede elever med vesentlig nedsatt kognitiv funksjon og alvorlige progredierende sykdommer ble følgelig ikke tatt med i utvalget.

Ved hjelp av foresatte- og lærerversjonen av spørreskjemaet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) sammenliknes total forekomst av psykososiale vansker hos de synshemmede elevene i utvalget mot en sammenlikningsgruppe bestående av to elever av samme kjønn fra de samme klassene som de synshemmede elevene gikk i. SDQ består av 25 spørsmål, og er inndelt i fem delskalaer som hver har fem underspørsmål. Delskalaene består av fire problemskalaer: emosjonelle problemer (EMP), atferdsproblemer (ADP), hyperaktivitet-oppmerksomhet (HYP) og venneproblemer (VEP). Den femte skalaen måler prososial atferd (PRO). De fire problemskalaene summeres til en totalvanskeskåre (TVS). Spørreundersøkelsen ble gjennomført i to runder. I første runde svarte foresatte til de synshemmede elevene og sammenlikningsgruppen på tilsendt spørreskjema, i runde to svarte skolen på spørreskjemaet i forhold til de samme elevene.

Resultater: Både på foresatte- og lærerskjema rapporteres de synshemmede elevene i utvalget å ha høyere (les: dårligere) totalforekomst av psykososiale vansker enn sammenlikningsgruppen. Begge skjemaene viste statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på 1 % nivå. På lærerskjemaet skåret de synshemmede elevene signifikant høyere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaene som omhandler venneproblemer og emosjonelle problemer - i tillegg til prososialskalaen.

På foresatteskjemaet skåret de synshemmede elevene signifikant høyere (les: dårligere) på venneproblemskalaen.

På lærerskjemaet ble det rapportert at de synshemmede guttene i utvalget hadde signifikant høyere (les: dårligere) totalforekomst av psykososiale vansker enn de synshemmede jentene. I tillegg viste lærerskjemaet at de synshemmede guttene skåret signifikant høyere (les: dårligere) enn de synshemmede jentene på delskalaene som omhandler hyperaktivitet og atferdsproblemer. De synshemmede guttene kom også signifikant dårligere ut på skalaen som omhandler prososial atferd både på foresatte- og lærerskjema.

På lærerskjemaet hadde synshemmede elever på 8.-10. klassetrinn signifikant lavere (les: bedre) skåre enn synshemmede elever på lavere klassetrinn på delskalaen hyperaktivitet. Grad av synshemming har ikke signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker i utvalget.

Hovedkonklusjon: Både på foresatte- og lærerskjema ble det rapportert at de synshemmede elevene i utvalget hadde signifikant høyere (les: dårligere) totalforekomst av psykososiale vansker enn elevene i sammenlikningsgruppen.

INNHold

FORORD	II
SAMMENDRAG	III
OVERSIKT VEDLEGG, FIGURER OG TABELLER	VIII
1.0 INNLEDNING	1
2.0 TEORI	3
2.1 Synshemming - definisjoner og prevalens.....	3
2.1.1 Definisjon av sentrale begreper:	4
2.2 Tidligere forskning omkring synshemming og psykososial tilpassing, omfang, begrensninger og resultater	5
2.2.1 Gjennomgang av empirisk forskning omkring synshemming og psykososial tilpassing for barn i førskole- og grunnskolealder	7
2.2.2 Gjennomgang av empirisk forskning omkring synshemming og psykososial tilpassing i ungdomsalder.....	9
2.3 Teori omkring sammenhengen mellom synshemming og psykososial tilpassing.....	10
2.3.1 Betydningen av sosial støtte for psykososial tilpassing	11
2.3.2 Ungdomsalder og sosial støtte.....	12
2.3.3 Synshemming og ungdomsalder.....	13
2.4 Grad av synshemmings betydning for psykososial tilpassing	14
2.4.1 Kommunikasjonsferdigheter hos sterkt svaksynte og blinde barn	14
2.4.2 Sterkt svaksynte og blindes barns sosiale forståelse og kompetanse	15
2.4.3 Ulike utfordringer knyttet til svaksynthet og psykososial tilpassing.....	16
2.5 Betydningen av tilrettelegging.....	18
2.6 Oppsummering av teorigapittel	20
2.7 Forskerspørsmål.....	22
3.0 METODE	23
3.1 Innledning.....	23
3.2 Valg av overordnet forskningsstrategi med begrunnelse	23
3.3 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	24
3.3.1 Bakgrunn og formål.....	24
3.3.2. Oppbygging og skåre.....	25
3.3.3. Alder og kjønn	26
3.3.4. Temaområder og bruk av flere informanter	26
3.3.5. Utvidet versjon, vanskenes innvirkning og komorbiditet.....	27
3.3.6. Reliabilitet og validitet knyttet til bruk av SDQ.....	28
3.4 Valg eller trekking av informanter	30

3.5 Drøfting av hvordan data skal analyseres.....	34
3.6 Vurdering av pålitelighet og mulige feilkilder	35
3.7 ETISKE BETRAKTNINGER.....	37
4.0 RESULTATKAPITTEL	39
4.1 Innledning.....	39
4.2 Demografiske opplysninger.....	40
4.3 Sammenlikningsgruppen (Sgr.) i undersøkelsen	43
4.4 Faktoranalyse.....	44
4.5 Reliabilitetsanalyse - totalvanskeskåre og delskalaer.....	46
4.6 Forskerspørsmål nr. 1:	47
4.7 Forskerspørsmål nr. 2:	48
4.8 Forskerspørsmål nr. 3:	50
4.9 Forskerspørsmål nr. 4:	52
4.10 Oppsummering av resultater.....	53
5. DRØFTING.....	55
5.1 Innledning.....	55
5.2 Funn relatert til forskerspørsmål 1 (synshemmede og sammenlikningsgruppen).....	56
5.2.1 Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) totalvanskeskåre (TVS) enn sammenlikningsgruppen både på foresatte- og lærerversjonen av SDQ-skjemaet.	56
5.2.2 Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) skåre enn sammenlikningsgruppen på delskalaen venneproblemer (VEP) både på foresatte- og lærerskjema.	59
5.2.3 Synshemmede skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaen emosjonelle problemer (EMP) på lærerversjonen av SDQ.	60
5.2.4 Vi finner signifikant forskjell for delskalaen prososial (PRO) på lærerskjemaet. Her skårer synshemmede signifikant lavere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen.	62
5.3 Funn relatert til forskerspørsmål 2 (gruppen synshemmede og alder)	64
5.3.1 Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom alderstrinnene på totalvanskeskåren. Vi finner imidlertid signifikant forskjell mellom ulike alderstrinn på delskalaen hyperaktivitet (HYP) på lærerskjemaet.	64
5.4 Funn relatert til forskerspørsmål 3 (gruppen synshemmede og kjønn).....	66
5.4.1 De synshemmede guttene i materialet skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn jentene på totalvanskeskåre (TVS), hyperaktivitetsskala (HYP) og	

atferdsskala (ADP) på lærerskjemaet, samt signifikant lavere (les: dårligere) på prososial (PRO) på foresatteskjema og lærerskjema.	66
5.5 Funn relatert til forskerspørsmål 4 (gruppen synshemmede og grad av synshemning).	69
5.5.1 Grad av synshemning har ikke signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker i utvalget.	69
6. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	71
REFERANSER	75

Oversikt vedlegg, figurer og tabeller

Vedlegg 1:	Spørreskjema SDQ (foresatteversjon)	
vedlegg 2:	Spørreskjema SDQ (lærerversjon)	
Vedlegg 3:	Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)	
Vedlegg 4:	Brev til Huseby kompetansesenter	
Vedlegg 5:	Informasjonsbrev til foresatte	
Vedlegg 6:	Informasjonsbrev til skolene v/ rektor	
Vedlegg 7:	Brev til skolene v/ rektor (kriterier for valg av trekking)	
Vedlegg 8:	Analyser - enkeltitems (foresatte- og lærerversjon)	
Figur 1:	Flytskjema - deltakere og svarprosent	s 41
Tabell 1:	Definisjon av synshemming etter kriterier fra WHO	s 3
Tabell 2:	Oversikt over folketall og registrerte synshemmede i undersøkelsen	s 40
Tabell 3:	Utvalgets demografiske karakteristika	s 42
Tabell 4:	Sammenlikningsgruppen vs. Barn i Bergen (BiB)	s 44
Tabell 5:	Faktoranalyse - lærerskjema	s 45
Tabell 6:	Reliabilitetsanalyse	s 46
Tabell 7:	SDQ totalvanskeskåre og delskalaskårer for SH og Sgr	s 47
Tabell 8:	Grad av psykososiale vansker avhengig av alder - F-skjema	s 48
Tabell 9:	Grad av psykososiale vansker avhengig av alder - L-skjema	s 49
Tabell 10:	Grad av psykososiale vansker avhengig av kjønn - F-skjema	s 50
Tabell 11:	Grad av psykososiale vansker avhengig av kjønn - L-skjema	s 51
Tabell 12:	Grad av synshemming og fordeling av psykososiale vansker	s 52

1.0 Innledning

Vi, Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, arbeider til daglig som fylkessynspedagoger i henholdsvis Aust-Agder og Vest-Agder. En viktig del av arbeidet består i å reise rundt til ulike skoler og veilede lærere og annet undervisningspersonell mht. hvordan man best kan tilrettelegge skolehverdagen for synshemmede elever.

For å kunne bidra med råd og innspill som oppleves som aktuelle og relevante ut fra den enkelte elevs forutsetninger og behov, er vi ofte tilstede og observerer både i klasse-/undervisningssituasjoner, samt i mer uformelle aktiviteter som f.eks. friminutt. Selv om synshemmede elever selvsagt er like forskjellige som alle andre elever, mener vi å registrere at enkelte trekk stadig går igjen: Ofte kan "våre" elever fremstå som stille og reserverte, samt i større eller mindre grad vise atferd som det kan være rimelig å tolke som uttrykk for mistriivsel. I tillegg synes vi å registrere at en del av de synshemmede elevene kan ha større problemer enn andre elever med å få sosialt innpass i klassen/jevnaldergruppen.

I fagmiljøet hender det at vi snakker om elever med "rene" synshemninger. Betegnelsen viser til elever hvor det ikke foreligger andre kjente somatiske diagnoser av betydning for funksjonsevnen enn synsrelaterte. Synspedagogtjenesten arbeider på oppdrag fra opplæringsansvarlig instans i kommunen, ofte Pedagogisk- Psykologisk tjeneste (PPT), i saker som angår elever i grunnskolealder. Søknadene vi mottar fra PPT beskriver ofte tilleggsvansker og problemer hos elever som en i utgangspunktet antar har "rene" synshemninger. Det kan for eksempel dreie seg om ulike grader av konsentrasjons/oppmerksomhetsvansker eller jevnalderproblemer. Disse søknadene bidrar også til at vi stiller spørsmål ved hvor fruktbart det er å bruke begrepet "rene" synshemninger - til tross for at denne gruppen ikke har andre kjente somatiske tilleggsvansker.

I artikkelen "ung og synshemmet - å leve med en synshemning - psykososiale aspekter og psykisk helse" hevder Fasting (Fasting, 2006) at vi mangler kunnskap om hvordan unge med synshemning har det i skolen, og at det kun finnes enkelte spredte studier som tar for seg problemstillingen. Studiene som foreligger preges også av at det ikke skilles mellom barn og unge med og uten kompleks tilleggspromblematikk. Fasting (ibid) peker videre på at

kunnskap gir oss bedre forutsetninger for å kunne legge til rette for inkluderende støtte til disse elevene.

Denne kunnskapen opplever vi som viktig fordi vi i praksis erfarer svært varierende kvalitet på undervisningstilbudet synshemmede elever får i skolesammenheng. Enkelte ganger møter vi vel gjennomtenkt tilrettelegging hvor eleven ivaretas på en god måte både faglig og sosialt. Andre ganger fremstår tilretteleggingen som mangelfull, tilfeldig og preget av lite kunnskap om synshemming og den synshemmede elevens forutsetninger og behov.

Brukerorganisasjonen Assistanse (interesseforeningen for barn og ungdom med synshemming) er også opptatt av denne problematikken. I deres høringsuttalelse (NOU: Rett til læring, 2009) pekes det bl.a. på behov for at det settes i verk tiltak som sikrer bedre sosial integrering av synshemmede og andre grupper av funksjonshemmede (Assistanse, 2009).

I denne studien har vi valgt å benytte oss av en surveyundersøkelse hvor foresatte og lærere til et stort antall synshemmede grunnskoleelever blir bedt om å svare på ulike spørsmål knyttet til psykososial tilpassing. Spørsmålene favner vidt og dekker et bredt spekter av psykososiale vanskeområder. Vi mener at dette kan være en hensiktsmessig måte å nærme seg problemstillinger knyttet til synshemming og psykososial tilpassing på, fordi det som nevnt foreligger lite kunnskap om dette temaet og forekomsten av ulike problemtyper.

Vi håper at kunnskapen som skaffes til veie i denne oppgaven kan bli til nytte for synshemmede elever på grunnskolenivå; det ville også være fint om noen av problemstillingene som denne studien genererer kan inspirere andre til videre studier.

2.0 Teori

2.1 Synshemming - definisjoner og prevalens¹

Begrepet "synshemming" innbefatter både svaksynthet og blindhet²(Lund, 1991). World Health Organization (WHO) deler inn synshemming i seks ulike kategorier, hvor kategori 1 og 2 utgjør svaksynthet/sterkt svaksynthet, og kategoriene 3, 4 og 5 utgjør ulike grader av blindhet. Kategori 9 er ubestemt, ikke klassifiserbar synshemming (Høvding, 2004). WHO har også en alternativ klassifisering av synshemming hvor flere delsynsfunksjoner enn visus og synsfelt innbefattes; eksempelvis vil nedsatt kontrastsyn og adaptasjonsevne, øyemotoriske problemer og ulike typer hjernesynshemninger klassifiseres som synshemming ut fra denne kategoriseringen (Helsedirektoratet, 2008).

I denne oppgaven har vi valgt å legge de tradisjonelle WHO-kriteriene (ICD-10) til grunn for definisjon av synshemming, selv om bl.a. Norges Blindeforbund legger til grunn synsfunksjonelle kriterier som ikke kun er relatert til visus og synsfelt (Norges Blindeforbund, 2009). Hovedårsaken til dette er at Huseby kompetansesenters brukerregistre tar utgangspunkt i denne inndelingen.

Tabell 1. Definisjon av synshemming etter kriterier fra WHO

Kategori	Visus <	Visus ≥	Synsfelt (Norsk tillegg til WHO's definisjon)
Kategori 0 (mild eller ikke synshemming)		6/18, (0,3)	
Kategori 1 (svaksynt)	6/19 (0,3)	6/60 (0,1)	
Kategori 2 (sterkt svaksynt)	6/60 (0,1)	3/60 (0,05)	Total homonym hemianopsi (halvsidig synsfeltutfall) (norsk vurdering)
Kategori 3 (blind)	3/60 (0,05)	1/60 eller fingertelling 1 m. (0,02)	Synsfelt radius < 10° (WHO) >10° og ≥20° (norsk vurdering)
Kategori 4 (blind)	1/60 eller fingertelling 1 m. (0,02)	Lyspersepsjon	Synsfelt < 10 ° (norsk vurdering)
Kategori 5 (totalt blind)	Ikke lyspersepsjon. Amaurose		
Kategori 9 (blind)	Ubestemt eller uspesifisert		

(Høvding, 2004; WHO, 2003)

¹ Prevalens: Tallet på personer som har en viss sykdom, funksjonshemming eller risikofaktor i en viss befolkning på et visst tidspunkt eller innenfor en gitt tidsperiode. Et eksempel er antallet personer som har insulinllevende diabetes per 10 000 innbyggere i aldersgruppen 0–20 år 1. januar 2007 (Braut, 2010).

² Vi har valgt å dele gruppen synshemmede i to hovedkategorier: svaksynte og sterkt svaksynte/blinde. Vi finner denne inndelingen naturlig ut fra hva sentralt lovverk sier omkring synshemming og behov for tilrettelegging (jfr. opplæringsloven § 2-14, se fotnote 13).

Dette valget innebærer imidlertid at elever med diagnoser som for eksempel oculomotorisk apraksi og cerebrale synshemninger ikke innbefattes i utvalget - med mindre synsvanskene gir tilstrekkelig utslag på visus/synsfeltfunksjon. I motsetning til i de andre nordiske landene har ikke Norge offentlige registre som registrerer personer med synshemming. Registerne fra andre nordiske land viser at det i gjennomsnitt var åtte nyregistrerte synshemmede barn og unge per 100 000 i løpet av 1993. 2/3 av de registrerte hadde tilleggsvansker. Gutter utgjorde 58 % av de registrerte (Rosenberg et al., 1996).

Tar vi utgangspunkt i vårt utvalg av synshemmede i Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland vil et grovt anslag tilsi at en har ca 580 synshemmede personer i grunnskolealder på landsbasis som hører inn under samme kriterier.

Det er imidlertid viktig å ta forbehold da det bl.a. viser seg å være skjevheter i registreringen av synshemmede fylkene imellom. For nærmere oversikt over prosentvis antall synshemmede i de tre fylkene, se tabell 2.

2.1.1 Definisjon av sentrale begreper:

Vi har valgt å legge begrepet " psykososial tilpassing" til grunn i denne oppgaven.

Begrepet "psykososial" refererer iflg. *Psykologisk leksikon* (Egidius, 1996, s. 419) til fenomener som har sin bakgrunn både i psykiske og sosiale forhold. En av de vanligste betydningene av ordet er knyttet til den oppfatning at man ikke kan skille ut det psykiske hos individene fra den sosiale strukturen som omgir dem (ibid). Psykisk helse og sosial tilpasning slås noen ganger sammen til ordet psykososial tilpassing eller psykososial helse (Ommundsen, 2009). Mer spesifikt ser en ofte at positiv identitet, positivt selvbilde, psykisk overskudd og velvære, emosjonell kompetanse og kontroll, samt sosial kompetanse brukes som indikasjoner på god psykososial tilpassing og helse. Miljøbetingelser, f.eks. grad av sosial støtte, vil være nært knyttet til psykososial tilpassing og helse (ibid).

Når en taler om psykososial tilpassing og helse kommer en i forlengelsen også naturlig inn på betegnelser som "psykiske vansker" og "psykiske lidelser", fordi disse betegnelse inngår i en kvalitativ vurdering av psykisk helse. Betegnelsen "psykiske vansker" refererer til vansker som i ulik grad vil påvirke daglig funksjon i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker, uten at symptombelastningen behøver å være så stor at det

kan stilles diagnose (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ofte er psykiske vansker normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon. Det kan være rimelig å snakke om ”psykiske lidelser” når det er tale om psykiske vansker som innebærer så stor symptombelastning at det kan stilles diagnose (ibid).

Når vi i denne oppgaven tar opp ulike forhold vi mener kan ha betydning for synshemmede grunnskoleelevers psykososiale tilpassing, legger vi begrepet ”psykiske vansker” til grunn. I og med at det er glidende overganger mellom normale reaksjoner (les: ”psykiske vansker”) og diagnostiserbare lidelser, vil vi allikevel referere undersøkelser som tar opp og bruker fagbegreper som vanligvis er knyttet til diagnostiserbare lidelser.

Vi vil for øvrig omtale/definere ulike begreper vi mener trenger en nærmere avklaring forløpende i teksten eller ved å vise til fotnoter.

Lie (Lie, 1986) peker på at begrepet funksjonshemming oppstår og gir mening i møtet mellom individ og omgivelsene. Benevnelser som ”den blinde eleven”, og ”svaksynte elever” kan i større grad fremheve funksjonshemmingen og nedtone mennesket enn benevnelser som ”elever som er svaksynte”. Av språklige hensyn har vi likevel valgt førstnevnte løsning, fordi slike benevnelser bidrar til at fremstillingen blir enklere og mer lesbar.

2.2 Tidligere forskning omkring synshemming og psykososial tilpassing, omfang, begrensninger og resultater

Ifølge Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2003) har mellom 15-20 % av alle barn og unge i Norge psykiske plager som påvirker funksjonsnivået i større eller mindre grad. I aldersgruppen 6 til 12 år er to av tre med diagnostiserbare psykiske lidelser gutter (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 45). Etter puberteten endrer bildet seg, andelen med psykiske plager er totalt sett høyere - særlig for jentenes del - man regner at ca 25 % av jentene har slike plager, mot omlag 9 % for guttenes vedkommende (Folkehelseinstituttet, 2003). Ifølge Wold (Wold, Hetland, Aarø, Samdal, & Torsheim, 2000) og Rutter (Rutter 1995 sitert i Fasting, 2006) viser flere studier at det generelt sett er en økning av psykiske og somatiske helseplager blant ungdom i forhold til tidligere.

Søk i aktuelle internasjonale databaser som ERIC, Pubmed, Psycinfo og ISI web of science viser at det finnes få nyere studier som tar opp temaet psykisk helse blant unge synshemmede.

Man har imidlertid flere eldre studier som konkluderer med høy forekomst av emosjonelle³ og psykiske vansker hos denne gruppen (Warren, 1994). Disse studiene omfatter imidlertid synshemmede med ulike årsaker til synshemningen, blant annet barn og unge med skader i hjerne/nervesystem og med kompleks synsproblematikk. Studiene gir derfor ikke et riktig bilde av situasjonen til unge som ikke har slik kompleks problematikk (Fasting, 2006).

De studiene vi har omkring synshemmedes psykososiale utvikling og funksjonsnivå har sine begrensninger som følge av at det foreligger lite adekvat psykometrisk testmaterieell som er egnet for synshemmede (McConachie & Carr, 2008). Resultatene preges også av kontekst de er utført i, synshemmede elever blir ofte bedt om å utføre oppgaver som i utgangspunktet er laget med tanke på normaltseende (ibid). Forskningen bærer videre preg av at synshemmede uten omfattende tilleggshandikap utgjør en lavfrekvent gruppe; gruppen er også mindre enn det man i utgangspunktet ofte antar, fordi nærmere kartlegging med nevrologiske tester ofte avslører tilleggsvansker (ibid).

Enkelte studier legger som premiss at en funksjonsnedsettelse i seg selv kan føre til psykiske vansker, andre studier tilbakeviser dette (Fasting, 2006). Huurre (Huurre, 2000) hevder at empiriske studier som foreligger med hensyn til psykososial utvikling blant ungdom viser motstridende resultater. Noen rapporterer at synshemmet ungdom har større problemer med psykososial utvikling enn jevnaldrende, andre ikke.

Det synes imidlertid å være bred enighet om at miljøvariabler som fysisk miljø, læringsmiljø og familiemønster har stor betydning for psykososial funksjon hos synshemmede barn og unge (Fasting, 2006; Huurre, 2000; Janson, 1996; McConachie & Carr, 2008; Warren, 1994). Fagfolk synes å tillegge miljøfaktorer som grad av sosial isolasjon større vekt enn synshemningen når en skal forklare psykososial tilpassing og utvikling (Warren, 1994).

³ Emosjonelle vansker viser til symptomer som over tid påvirker livsutfoldelse, trivsel og utvikling, selv om belastningen ikke er så stor at det kan stilles en diagnose (Kvelling, 2008).

2.2.1 Gjennomgang av empirisk forskning omkring synshemming og psykososial tilpassing for barn i førskole- og grunnskolealder

Som nevnt foreligger det få nyere studier som tar opp temaet psykisk helse blant unge synshemmede; særlig er det få empiriske undersøkelser som omhandler synshemmede på barne- og mellomtrinnet i skolen. Vi vil redegjøre for noen sentrale undersøkelser og antakelser:

Kunnskapen vi har om utviklingen hos barn med sensoriske handikap tillater ikke enkle generaliseringer (McConachie & Carr, 2008). En god start mht. kommunikasjon/tidlig samspill ser likevel ut til å være en viktig nøkkel med tanke på å sikre en positiv utvikling (Janson, 1996; Warren, 1994). Foreldrenes evne til å akseptere- og tilpasse seg barnets kommunikasjons- og læringsformer har stor betydning for den videre utviklingen (Preisler, 1997). Uten tilstrekkelig og adekvat påvirkning står blinde barn i fare for å utvikle autismeliknende vansker (Brandsborg, 2004). Foreldre har også en viktig oppgave mht. å bidra til at barnet lærer hva som er sosialt akseptabel atferd, fordi mange barn med synshemming kan mangle ferdigheter som er viktig for sosial utvikling og aksept hos jevnaldrende (Larssen, 2006; McConachie & Carr, 2008; Warren, 1994).

McConachie & Carr (McConachie & Carr, 2008) peker på at blinde barn ofte viser forsinket språkutvikling, og at det i tillegg er vanlig å anta at disse barna viser forsinket utvikling med hensyn til å kunne ta andres perspektiv/desentrere (se også pkt. 2.4.2). Det kan også se ut til at blinde barn har vansker knyttet til lek - særlig symbolpreget lek. Observasjoner av disse barna i bl.a. barnehager viser også at de i større grad enn andre barn har en tendens til å leke alene, og er mer avhengige av voksnes støtte (ibid). Blinde barn ser også ut til å ha behov for nøye gjennomtenkt og planlagt støtte for å kunne utvikle tilfredsstillende evner til interaksjon med andre barn i gruppesammenheng (McConachie & Carr, 2008). Det er imidlertid viktig at tilretteleggingsbehovet ikke resulterer i at barnet i førskole- og skolealder tilbringer så mye tid sammen med voksne at det isoleres i forhold til jevnaldergruppen (Preisler, 1997).

Internasjonale studier kan tyde på at synshemmede barn i skolealder ofte har lavere status blant jevnaldrende og er mindre populære i jevnaldergruppen enn elever uten synshemming (Janson, 1996; Warren, 1994). Det kan se ut til at det er elever med relativt lav sosial anseelse som tar kontakt med synshemmede elever (Warren, 1994). Synshemmede elever

ser også ut til å ha mindre samspill med klassekamerater, og opplever større grad av ensomhet i friminuttene (Janson, 1996).

Janson (Janson, 1996) oppsummerer tidligere svensk forskning omkring synshemmede grunnskolelever med å slå fast at en stor andel opplever en frustrerende utenforsituasjon, ensomhet og sviktende selvfølelse, få venner og følelse av annerledeshet pga. hjelpebehov og særbehandling.

Janson (Janson, 1996) studerte samspill og sosiale relasjoner rundt tolv synshemmede elever som var integrerte i ordinære svenske skoleklasser. Studiene baserer seg dels på observasjoner av elevene, og dels på intervju av lærerne. Hans studier tar utgangspunkt i seks elever på småskoletrinnet og seks på mellomtrinnet, halvparten av elevene var blinde, de resterende svaksynte. Han finner ikke tydelig sammenheng mellom grad av synshemming og sosial deltakelse (ibid).

Det ser imidlertid ut til at det er viktige kjønnsforskjeller med hensyn til art og omfang av sosial deltakelse: Synshemmede jenter ser ut til å være mer isolerte i forhold til jevnaldrende enn guttene (ibid). I tillegg preges jentenes sosiale relasjoner i større grad av det Janson betegner som ”vertikale relasjoner”, dvs. at jevnaldrende jenter i større grad inntar en omsorgsfunksjon i forhold til den synshemmede eleven ("det er synd på henne"). Normaltseende gutter oppgir ikke empati og medfølelse som motiv for å ta kontakt med synshemmede gutter (ibid).

Undersøkelsen tyder også på at det ofte er medelevene som tar initiativene til sosial kontakt og initierer aktiviteter, de synshemmede elevene forholder seg til disse initiativene (ibid).

Jansons undersøkelse viser også at for omlag halvparten av de synshemmede elevene fremstår friminuttene som negative opplevelser, og at ensomheten som oppleves ofte tas for gitt og uforanderlig av den synshemmede eleven. Undersøkelsen viser at det særlig er gruppeaktiviteter hvor samtale og verbalt innhold ikke er det sentrale og hvor kompletterende informasjon ikke blir gitt som virker sosialt handikappende.

2.2.2 Gjennomgang av empirisk forskning omkring synshemning og psykososial tilpassing i ungdomsalder

Huurre (Huurre, 2000) hevder at tidligere empirisk forskning omkring synshemmet ungdom og psykososial utvikling viser motsetningsfylte resultater. Noen forskningsfunn peker mot at denne gruppen har større problemer enn normaltseende knyttet til psykososial utvikling, andre ikke. Enkelte variasjoner kan relateres til tidspunkt for synshemningens debut og grad av synshemning (ibid s. 18). De med dårligst synsfunksjon ser f.eks. ut til å delta i færrest aktiviteter, og har størst vansker med å fungere i sosiale situasjoner sammen med mange andre. Enkelte forskningsfunn kan tyde på at synshemmet ungdom er mer utsatt for depresjoner⁴ og psykiske problemer enn jevnaldrende (ibid s. 17).

Mange studier har vist at synshemmet ungdom har vansker mht. sosial utvikling og relasjoner til jevnaldrende (ibid. s. 17). De har mindre sosialt nettverk enn jevnaldrende, færre venner, har større fare for å bli sosialt isolert og avvist i forhold til jevnaldergruppen, og har lavere sosiometrisk status. Synshemmet ungdom tilbringer mer tid alene og må anstrenge seg mer for å opprettholde vennerelasjoner. Det ser særlig ut til at jentene står i fare for å bli isolert i forhold til jevnaldergruppen i ungdomsårene (ibid).

Det kan se ut til at kontakt med foreldre og andre familiemedlemmer har en enda mer sentral plass i synshemmedes sosiale nettverk enn for andre i samme aldersgruppe (ibid). Huurre (Huurre, 2000) studerte psykososial utvikling hos 115 blinde og svaksynte ungdommer på 7. - 9. trinn i ordinær finsk skole, og sammenholdt resultatene med kontrollgruppe av elever fra de samme klassene som de synshemmede elevene tilhørte.

Resultatene tyder på at de synshemmede elevenes- og kontrollgruppes sosiale nettverk i gjennomsnitt hadde relativt lik størrelse og sammensetning (ibid s. 48). For begge grupper var venner en viktig kilde til sosial støtte. Undersøkelsen viste imidlertid at ungdom uten synshemning - særlig jentene - oftere opplevde å motta støtte fra jevnaldrende enn det elever med synshemning gjorde. En gruppe synshemmede elever ga også uttrykk for å ønske mer støtte enn de fikk. De synshemmede elevene hadde også større vansker med å få venner enn kontrollgruppen. Blinde elever og elever med medfødt synshemning rapporterte å ha større vansker med jevnalderrelasjoner enn andre synshemmede (ibid).

⁴ Som nevnt under pkt 2.1 refererer vi også undersøkelser som anvender begreper som ofte knyttes til diagnostiserbare lidelser.

”Depresjon” er et slikt begrep, selv om det også mht. depresjoner er vanlig å skille mellom milde former og såkalt kliniske depresjoner hvor depresjonen blir så sterk at den når kriteriene for en diagnosefundert lidelse (Haugen, 2008a, s. 122)

De synshemmede elevene skilte seg totalt sett ikke fra kontrollgruppe mht. psykologisk velbefinnende⁵ og familierelasjoner. Synshemmede jenter viste imidlertid større tendens til depresjoner og lav selvvurdering enn jentene i kontrollgruppen. Forekomsten av depresjoner var for øvrig høyere blant jentene enn guttene både for gruppen synshemmede og normaltseende. De synshemmede guttene skåret lavere (les: bedre) enn normaltseende gutter mht. depresjoner (ibid).

Et sentralt funn i Huurres undersøkelse (Huurre, 2000, s. 43) er at jevnalderrelasjoner var en viktigere faktor mht. å forklare selvfølelse hos synshemmede elever enn for kontrollgruppe. For kontrollgruppens del hadde både jevnalderrelasjoner og foreldrerelasjoner betydelig prediksjonsverdi mht. selvfølelse. Forholdet til foreldre var en forklarende faktor for kontrollgruppe mht. depresjon, ikke for gruppen synshemmede.

Kef (Kef, 1999) gjorde en landsdekkende undersøkelse⁶ mht. psykososial tilpassing og betydning av sosial støtte blant hollandsk synshemmet ungdom i aldersgruppen 14-24 år. Resultatene fra denne undersøkelsen sammenfaller i stor grad med resultatene fra Huurres studie fra Finland (Huurre, 2000). Kefs undersøkelse (Kef, 1999) konkluderer med at de synshemmede ungdommene totalt sett ikke har større vansker med psykososial utvikling/tilpassing enn jevnaldrende. Undersøkelsen viser at jentene rapporterer å ha flere venner enn guttene (gjelder for både gruppen synshemmede og kontrollgruppe).

2.3 Teori omkring sammenhengen mellom synshemming og psykososial tilpassing

Det antas at grupperelasjoner og gruppetilhørighet har stor betydning for personlighetsutviklingen (Cotterell 1996 sitert i Kef, 1999). Gruppetilhørighet har stor betydning for muligheten til å fungere sosialt i skole, arbeid og fritid, og antas å ha stor innvirkning på opplevd livskvalitet (Kef, 1999). Sosial støtte fra såkalte signifikante andre

⁵ Huurre (Huurre, 2000, s. 29 og 30) kartla psykososial utvikling ved hjelp av selvrapporteringsskjemaer. Disse spørreskjemaene inneholdt bl.a. spørsmål om sosiale relasjoner, nettverk og støtte (f.eks. relasjoner til foreldre og søsken, antall venner, evt. vansker med å oppnå/vedlikeholde vennskap). I tillegg inneholdt skjemaene spørsmål som tok sikte på å kartlegge nærmere grad av psykologisk velbefinnende. Huurre målte grad av psykologisk velbefinnende ved å be respondent om å ta stilling til ulike påstander knyttet til selvpoppfatning. I tillegg ble psykologisk velbefinnende målt ved hjelp av en sjekklister hvor ungdommene selv rapporterte ulike fysiske og psykologiske symptomer de måtte ha, samt ved hjelp av en modifisert utgave av Beck's Depression Inventory (S-BDI).

⁶ Kef (Kef, 1999, s. 40) studerte hollandske synshemmede ungdommers personlige nettverk og psykososiale karakteristika ved hjelp av lett modifiserte utgaver av allerede eksisterende selvrapporteringsskjemaer. Kef (ibid s. 40-45) kartla bl.a. kvalitative- og kvantitative sider ved respondentenes nettverk, samt undersøkte deltakernes følelse av tilfredshet, selvvurdering, locus of control og mestringsstrategier.

vil også innvirke på mulighetene for tilfredsstillende atferdsrelatert og kognitiv utvikling (ibid).

Barn som ikke har venner viser mindre tilpasningsevne, har trolig større sannsynlighet for å utvikle psykiske plager som trenger klinisk behandling, og har lavere tanker om seg selv og er oftere ensomme (Hartup, 2001).

Handikap vil i ulik grad kunne innvirke på muligheten til å oppnå- og vedlikeholde relasjonelle forbindelser med familie og venner (Kef, 1999). Selv om synshemmede barn og unge i dag er integrerte i ordinære skoler og ofte klarer seg tilfredsstillende faglig, er mange foreldre og fagfolk bekymret for at disse elevene ikke har de sosiale ferdighetene som trengs for å kunne utvikle positive relasjoner - særlig til jevnaldrende (Andersen & Hunstad 1986; Bishop 1986 sitert i Kef, 1999).

2.3.1 Betydningen av sosial støtte for psykososial tilpassing

Bø (Bø, 2003, s. 27) definerer sosial støtte som "omsorg eller hjelp av en hver art som en eller flere utviser en annen person i hjelpende, styrkende og/eller bekreftende hensikt og som den andre opplever i denne hensikten". Det skilles ofte mellom fire ulike former for sosial støtte: emosjonell (utveksle tillit, empati og kjærlighet), instrumentell (hjelpende atferd; som f.eks. å låne hverandre penger eller gi hjelp med bakgrunn i ferdigheter eller kunnskaper en måtte ha), informativ (gi råd) og vurderende/evaluerende støtte, tilbakemeldinger (House 1981 sitert i Huurre, 2000, s. 20).

For barn og unge vil både familie og vennegruppe være viktige arenaer for utveksling av sosial støtte. Forskning kan tyde på at både støtte fra familie, samt støtte fra venner har vesentlig betydning for psykisk helse (Bø, 2003). Det kan se ut til at foreldrestøtte har stor betydning for psykososial utvikling i pubertetsalderen (Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000). Det er trolig også slik at det er en sammenheng mellom opplevd støtte på ulike arenaer; manglende støtte på en sosial arena faller ofte sammen med manglende støtte og aksept på andre arenaer (Bø, 2003). Dette henger trolig sammen med at individet besitter visse grunnleggende egenskaper og ferdigheter som har betydning for å kunne danne- og opprettholde nettverk (ibid). Forskning viser at støtte fra foreldre er en faktor som har større betydning for positiv psykososial utvikling enn jevnalderskontakt (Helsen et al., 2000).

Vennskap kan karakteriseres på følgende måte:

“Friendships are characterized by mutual liking and expectations that friends spend more time with one another than acquaintances, that cost-benefit balances in the social exchanges between friends are favourable, and, among older children and adolescents, that friends are loyal, trusting, and intimate” (Bukowski et al. 1996 sitert i Hartup, 2001, s. 5809).

Det ser ut til å være tydelige kjønnsforskjeller med hensyn til sosiale relasjoner (Hartup, 2001). Jenters relasjoner er mer dyadiske, selvavslørende og intime enn guttenes.

Vennskap blant guttene blir mer intime i ungdomstiden, men når sjelden samme nivå av intimitet som jentenes (ibid).

Jenter har iflg. Bø (Bø, 2003) større tilbøyelighet for å søke ulike former for sosial støtte. Forskning kan tyde på at jenter i ungdomsårene rapporterer å motta mer sosial støtte enn guttene (Helsen et al., 2000).

2.3.2 Ungdomsalder og sosial støtte

Ungdomstiden preges av unike, fysiske og psykologiske endringer, og endrede sosiale krav (Vondra og Garbarino 1988 sitert i Huurre, 2000, s. 14). De biologiske endringene som ofte markerer starten på epoken kalles puberteten (Clarke-Stewart et al. 1988 sitert i Huurre, 2000, s. 14) og starter vanligvis ca to år tidligere hos jenter enn hos gutter. Ungdomstiden preges også av utviklingen som finner sted kognitivt, tenkningen blir mer fullstendig og evnen til problemløsning øker (Sroufe and Cooper 1988 sitert i Huurre, 2000, s. 15). Selvoppfatning og selv vurdering spiller en viktig rolle, selv vurdering er basert på en oppfatning av egenverdi samt hvordan en tolker feedback fra signifikante andre (Rosenberg 1979 sitert i Huurre, 2000, s. 15).

I denne perioden preges utviklingen sterkere av interaksjon med jevnaldrende og selvstendighetsutvikling (Kirchler et al. 1991 sitert i Huurre, 2000, s. 15). Særlig for jentenes del ser det ut til at betydningen av foreldrenes støtte avtar i styrke (Helsen et al., 2000). Jevnalderskontakt endrer også karakter og blir mer rettet mot økt intimitet og tanker og følelser som basis for vennskapet (Hartup 1983 sitert i Huurre, 2000, s. 15). Spesielt for jenters vedkommende blir relasjoner og emosjonell støtte viktige i vennskapene (Huurre, 2000, s. 15).

2.3.3 Synshemming og ungdomsalder

Ungdomstiden representerer en utfordrende periode for alle, fysiske handikap representerer en tilleggsbelastning i denne krevende perioden (Fasting, 2006). Fasting (ibid) hevder at det å leve med en synshemming - særlig i ungdomsalderen - innebærer en eksistensiell prosess: Opplevelsen av egen kropp og egenskaper, tanker og følelser om en selv og ens egenverd, forståelse av egen funksjonshemming og fremtidsutsikter, muligheter mht. utdanning og jobb, får konsekvenser for læring, psykisk helse og livskvalitet.

For synshemmede representerer det en ekstra utfordring mht. utvikling av positiv selvoppfatning og identitet⁷ at en, selv med de beste mestringsstrategier⁸ og tilpassingsevne, er avhengig av andre for å kunne utføre daglige gjøremål. Dette vil ha betydning for opplevd ”locus of control”⁹ (Hoekstra-Vrolijk, 2002; Huurre, 2000).

Fasting (Fasting, 2006) hevder at det å være synshemmet ungdom i en visuell verden representerer en kronisk stressfylt livssituasjon, og at sosial passivitet kan være et resultat av ønske om å ikke vise sitt hjelpebehov, sin avhengighet og sårbarhet.

Mange studier har vist økt sårbarhet og vansker mht. sosial utvikling blant synshemmede ungdommer. Det dreier seg bl.a. om problemer i forhold til jevnaldergruppen, sosial isolasjon, avvissende holdninger blant jevnaldrende og latterliggjøring, færre venner og stevnemøteerfaringer, lavere sosiometrisk status og mindre sosialt nettverk (Huurre, 2000, s. 17 og 18).

⁷ Identitet er knyttet til spørsmål som "hvem er jeg"? og "hva er jeg"? Begrepet kan forstås på ulike måter: Personlig identitet er knyttet til beskrivelser av seg selv (for eksempel "jeg er musikalsk"). Sosial identitet/gruppeidentitet er knyttet til karakteristika ved den gruppen mennesker jeg tilhører (f.eks.: "jeg er skoleelev"). Identitet henger sammen med bl.a. opplevelse av indre sammenheng, kontinuitet mellom fortid, nåtid og fremtid og i ulike relasjoner en inngår i (Håkonsen, 2009, s. 50). Usikkerhet om egen identitet kan føre til identitetsforvirring (Egidius, 1996, s. 218).

⁸ Mestring er et begrep det har blitt populært å bruke i faglige sammenhenger, og i dagliglivet (Gjærum, Grøholt, & Hilchen, 1998). Mestring defineres som "individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet" (Lazarus og Folkman 1984 sitert i Håkonsen, 2009, s. 279). Mestringsstrategier dreier seg om handlinger, atferd og tanker som brukes til å forholde seg til stressende forhold (Gjærum et al., 1998, s. 87).

⁹ "Locus of control" - begrepet er knyttet til sosial læringsteori (Boter & Wouters, 2002, s. 251). Locus of control handler om i hvor stor grad den enkelte opplever å kunne influere på atferd og hendelser som skjer med- og rundt en (Kef, 1999). Graden av opplevd kontroll vil være en viktig indikator for grad av tilpassing og måloppnåelse på flere områder (Rotter 1966 sitert i Kef, 1999, s. 18).

"Lært hjelpeløshet" blir brukt som betegnelse om mennesker som ikke utvikler tilstrekkelig og adekvat autonomi på grunn av for mye (unødvendig) hjelp. Personen får ikke nok egenerfaring til at opplevelse av å være kompetent utvikles (Hoekstra-Vrolijk, 2002, s. 96). Teorien om "lært hjelpeløshet" postulerer at dersom en gjentatt ganger utsettes for ikke kontrollerbare hendelser vil dette kunne medføre at en utvikler en overbevisning om at en ikke er i stand til å kontrollere hendelser (Boter & Wouters, 2002). Dette kan gi seg utslag i initiativløshet, økende vansker med å se sammenheng mellom egen atferd og konsekvenser av atferden i nye situasjoner, samt følelse av motløshet, fiendtlighet eller frykt (ibid).

2.4 Grad av synshemnings betydning for psykososial tilpassing

2.4.1 Kommunikasjonsferdigheter hos sterkt svaksynte og blinde barn

Imitasjon og observasjon av sosial interaksjon spiller en viktig rolle i forbindelse med læring av sosiale ferdigheter (Janson, 1996). Det blir hevdet at ca 90 % av følelsesmessige uttrykk hos seende formidles nonverbalt (Brandsborg, 1999). Fordi blinde og sterkt svaksynte ikke på samme måte kan observere sosial interaksjon ved bruk av synssansen, går de glipp av viktig informasjon som formidles gjennom bl.a. mimikk, øyekontakt og andre fysiske uttrykk.

Kommunikasjon innebærer at to eller flere samtalepartnere overfører informasjon av en eller annen art seg imellom (Feilberg, 1991). Det har ikke vært forsket mye omkring kommunikasjonsferdigheter hos blinde barn. Det er likevel rimelig å anta at manglende/sterkt redusert synsfunksjon hos et barn vil påvirke utviklingen av barnets kommunikative kompetanse på en del områder. Denne kommunikasjonsoverføringen forutsetter at deltakerne har noen grunnleggende kunnskaper og ferdigheter innen følgende kompetanseområder: grammatisk-, semantisk-, diskurs-, sosiolingvistisk- og strategisk kompetanse (ibid).

Grammatisk kompetanse dreier seg om de formelle sidene ved språk, kunnskap om lydsystem, bøyningsendelser og setningsstrukturer. Det ser ikke ut til utvikling av grammatisk kompetanse er spesielt problematisk for blinde barn. Semantisk kompetanse refererer til innholdet i det vi sier og handler om kunnskap om verden, om samtaleemnet, om situasjon (Feilberg, 1991). Synet er vår primære kilde for inntrykk, er både en nærsans og en fjernsans, og arbeider så raskt og komplekst at ingen andre sanser fullt ut kan kompensere for den (Larssen & Wilhelmsen, 2001). Det å generalisere samt å forstå helheter blir derfor en mer tidkrevende prosess for et barn som ikke har tilgang til visuell informasjon. Et begrep som ofte har vært brukt for å karakterisere blinde barns semantiske kompetanse er "verbalisme". Dette innebærer bruk av ord som ikke er knyttet til barnets egen sansemessige erfaring og på en måte er meningstomme for barnet (Feilberg, 1991, s. 15). Synet er imidlertid ikke bare en viktig informasjonskilde når det gjelder begrepsdannelse, men også en viktig drivkraft når det gjelder motivasjon for å utforske omgivelsene (ibid). I diskurskompetanse inngår bl.a. ferdigheter som å ta initiativ til dialog, få- og holde på oppmerksomhet, å ta tur, lytte, betrakte og avslutte. Det ser ut til at det å ta initiativ og følge opp samtalepartnerens initiativ med responser som henger

tematisk sammen med det samtalepartneren nettopp har sagt, kan være vanskelig for en del blinde barn i førskole- og skolealder (Feilberg, 1991, s. 17). Sosiolingvistisk kompetanse handler om kompetanse vedrørende de sosiokulturelle reglene i samfunnet. Disse reglene definerer hva man kan si og hvordan man kan si noe i forskjellige sosiale sammenhenger. Denne kompetansen gir også bakgrunn for å tolke den sosiale meningen i noe som blir sagt. Mangel på visuell informasjon gjør det vanskelig å tolke helhetlig.

Strategisk kompetanse dreier seg om type strategier vi bruker for å justere det som foregår i en konkret samtalesituasjon slik at kommunikasjonen blir mest mulig effektiv. Fravær av- evt. sterkt redusert synsfunksjon gjør sjansene større for at misforståelser og kommunikasjonsbrudd skal inntreffe. Blinde barn utvikler ofte særegne kommunikasjonsstrategier for å kompensere for et kommunikasjonsproblem; disse strategiene er imidlertid ikke fruktbare i alle sammenhenger. Enkelte blinde kan f.eks. ta dialoginitiativ ved hjelp av bestemte standardspørsmål/fraser, noe som kan få negative konsekvenser (ibid). Blinde kan også ha en tendens til ikke å ha ansiktet rettet mot den eller de som de snakker med, dette kan bidra til at andre misforstår, f.eks. kan dette tolkes som manglende interesse (Brandsborg, 2004).

2.4.2 Sterkt svaksynte og blindes barns sosiale forståelse og kompetanse

Sosial forståelse og kompetanse dreier seg om den enkeltes evne til å forstå, tolke og handle adekvat i ulike sosiale situasjoner (Greenspan 1979 sitert i McAlpine & Moore, 1995).

Et sentralt aspekt ved sosial forståelse er evnen til å ta andres perspektiv og forstå andre menneskers tanker og følelser. "False belief" - studier er hyppig brukt for å studere barns evne til å forstå andres mentale tilstander (Wimmer og Perner 1983 sitert i McAlpine & Moore, 1995). Disse studiene går i korthet ut på at en vurderer evnen til å forstå at en annen person har "gale" oppfatninger som styrer vedkommendes atferd. Dette kan illustreres ved McAlpine & Moores studie hvor 16 synshemmede barn i aldersgruppen 4-12 år inngikk (McAlpine & Moore, 1995). En av oppgavene gikk ut på at det ble plassert en sokk inni en hamburgeremballasje. Barnet får så se at det ligger en sokk i emballasjen og ikke en hamburger. Hovedpoenget med oppgaven er at barn som har evnen til å desentrere forstår at andre i utgangspunktet vil anta at det ligger en hamburger i emballasjen og ikke en sokk.

For normaltseende barns vedkommende utvikles "false belief" forståelsen vanligvis fra fireårsalder. Nevnte undersøkelse samt flere andre av liknende karakter tyder på at evnen trolig er forsinket hos barn med omfattende synshemning. Graden av synshemning ser ut til å kunne spille en viktig rolle i denne sammenheng, det ser ut til å gå en grense med visus ca 20/300, noe som iflg. McAlpine & Moore (ibid) settes i sammenheng med at grensen for å kunne skille ansiktstrekk fra hverandre og oppfatte øyebevegelser sammenfaller med denne visusfunksjonen (ibid). De fleste blinde barn utvikler evnen til å ta andres perspektiv etter hvert. Det er imidlertid en fare for at forsinket utvikling av evne til å ta andres perspektiv kan bidra til at barnet blir satt sosialt på sidelinjen og ikke får praktisert sosiale ferdigheter (ibid)

2.4.3 Ulike utfordringer knyttet til svaksynthet og psykososial tilpassing

Det har blitt hevdet at svaksynte barn og unge kan ha større vansker med hensyn til psykososial utvikling og tilpassing enn blinde har, fordi svaksynte står i større fare for å bli misforstått, få mangelfull opplæring og bli sosialt utstøtt (Jan et al. 1977 sitert i Huurre, 2000, s. 16). Foreldre, lærere og samfunnet har andre krav og forventninger, noe som bl.a. resulterer i at de i større grad kan oppleve stress i forbindelse med prestasjonsrelaterte situasjoner (ibid). I følge Brandsborg¹⁰ kan forventningene variere sterkt mellom ytterpunktene "vente for mye av" og "vente for lite av", noe som kan resultere i følelse av forvirring, utrygghet og kaos. Dette kan gi ulike utslag; en kan forsøke å skjule eller overdrive synshemningen, eller for eksempel prøve å unngå problematiske og utfordrende situasjoner (ibid).

Svaksynte kan også lett få problemer med å plassere seg selv i forhold til den "seende" og "visuelt handikappede" verden - få følelse av å ikke høre hjemme noen av stedene¹¹ (Scholl 1986 sitert i Huurre, 2000, s. 16).

Svaksynte vil i større grad ha mulighet for å forsøke å skjule synshemningen istedenfor å være åpen omkring dette, fordi de ønsker å unngå negative utslag av å stå frem som

¹⁰ Forelesning, Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk, 2002.

¹¹ Boter & Wouters (Boter & Wouters, 2002) peker på at det å leve med et synshandikap innebærer en kontinuerlig balansegang mellom muligheter og begrensninger, og at et realistisk og reflektert forhold til egen funksjonshemning er helt avgjørende for personlig vekst og utvikling.

synshemmede. Dette kan lede til følelse av sosial isolasjon og problemer knyttet til å utvikle positiv selvoppfatning (Sachs and Corn 1996 sitert i Huurre, 2000, s. 16).

Hoekstra-Vrolijk (Hoekstra-Vrolijk, 2002) hevder at i tillegg til at omgivelsene møter svaksynte med vekslende og ofte uforutsigbare krav og forventninger, vil også svaksynte barn og ungdommer lett oppleve usikkerhet som følge av vekslende synsfunksjon.

Lysømfintlighet, synsfeltutfall og redusert visus er eksempler på synsrelaterte problemer som kan resultere i at synsfunksjonen varierer sterkt med forholdene, men som uansett gjør det vanskeligere og mer energikrevende å skape helhet og sammenheng i det som skjer rundt en. Det er også vanskelig å få forståelse hos seende - både barn og voksne - for varierende synsfunksjon, noe som også lett bidrar til misforståelser (kilde: fotnote 10).

Det er rimelig å anta at når omgivelsene oppleves som mindre stabile, mer vekslende og uforutsigbare, vil dette bidra til å prege ens indre liv - bl.a. skape større muligheter for utrygghet og forvirring (Hoekstra-Vrolijk, 2002). Når omgivelsene fremstår som uklare og diffuse, vil det i tillegg til å medføre mangel på oversikt og kontroll, også være mindre interessant og motiverende å handle/utforske omverdenen (ibid). Dette kan også få konsekvenser kognitivt (Aviles et al. 2006 sitert i Roe, 2008).

Utvikling av trygg, positiv selvoppfatning i sosiale situasjoner vil være nært knyttet til at man utvikler kompetanse og vurderer seg selv som kompetent (Boter & Wouters, 2002). Særlig svaksynte vil, pga. skiftende krav og forventninger, varierende synsfunksjon og begrensede muligheter for å kunne innfri krav, ha større risiko for å utvikle en holdning preget av at en i liten grad er i stand til å påvirke og håndtere situasjoner som oppstår (se fotnote nr. 9, "locus of control").

Mangelfull visuell feedback fører til at mange svaksynte barn opplever forsinket kognitiv, motorisk og sosial utvikling (O'Donnell & Livingston, 1991). Redusert visus og mangel på systematiske søketeknikker kan bidra til å forklare forsinkelsene (ibid). Enkelte undersøkelser tyder på at blinde skårer like bra som svaksynte mht. blant annet spatial - og verbal forståelse og sosial tilpassing (ibid). Det er rimelig å knytte dette opp mot at blinde får informasjon og instruksjoner om vesentlige detaljer i omgivelsene som svaksynte ikke får. Svaksynte får ikke denne informasjonen fordi seende ikke er klar over detaljenes betydning for svaksyntes mestring. Samtidig er heller ikke den svaksynte selv klar over detaljenes betydning for mestring (Corn & Bishop, 1984).

Svaksynte trenger ofte ekstra tid, tålmodighet og utholdenhet for å lære - i tillegg til behovet for systematisk tilnærming (Hoekstra-Vrolijk, 2002). Mange svaksynte barn kan ha vansker med å forholde seg til dette, noe som bl.a. kan resultere i at de ikke lærer ferdigheter godt nok. Dette kan medføre økt avhengighet av andre (ibid).

2.5 Betydningen av tilrettelegging

Som nevnt (pkt. 2.2) synes det å være bred enighet om at miljøvariabler som fysisk miljø, læringsmiljø og familiemønster har stor betydning for psykososial funksjon hos synshemmede barn og unge (Fasting, 2006; Huurre, 2000; Janson, 1996; McConachie & Carr, 2008). Vi vil peke på noen momenter knyttet til skolerelatert tilrettelegging som vi mener er ekstra aktuelle i denne sammenheng:

Den norske skolen har i etterkrigstiden vært gjenstand for store og dyptgripende endringer. Bjørnsrud (Bjørnsrud, 2000) hevder at enhetsskoleprinsippet har vært et bærende element i hele etterkrigstidens skolepolitikk. Ett resultat av nytenkningen, er endringer i synet på opplæringen av barn og unge med spesielle behov.

I "prinsipp og retningslinjer for opplæringa i grunnskulen" (L97, 1997, s. 4) presiseres det at "grunnskulen som fellesskap skal være inkluderende. Elever med særskilte opplæringsbehov skal ta del i det sosiale, faglege og kulturelle fellesskapet på ein likeverdig måte. Det krev at alle elevar i utgangspunktet skal få opplæringa si i skulen på heimstaden og høyre til eit klasse- og elevfellsskap". Spesialskolene ble som følge av dette helt avviklet. Norge er ett av få land i den vestlige verden som har full integrering av synshemmede elever i både grunn- og videregående skole som målsetting. Andre vestlige land opprettholder fremdeles en viss grad av spesialskoler, eller i alle fall spesialklasser, for synshemmede (Larssen, 2006, s. 36).

Det kan i denne sammenheng være verdt å peke på at tilpasset opplæring i en inkluderende kontekst stiller skolen overfor store kompetansekrav (Skogen & Buli-Holmberg, 2002).

Når en tidligere henviste synshemmede elever til spesialskole forventet man at de ville bli skoleflinke, men at de ville miste sosial erfaring de ellers ville fått i lokalmiljøet (Andersen & Hunstad, 1998). Andersen & Hunstad (ibid) hevder at undersøkelser og egne erfaringer peker mot at resultatene av integrering har fått motsatt resultat av det man forventet;

integreerte elever ble mer skoleflinke enn når de gikk på spesialskoler, men mistet sin gruppetilhørighet¹².

Andersen & Hunstad (ibid) hevder videre at nødvendig tilrettelegging for synshemmede barn og ungdommer er vanskelig å gjennomføre i integreerte situasjoner, fordi lek og undervisningsopplegg oftest gjennomføres på seendes premisser.

Blinde elevers tilretteleggingsbehov i skolesammenheng er både omfattende og spesielle i forhold til mange andre grupper elever med spesielle behov (Larssen, 2006). Larssen (ibid) peker på at det vil være behov for bl.a. organisatorisk- metodisk- og fagspesifikk tilrettelegging - i tillegg til undervisning i synskompenserende ferdigheter¹³ (for eksempel mobilitet, punktskrift m.m.). Det vil vanligvis også være behov for å tilrettelegge skolemiljøet fysisk¹⁴. De fleste av disse tilretteleggingstiltakene vil for øvrig i større eller mindre grad være relevante også for svaksynte elever.

Tilretteleggingsbehovet vil ofte medføre at særlig sterkt svaksynte og blinde forholder seg til- og omgås voksenpersoner i skolehverdagen (Larssen, 2006). Larsen (Larsen, 2003) peker på utfordringene knyttet til å finne balansepunkter mellom å gi nødvendig tilrettelegging og i størst mulig grad alminneliggjøre blinde og sterkt svaksynte elever. Det blir bl.a. viktig å legge til rette for at støttelærer og andre voksenpersoner ikke fungerer som barriere mellom den synshemmede eleven og medelevene (Roe, 2008). Særlig blinde står i fare for ikke å få adekvat feedback fra jevnaldrende bl.a. fordi disse kan frykte negative tilbakemeldinger fra overbeskyttende voksenpersoner (ibid).

¹² Synshemmede barn og ungdommer i ordinære grunnskoler kan få problemer mht. å etablere en realistisk selvoppfatning og identitet, fordi de mangler rollemodeller for lek og læring (Andersen & Hunstad, 1998). De vil også ofte mangle rollemodeller for effektiv mestring og mestringsstrategier (Boter & Wouters, 2002).

¹³ § 2-14. Punktskriftopplæring m.m.

Sterkt svaksynte og blinde elevar har rett til nødvendig opplæring i punktskrift og opplæring i bruk av nødvendige tekniske hjelpemiddel. Elevane har også rett til nødvendig opplæring i å ta seg fram på skolen, til og frå skolen og i heimemiljøet. Omfanget av opplæringa i tid og innhaldet i opplæringa blir fastsett i forskrift etter § 2-2 og § 2-3 i denne lova. Før det blir gjort vedtak om slik opplæring, skal det ligge føre sakkunnig vurdering.

Føyd til med lov 30 juni 2000 nr. 63 (i kraft 1 aug 2000, etter res. 30 juni 2000 nr. 645). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19980717-061.html>

¹⁴ § 9a-2. Det fysiske miljøet

Skolane skal planleggjast, byggjast, tilretteleggjast og drivast slik at det blir teke omsyn til tryggleiken, helsa, trivselen og læringa til elevane. Det fysiske miljøet i skolen skal vere i samsvar med dei faglege normene som fagmyndigheitene til kvar tid anbefalar. Dersom enkelte miljøtilhøve avvik frå desse normene, må skolen kunne dokumentere at miljøet likevel har tilfredsstillande verknad for helsa, trivselen og læringa til elevane. Alle elevar har rett til ein arbeidsplass som er tilpassa behova deira. Skolen skal innreiast slik at det blir teke omsyn til dei elevane ved skolen som har funksjonshemmingar.

Dersom ein elev eller forelder, eller eit av råda eller utvala ved skolen der desse er representerte, ber om tiltak for å rette på fysiske miljøtilhøve, skal skolen snarast mogleg behandle saka etter reglane om enkeltvedtak i forvaltningslova. Om skolen ikkje innan rimeleg tid har teke stilling til saka, vil det likevel kunne klagast etter føresegnene i forvaltningslova som om det var gjort enkeltvedtak.

Føyd til med lov 20 des 2002 nr. 112 (i kraft 1 april 2003, etter res. 20 des 2002 nr. 1735). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19980717-061.html>

Hoekstra-Vrolijk (Hoekstra-Vrolijk, 2002) peker på betydningen av hvilke holdninger miljøet har i møte med mennesker med funksjonshemninger. Omgivelsene bidrar i stor grad til å skape den enkeltes selvbylde og identitetsoppfatning. Det pekes videre på at mennesker med funksjonshemninger i utgangspunktet har lavere sosial status (ibid). Trolig vil holdninger ha store konsekvenser for synshemmede elevers situasjon. Det er for eksempel rimelig å anta at holdninger vil ha betydning mht. utvikling av såkalt hjelpemiddelvegring. Hjelpemiddelvegring innebærer at synshemmede elever ikke ønsker å bruke synshjelpemidler pga. frykt for å skille seg ut (Larssen, 2006, s. 80).

2.6 Oppsummering av teorikapittel

Vi har innledningsvis i dette kapitlet (pkt. 2.1) redegjort for hvordan synshemning klassifiseres av WHO, samt - i forlengelsen av dette - hvilke kriterier som ligger til grunn for valg av målgruppe til dette studiet. Fordi begrepet "psykososial tilpassing" har en sentral plass i oppgaven, har vi gitt en nærmere presisering av dette begrepet.

I pkt. 2.2 presenterer vi sentral empirisk forskning omkring synshemmede barn og unge og psykososial tilpassing. Det foreligger få nyere studier som tar opp denne problematikken, i tillegg preges funnene bl.a. av at en ikke alltid skiller klart mellom synshemmede barn og unge med og uten kompleks tilleggsproblematikk. Det synes imidlertid å være bred enighet om blant fagfolk at miljøfaktorer som for eksempel læringsmiljø har større betydning for psykososial funksjon hos denne gruppen enn synshemningen i seg selv.

Kvaliteten på kommunikasjon og tidlig samspill med omsorgspersoner er viktig for særlig sterkt svaksynte og blinde barns videre utvikling (pkt. 2.2.1). Blinde barn viser ofte forsinket språkutvikling, evne til å desentrere og vansker knyttet til lekeaktiviteter. Ofte trenger disse barna mye støtte av voksenpersoner, dette kan imidlertid bidra til isolasjon i forhold til jevnaldergruppen. Internasjonale studier kan tyde på at synshemmede barn og unge hyppigere enn andre opplever vansker i forhold til jevnaldergruppen; ensomhet, lite samspill med jevnaldrende og særbehandling er noen av funnene forskning rapporterer om.

Empirisk forskning omkring synshemmet ungdom og psykososial tilpassing (pkt. 2.2.2) viser motsetningsfylte resultater mht. art og omfang av vansker.

Studiene til Kef og Huurre fra hhv. Holland og Finland konkluderer for eksempel med at de synshemmede ungdommene i utvalgene ikke har større vansker med psykososial utvikling/tilpassing enn sammenlikningsgruppen.

Mange studier har imidlertid vist at synshemmet ungdom kan ha vansker med jevnalderrelasjoner, særlig jenter ser ut til å være ekstra utsatt for å oppleve vansker med sosiale relasjoner.

I pkt. 2.3 tar vi utgangspunkt i ulike teorier vi mener kan bidra til å kaste lys over sammenheng mellom synshemning og psykososial tilpassing. I og med at grupperelasjoner og gruppetilhørighet antas å ha stor betydning for personlighetsutviklingen, presenterer vi i pkt. 2.3.1 teorier omkring sosial støtte. Det er en vanlig oppfatning at ungdomstiden representerer en ekstra utfordrende periode - særlig for synshemmede elever - dette omtales i pkt. 2.3.2 og 2.3.3.

Det er ikke urimelig å tenke seg at grad av synshemning (pkt. 2.4) kan ha betydning for psykososial tilpassing. Punkt 2.4.1 og 2.4.2 tar opp forhold som først og fremst knytter seg til sterkt svaksynte og blindes situasjon; her tar vi først opp synsfunksjons betydning i kommunikasjonssammenheng, deretter synsfunksjons betydning for utvikling av sosial forståelse og kompetanse (såkalt "false belief" studier).

Pkt 2.4.3 dreier seg om ulike problemer og utfordringer som det kanskje først og fremst er naturlig å knytte opp mot svaksynte elevers situasjon. Vi kommer bl.a. inn på konsekvenser av at disse elevene har en synsfunksjon som det ofte kan være vanskelig for omgivelsene og den svaksynte eleven selv å forstå - og forholde seg til.

I pkt 2.5 peker vi på ulike skolerelatert tilrettelegging som trolig vil ha betydning for synshemmede elevers psykososiale tilpassing.

2.7 Forskerspørsmål

På bakgrunn av tidligere presentert empirisk forskning- og teorier omkring sammenhengen mellom synshemming og psykososial tilpassing, stiller vi følgende spørsmål:

Vårt hovedforskningsspørsmål:

- 1) Er det høyere forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever enn hos sammenlikningsgruppen?

Vi har videre stilt følgende forskerspørsmål:

- 2) Er det ulik forekomst av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede på klassetrinnene 1.-4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl.?
- 3) Finner en kjønnsrelaterte forskjeller med hensyn til type- og grad av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede?
- 4) Har grad av synshemming betydning for forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever, og har grad av synshemming betydning for hvilke type psykososiale vansker som rapporteres?

3.0 Metode

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for valg av metode og design. Innledningsvis vil vi gi en relativt inngående beskrivelse av spørreskjemaet vi har valgt å bruke i denne undersøkelsen, deretter redegjør vi for valg av informanter og gjennomføring av datainnsamlingen. Undersøkelsens reliabilitet og validitet vil også bli belyst, før vi avslutningsvis tar opp noen etiske refleksjoner.

3.2 Valg av overordnet forskningsstrategi med begrunnelse

Problemstillingene som tas opp i dette studiet har fokus på assosiasjoner¹⁵ mellom psykososial tilpassing og synshemming hos barn i skolepliktig alder. På bakgrunn av valgte problemstillinger fant vi det mest formålstjenlig å benytte en kvantitativ studie med surveydesign for å samle inn våre primærdata. Vi valgte å bruke postenquete - bruk av spørreskjema distribuert via postgang. Hovedutfordringen ved bruk av postetenquete er å oppnå tilstrekkelig velvilje hos mottakerne slik at de tar seg tid til å fylle ut skjemaet i henhold til anvisningene, samt returnere det på forskriftsmessig måte (Befring, 2007).

Studiet representerer en tverrsnittundersøkelse hvor utvalget har besvart spørreskjemaet på ett bestemt tidspunkt. Dette designet er bare beregnet til å gi et øyeblikksbilde, og kan ikke brukes til å gjøre slutninger om prosesser som utfolder seg i tid (Ringdal, 2007).

Befring (Befring, 2007) hevder at det er vanlig å bruke surveyundersøkelser når det er snakk om store datamengder og store utvalg. Han (ibid) hevder også at survey er vanlig å bruke når man i første rekke ønsker å oppnå oversyn over- og generell innsikt i problemstillingene som er reist.

Når det gjelder problemstillingene som tas opp i denne oppgaven, vises det også til punkt 2.1 hvor begrepet ”psykososial tilpassing” defineres. Som nevnt har vi tenkt å bruke et

¹⁵ Vi har valgt å bruke begrepet ”assosiasjon” i denne oppgaven istedenfor det mer brukte begrepet ”korrelasjon”. Dette skyldes at korrelasjon er et snevrere begrep som ikke innbefatter måling av gjennomsnittskårer. Vi bruker assosiasjon som en indikasjon på sammenheng uten at vi da tenker kausalitet.

spørreskjema for å måle ulike fenomener som inngår i begrepet ”psykososiale vansker”. Punkt 3.3.2 redegjør for spørreskjemaets fem delskalaer, og i punkt 4.4 presenteres enkeltitemene som de fem delskalaene består av.

3.3 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

3.3.1 Bakgrunn og formål

SDQ er et relativt nytt spørreskjema som er utarbeidet med tanke på kartlegging av psykiske vansker og ressurser hos barn og unge i aldersgruppen 4-17 år. Skjemaet er utviklet av professor Robert Goodman fra London, og ble først publisert i 1997 (Goodman, 1997). SDQ representerer en videreutvikling av den veletablerte britiske Rutter-skalaen som bl.a. ble benyttet i den kjente britiske Isle of Wight-studien på 1960-tallet (Rutter, 1967). Denne undersøkelsen var basert på spørreskjema til både lærere og foresatte.

SDQ har skjemaer for ulike informanter: lærere, foresatte og barnet selv (dvs. for barn i alderen 11 til 17 år). Spørsmålene som stilles til lærer, foreldre og ungdom er imidlertid tilnærmet de samme (vedlegg nr. 1 og 2).

Spørreskjemaet er oversatt til rundt 69 språk, og det finnes normative data fra minst seks land (bl.a. Storbritania, Sverige, Tyskland og Australia). Det har vært gjennomført flere større norske studier ved bruk av SDQ, og det pågår flere for tiden. De fleste studiene er hovedsaklig basert på samfunnsutvalg (Obel et al., 2004). De mest kjente er Akershusundersøkelsen som kartlegger helseprofil for barn og unge i Akershus (Rødje, Clench-Aas, Van Roy, & Müller, 2004), og Barn i Bergen studien¹⁶ (Heiervang et al., 2007), en pågående longitudinell populasjonsstudie av barn i Bergens mentale helse.

Internasjonalt finnes det et utall studier, både fra samfunnsutvalg og kliniske utvalg.

En kan for eksempel nevne Hintermair (Hintermair, 2007) som brukte foresatteversjonen av SDQ til å undersøke SDQ's egnethet mht. å diagnostisere sosioemosjonelle vansker hos døve og tunghørte. Becker (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner, & Rothenberger, 2004) benyttet selvrapporteringskjema for predikering av klinisk status med utgangspunkt i allerede foreliggende skårer fra foresatte og lærere.

¹⁶ Barn i Bergen studien (BiB) er en omfattende undersøkelse av barns psykiske helse og utvikling. Studien har benyttet SDQ-skjema overfor både hjem og skole, og den pågående longitudinelle undersøkelsen undersøker barn med tre års mellomrom, fra 2. klasse og ut videregående skole.

Omfattende litteratursøk har imidlertid ikke kommet opp med nasjonale- eller internasjonale studier hvor SDQ har vært brukt i forhold til kartlegging av gruppen synshemmede.

På web-siden (www.sdqinfo.com/) har professor Goodman gjort informasjon angående SDQ tilgjengelig for nedlasting til ikke-kommersiell bruk.

På nevnte side finner en informasjon om bruk av SDQ, skårer, analyser, sammenlikning med andre spørreskjema, artikler, hvilke språk SDQ er oversatt til, normative data m.m.

SDQ kan bli brukt i ulike sammenhenger: for screening, som del av en klinisk vurdering, som mål på behandlingsresultat, og som et forskningsverktøy (Goodman, 2001).

Vi har tenkt å bruke SDQ til sistnevnte formål - å kartlegge forskjeller mellom synshemmede og seende mht. psykososial tilpassing.

3.3.2. Oppbygging og skåre

Skjemaet er kort (en side¹⁷) og har 25 spørsmål hvorav 10 etterspør styrker, 14 vansker og ett - ”kommer bedre overens med voksne enn med barn”- oppfattes som nøytralt. SDQ kommer også med et supplement (side 2) om vanskenes innvirkning (impact) på barn og familie. Dette supplementet er primært tenkt brukt i klinisk sammenheng, samt i forbindelse med forskning. De 25 spørsmålene er inndelt i fem delskalaer som hver har fem spørsmål. Delskalaene består av fire problemskalaer: emosjonelle problemer (EMP¹⁸), atferdsproblemer (ADP), hyperaktivitet-oppmerksomhet (HYP) og venneproblemer (VEP). Den femte skalaen måler prososial atferd (PRO).

Barna skåres fra 0 til 2 på en 3-punkt Likert skala (0: ”Stemmer ikke”; 1: ”Stemmer delvis”; 2: ”Stemmer helt”). Enkelte spørsmål har reversert form: ADP2 (”som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om”), HYP4 (”tenker seg om før hun/han handler - gjør noe”), HYP5 (”fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne”), VEP2 (”har minst en god venn”) og VEP3 (”vanligvis likt av andre barn”). Hver delskala går fra 0-10, noe som gjør det mulig å summere problemskalaskårene til en totalvanskeskåre (TVS) rangert fra 0-40.

¹⁷ På originalversjonen av SDQ utgjør spørsmål nr. 1-25 side 1, men fordi vi har lagt inn noen ekstra variabler (kjønn, alder, fylke, klasse, hvem som fyller ut skjemaet og overskrift) så har spørsmål nr. 20-25 forskjøvet seg til side 2. Vi vil presisere at det er side 1 og spørsmålene 1-25 vi baserer våre analyser på - ikke side 2 av skjemaet.

¹⁸ Vi har selv valgt forkortelsene på de nevnte delskalaene. I tillegg har vi valgt forkortelsen (TVS) for totalvanskeskåren.

Jo høyere skåre, desto mer vansker. For PRO gjelder at høyere skåre betyr større grad (les: positiv) av prososial atferd (Goodman, 1997).

3.3.3. Alder og kjønn

Som nevnt dekker SDQ aldersspennet 4-17 år, et stort spenn med tanke på den omfattende utviklingen som finner sted fra førskole- til ungdomsalder. Hva som oppfattes som bekymringsfull problematferd, og hva som er normalvarianter av atferd, endrer seg også betydelig gjennom disse årene (Rutter et al., 2008). Det er også forskjell i gutter og jenters atferd og problematferd på ulike alderstrinn (ibid). SDQ har valgt spørsmål som antas å være relevante for hele aldersspennet, og begge kjønn. Britiske resultater for kjønn og alder er angitt (Heyerdahl, 2003), men kan ikke uten videre overføres til norske forhold, da det ikke enda er foretatt analyser som sammenlikner den norske versjonen med den britiske. For bl.a. å kunne sammenlikne gjennomsnittsskårer mellom landene, må en sikre at versjonene viser såkalt ”measurement invariance” (Sanne, Torsheim, Heiervang, & Stormark, 2009). I den forbindelse viser vi til Ellis (Ellis, 2008) og en kort omtale av begrepet ”measurement invariance”¹⁹.

3.3.4. Temaområder og bruk av flere informanter

SDQ er kortfattet, generelt og dekker et vidt spekter av problemområder. De ulike skalaene omhandler både internaliserende og eksternaliserende problemer, samt sosiale problemer og oppmerksomhet/hyperaktivitet (Heyerdahl, 2003). SDQ har også med en vurdering av ressurser hos den enkelte, noe som gjør at en får et mer nyansert bilde av barnet/ungdommen. Denne fokuseringen på ressurser bidrar til å gjøre spørreskjemaet mer positivt vinklet, noe det er rimelig å anta vil bidra til å øke svarprosenten.

¹⁹ “Measurement invariance (MI) is defined in many different ways. It is also referred to as measurement equivalence, but in either case it pertains to the consistency of measurement across some specified group demarcation. The groups can be divided in any fashion: by time, nationality, ethnicity, gender, or any number of other factors. The focus of MI is to evaluate the lack of variance between the measurement used in the context of the two groups. Put simply, MI aims to ensure that “the same attribute must relate to the same set of observations in the same way in each group” [1, p. S176].”

Det er i utgangspunktet gunstig å benytte seg av sammenlikningsgruppe²⁰ når man bruker SDQ i en studie som vår. Dette skyldes at de norske studiene man har pr. i dag ikke har vært omfattende nok til å fremskaffe normative data (Heiervang, E., okt-08, personlig meddelelse). Det kan også tenkes at enkelte forhold ved den aktuelle undersøkelsen medfører at skårene for normaltseende også avviker fra evt. normative data.

3.3.5. Utvidet versjon, vanskenes innvirkning og komorbiditet

Som nevnt under punkt 3.3.2 kommer SDQ også med et supplement (s. 2 - om vanskenes innvirkning på barn og familie) som primært er tenkt brukt for forskere og klinikere i forhold til å definere psykiatriske tilfeller ("caseness"). Det er foretatt sammenligning mellom SDQ og Rutter spørreskjema ved bruk av ROC analyser, disse viser at spørreskjemaene hadde likeverdig evne til å diskriminere mellom psykiatriske- og ikke psykiatriske utvalg (Goodman, 1997). I denne oppgaven vil SDQ kun brukes for å undersøke om det er assosiasjoner mellom synshemming og psykososiale vansker i det definerte utvalget (se punkt 2.1), og vi går ikke nærmere inn på spørsmål knyttet til vanskenes innvirkning (impact).

Det at barnet eller ungdommen sliter med to eller flere vansker eller lidelser samtidig kalles for komorbiditet eller samsykdom (Haugen, 2008b). "Komorbiditet opptrer både innenfor samme kategori av vansker som for eksempel innenfor kategorier som angst og depresjon, og mellom forskjellige kategorier av vansker eller lidelser som for eksempel hørselsvansker og emosjonelle vansker" (Haugen, 2008b, s. 29). Studier som viser omfang og utbredelse av sykdommer, atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser (epidemiologiske studier), har det til felles at funnene viser en ekstremt høy grad av komorbiditet (Kringlen, 2005, s. 407).

Heiervang (Heiervang et al., 2007) hevder at man klinisk finner betydelig overlapping mellom ulike sub-skalaer som innbefattes i SDQ-skjemaet. Det er for eksempel ikke uvanlig at man får utslag både på aggressiv atferd (ADP) og depresjon (EMP) hos det samme barnet. Heiervang (ibid) fant i sin studie at 26 % hadde overlappende vansker.

²⁰ Vi har valgt å bruke begrepet "sammenlikningsgruppe" da kontrollgruppebegrepet brukes i forbindelse med intervensjonsstudier hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til intervensjons- og kontrollgruppe, og hvor resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2002). Dette var noe vi ble oppmerksomme på etter at vi hadde utarbeidet informasjonsskriv m.m. hvor vi brukte begrepet kontrollgruppe. Vi har og for enkelthets skyld valgt å forkorte sammenlikningsgruppe (Sgr.).

Denne overlappingen mellom ulike vansker bidrar til at totalvanskeskåren (TVS) blir et presist mål på vanskens omfang - se og pkt. 5.2.1 (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998; Palmieri & Smith, 2007; Sanne et al., 2009).

3.3.6. Reliabilitet og validitet knyttet til bruk av SDQ

Reliabiliteten til indekser i form av intern konsistens mellom indikatorer, måles ved bruk av Cronbach's alfa. Verdier fra 0,7 og oppover anses som tilfredsstillende (Ringdal, 2007).

Heiervang (Heiervang, Goodman, & Goodman, 2008) hevder at det er gjort få formelle vurderinger av SDQ's reliabilitet og validitet etter at skjemaet er tatt i bruk i Norge; screeningegenskaper og resultater fra faktoranalyser rapporteres imidlertid å være på linje med britiske funn (Ronning, Handegaard, Sourander, & Morch, 2004).

Sanne (Sanne et al., 2009) har i forbindelse med Barn i Bergen studien gjort flere typer faktoranalyser for å teste 5-faktorstrukturen til Goodman. Ingen av deres alternative modeller utledet av den eksploratoriske faktoranalysen (EFA) passet bedre enn den noe modifiserte versjonen til Goodman's 5-faktor modell. Denne modellen viste en akseptabel "goodnes of fit".

En faktoranalyse kan representere en del av en valideringsprosedyre. Vi har i vår studie/oppgave foretatt en faktoranalyse sammen med en reliabilitetsanalyse (pkt. 4.4 og 4.5).

I Barn i Bergen studien (ibid), hvor både foresatte- og lærerskjema ble undersøkt, fant en på delskalaene på foresatteskjema alfaverdier mellom 0.55 og 0.75, og alfaverdier mellom 0.64 til 0.82 på lærerskjema. Trolig er den reelle reliabiliteten høyere da det har blitt vist at størrelsen på alfa kan bli redusert ved bruk av Likert skala med færre enn fem svaralternativ (Zumbo, Gadermann, & Cornelia, 2007). Denne reduksjonen av alfa skyldes at en antar at svaralternativene er kontinuerlige (ibid).

Goodman (Goodman et al., 1998) fant i sin studie av et stort britisk utvalg følgende Cronbach's alfa-verdier: 0,82 for totalvanskeskåre, 0,75 for EMP, 0,72 for ADP, 0,69 for HYP, 0,65 for PRO og 0,61 for VEP.

Test-retest-reliabiliteten er korrelasjonen mellom målinger av samme variabel på to ulike tidspunkt. Slike test-retest målinger er imidlertid sjeldne i praksis, fordi de krever at målingene blir foretatt med et kort mellomrom (Ringdal, 2007).

To studier har vist at SDQ har en høy test-retest-reliabilitet, undersøkelsene indikerer korrelasjoner på 0,76 til 0,85 når test-retest er blitt foretatt etter respektive 5 uker og 3-4 uker (Goodman, 1999; Svedin & Priebe, 2008).

Heiervang (Heiervang et al., 2008) peker på at to studier, en britisk (Green et al. 2004 sitert i Heiervang et al., 2008) og en norsk (Heiervang et al. 2007 sitert i Heiervang et al., 2008), har rapportert høy inter-rater²¹ korrelasjon, til tross for at denne vanligvis er lav for barn. Achenbach (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987) fant i sin meta-analyse fra 1987 en gjennomsnittlig inter-rater korrelasjon på 0,27 når ulike informanter bedømte barn. Deres funn har siden blitt sitert som "noe av det mest robuste funn i klinisk forskning av barn" (De Los Reyes & Kazdin, 2005, s. 483).

Sanne (Sanne et al., 2009) fant i sin studie (Barn i Bergen) en "Cross-informant" korrelasjon på mellom 0,36 og 0,66.

I USA utviklet Thomas Achenbach tidlig på 1980-tallet et spørreskjema for kartlegging av barn og unges psykiske helse, skjemaet har siden har blitt revidert flere ganger.

Normdata foreligger fra en rekke land. Skjemaet heter nå ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) og inkluderer spørreskjemaer som foresatte, lærer til barnet og barnet selv fyller ut.

Spørreskjemaet for foresatte heter CBCL (Child Behavior Checklist) og består av 120 spørsmål. Dette spørreskjemaet har vært det mest brukte i studier av barn og unges psykiske problemer de senere år, med godt dokumentert validitet (Heyerdahl, 2003).

SDQ har vært administrert sammen med Rutter spørreskjema til foresatte og lærere, og totalvanskeskåren for SDQ og Rutter spørreskjema viste seg å korrelere høyt. Tidligere studier har også vist at skårene for Child Behavior Checklist (CBCL) og Rutter spørreskjema for foresatte er høyt korrelert, noe som iflg. Goodman indikerer at det er stor sannsynlighet for at SDQ og CBCL også vil ha en høy korrelasjon (Goodman, 1997).

²¹ Inter-rater korrelasjon måler korrelasjon mellom ulike kilder/informanter som for eksempel foresatte og lærere.

Etter å ha studert selvrapporteringsutgaven av SDQ peker Rønning (Ronning et al., 2004) på at det trolig kan være verdt å omformulere enkelte spørsmål i den norske versjonen for å oppnå mer distinkte dimensjoner. Det pekes (ibid) videre på at det er viktig å unngå semantiske likheter og eliminere positive og negative formuleringer innen samme delskala - i tillegg til å unngå toleddede setninger innen samme spørsmål.

Som nevnt studerte Sanne (Sanne et al., 2009) foreldre- og lærerversjonen til SDQ og fant god samsvar med Goodmans teoretiske modell. Studiet gir ikke grunnlag for å ekskludere items. Til tross for disse resultatene (ibid) valgte vi likevel å fjerne to items (ett item på hhv. foresatte- og lærerskjema), noe som i vårt tilfelle bidro til å heve Cronbach's alfa på de to aktuelle delskalaene (se beskrivelse pkt. 4.5).

3.4 Valg eller trekking av informanter

Når det gjaldt spørsmålet om valg av aktuelle synshemmede elever, valgte vi å ta utgangspunkt i Huseby kompetansesenters (vår arbeidsgiver) brukerregister for fylkene Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland.

Aust-Agder og Vest-Agder ble valgt fordi dette er de to fylkene vi primært betjener på vegne av vår arbeidsgiver. Vi valgte å inkludere Rogaland i undersøkelsen fordi et større antall synshemmede elever ville øke mulighetene for å kunne trekke statistisk signifikante slutninger/konklusjoner. Vi tok kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning (NSD, 2009) for å få nødvendig godkjenning for prosjektet.

Prosjektsøknad ble sendt via elektronisk meldeskjema 19. januar-09, godkjenning ble mottatt pr. post 10. mars-09 (vedlegg nr. 3). Vi tok for øvrig kontakt med NSD for en liten justering angående tittel på prosjektet; da vi sendte inn meldeskjemaet hadde vi som foreløpig tittel på undersøkelsen: undersøke nærmere synshemmede grunnskoleelevers mentale styrke og vansker sammenliknet med andre elevers. Etter samtale med vår biveileder (spesialpsykolog Knut Brandsborg), ble vi enige om å bytte ut vansker med utfordringer, og styrke til styrker - flertall. Disse endringene skyldtes at vi i samråd med Brandsborg vurderte det slik at tittelen ville bli mer positivt ladet, oppfattet og at dette trolig ville kunne bidra til en høyere svarprosent.

Vi mottok mail fra NSD 3. april-09 med bekreftelse på at denne endringen var i orden, og at tittelen er endret i den offentlige prosjektoversikten på NSD sine internettsider.

Parallelt med søknaden til NSD sendte vi også skriftlig søknad til Huseby kompetansesenter v/ledelsen, datert 13. januar-09, med forespørsel om tilgang til deres arkiv (post- og elektronisk arkiv) i de tre nevnte fylkene (vedlegg nr. 4). Formell tillatelse ble mottatt pr. mail 2. februar-09.

Vårt utvalg av synshemmede er basert på WHO's ICD-10 kriterier (jfr. tabell 1), dvs. barn og ungdom (1.-10. klasse) som ut fra synsfunksjon tilhører kategori 1–5. (Vi har valgt å ta med enkelte elever som har hatt en positiv utvikling med tanke på visusfunksjon, noe som har medført at de pr. i dag befinner seg like over svaksyngrensene på 0,33). Utvalget består av elever som går i ordinær grunnskole, med klassetilhørighet i nærscole (ikke spesialskole eller institusjon). Vi har utelatt elever med vesentlige kognitive vansker, og elever med synsproblematikk som ikke lar seg plassere innenfor gruppe 1-5 (til tross for at vi snakker om elever som kan ha betydelige synsvansker, for eksempel oculomotorisk apraksi og ulike cerebrale synshemninger). Vi har også valgt å utelate elever med alvorlig progredierende sykdommer²².

I oppgaven skiller vi ikke mellom elever med medfødt og ervervet²³ synshemning.

Vi har sammen gått igjennom brukerregistrene for Aust- og Vest-Agder - dette for å i størst mulig grad sikre at de samme kriteriene ble lagt til grunn for valg av synshemmede elever til undersøkelsen. Vi har i tillegg gått igjennom brukerregisteret for Rogaland sammen med fylkessynspedagogene i fylket for å sikre at utvalget fra dette fylket var i overensstemmelse med overnevnte kriterier.

Vi la noen premisser for å sikre at elevene i sammenlikningsgruppen var mest mulig lik de synshemmede elevene på en del sentrale variabler. Ringdal omtaler dette som matching

²² Dvs. lidelser som medfører gradvis redusert allmenntilstand og forkortet levetid - som f.eks. Spielmeier -Vogts sykdom og Ataxia telangiectasia. Vi har imidlertid tatt med elever med progredierende øyesykdommer - f.eks. retinitis pigmentosa. Gradvis/progredierende synstap kan ha store konsekvenser for barn og unges opplevelse og atferd (Hummelvoll, 2000); ustabil synsfunksjon, gradvis forverring i tilstand og tap av tidligere innlærte ferdigheter vil kunne få betydelige psykiske, emosjonelle og sosiale konsekvenser (ibid).

²³ Personer med medfødt eller tidlig utviklet synshemning har større problemer med identitetsutvikling og har mindre variasjonsbredde mht. erfaringer enn de som utvikler synshemning på et senere tidspunkt. De ser ut til å ha færre hobbyer, mindre kontakt med andre, og kontakten er mer begrenset til familiemedlemmer og profesjonelle hjelpere (Souka 1992 sitert i Huurre, 2000, s. 16). På den andre siden ser det ut til at de som utvikler synshemning på senere tidspunkt kan oppleve vansker knyttet til fysisk og psykologisk utvikling, fordi de har mistet sin identitet som kroppslig velfungerende (Maatta 1981 sitert i Huurre, 2000, s. 16).

(Ringdal, 2007). Sammenlikningsgruppen bestod av de to neste elevene i alfabetet etter den synshemmede eleven av samme kjønn i samme klasse.

Dette ble gjort for å unngå systematiske skjevheter i trekningen, og som et forsøk på å eliminere faktorer som kan påvirke skåren, som for eksempel: skolens innvirkning, foreldrenes sosiale status, og at informanter skårer gutter og jenter ulikt. For eksempel er det en økende tendens til depresjon hos jenter med økende alder (se pkt. 5.3.1), og at hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsforstyrrelser er atskillig hyppigere blant gutter enn blant jenter (se pkt. 5.4.1).

Vårt utvalg består av elever som er definert som synshemmede, noe som innebærer at skolepersonell og medelever i de aller fleste tilfeller er klar over at de aktuelle elevene er synshemmet. At elevene er tilmeldt synspedagogtjenesten innebærer også en erkjennelse av - fra Pedagogisk- Psykologisk tjeneste (PPT), lærere og foresatte - at eleven har et tilretteleggingsbehov.

Innsamlingen av data fant sted i perioden 15. april-09 til 15. juni-09, og omfattet elever fra 1.-10. klasse for skoleåret 2008/2009. Som tidligere nevnt fikk vi etter søknad tilgang til Huseby kompetansesenters arkiv. Arkivet gav oss oversikt over aktuelle informanter knyttet til de synshemmede elevene, og nødvendige (øye)medisinske opplysninger. Vi tok tidlig i prosessen kontakt med noen tilfeldig valgte rektorer for å høre om disse hadde motforestillinger mot å gi oss navn og adresse på elever i sammenlikningsgruppen og deres foresatte. Ved hjelp av disse opplysningene kunne vi selv ha kontroll med- og administrere utsendelse av informasjonsbrev og spørreskjemaer. Rektorene vi var i kontakt med ga uttrykk for at dette var uproblematisk for skolen(e). NSD ga tillatelse til bruk av denne fremgangsmåten, men understrekte samtidig at det var opp til den enkelte rektor å avgjøre om skolen ville å gi oss de nødvendige personopplysningene. NSD ga også tillatelse til bruk av informasjonsbrevene til foresatte (foresatte til synshemmede og foresatte til sammenlikningsgruppen) og skoler som vi hadde utarbeidet (vedlegg nr. 5 og 6).

Etter å ha mottatt nødvendige godkjennelser fra NSD ringte vi skolene som inngår i undersøkelsen (81 elever fordelt på 68 skoler), og informerte rektor/andre fra skolens administrasjon om undersøkelsen. Alle skolene ble spurt om de ønsket å gi oss nødvendige opplysninger om elever i sammenlikningsgruppen og deres foresatte, slik at vi selv kunne ta ansvar for utsendelse. Alternativt ville vi sende spørreundersøkelsen til skolen slik at skolen kunne videresende til sammenlikningsgruppen på vegne av oss. Det viste seg at de

fleste skolene valgte sistnevnte løsning (53 av 68 skoler). Sammen med spørreundersøkelsen sendte vi skolen v/ rektor et kort skriv med beskrivelse av kriteriene for valg av sammenlikningsgruppe: Med utgangspunkt i den synshemmede eleven ba vi skolen om å trekke ut de to neste elevene i alfabetet av samme kjønn, i samme klasse²⁴ (vedlegg nr. 7). Alle spørreskjemaene var anonymisert og kun merket med et nummer fra 1-81 i øverste høyre hjørne. Elevene som utgjorde sammenlikningsgruppen hadde i tillegg påført en fargekode. Rød farge indikerte sammenlikningselev nr. 1, blå farge sammenlikningselev nr. 2. Vi festet en gul post-it lapp på de spørreskjemaene hvor navn og adresse var oppgitt av skolen(e), her ble fornavnet på den aktuelle eleven påført. Dette ble gjort for at foresatte med flere barn skulle få informasjon om hvilket av barna undersøkelsen var knyttet til. Foresatte som hadde flere synshemmede barn som inngikk i undersøkelsen fikk tilsendt flere spørreskjemaer. I de tilfellene hvor skolen videresendte skjemaet for oss til aktuelle foresatte i sammenlikningsgruppen, ba vi skolen feste en lapp med elevens navn på spørreskjemaet. I forsendelsene skolene mottok fra oss, lå det vedlagt ferdig frankerte konvolutter som kunne videresendes til de aktuelle informantene. Skolen trengte kun å føre på navn og adresse til foresatte på de to aktuelle elevene i sammenlikningsgruppen.

For lettere å kunne holde oversikt over hvem vi mottok ferdig utfylte svarskjema fra og hvor purring var nødvendig, satt vi opp en oversikt over alle elevene og skolene som inngikk i undersøkelsen. Vi hadde to separate lister, en elektronisk lagret på et lukket nettverk på Husebys server hvor kun vi hadde tilgang. Den andre, en papirliste, var nedlåst i et eget skap på vårt kontor. Hver for seg ga ikke disse listene noe mening. Dette ble gjort for å oppfylle NSD's krav til aidentifisering og oppbevaring av data.

Vi fulgte vanlig prosedyre, og sendte informasjonsbrev og spørreskjema i posten til alle informantene, vedlagt ferdig frankert og utfylt svarkonvolutt (Ringdal, 2007). Denne fremgangsmåten bidrar trolig til å øke svarprosenten (ibid).

Etter at foresatte til synshemmede og Sgr. hadde returnert spørreundersøkelsen og samtidig signert på samtykkeskjemaet som gav oss tillatelse til å gjennomføre samme spørreundersøkelse på skolen, sendte vi ut spørreskjema til skolene v/ rektor. Vi la ved et informasjonsskriv hvor vi ba om at fortrinnsvis kontaktlæreren til den synshemmede

²⁴ Unntaket var to skoler: en skole hvor en pga. få elever i klassen ikke hadde elever i sammenlikningsgruppen av samme kjønn som den synshemmede eleven. Vi valgte da å ta med to elever av motsatt kjønn. Det andre unntaket dreide seg om språkrelaterte problemer; skolen gav oss informasjon om at foresatte ikke ville være i stand til å besvare spørreskjemaet på grunn av språkproblemer. Det endte opp med at skolen på vår oppfordring valgte neste elev på klasselisten av samme kjønn.

eleven svarte på spørreskjemaene - både skjema som var knyttet til synshemmet elev samt elevene i sammenlikningsgruppen. For å unngå at undersøkelsen skulle medføre unødig merarbeid og kostnader for skolene, la vi ferdig frankerte og utfylte svarkonvolutter ved forsendelsene.

Som nevnt var vi i de fleste tilfellene avhengige av skolene for å komme i kontakt med informantene som utgjorde sammenlikningsgruppen. Dette medførte at vi ikke hadde full oversikt over hvem som mottok spørreskjemaet; i tillegg bidro dette til at det ble svært vanskelig å purre.

Vi valgte for øvrig å purre på foresatte til synshemmede elever telefonisk etter at oppgitt svarfrist var gått ut. Denne telefonkontakten bidro til å øke svarprosenten ytterligere selv om det medførte en del ekstraarbeid.

Vi foretok en tilsvarende purrerunde overfor foresatte vi kjente til i sammenlikningsgruppen. I de tilfellene hvor vi ikke fikk kontakt via ordinær telefon, ble det sendt ut en standard sms-melding på mobiltelefon. Vi ba ikke skolene om å purre på foresatte i sammenlikningsgruppen som skolen hadde videresendt til. Vi hadde ikke tid til å ta en slik ny kontakt ovenfor skolene, i tillegg ønsket vi å spare skolene for administrativt merarbeid. Vi var også avhengige av deres velvilje i og med at vi planla å gjennomføre tilsvarende spørreundersøkelse på skolene.

Vi måtte også ringe og purre mange av skolene etter at svarfristen på to uker hadde gått ut. Denne purringen via telefon bidro til å heve svarprosenten.

3.5 Drøfting av hvordan data skal analyseres

Vi ønsker primært å studere nærmere om utvalget av synshemmede elever i Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland har en høyere totalskåre på SDQ-skjemaet (foreldre- og lærerversjon) enn sammenlikningsgruppen, og om eventuelle forskjeller mellom gruppene er statistisk signifikante.

SDQ-skjema tar utgangspunkt i fire hovedvanskeområder: emosjonelle vansker (EMP), atferdsforstyrrelser (ADP), hyperaktivitet-oppmerksomhet (HYP), forhold til venner (VEP). Den femte skalaen måler prososial atferd (PRO).

Vi var videre interesserte i å se nærmere på om variablene kjønn, alder og grad av synshemming kunne assosieres med skåre på SDQ-skjema innenfor gruppen synshemmede elever.

SDQ-data ble plottet inn fortløpende i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 17 som er et dataprogram for statistisk analyse av kvantitative data (www.spss.com/). De fem spørsmålene i SDQ som har reversert form og er nevnt under punkt 3.3.2 ble invertert og gitt ”riktig verdi” etter at punchingen var foretatt.

I våre analyser er det statistiske signifikante (ikke kliniske signifikante) forskjeller vi prøver å påvise, og det er kun disse forskjellene som omtales i resultat- og drøftkapittel. Vi har lagt oss på 5 % signifikansnivå. Vi deler utvalget i mindre grupper ut fra våre enkelte forskerspørsmål, noe som medfører at vi får en liten n på enkelte tester. Av den grunn valgt å benytte Cohens’ d , dette målet er ikke avhengig av størrelsen på utvalget (Cohen, 1988).

3.6 Vurdering av pålitelighet og mulige feilkilder

Ringdal (Ringdal, 2007) hevder at reliabilitet eller troverdighet dreier seg om gjentatte målinger med samme instrument gir samme resultat, og at validitet eller gyldighet går på om en faktisk måler det en vil måle. Denne type validitet kalles også for begrepsvaliditet (ibid).

SDQ er et vel utprøvd og anerkjent spørreskjema nasjonalt og internasjonalt. Flere tidligere omtalte studier (pkt 3.3) underbygger spørreskjemaets reliabilitet og validitet. For å gjøre fremstillingen mest mulig klar og entydig, har vi i teorikapitlet operasjonalisert begreper vi mener er sentrale for å få en helhetlig forståelse av denne oppgaven.

Ringdal (Ringdal, 2007) sier at det er vanlig med frafall på 50 % eller mer i spørreundersøkelser basert på selvutfylling. Han (ibid) hevder videre at frafall ofte ikke er tilfeldig og at en må regne med systematiske frafallsfeil. Dette kan utgjøre en trussel mot validiteten. I vår undersøkelse oppnådde vi svært høy svarprosent fra foresatte og lærere til gruppen synshemmede elever (hhv. 88,75 % og 93,15 %).

Når det gjaldt sammenlikningsgruppen var imidlertid svarprosenten lav (33,13 %).

For å vurdere nærmere om vår sammenlikningsgruppe representerte et atypisk utvalg valgte vi derfor å sammenholde våre resultater for denne gruppen med et større representativt utvalg (se nærmere beskrivelse i pkt. 4.3).

I etterkant av spørreundersøkelsen ser vi at et annet design eller fremgangsmåte med hensyn til innsamling av data muligens kunne ha medført en høyere svarprosent fra sammenlikningsgruppen. Dersom vi hadde hatt bedre tid kunne en løsning ha vært å søke skolemyndigheter om tilgang til navn og adresser på elever og foresatte på de aktuelle skolene. På denne måten kunne vi selv hatt kontroll med- og administrert utsendelse av spørreskjema. Vi hadde også hatt større mulighet til å purre selv. Vi valgte i stedet å appellere til skolens ledelse om viktigheten av deltakelse.

SDQ er konstruert slik at underspørsmålene tar opp de ulike problemområdene fra ulike innfallsvinkel. Dette gir gode muligheter for å sjekke om svarene som gis er konsistente, noe som bidrar til å øke reliabiliteten og avsløre tilfeldige målefeil.

Spørsmålene er klare og entydige (med mulige unntak av spørsmål nr. 3 og 5 som består av to ledd). I og med at skjemaet kun har tre svaralternativer, kan trolig nyanser i tilbakemeldinger gå tapt. SDQ gir likevel åpning for egne tanker og utdypende informasjon via spørsmålet ”har du andre kommentarer eller bekymringer”.

Variablene er for øvrig målt på ordinalnivå, dette innebærer at vi har med såkalte kategorivariabler (ikke kontinuerlige variabler) å gjøre.

To synshemmede elever hadde fremmedspråklige foresatte. Disse gav tilbakemelding om at de hadde vansker med å forstå spørsmålene i den norske versjonen av SDQ, og lurte på om de kunne få spørreskjemaet på morsmålet. Det viste seg at det fantes versjoner av SDQ på henholdsvis urdu og rumensk. Det er allikevel verdt å merke seg at det kan være språkrelaterte forskjeller i de ulike oversettelsene.

Vi har selv hatt hovedansvaret for behandling av dataopplysninger - det være seg i forhold til brukeroversikter, postforsendelser, innsamling av data, krysskjøring av lister, punching av data osv. Vi har også, så langt det har latt seg gjøre, dobbeltsjekket lister og oversikter for å unngå feil (jfr. reliabilitet). Allikevel må en selvsagt ta høyde for at tilfeldige feil kan oppstå underveis i prosessen, men forhåpentligvis ikke av et omfang som har betydning for (total) resultatet.

3.7 Etiske betraktninger

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (heretter forkortet til NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi (NESH, 2006).

Ivaretagelse av enkeltindividets interesser er et svært sentralt prinsipp, noe som bl.a. innebærer at informert samtykke skal foreligge, at deltakelse er basert på frivillighet, at en har mulighet for å trekke seg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt, og at krav om at de som det forskes på ikke utsettes for skade og alvorlige belastninger.

Befring (Befring, 2007) sier at praktisering av disse kravene kan være vanskelig i arbeid med enkelte grupper - som for eksempel barn og funksjonshemmede. En hovedregel er (ibid) at personer som ikke selv kan gi informert samtykke kun skal inkluderes i en undersøkelse når det er sannsynliggjort at prosjektet kan ha en nytteverdi for den gruppa forskningen omfatter, samtidig som belastningen ved å delta er ubetydelig. Det kan imidlertid på generelt grunnlag stilles spørsmålsteget ved- og problematiseres om det er riktig å samle inn informasjon om elever uten at disse selv er informert om at de inngår i en undersøkelse.

Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger, kommer inn under personopplysningsloven (<http://www.lovdata.no/all/nl-20000414-031.html>), og er som hovedregel meldepliktig (NESH, 2006).

Det var på forhånd avklart via NSD hvilke opplysninger vi skulle fremskaffe, og NSD mente at opplysningene vi etterspurte ikke var helseopplysninger av en slik karakter at de var konsesjonspliktige. NSD ble og informert om vår rolle som fylkessynspedagoger, og at vi gjennom vår jobb på Huseby kompetansesenter hadde tilgang på aktuelle (øye)medisinske opplysninger om de synshemmede elevene.

Et hovedprinsipp er at opplysninger som samles inn i et forskningsprosjekt skal behandles konfidensielt, noe som bl.a. innebærer at opplysninger blir presentert på en slik måte at informantene ikke kan identifiseres (Ringdal, 2007).

Slik vi har lagt opp datainnsamlingen, innebærer undersøkelsen (trolig) ikke nevneverdig belastning for de involverte foresatte og lærere. Samtidig mener vi kartleggingen kan ha nytteverdi i forbindelse med fremtidig tilrettelegging for synshemmede elever. For elevene var det trolig ingen negative konsekvenser, da de ikke aktivt ble involvert i undersøkelsen;

det var som tidligere beskrevet kun foresatte og lærere som skulle gi sin vurdering av eleven. En kan også håpe at spørreundersøkelsen har hatt positiv effekt i form av at bl.a. lærerne har blitt mer oppmerksom på spørsmål knyttet til syn- og synsproblematikk.

Som nevnt under punkt 3.3.5 kan kartlegging ved hjelp av SDQ brukes klinisk, i forbindelse med diagnostisering. Materialet vi har samlet inn gir tilstrekkelig informasjon til at en kan vurdere nærmere om enkelte elever befinner seg i risikozonen for psykiatrisk sykdom.

Vi har valgt å ikke legge frem materiale som viser hvordan enkeltelever skårer i forhold til standarverdier som brukes i diagnostisk sammenheng, fordi vi ikke har et behandlingstilbud å tilby elevene/familiene. Trolig ville også slik bruk av materialet kunne være i strid med informantenes ønsker og forventninger (med utgangspunkt i den informasjonen som ble gitt i informasjonsbrevet som ble sendt til skoler og foresatte).

4.0 Resultatkapittel

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi presentere de mest sentrale funn fra undersøkelsen omkring synshemmede grunnskoleelever og psykososial tilpassing. Vi har og samlet inn data relatert til en sammenlikningsgruppe (pkt. 3.4). De to nevnte gruppene blir i dette kapitlet forkortet og omtalt som synshemmede (SH) og sammenlikningsgruppen (Sgr.). Våre fire forskerspørsmål blir presentert fortløpende.

Først vil det bli gitt en oversikt over demografiske forhold, deretter presenteres en gjennomgang av analyser vi har foretatt i lys av våre forskerspørsmål. Analysene ble gjort på hele utvalget, men vi har et hovedfokus på gruppen synshemmede. Vi brukte t-tester og Anova analyser²⁵ for å avdekke eventuelle forskjeller i gjennomsnittsskårer. Det ble foretatt frekvens- og gjennomsnittsanalyser (mean) for å få frem data angående antall, prosent og fordeling. Det ble gjennomført en faktor- og reliabilitetsanalyse for å sjekke i hvor stor grad SDQ's ulike delskalaer og totalvanskeskåre faktisk fanger opp og måler det som skjemaet etterspør.

For gruppen synshemmede ble det foretatt analyser i forhold til: totalvansker, alder (klassetrinn), kjønn og grad av synshemming. Undersøkelsen vår er basert på sammenligning av data fra to grupper informanter (foresatte og lærere), og vi har prøvd å synliggjøre mulige forskjeller mellom gruppene. I dette kapitlet omtaler vi data for foresatte og lærere som henholdsvis F-skjema og L-skjema.

Utover nevnte tester benyttet vi også effektstørrelsestesten Cohen's d som et supplement til enkelte t-tester. Effektstørrelse estimeres som forskjellen mellom middelveidene for to grupper målt i standardavvik (forskjellen delt på standardavvik). Cohen's d er som tidligere nevnt ikke avhengig av utvalgsstørrelsen, og følgende verdier benyttes som grenser for signifikans: Verdier lavere enn 0,2 betraktes som ikke signifikant eller

²⁵I forhold til pkt. 4.7 og klassetrinnene 1.- 4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl. har vi også foretatt Anova analyser på enkeltitems på delskalaen hyperaktivitet (HYP). Disse resultatene presenteres ikke eksplisitt i resultatkapitlet, men refereres til i drøftetekapitlet (pkt. 5.3.1). Nevnte analyser er vedlagt (vedlegg nr. 8). Pga. antall sider som analysene utgjør ved utskrift har vi kun lagt ved første side av Anova analysene. Disse viser bl.a.: N og gjennomsnittsverdier (mean).

ubetydelig, verdier mellom 0,2 og 0,49 betraktes som små, verdier mellom 0,50 og 0,79 betraktes som moderate, mens verdier over 0,8 betraktes som store (Cohen, 1988).

Datamaterialet ble analysert ved bruk av SPSS versjon 17.0 for Windows.

4.2 Demografiske opplysninger

Som nevnt i metodekapitlet er utvalget basert på fylkene Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland:

Tabell 2. Oversikt folketall, registrerte synshemmede i undersøkelsen og prevalens

Fylke	Folketall	Antall registrerte synshemmede grunnskoleelever uten større kjente tilleggsvansker (WHO gr. 1-5)	Prosentvis andel synshemmede grunnskoleelever uten større kjente tilleggsvansker (WHO gr. 1-5)	Prevalens (grovt anslag) antall synshemmede grunnskoleelever på landsbasis uten større kjente tilleggsvansker (WHO gr.1-5)
Norge	4 812 196		≈ 0,012 %	≈580 stk.
Aust-Agder	107 370	12	≈ 0,011 %	
Vest-Agder	168 711	32	≈ 0,019 %	
Rogaland	422 381	37	≈ 0,009 %	
Totalt 3 fylker	698 462	81	≈ 0,012 %	

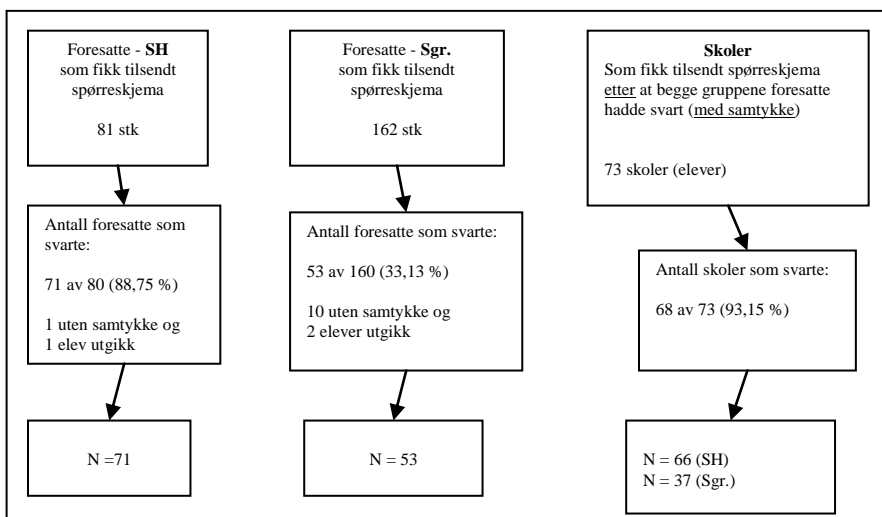
Statistikk over folketall er lastet ned fra Statistisk sentralbyrå sine internettsider: (Statistisk sentralbyrå).

Tabellen over viser hvor mange synshemmede Huseby har registrert i de tre aktuelle fylkene som pr. definisjon inngår i utvalget for denne undersøkelsen.

Som det fremgår av tabellen har Vest-Agder vesentlig flere registrerte synshemmede i forhold til folketall enn Aust-Agder og Rogaland.

Med utgangspunkt i tallene for Vest Agder kunne en forvente henholdsvis ca 19 og 80 synshemmede i Aust-Agder og Rogaland. Årsaken til denne ”skjevheten” i registrering ut fra folketall kan vi ikke gi noen god forklaring på.

Vi viser til teori- og metodekapittel (pkt. 2.1 og pkt. 3.4) for en nærmere beskrivelse av utvalget og fremgangsmåte som ble brukt i forbindelse med utsendelse av spørreskjema.



Figur 1. Flytskjema - deltakere og svarprosent

Som flytskjemaet viser ble det sendt ut spørreskjema til 81 foresatte til synshemmede elever. En synshemmet elev utgikk slik at gruppen totalt utgjorde 80 stk. Av disse 80 var det 71 som svarte, noe som gir en svarprosent på 88,75 %. Av de 71 var det en som ikke returnerte spørreskjemaet med samtykke. (Vi var avhengige av samtykke fra foresatte for å kunne sende ut spørreskjema til skolene. Vi ønsket at lærerne til de aktuelle elevene også skulle besvare spørsmålene).

Sammenlikningsgruppen (Sgr.) utgjorde dobbelt så mange elever som de synshemmede (SH). Som følge av at gruppen synshemmede ble redusert med en elev, utgikk to elever i sammenlikningsgruppen, slik at Sgr. totalt utgjorde 160 stk. Av disse 160 var det 53 som svarte, noe som gir en svarprosent på 33,13 %. Vi hadde regnet med lavere svarprosent fra foresatte til sammenlikningsgruppen enn fra foresatte til synshemmede, men forskjellen i svarprosent var imidlertid større enn hva vi i utgangspunktet antok. 10 foresatte i sammenlikningsgruppen returnerte for øvrig spørreskjemaet uten samtykke.

Foresatte (begge gruppene) som returnerte spørreskjemaet uten samtykke ble inkludert i undersøkelsen (F-skjema), men ikke som en del av undersøkelsen i skolen (L-skjema).

Skolene fikk tilsendt spørreskjema etter at begge gruppene foresatte hadde svart, samt gitt samtykke til at lærerne kunne svare. De synshemmede elevene var fordelt på 64 skoler (noen skoler hadde flere synshemmede elever). I noen tilfeller ble det sendt ut spørreskjema til skoler hvor kun foresatte i sammenlikningsgruppen hadde svart. Totalt ble det sendt ut spørreskjema i forhold til 73 skoler (elever). Vi fikk svar fra 68 av disse 73 skolene, noe som utgjør en svarprosent på 93,15 %. Skolene returnerte utfylte spørreskjema i forhold til 66 synshemmede elever og 37 elever i sammenlikningsgruppen.

Utvalget i undersøkelsen består av 124 elever (SH og Sgr.) fordelt på alle trinnene i grunnskolen, se tabell 3.

Tabell 3. Utvalgets demografiske karakteristika

Variabler						
Kjønn	Jenter	Gutter				Totalt
Synshemmede (SH)	28 (56,0)	43 (58,1)				71
Sammenlikningsgruppen (Sgr.)	22 (44,0)	31 (41,9)				53
Total:	50 (100)	74 (100)				124
Alder	Jenter (Sd)	Gutter (Sd)	Gj.snitt (Sd)			
Synshemmede (SH)	11,86 (2,69)	9,84 (2,37)	10,63 (2,67)			
Sammenlikningsgruppen (Sgr.)	11,50 (2,63)	9,19 (2,10)	10,15 (2,58)			
Klasstrinn	1.-4. klasse	5.-7. klasse	8.-10. klasse			Totalt
Synshemmede (SH)	35 (53,8)	19 (59,4)	17 (63,0)			71
Sammenlikningsgruppe n(Sgr.)	30 (46,2)	13 (40,6)	10 (37,0)			53
Total:	65 (100)	32 (100)	27 (100)			124
Grad av synshemming	WHO 1	WHO 2	WHO 3	WHO 4	WHO 5	Totalt
Gutter	32 (64,0)	3 (33,3)	2 (100)	3 (50,0)	3 (75,0)	43
Jenter	18 (36,0)	6 (66,6)	0 (0,0)	3 (50,0)	1 (25,0)	28
Total:	50 (100)	9 (100)	2 (100)	6 (100)	4 (100)	71
Bemerk: N = 124 (Synshemmede: N = 71, Sammenlikningsgruppen: N = 53).						

Av totalutvalget på 124 elever var 50 jenter (40,3 %) og 74 gutter (59,7 %). Gruppen synshemmede, som totalt utgjorde 71 elever, bestod av 28 jenter (39,4 %) og 43 gutter (60,6 %). I sammenlikningsgruppen var 22 jenter (41,5 %) og 31 gutter (58,5 %). Det er med andre ord en overvekt av gutter i undersøkelsen. Våre funn er for øvrig i overensstemmelse med generelle funn fra nordiske land som viser at det er en høyere forekomst av synshemming blant gutter (utgjorde 58 %). Dette har trolig sammenheng med genetisk etiologi - hvor gutter er overrepresentert (Rosenberg et al., 1996).

Av nyere studier som viser en lignende skjev kjønnsfordeling kan vi vise til Ryen (Ryen, 2008) som undersøkte synshemmede ungdomsskoleelever med utgangspunkt i WHO's kategorier 1-3. Ryen (ibid) fant 42 aktuelle deltakere i 14 fylker, hvorav 57,1 % gutter og 42,9 % jenter²⁶.

Når det gjelder aldersfordelingen i utvalget, er det en noe høyere gjennomsnittsalder (mean) blant jentene (11,70) i totalutvalget enn blant guttene (9,57). Forskjellen utgjør ca 2 år. En kan stille spørsmålsteget ved en slik aldersforskjell: Blir gutter henvist til hjelpeapparatet på et tidligere tidspunkt, evt. pga. annen problematikk - i tillegg til syn? Er det flere jenter med "lettere grad" av synshemming, slik at det tar lengre tid før de oppdages? Er det av betydning hvem som henviser eller melder fra om (syns)problematikk

²⁶ Utvalget i undersøkelsen til Ryen endte opp med å bestå av 32 personer fra 10 fylker og med en kjønnsfordeling på henholdsvis 22 gutter (66,6 %) og 11 jenter (33,3 %).

- om det for eksempel er Pedagogisk- Psykologisk tjeneste, skoler, foreldre, øyeavdeling eller sykehus? Vi har ikke svar på disse spørsmålene, oppgaven har heller ikke som mål å undersøke dette nærmere.

I forhold til klassetrinn fordelte totalutvalget seg på følgende måte: 65stk. (52,4 %) i 1.-4. klasse, 32stk. (25,8 %) i 5.-7. klasse, og 27stk. (21,8 %) i 8.-10. klasse.

Tar en utgangspunkt i grad av synshemming, har gruppen fordelt seg på følgende måte innenfor WHO's kategorier: I WHO gr. 1 er det 50 elever (70,4 %), i WHO gr. 2 er det 9 elever (12,7 %), i WHO gr. 3 er det 2 elever (2,8 %), i WHO gr. 4 er det 6 elever (8,5 %) og i WHO gr. 5 er det 4 elever (5,6 %). Majoriteten av de synshemmede elevene i utvalget faller m.a.o. inn under WHO's gruppe 1 (svaksynte). Fordelingen/antallet i hver kategori er i stor grad i overensstemmelse med hva brukerregistrene for de andre fylkene i Husebyregionen viser (totalt 11 fylker).

4.3 Sammenlikningsgruppen (Sgr.) i undersøkelsen

Som tabell 3 viser (utvalget i undersøkelsen), er sammenlikningsgruppen vesentlig mindre enn gruppen synshemmede. Vi har tidligere (pkt. 3.4) vært inne på hva dette kan medføre av metodiske utfordringer mht. for eksempel frafallsproblematikk og representativitet. Vi har derfor prøvd å sannsynliggjøre at vår Sgr. ikke representerer en atypisk gruppe. Det har vi gjort ved å sammenholde vår Sgr. med den tidligere omtalte Barn i Bergen studien - en omfattende undersøkelse av barns psykiske helse og utvikling. Studien har benyttet SDQ-skjema overfor både hjem og skole, og den longitudinelle undersøkelsen undersøker barn med tre års mellomrom fra 2. klasse og ut videregående skole.

For å kunne gjennomføre manuelle t-tester opp mot vår Sgr innhentet vi "nøkkeltall" som: total antall (N), gjennomsnitt (Mean) og standardavvik (Standard deviation) fra studiens runde 2 (elever på mellomtrinnet). Vi brukte totalvanskeskåren (TVS) som sammenlikningsgrunnlag, og ikke delskalaene.

Se tabell neste 4 på neste side.

Tabell 4. Sammenlikningsgruppen vs. Barn i Bergen (BiB)

SDQ skala:	F-skjema Sgr. (N = 53)	F-skjema BiB (N=5.173)	L-skjema Sgr. (N=37)	L-skjema BiB (N=5.551)
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)
Totalvanskeskåre (TVS)	5.74 (4.48)	5.32 (4.75)	4.30 (3.91)	4.00 (4.82)
Emosjonelle vansker (EMP)	1.43 (1.88)	1.20 (1.67)	.62 (1.19)	.70 (1.45)
Atferdsvansker (ADP)	.81 (1.11)	.81 (1.14)	.65 (1.21)	.53 (1.15)
Hyperaktivitet (HYP)	2.77 (2.04)	2.28 (2.04)	2.19 (2.62)	1.96 (2.32)
Venneproblemer (VEP)	.72 (1.26)	1.03 (1.62)	.84 (1.40)	.82 (1.54)
Prososial atferd (PRO)	8.51 (1.60)	8.61 (1.50)	8.22 (1.89)	8.53 (1.89)
Bemerk: Utvalget i BiB er tatt fra studiens runde 2, dvs. elever i 5.-7. klasse. På grunn av liten n er vårt eget utvalg (Sgr.) fra hele 1.-10. klasse. TVS skalaen er uthevet som følge av det er den skalaen som er brukt som sammenlikningsgrunnlag.				

T-testene gav følgende resultat: Hjem: ($t=0.63$, $df= 5224$, $p >.05$). Det er med andre ord ikke statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Cohen's d er på 0,09, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som ubetydelig. Skole: ($t=0.31$, $df= 5586$, $p >.05$). Det er med andre ord ikke statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Cohen's d er på 0,07, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som ubetydelig.

Sammenholdt med Barn i Bergen - studien runde 2, representerer vår sammenlikningsgruppe ikke en atypisk gruppe.

4.4 Faktoranalyse

Befring (Befring, 2007, s. 159) skriver at faktoranalyse er en multivariat metode for å forklare sammenhenger mellom flere vanskelige tolkbare og korrelerte variabler, ved hjelp av noen få begrepsmessig meningsfulle og relativt uavhengige faktorer. Faktoranalysen kan gi grunnlag for å redusere en stor mengde målinger til noen få faktorer ved å kombinere item eller variabler som er moderat eller sterkt interkorrelerte (ibid). Ringdal (Ringdal, 2007, s. 237) hevder at en gjerne benytter faktoranalyse til å undersøke om et sett av spørsmål måler ett og samme fenomen, eller om det fanger inn flere dimensjoner.

For å kunne vurdere nærmere hvordan SDQ evner å fange opp de fenomener som vi er interessert i å måle, foretok vi en faktoranalyse i form av en prinsippal komponent analyse (PCA). Spørreskjemaet består av fem delskalaer (EMP, ADP, HYP, VEP og PRO), hvorav fire (PRO er ikke med) utgjør totalvanskeskåren (TVS).

Tabell 5. Faktoranalyse - Lærerskjema

SDQ's 5 delskalaer	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Hyperaktivitet (HYP)					
10 Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	.876				
2 Stadig urolig eller i bevegelse	.898				
15 Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	.810				
21 Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)*	.424			-.329	
25 Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne*	.748				
Venneproblemer (VEP)					
6 Ganske ensom, leker ofte alene		.755			
11 Har minst en god venn*		.781			
14 Vanligvis likt av andre barn*		.650			
19 Plaget eller mobbet av andre barn	.345	.516		.313	
23 Kommer bedre overens med voksne enn barn		.656			
Atferdsproblemer (ADP)					
5 Har ofte raserianfall eller dårlig humør			.556		
7 Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om *	.359		.535		
12 Sloss ofte med andre barn eller mobber dem			.599	-.321	
18 Lyver eller jukser ofte			.775		
22 Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder			.579	.369	
EMP ₁ (Klager over hodepine, vondt i magen eller kvalme)			.642*		
Prososial atferd (PRO)					
1 Omtenksum, tar hensyn til andre menneskers følelser				.489	
4 Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)				.674	
9 Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig				.579	
17 Snill mot yngre barn				.769	
20 Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere eller barn)				.589	
Emosjonelle problemer (EMP)					
3 Klager over hodepine, vondt i magen eller kvalme					*
8 Mange bekymringer, virker ofte bekymret					.627
13 Ofte lei seg, nedfor eller på gråten					.563
16 Nervøs eller klengete i nye situasjoner					.620
24 Redd for mye, lett skremt					.721
Prosent av total varians (rotert) 59,48 %	25,99 %	12,41 %	8,17 %	7,26 %	5,64 %
Bemerk: N = 103 (lærere). Faktoranalyse ved principal component analyze (PCA)					
* Spørsmål var reversert før analyse.					

Faktoranalysen ble foretatt i forhold til L-skjema, og fordelingen fremkommer i tabell 5. Tabellen viser hvordan de enkelte spørsmålene skåret- og fordelte seg på de ulike delskalaene (5-faktorstrukturen). En faktoranalyse bidrar til å klargjøre nærmere i hvor stor grad skalaene evner å fange opp det de i utgangspunktet er tenkt å måle. I eksemplet med faktoranalysen på L-skjemaet ser en at et spørsmål på EMP skalaen (EMP₁) faller inn under ADP-skalaen. Faktoranalysen er foretatt med alle opprinnelige items (jfr. ”avvik” som nevnes under reliabilitetsanalysen).

4.5 Reliabilitetsanalyse - totalvanskeskåre og delskalaer

Tabell 6. Reliabilitetsanalyse

Indre konsistens målt ved Cronbach's alfa		
SDQ skala:	Totalutvalg - <u>Foreldre</u>	Totalutvalg - <u>Lærere</u>
Totalvanskeskåre (TVS)	.79	.82
Emosjonelle vansker (EMP)	.67	.61*
Atferdsvansker (ADP)	.57	.73
Hyperaktivitet (HYP)	.76	.87
Venneproblemer (VEP)	.63*	.74
Prososial atferd (PRO)	.72	.76
Bemerk: Foreldre: N=124. Lærere: N=103		
* Delskalaer hvor en har fjernet items - økt alfa		

Sammen med faktoranalysen ble det og foretatt en reliabilitetsanalyse.

(Når det gjelder spørsmål knyttet til reliabilitetsmålinger ved bruk av Cronbach's alfa, viser vi til pkt. 3.3.6). Reliabilitetsanalysen er foretatt for å vurdere i hvilken grad SDQ's totalvanskeskåre og delskalaer faktisk måler det man ønsker å måle. SDQ består som sagt av en 5-faktor struktur, med fem spørsmål pr. delskala, og hvor strukturen åpner for at man kan ta bort inntil to spørsmål (items) pr. delskala og likevel ivareta målene/konsistensen til de enkelte delskalaene. Med utgangspunkt i reliabilitetsanalysen har vi valgt å ta bort ett spørsmål på to av delskalaene. Det gjelder spørsmål nr. to på VEP-skalaen på F-skjema ("Har minst en god venn"), og spørsmål nr. en på EMP-skalaen på L-skjema ("Klager over hodepine, vondt i magen eller kvalme"). Ved å ta bort disse spørsmålene økte alfaverdien på VEP-skalaen fra .47 til .63, og på EMP-skalaen fra .50 til .61.

En kan kanskje hevde at alfaverdiene ikke er gode nok med tanke på at det først er verdier fra .70 og oppover som ansees som tilfredsstillende (Ringdal, 2007). Dette bør trolig sees i lys av SDQ's oppbygging og struktur; i metodekap. pkt 3.3.6 blir det kommentert at enkelte av delskalaene kan ha alfaverdier på under 0.70, men likevel ha en tilfredsstillende alfaverdi på totalvanskeskåren. Dette viste seg også å stemme i vår undersøkelse. Som tabell 6 viser er også ADP-skalaen på F-skjema noe lav. Vi oppnår imidlertid ikke økt alfaverdi ved å fjerne items på denne skalaen, noe som skyldes at SDQ-skjemaet har fungert eller blitt oppfattet noe ulikt hos de ulike informantene (foresatte og lærere).

4.6 Forskerspørsmål nr. 1:

- Er det høyere forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever enn hos sammenlikningsgruppen?

Tabell 7. SDQ totalvanskeskåre og delskalaskårer for SH og Sgr.

SDQ skala:	F-skjema SH (N = 71)	F-skjema Sgr. (N=53)	t-test (foresatte)		L-skjema SH (N=66)	L-skjema Sgr. (N=37)	t-test (lærere)	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	t	p	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	t	p
Totalvanskeskåre (TVS)	8.27 (5.73)	5.74 (4.48)	2.664	.009*	8.23 (5.91)	4.30 (3.91)	3.621	.000*
Emosjonelle vansker (EMP)	2.11 (2.05)	1.43 (1.88)	1.889	.061	1.73 (2.08)	.62 (1.19)	2.970	.004*
Atferdsvansker (ADP)	1.21 (1.51)	.81 (1.11)	1.626	.106	1.02 (1.54)	.65 (1.21)	1.245	.216
Hyperaktivitet (HYP)	2.79 (2.46)	2.77 (2.04)	.036	.971	3.33 (3.11)	2.19 (2.62)	1.891	.061
Venneproblemer (VEP)	2.15 (2.05)	.72 (1.26)	4.512	.000*	2.15 (2.23)	.84 (1.40)	3.241	.002*
Prososial atferd (PRO)	8.34 (1.80)	8.51 (1.60)	-.550	.583	7.33 (2.29)	8.22 (1.89)	-1.995	.049*

Bemerk: N = 124 (foresatte) og N = 103 (lærere) og * p ≤ .05

Det ble foretatt t-test for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom synshemmede og sammenlikningsgruppen med tanke på forekomst av psykososiale vansker.

Testene viste at det var statistisk signifikante forskjeller på totalvanskeskåren (TVS) for både F-skjema og L-skjema, og på flere av delskalaene (VEP for foresatte, EMP, VEP og PRO for lærere).

TVS (foresatte) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå (t= 2,664, df= 122, sig.=.009). Cohen's d er på 0,50, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som moderate. Det betyr at det er signifikante forskjeller mellom synshemmede og sammenlikningsgruppen vurdert av foresatte.

TVS (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå (t= 3,621, df= 101, sig.=.000). Cohen's d er på 0,80, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som store. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom gruppene.

Skalaen VEP (foresatte) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå (t= 4,512, df= 122, sig.=.000). Cohen's d er på 0,86, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som store. Vurdert av foresatte viser det seg at det er signifikante forskjeller mellom gruppene.

Skalaen VEP (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå ($t= 3,241$, $df= 101$, $sig.=.002$). Cohen's d er på 0,72, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som moderate. Vurdert av lærere viser det seg at det er signifikante forskjeller mellom gruppene.

Skalaen EMP (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå ($t= 2,970$, $df= 101$, $sig.=.004$). Cohen's d er på 0,68, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som moderate. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom gruppene.

Skalaen PRO (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 5 % nivå ($t= -1,995$, $df= 101$, $sig.=.049$). Cohen's d er på 0,43, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som små. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom gruppene.

4.7 Forskerspørsmål nr. 2:

- Er det ulik forekomst av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede på klassetrinnene 1.-4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl.?

Tabell 8. Grad av psykososiale vansker avhengig av alder - F-skjema

SDQ skala:	1.-4. klasse (n=35)	5.-7. klasse (n=19)	8.-10. klasse (n=17)	Samlet	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	F	p
Totalvanskeskåre (TVS)	9.34 (6.46)	7.26 (4.65)	7.18 (5.03)	1.223	.301
Emosjonelle vansker (EMP)	2.23 (2.39)	2.00 (1.97)	2.00 (1.37)	.107	.899
Atferdsvansker (ADP)	1.43 (1.63)	.68 (.75)	1.35 (1.80)	1.621	.205
Hyperaktivitet (HYP)	3.43 (2.87)	2.16 (1.92)	2.18 (1.74)	2.429	.096
Venneproblemer (VEP)	2.26 (2.25)	2.42 (2.09)	1.65 (1.50)	.722	.490
Prososial atferd (PRO)	8.17 (1.92)	8.68 (1.60)	8.29 (1.79)	.501	.680

Bemerk: N = 71 (Foresatte)

Med hensyn til alder valgte vi å dele gruppen synshemmede inn i tre grupper: 1.-4. klasse ("småskolen"), 5.-7. klasse ("mellomtrinnet") og 8.-10. klasse ("ungdomstrinnet"). Vi foretok denne inndelingen for å oppnå større n enn vi ville få med å operere med en inndeling i ti ulike klassetrinn (fra 1.-10.kl.).

Det ble foretatt en Anova analyse for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom klassetrinnene 1.-4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl. Analysen er gjort i forhold til foreldreskjemaet til gruppen synshemmede, og påviste ingen signifikante forskjeller mellom klassetrinnene.

Tabell 8. viser at gruppenes gjennomsnittlige skåre ut fra alder på både TVS og alle delskalaene ligger relativt nær hverandre, og skårene mellom gruppene er ikke signifikante på 5 % nivå. Det betyr at det ikke er signifikante forskjeller hos gruppen synshemmede på de tre ulike klassetrinnene.

For å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom synshemmede elever på 1.- 4. kl., 5. -7. kl. og 8 -10. kl., ble det på samme måte foretatt en Anova analyse av L-skjema.

Tabell 9. Grad av psykososiale vansker avhengig av alder - L-skjema

SDQ skala:	1.-4. klasse (n=34)	5.-7. klasse (n=17)	8.-10. klasse (n=15)	Samlet	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	F	p
Totalvanskeskåre (TVS)	8.53 (6.66)	9.18 (5.30)	6.45 (4.58)	.927	.401
Emosjonelle vansker (EMP)	1.94 (2.44)	1.47 (1.77)	1.53 (1.51)	.367	.694
Atferdsvansker (ADP)	1.06 (1.74)	.76 (.97)	1.20 (1.66)	.338	.715
Hyperaktivitet (HYP)	3.68 (3.29)	4.18 (3.21)	1.60 (1.80)	3.394	.040
Venneproblemer (VEP)	1.85 (2.06)	2.76 (2.51)	2.13 (2.26)	.949	.393
Prososial atferd (PRO)	7.26 (2.14)	7.71 (2.49)	7.07 (2.49)	.335	.717

Bemerk: N = 66 (Lærere)

Tabell 9. viser at gruppenes gjennomsnittlige vansker ut fra alder på både TVS og fire av fem delskalaer ligger relativt nær hverandre. Skårene mellom gruppene er, med unntak av HYP-skalaen, ikke signifikante på 5 % nivå. Det betyr at det ikke er signifikante forskjeller hos gruppen synshemmede på de tre ulike klassetrinnene. Unntaket er som nevnt HYP-skalaen som viser statistisk signifikante forskjeller mellom gruppenes skårer på 5 % nivå (F= 3,394, df= 2, 63, sig.=.040). En Anova analyse viser om det er forskjeller mellom minst to grupper, den gir imidlertid ingen holdepunkter for å bestemme hvilke grupper forskjellene befinner seg mellom (Valås, 2006). Vi benyttet derfor en Post Hoc-test

(Scheffe) for å frem mellom hvilke grupper det var forskjell. Denne ”over all-verdien” avdekket ikke noen statistisk signifikante forskjeller. Nevnte test blir betraktet som en passe konservativ analyse (Valås, 2006, s. 473) og det kan derfor skje - som i vårt tilfelle - at en ikke får frem statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene.

Post Hoc-test (LSD) blir ofte omtalt som ”the least significant difference” (Toothaker, 1993, s. 41). Testen ansees som mindre konservativ enn Scheffe (ibid). Post Hoc-testen (LSD) viste statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene 1.-4. kl. og 8.-10. kl. ($F=3.394$, $df= 2, 63$, $sig.=.029$) og 5.-7. kl. og 8.-10. kl. ($F=3.394$, $df= 2, 63$, $sig.=.018$). 1.-4. kl. og 5.-7. kl. hadde med andre ord signifikant høyere (les: dårligere) skåre på HYP-skalaen enn 8.-10. kl.

4.8 Forskerspørsmål nr. 3:

- Finner en kjønnsrelaterte forskjeller med hensyn til type- og grad av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede?

Tabell 10. Grad av psykososiale vansker avhengig av kjønn - F-skjema

SDQ skala:	Foreldre-skjema (N=71)		t-test	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	T	p
	Gutt (n=43)	Jente (n=28)		
Totalvanskeskåre (TVS)	9.28 (6.01)	6.71 (5.00)	-1.875	.065
Emosjonell vansker (EMP)	2.09 (2.07)	2.14 (2.03)	.099	.921
Atferdsvansker (ADP)	1.44 (1.78)	.86 (.89)	-1.612	.112
Hyperaktivitet (HYP)	3.21 (2.64)	2.14 (2.03)	-1.814	.074
Venneproblemer (VEP)	2.53 (2.14)	1.57 (1.77)	-1.978	.052
Prososial atferd (PRO)	7.98 (2.08)	8.89 (1.07)	2.154	.035
Bemerk: N=71				

Med utgangspunkt i variabelen kjønn ble det foretatt t-test for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom synshemmede gutter og jenter med tanke på forekomst og fordeling av psykososiale vansker.

Testene viste at det var statistisk signifikant forskjell på PRO-skalaen. PRO (foresatte) viste seg å være statistisk signifikant på 5 % nivå ($t= 2,514$, $df= 69$, $sig=.035$). Cohen's d er på 0,58, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som moderate. Det betyr at det er signifikant forskjell mellom synshemmede gutter og jenter på skalaen prososial atferd vurdert av foresatte, og at guttene skårer lavest (les: dårligst).

De andre gjennomsnittsskårene ligger nær hverandre og er ikke signifikante på 5 % nivå. Det betyr at det ikke er signifikante forskjeller mellom synshemmede gutter og jenter på skalaene: TVS, EMP, ADP, HYP og VEP vurdert av foresatte.

Det ble foretatt tilsvarende t-test i forhold til kjønn og synshemmede på L-skjema, se tabell 11 nedenfor. Resultatene viste:

Tabell 11. Grad av psykososiale vansker avhengig av kjønn - L-skjema

SDQ skala:	Lærer-skjema (N=66)		t-test	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	T	P
	Gutt (n=40)	Jente (n=26)		
Totalvanske (TVS)	9.63 (5.89)	6.08 (5.37)	-2.475	.016
Emosjonell vansker (EMP)	1.88 (2.04)	1.50 (2.16)	-.713	.478
Atferdsvansker (ADP)	1.38 (1.75)	.46 (.95)	-2.436	.018
Hyperaktivitet (HYP)	4.25 (3.22)	1.92 (2.35)	-3.170	.002
Venneproblemer (VEP)	2.13 (2.30)	2.19 (2.15)	.119	.906
Prososial atferd PRO)	6.75 (2.32)	8.23 (1.97)	2.688	.009
Bemerk: N=66				

TVS (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 5 % nivå ($t= -2.475$, $df= 64$, $sig=.016$). Cohen's d er på 0,63, noe som innebærer at forskjellen mellom gruppene betraktes som moderate. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom synshemmede gutter og jenter på totalvanskeskåren (TVS).

Skalaen ADP (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå ($t= -2.436$, $df= 64$, $sig=.018$). Cohen's d er på 0,68, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som moderate. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom de synshemmede guttene og jentene på ADP-skalaen.

Skalaen HYP (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå ($t = -3.170$, $df = 64$, $sig. = .002$). Cohen's d er på 0,84, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som store. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom de synshemmede guttene og jentene på HYP-skalaen.

Skalaen PRO (lærere) viste seg å være statistisk signifikant på 1 % nivå ($t = 2.688$, $df = 64$, $sig. = .009$). Cohen's d er på 0,69, og forskjellen mellom gruppene kan dermed betraktes som moderate. L-skjema viser signifikante forskjeller mellom de synshemmede guttene og jentene på PRO-skalaen, og at guttene skårer lavest (les: dårligst).

4.9 Forskerspørsmål nr. 4:

- Har grad av synshemning betydning for forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever, og har grad av synshemning betydning for hvilke type psykososiale vansker som rapporteres?

Tabell 12. Grad av synshemning og fordeling av psykososiale vansker

SDQ skala:	F-skjema SH gr.1 WHO (n=50)	F-skjema SH gr.2-5 WHO (n=21)	t-test (foresatte)		L-skjema SH gr.1 WHO (n=47)	L-skjema SH gr.2-5 WHO (n=19)	t-test (lærere)	
	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	T	p	Gj.snitt (Sd)	Gj.snitt (Sd)	t	p
Totalvanskeskåre (TVS)	8.38 (5.99)	8.00 (5.19)	.253	.801	8.91 (6.09)	6.53 (5.21)	1.500	.138
Emosjonelle vansker (EMP)	2.14 (2.11)	2.05 (1.96)	.172	.864	2.00 (2.19)	1.05 (1.65)	1.700	.094
Atferdsvansker (ADP)	1.34 (1.61)	.90 (1.22)	1.109	.271	1.23 (1.70)	.47 (.90)	1.844	.070
Hyperaktivitet (HYP)	2.88 (2.50)	2.57 (2.42)	.480	.633	3.68 (3.16)	2.47 (2.89)	1.440	.155
Venneproblemer (VEP)	2.02 (2.14)	2.48 (1.81)	-.855	.395	2.00 (2.14)	2.53 (2.46)	-.868	.389
Prosocial atferd (PRO)	8.40 (1.85)	8.19 (1.69)	.446	.657	7.45 (2.19)	7.05 (2.55)	.630	.531

Bemerk: N = 71 (Foresatte), N = 66 (Lærere)

Som tidligere nevnt kategoriserer WHO synstap- og synsfunksjon i ulike kategorier fra 1-5. Vi har valgt å dele de synshemmede elevene som inngår i undersøkelsen i to hovedkategorier: "svaksynte" (gruppe 1) og "sterkt svaksynte og blinde" (gruppe 2-5). Vi har videre sammenliknet disse to gruppene skårer på F-skjema og L-skjema.

Som tabell 12 viser, ble det foretatt t-tester mellom gruppene for å undersøke om det var statistisk signifikante forskjeller med tanke på forekomst- og grad av psykososiale vansker.

Resultatene fra t-testene viser ingen signifikante forskjeller, verken på F-skjema eller L-skjema, mellom elever i kategori 1 og elever i kategori 2-5. Med andre ord har ikke grad av synshemming signifikant betydning for forekomst av- eller type psykososiale vansker i vårt materiale.

4.10 Oppsummering av resultater

I denne studien finner vi høyere totalforekomst av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede (SH) enn hos sammenlikningsgruppen (Sgr.). Både foresatteskjema (F-skjema) og lærerskjema (L-skjema) viser signifikant høyere totalvanskeskåre (TVS) for gruppen synshemmede enn sammenlikningsgruppen. Det samme er for øvrig tilfellet for VEP-skalaen. Både på TVS- og VEP-skalaen er forskjellen signifikant på 1 % nivået. I tillegg er det statistisk signifikant forskjell mellom gruppene både på EMP (1 % nivå) og PRO-skalaen (5 % nivå) på L-skjema.

Når det gjaldt gruppen synshemmede elever, ønsket vi å undersøke nærmere om alder kunne ha betydning for forekomst av- og eventuelt type vansker som ble rapportert. De synshemmede elevene (N=71) ble delt i tre aldersgrupper basert på klassetrinn, og det ble foretatt en Anova analyse for å undersøke om det forelå signifikante forskjeller mellom klassetrinnene 1.-4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl. Anova analysen av F-skjemaene viste ingen signifikante forskjeller mellom klassetrinnene. Med utgangspunkt i foresattes rapportering er det ikke statistisk signifikante forskjeller mht. psykososiale vansker hos de tre aldersgruppene.

Tilsvarende analyse av L-skjemaene viste en statistisk signifikant forskjell mellom de tre alderstrinnene på HYP-skalaen. For å avdekke mellom hvilke grupper det var forskjell ble det brukt to ulike Post Hoc tester, Scheffe og LSD. Sistnevnte test viste at det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene 1.-4. kl. og 8.-10. kl., og mellom 5.-7. kl. og 8.-10. kl. Gruppen 8.-10. kl. skåret signifikant lavere (les: bedre) enn gruppene 1.-4. kl. og 5.-7. kl.

Det ble benyttet t-tester for å undersøke om det forelå kjønnsrelaterede forskjeller med hensyn til type- og grad av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede.

På F-skjema viste undersøkelsen statistisk signifikant forskjell på PRO-skalaen, guttene skårer signifikant lavere (les: dårligere) enn jentene.

På L-skjema viste t-testene statistisk signifikante forskjeller mellom gutter og jenter på skalaene TVS, ADP, HYP og PRO. Guttene skåret signifikant dårligere på alle disse fire skalaene.

Når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt grad av synshemming kunne ha betydning for forekomst av- evt. type psykososiale vansker som ble rapportert, fant en ved bruk av t-tester ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene ”svaksynte” (WHO gr. 1) og ”sterkt svaksynte og blinde” (WHO gr. 2-5).

5. Drøfting

5.1 Innledning

Formålet med denne studien var å undersøke om det er assosiasjon (eller sammenheng) mellom synshemming og forekomst av psykososiale vansker hos de synshemmede grunnskoleelevene fra Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland som inngår i utvalget. Ved hjelp av foresatte- og lærerversjonen av SDQ sammenliknes total forekomst av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede mot sammenlikningsgruppen bestående av elever fra de samme klassene som de synshemmede elevene går i.

I teorikapitlet (pkt. 2.7) presenterte vi våre forskningsspørsmål, i dette kapitlet vil sentrale funn i vår undersøkelse drøftes og relateres til tidligere presentert teori og empiri. Som tidligere nevnt foreligger det få nyere studier- og lite forskning generelt som tar opp temaet psykisk helse blant unge synshemmede (Fasting, 2006). Vi har derfor et svært begrenset antall undersøkelser å relatere våre funn opp mot.

Følgende funn vil bli tatt opp og drøftet nærmere i dette kapitlet:

5.2 Funn relatert til forskerspørsmål 1 (synshemmede og sammenlikningsgruppen):

5.2.1: Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) totalvanskeskåre (TVS) enn sammenlikningsgruppen både på foresatte- og lærerversjonen av SDQ-skjemaet.

5.2.2: Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) skåre enn sammenlikningsgruppen på delskalaen venneproblemer (VEP) både på foresatte- og lærerskjema.

5.2.3: Synshemmede skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaen emosjonelle problemer (EMP) på lærerversjonen av SDQ.

5.2.4: Vi finner signifikant forskjell for delskalaen prososial (PRO) på lærerskjemaet. Her skårer synshemmede signifikant lavere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen.

5.3 Funn relatert til forskerspørsmål 2 (gruppen synshemmede og alder):

5.3.1: Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom alderstrinnene på totalvanskeskåren. Vi finner imidlertid signifikant forskjell mellom ulike alderstrinn på delskalaen hyperaktivitet (HYP) på lærerskjemaet.

5.4 Funn relatert til forskerspørsmål 3 (gruppen synshemmede og kjønn):

5.4.1: De synshemmede guttene i materialet skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn jentene på totalvanskeskåre (TVS), hyperaktivitetsskala (HYP) og atferdsskala (ADP) på lærerskjemaet, samt signifikant lavere (les: dårligere) på prososial (PRO) på foresatte- og lærerskjema.

5.5 Funn relatert til forskerspørsmål 4 (gruppen synshemmede og grad av synshemning):

5.5.1: Grad av synshemning har ikke signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker i utvalget.

5.2 Funn relatert til forskerspørsmål 1 (synshemmede og sammenlikningsgruppen)

Forskerspørsmål 1:

Er det høyere forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever enn hos sammenlikningsgruppen?

5.2.1 Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) totalvanskeskåre (TVS) enn sammenlikningsgruppen både på foresatte- og lærerversjonen av SDQ-skjemaet.

Som det fremgår av oppgavens tittel er dette den overordnede problemstillingen i undersøkelsen vår. De tre andre forskerspørsmålene er å regne som underordnede, og er primært tenkt å kaste lys over/peke på mulige assosiasjoner mellom synshemning og forekomst av psykososiale vansker (innenfor gruppen synshemmede elever).

Vektleggingen av dette forskerspørsmålet har også sammenheng med hvordan SDQ er bygd opp og viser seg å fungere i praksis: Goodman (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998) har vist at TVS egner seg minst like godt som delskalaene når det gjelder å skjelle

mellom psykiatriske- og ikke psykiatriske utvalg/cases. I tillegg har andre studier vist at problemskalaene korrelerer relativt høyt, noe som iflg. forfatterne også er et argument for å bruke en totalvanskeskåre (Palmieri & Smith, 2007; Sanne et al., 2009).

Som nevnt (pkt. 2.2) har tidligere undersøkelser vist motstridende resultater mht. forekomst av psykiske vansker hos synshemmede. Enkelte studier legger som premiss at en funksjonsnedsettelse i seg selv kan føre til psykiske vansker, andre studier tilbakeviser dette (Fasting, 2006).

Man har flere eldre studier som konkluderer med høy forekomst av emosjonelle- og psykiske vansker blant unge synshemmede (Warren, 1994). Studiene skiller imidlertid ikke alltid tydelig mellom elever med- og uten kompleks tilleggsproblematikk, noe som gjør at undersøkelsene ofte ikke gir et riktig bilde av situasjonen til barn og unge uten kompleks problematikk (Fasting, 2006).

Vi finner i vår undersøkelse at de synshemmede grunnskoleelevene skårer signifikant høyere (les: dårligere) på 1 % nivå enn sammenlikningsgruppen på totalvanskeskåre (TVS) for både foresatte- og lærerversjon av SDQ-skjemaet. Cohen's d for foresatte- og lærerversjon viser 0,50 og 0,80, noe som innebærer henholdsvis moderate og store forskjeller mellom gruppene. Som tidligere nevnt bestod vårt utvalg av synshemmede grunnskoleelever uten kjent kompleks tilleggsproblematikk (pkt. 2.1 og 3.4). En kan imidlertid ikke utelukke at flere elever i utvalget enn antatt hadde (kompleks) tilleggsproblematikk, fordi nevrologiske tester ofte avslører tilleggsvansker hos synshemmede man i utgangspunktet ikke antar har slike vansker (McConachie & Carr, 2008).

Resultatene fra vår undersøkelse sammenfaller ikke med resultatene fra Huurres (Huurre, 2000) studie av psykososial utvikling hos 115 blinde og svaksynte ungdommer på 7.-9. trinn i ordinær finsk skole. Hun fant ikke signifikante forskjeller mellom gruppen synshemmede og jevnaldrende med hensyn til forekomst av depresjon og depresjonssymptomer (ibid, s 34). Kefs landsdekkende undersøkelse av synshemmet ungdom i Holland konkluderer også med at gruppen totalt sett ikke har større vansker med psykososial utvikling/tilpassing enn jevnaldrende uten synshemming (Kef, 1999). (For en nærmere beskrivelse av Huurre og Kefs studier, se fotnote 5 og 6).

Det kan være ulike årsaker til at våre resultater avviker fra nevnte undersøkelser, vi kan bl.a. peke på følgende: Studiet vårt er basert på foresatte- og læreres rapporteringer, Huurre

og Kefs (ibid) studier er basert på selvrappoterering. Det kan i denne forbindelse nevnes at synshemmede elever kan ha en tendens til å fremstille sin situasjon som mer positiv og uproblematisk enn den egentlig er (Almbakk, 2009, s. 52).

Nevnte studier baseres ikke på bruk av SDQ, resultatene kan reflektere andre definisjoner, begrepsbruk og vektlegginger. Som nevnt (pkt. 3.3.1 og 3.3.5) kan SDQ brukes til ulike formål, bl.a. til å definere psykiatriske tilfeller. Når Huurre benytter forekomst av depresjon og depresjonssymptomer som mål i kartleggingen av synshemmede ungdommers psykososiale utvikling, bruker hun begreper som i utgangspunktet dekker både diagnostiserbare- og ikke diagnostiserbare lidelser (fotnote 4).

I vår undersøkelse går vi ikke nærmere inn på spørsmål knyttet til gradering av vanskenes innvirkning.

Ulikheter kan også være relatert til at vår undersøkelse tar utgangspunkt i elever fra 1.-10. klasse, mens de to nevnte undersøkelsene omhandler ungdom.

Man kan også tenke seg at resultatene kan være relatert til nasjonale forskjeller - for eksempel mht. organisering av undervisningstilbudet. Norge har ikke egne skoler for synshemmede grunnskoleelever, i motsetning til Finland og Nederland. Man kan eksempelvis tenke seg at det er systematiske forskjeller mht. psykososial tilpassing hos elever som går på ordinære skoler og de elevene som går på spesielt tilrettelagte skoler/spesialskoler.

Som nevnt (pkt. 2.2) synes det å være bred enighet om at miljøvariabler som fysisk miljø, læringsmiljø og familiemønster har stor betydning for psykososial funksjon hos synshemmede barn og unge. Det er ikke urimelig å tenke at forskjellene i totalvanskeskåre for synshemmede og sammenlikningsgruppen i vår undersøkelse i større eller mindre grad kan være relatert til slike miljø/tilretteleggingsrelaterte variabler. Vi har (pkt. 2.5) pekt på flere forhold knyttet til skolerelatert organisering og tilrettelegging som trolig kan ha betydning for psykososial tilpassing, bl.a. at synshemmede barn og unge i norsk skole ofte mangler rollemodeller for lek, læring og identitetsutvikling, og at elevene ofte har et omfattende synsrelatert tilretteleggingsbehov som ikke alltid blir tilfredsstillende ivaretatt.

Det at funn er signifikant også på F-skjema viser at problemene ikke bare er knyttet til en bestemt setting (skolesituasjonen), men eksisterer også i andre settinger (hjemmemiljøet).

5.2.2 Synshemmede har signifikant høyere (les: dårligere) skåre enn sammenlikningsgruppen på delskalaen venneproblemer (VEP) både på foresatte- og lærerskjema.

Grupperelasjoner og gruppetilhørighet har trolig stor betydning for personlighetsutvikling (Cotterell 1996 sitert i Kef, 1999). Barn som er marginaliserte eller er sosialt isolerte befinner seg i risikogruppe for utvikling av psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2009). Synshemming vil i ulik grad innvirke på muligheten til å oppnå- og vedlikeholde relasjonelle forbindelser med familie og venner (Kef, 1999). Det er ulike årsaker til dette; det er vanlig å anta at særlig sterkt svaksynte og blinde vil ha problemer i kommunikasjonssammenheng, bl.a. fordi de går glipp av non-verbal informasjon som ofte har avgjørende betydning for å kunne danne seg helhetlig forståelse av omgivelsene og innhold i kommunikasjon (Feilberg, 1991). Kommunikasjonsproblemene kan trolig også knyttes til at imitasjon og observasjon av sosial interaksjon har stor betydning i forbindelse med læring av sosiale ferdigheter (Janson, 1996). Synshemming kan også resultere i manglende initiativtaking, passivitet og problemer med å vurdere virkning av egen atferd (Boter & Wouters, 2002). Det faktum at synshemmede står i et avhengighetsforhold til andre for å kunne utføre visse gjøremål, f. eks. fysisk forflytting på skolen og i fritiden, vil også kunne bidra til sosial passivitet (Fasting, 2006).

Internasjonale studier kan tyde på at synshemmede skolebarn har lavere status blant jevnaldrende enn elever uten synshemming (Janson, 1996; Warren, 1994). Svensk forskning indikerer videre at mange synshemmede grunnskoleelever opplever utenforsituasjon, ensomhet og bristende selvfølelse, få venner og følelse av annerledeshet pga. hjelpebehov og særbehandling (Janson, 1996). Undersøkelsen (ibid) tyder også på at de synshemmede elevene i liten grad initierer aktiviteter, men forholder seg til medelevenes initiativ.

I vår undersøkelse finner vi at de synshemmede elevene skårer signifikant høyere (les: dårligere) på 1 % nivå i forhold til sammenlikningsgruppen på skalaen venneproblemer på både hjem- og skoleskjemaet. Dette kan indikere at problemene ikke bare eksisterer i en bestemt sammenheng, men opptrer i ulike sosiale settinger og miljøer.

Denne skalaen består av underspørsmålene/itemene: "ganske ensom, leker ofte alene", "har minst en god venn"(dette spørsmålet ble tatt bort på F-skjema, se pkt. 4.5 om

reliabilitetsanalyse), "vanligvis likt av andre barn", "plaget eller mobbet av andre barn" og "kommer bedre overens med voksne enn barn".

Vennsksrelasjoner vil forutsette at deltakerne opplever rimelig balanse mellom hva en investerer i et vennsksforhold og hva en får igjen (Hartup, 2001). Det er ikke urimelig å tenke seg at medelever og andre jevnaldrende opplever et misforhold, ubalanse i relasjoner med synshemmede - at de må yte mer enn de opplever å få igjen. I tillegg kan det tenkes at relasjonene får et annet innhold enn det som er vanlig i jevnalderrelasjoner; medelever kan trolig oppleve at samvær med synshemmede innebærer at en må bidra med ekstra støtte og hjelp - for eksempel i form av eksplisitte forklaringer og hjelp i forbindelse med forflytting. Medelevene kan få følelsen av å ha stort ansvar mht. å måtte bidra aktivt for å skape samspill- og samspillssituasjoner.

Janson (Janson, 1996) finner i sin studie det han betegner som vertikale relasjoner mellom de synshemmede elevene og medelevene, noe som innebærer at relasjonen bærer preg av en omsorgsfunksjon. Kanskje vil også medelever vurdere det slik at samvær med synshemmet elev vil medføre at en må avstå fra aktiviteter - for eksempel i friminuttene - som en ellers ville ha drevet med.

Det kan kort nevnes at L-skjema viser signifikant forskjell (.005) mellom synshemmede elever og sammenlikningsgruppen på enkeltitemet "kommer bedre overens med voksne enn barn" (les: utsagnet blir oftere brukt om synshemmede elever).

Dette resultatet kan muligens ha sammenheng med at synshemmede elever ofte har omfattende voksenkontakt i skolehverdagen, og at voksenkontakten kan fungere som barriere mot jevnaldrende (Preisler, 1997).

5.2.3 Synshemmede skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaen emosjonelle problemer (EMP) på lærerversjonen av SDQ.

I teorikapitlet er emosjonelle vansker definert som "symptomer som over tid påvirker livsutfoldelse, trivsel og utvikling, selv om belastningen ikke er så stor at det kan stilles en diagnose (Kvelling, 2008). Buli-Holmberg (Buli-Holmberg, 1997) peker på at begrepet "emosjonelle vansker" er relatert til ens følelsesmessige opplevelser. Sosiale og

emosjonelle vansker kan bidra til tilbaketrekking og isolering, og at man kommer i konflikt med miljøet (Bertheussen sitert i Buli-Holmberg, 1997).

I vår undersøkelse finner vi at de synshemmede elevene skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaen emosjonelle problemer på lærerversjonen av SDQ. Denne skalaen består av underspørsmålene/itemene: "klager over hodepine, vondt i magen eller kvalme" (dette spørsmålet ble tatt bort på L-skjema), "mange bekymringer, virker ofte bekymret", "ofte lei seg, nedfor eller på gråten", "nervøs eller klengete i nye situasjoner" og "redd for mye, lett skremt".

I teorikapitlet (pkt. 2.4.3) har vi pekt på at særlig svaksynte elever står i fare for å oppleve å bli misforstått, bli stilt overfor uklare- og varierende krav og forventninger, samt oppleve forvirring, uforutsigbarhet og engstelse i hverdagen. Lie (Lie, 1986) bruker begrepet "smertegap" for å illustrere avstanden eller gapet som eksisterer mellom krav og forventninger en person stilles ovenfor, og vedkommendes muligheter for å innfri disse kravene og forventningene. For elever med synshemming kan dette smertegapet bl.a. gi seg utslag i utrygghet, forvirring, angst og depresjon (kilde: fotnote 10).

Fasting (Fasting, 2006, s. 40) hevder at det å være synshemmet i en visuell verden innebærer en kronisk stressfylt situasjon. Stress er et folkelig begrep som er populært å bruke i mange sammenhenger. Mer presist snakker vi om stress når ytre faktorer fremkaller fysisk eller psykisk press på individet (Rakvaag, 1991). Psykologisk stress oppstår når man opplever at omgivelsenes krav og forventninger overstiger egen kapasitet (Norsk Helseinformatikk, 2010). Å være utsatt for kronisk stress anses for å være den sterkeste stressfaktoren, fordi det medfører langvarige eller permanente emosjonelle, psykologiske og atferdsmessige reaksjoner. Stress kan føre til depresjoner (ibid).

Det kan være rimelig å relatere den høye skåren på L- skjema til at de synshemmede elevene opplever en stressfylt skolehverdag. En hypotese kan være å tolke skåren som uttrykk for at det oppstår et smertegap som følge av manglende muligheter til å innfri krav og forventninger en stilles overfor i skolehverdagen. Skal en peke på mulige årsaker til dette smertegapet, kan det være nærliggende å trekke frem at skolesituasjonen for mange synshemmede ofte vil være preget av lite struktur i form av mindre forutsigbarhet og oversikt. Synshemmede vil ofte trenge ekstra tid i forbindelse med skolefaglig læring (for eksempel vil mange ha lav lesehastighet). Det er vanskelig for seende å forstå- og ta

hensynt til dette behovet. Trolig vil mange synshemmede kunne oppleve stress også av den grunn.

I motsetning til på lærerskjema finner vi ikke signifikant skåre for emosjonelle problemer på foresatteskjemaet (verdien ligger imidlertid på .061, nær signifikansgrensen). Denne forskjellen mellom foreldre- og lærerskåre kan muligens relateres til at faglige- og sosiale krav og utfordringer en stilles overfor i skolesammenheng vil kunne oppleves som ekstra krevende. På fritiden, i hjemmemiljøet kan en lettere regulere informasjonsmengde en stilles overfor, ta pauser (for eksempel i leksearbeidet) uten at informasjon går tapt. Det er også enklere å trekke seg unna situasjoner og sosiale settinger som oppleves som ubehagelige og krevende å mestre. En kan også i større grad velge hvem en vil være sammen med.

5.2.4 Vi finner signifikant forskjell for delskalaen prososial (PRO) på lærerskjemaet. Her skårer synshemmede signifikant lavere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen.

Det er trolig slik at individer besitter visse egenskaper og ferdigheter som har betydning for å kunne danne- og opprettholde nettverk (Bø, 2003). Det er rimelig å tenke at synshemming i ulik grad vil influere på evne og vilje til å kommunisere med andre mennesker - bl.a. fordi synshemmede går glipp av nonverbal informasjon som ofte er viktig for kunne danne seg et helhetlig bilde av omgivelsene, samt andres tanker, følelser og meninger²⁷ (pkt. 2.4.1). Jansons (Janson, 1996) undersøkelse fra svensk grunnskole viser at det ofte er medelevene som tar initiativ til sosial kontakt og initierer aktiviteter, de synshemmede elevene forholder seg til initiativene. Huurres funn (Huurre, 2000) fra finsk skole viser at de synshemmede elevene hadde større vansker med å få venner enn kontrollgruppen.

I vår undersøkelse finner vi at synshemmede elever skårer signifikant lavere (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på delskalaen prososial atferd på lærerskjemaet. Følgende items inngår i denne delskalaen: "omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser", "deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)", "hjelpsom hvis noen er såret, lei

²⁷ Det kan i denne sammenheng være verdt å nevne at personer med omfattende synshemming ofte vil bruke så vidt mye energi og oppmerksomhet omkring det å mestre omgivelsene rent fysisk at andre forhold knyttet til situasjonen ofte kan fremstå som mindre betydningsfulle. Synspedagoger, mobilitetspedagoger og andre som har forsøkt å orientere seg med bind foran øynene kan bekrefte at man, særlig i ukjente og fysisk krevende omgivelser, vil legge avgjørende vekt på informasjon og stimuli som bidrar til at en blir i stand til å mestre omgivelsene fysisk.

seg eller føler seg dårlig", "snill mot yngre barn", "tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere eller barn)".

Prososialskalaen kan sies å inneholde spørsmål som trolig vil favorisere personer uten synshemming, eksempelvis vil spørsmålet "omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser" gjøre det lettere for seende å få et umiddelbart inntrykk av andre menneskers sinnstilstand, stemningskifter o.l.

Prososialskalaen kan i større eller mindre grad også sies å inneholde spørsmål hvor evne til å desentrere/ ta andres perspektiv kan ha vesentlig betydning. Svært mye tyder på at særlig sterkt svaksynte- og blinde barn ofte viser forsinket utvikling med hensyn til å kunne ta andres perspektiv/desentrere (McConachie & Carr, 2008).

Som nevnt (pkt. 5.2.2.) skårer de synshemmede elevene signifikant høyere enn sammenlikningsgruppen på VEP-skalaen. Dette funnet kan muligens også bidra til å kaste lys over skåren på PRO-skalaen, da det er rimelig å tenke seg at disse to delskalaene gjensidig påvirker hverandre: Dersom synshemmede elever har problemer med å forholde seg til- og bli akseptert i jevnaldergruppen, kan det trolig ha betydning for mulighetene for å utvikle sosiale ferdigheter. Vi har også tidligere vært inne på at omfattende voksenkontakt kan fungere som barriere mot jevnaldrende.

Vi har tidligere (pkt. 5.2.3) pekt på at for synshemmede vil særlig skolesituasjonen kunne representere en stressfylt situasjon; høyt stressnivå vil trolig bidra til at en får mindre overskudd til prososial atferd.

Vi finner ikke signifikant forskjell for prososialskalaen på foresatteskjemaet. Dette kan muligens skyldes at foresatte har andre relasjoner til det synshemmede barnet enn personell på skolen har. Større kunnskap om personlige særtrekk og egenskaper kan trolig bidra til at foresatte vurderer oppførsel og reaksjoner hos barnet annerledes, kanskje vil foresatte i større grad finne eksempler på "omtenksomhet" og "hjelpsomhet". Dessuten opplever foresatte barnet i en helt annen setting; i hjemmemiljøet kan barnet selv i større grad ta kontroll og unngå situasjoner som er vanskelig å håndtere. Trolig vil tilretteleggingen i forhold til barnets problemer også være bedre i hjemmet enn på skolen. Dette kan bidra til at det blir lettere å oppnå den nødvendige oversikt og forutsigbarhet som er viktig for å kunne ta sosiale initiativ. Muligens vil også foresattes vurderinger i større grad bære preg

av hvordan sønnen/datteren forholder seg til voksne, mens lærerne i større grad vil vurdere med utgangspunkt i elevens relasjoner til jevnaldrende.

Vi har, i forlengelsen av hovedspørsmålet for undersøkelsen, lagt inn noen mulige variabler som forskning og teori viser kan ha relevans mht. å nyansere forståelsen av psykososial tilpassing innenfor gruppen synshemmede elever.

5.3 Funn relatert til forskerspørsmål 2 (gruppen synshemmede og alder)

Forskerspørsmål 2:

Er det ulik forekomst av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede på klassetrinnene 1.-4. kl., 5.-7. kl. og 8.-10. kl.?

5.3.1 Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom alderstrinnene på totalvanskeskåren. Vi finner imidlertid signifikant forskjell mellom ulike alderstrinn på delskalaen hyperaktivitet (HYP) på lærerskjemaet.

I følge Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2003) er det høyere forekomst av psykiske vansker blant ungdom enn blant barn og unge på lavere klassetrinn. Det kan være grunn til å spørre seg om ungdom med synshemning utgjør en risikogruppe. Fasting (Fasting, 2006) peker f.eks. på at synshemning i ungdomstiden representerer en tilleggsbelastning i en periode som i utgangspunktet er krevende for alle.

Tidligere forskning omkring synshemmet ungdom og psykososial utvikling viser motsetningsfylte resultater, noen forskningsfunn tyder på at denne gruppen har større problemer knyttet til psykososial utvikling, andre ikke (Huurre, 2000).

Resultatene fra vår undersøkelse viser ikke signifikante forskjeller mellom de tre ulike aldersgrupperingene (1.-4. kl., 5.-7.kl og 8.-10. kl.) med hensyn til totalvanskeskåre (TVS). Dataene gir derfor ikke grunnlag for å hevde at de synshemmede ungdomsskoleelevene i

utvalget totalt sett opplever større vansker mht. psykososial tilpassing enn elever på lavere klassetrinn.²⁸

Resultatet kan være knyttet til hvordan SDQ-skjemaet er bygd opp: Som nevnt (pkt. 3.3.2) er SDQ satt sammen av fire ulike problemskalaer - hyperaktivitet (HYP), venneproblemer (VEP), atferdsproblemer (ADP) og emosjonelle problemer (EMP). En kjenner til at noen vansker har en tendens til å avta med økende alder, andre vansker tiltar derimot i omfang; eksempelvis vil motorisk uro ved hyperaktivitet vanligvis avta med økende alder (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). For jentenes del ser en økende tendens for depresjon med økende alder (Brent & Weering, 2008), samt for angstrelaterte vansker (Pine & Klein, 2008). Det kan derfor være vanskelig å påvise aldersrelaterte forskjeller med utgangspunkt i TVS.

Vi finner signifikant skåre for delskalaen HYP på L-skjema, dvs. at elevene på 8.-10. trinn skårer signifikant lavere (les: bedre) enn elevene på de to andre alderstrinnene. Det kan være verdt å merke seg at dersom en ser bort fra skåren på HYP-skalaen på L-skjema, skårer aldersgruppene ganske jevnt på de andre skalaene. Avtakende tendens på HYP-skala med økende alder bidrar med andre ord til å forklare lavere totalvanskeskåre for 8.-10. kl. enn for de to lavere klassetrinnene.

Ut fra tidligere presentert teori kunne en kanskje forvente at ungdomsskoleelevene i utvalget vårt ble rapportert å ha større vansker med psykososial tilpassing enn elever på lavere klassetrinn. Når dette ikke er tilfelle, kan det være verdt å peke på at Huurre (Huurre, 2000) hevder at kontakt med foreldre og andre familiemedlemmer ser ut til å ha en enda mer sentral plass i synshemmedes sosiale nettverk enn det har for jevnaldrende. Foreldre- og familierelasjonene for synshemmede blir særlig tette i ungdomsalderen (ibid), muligens kan dette ha betydning for psykososial tilpassing.

Økende alder vil trolig medføre økt bevissthet omkring egne (synsrelaterte) forutsetninger og behov. Trolig vil denne innsikten kunne ha en positiv innvirkning på muligheten til å mestre de ulike faglige- og sosiale utfordringene en stilles overfor. Sannsynligvis vil også mer struktur og forutsigbarhet være en konsekvens av mer tradisjonell skolefokus på de høyere trinnene, noe som vil være gunstig for synshemmede elever.

²⁸ Vi sammenlikner totalvanskeskåre for synshemmede elever på alderstrinnene 1.-4. kl, 5.-7. kl og 8.-10. kl. Resultatene er ikke sammenliknbare med resultatene fra Kef og Huurres studier fra henholdsvis Holland og Finland, da disse to studiene er basert på en sammenlikning av synshemmede ungdommer mot en sammenlikningsgruppe bestående av normaltseende elever. (For nærmere beskrivelse av disse to studiene, se fotnote 5 og 6).

Som nevnt i avsnittet over finner vi at alderstrinnet 8.-10. kl. skårer signifikant lavere enn alderstrinnene 1.-4. kl. og 5.-7. kl. på L-skjema på delskalaen "hyperaktivitet".

Hyperaktivitetsskalaen består av itemene: "rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro", "stadig urolig eller i bevegelse", "lett avledet, mister lett konsentrasjonen", "tenker seg om før hun/han handler (gjør noe)", og "fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne".

Søk i internasjonale databaser som ERIC, Pubmed, Psycinfo og ISI web of science gir ikke treff når en søker på problemstillinger knyttet til synshemming og hyperaktivitet - heller ikke når en søker på oppmerksomhetsvansker (attention deficit). Vi har med andre ord ikke mulighet til å relatere våre funn til andre undersøkelser. På bakgrunn av dette kan det være rimelig å tenke at signifikant lavere skåre for 8.-10. kl. på HYP-skalaen kan ha sammenheng med at en i normalbefolkningen vanligvis ser en avtakende tendens på HYP-skalaen for itemene som omhandler motorisk uro med økende alder (Taylor & Sonuga-Barke, 2008).

5.4 Funns relatert til forskerspørsmål 3 (gruppen synshemmede og kjønn)

Forskerspørsmål 3:

Finner en kjønnsrelaterte forskjeller med hensyn til type- og grad av psykososiale vansker hos gruppen synshemmede?

5.4.1 De synshemmede guttene i materialet skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn jentene på totalvanskeskåre (TVS), hyperaktivitetsskala (HYP) og atferdsskala (ADP) på lærerskjemaet, samt signifikant lavere (les: dårligere) på prososial (PRO) på foresatteskjema og lærerskjema.

Vår undersøkelse viser flere signifikante funn når vi kontrollerer for variabelen kjønn. Vi finner bl.a. at synshemmede gutter skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn jentene på totalvanskeskåren (TVS) for lærerskjema. (Tendensene er for øvrig de samme på foresatteskjema, selv om det kun er på delskalaen prososial en får signifikant verdi på foresatteskjema).

Dette funnet er i overensstemmelse med tidligere referert informasjon fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2009) som konkluderer med at to av tre med diagnostiserbare psykiske lidelser i aldersgruppen 6-12 år er gutter.

Barn i Bergen studien (runde 1 og 2) viser og de samme tendensene: Guttene kommer dårligere ut på alle fire problemskalaene på L-skjema. Det samme er tilfellet på F-skjema, med unntak av EMP-skalaen (Sanne B., feb. 2010, personlig meddelelse).

Det kan være ulike grunner til at guttene har en høyere totalforekomst av psykososiale vansker. Nordahl (Nordahl, 2007) peker bl.a. på at jenters motiver passer bedre til dagens skoles organisering, innhold og metoder enn det guttenes motiver gjør. Han (ibid) peker på at skolen vektlegger verdier som tradisjonelt har vært knyttet til feminitet - som samarbeidsorientering, arbeidsomhet og skoleflinkhet. Dette kan ifølge Nordahl (ibid) bidra til å kaste lys over hvorfor guttene har større vansker med å finne seg til rette- og lykkes både faglig og sosialt i skolesammenheng. Dette kan også skyldes komplekse genetiske faktorer som gjør guttene mer sårbare for nevropsykiatriske tilstander (Bishop & Rutter, 2008).

Interaksjonseffekter (samspillseffekter) dreier seg om effekten kombinasjoner av variabler har for effekten/resultatet som oppnås (Svartdal, 1998, s. 176). Interaksjonseffekter foreligger når effekten av en variabel påvirkes av ulike nivåer på en annen variabel (ibid, s. 216).

Selv om vi ikke ut fra vårt materiale kan si om synshemming kan forsterke de ovennevnte kjønnsforskjellene (interaksjonseffekt), er det mulig å tenke seg at så er tilfelle. Kanskje kan skolens vektlegging av verdier som tradisjonelt har vært knyttet til feminitet bidra til at det blir lettere for de synshemmede jentene å bli akseptert av jevnaldrende jenter enn det er for synshemmede gutter å bli akseptert hos sine jevnaldrende.

Som nevnt (pkt. 2.3) besitter individer i ulik grad egenskaper og ferdigheter som er viktige for å danne- og opprettholde nettverk. Kan det tenkes at synshemmede jenter i større grad får utviklet- og brukt sine kommunikasjonsferdigheter som følge av at jentekulturen i større grad åpner for det?

På lærerskjema finner vi også at guttene skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn jentene på hyperaktivitetskala (for items, se pkt 5.3.1) og atferdsskala (består av itemene: "har ofte raserianfall eller dårlig humør", "som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om", "sloss ofte med andre barn eller mobber dem", "lyver eller jukser ofte", "stjeler hjemme, på skolen eller andre steder"). Disse funnene er også i overensstemmelse med Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2009) som konkluderer med at hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsforstyrrelser er atskillig hyppigere blant gutter enn blant jenter.

Som nevnt (pkt. 5.3) har vi lite eller ingen forskning knyttet til temaet synshemming og hyperaktivitet. Selv om vi ikke ut fra vårt materiale kan si om synshemming kan forsterke kjønnsforskjellene vi har pekt på mht. hyperaktivitet, er det imidlertid mulig å tenke seg at så er tilfelle (interaksjonseffekt).

Når vi finner at de synshemmede guttene i utvalget vårt skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn de synshemmede jentene på atferdsskalaen, er dette i tråd med Nordahl (Nordahl, 2007) som hevder at guttene generelt viser høyere forekomst av problematferd i skolen enn jentene.

Gulbrandsen (Gulbrandsen, 1998) hevder at gutter bl.a. gjennom å overtre regler og overse jenters/kvinnens forsøk på å stoppe dem, blir "en av gutta" og utvikler kjønnsidentitet. Nielsen (Nielsen, 1984) peker videre på at det å være frekk mot læreren kan gi status i guttegruppa, for jenter venter det derimot ingen slik gevinst. Kan de synshemmede guttenes høye skåre på atferdsskalaen være knyttet til ønsket om å ikke skille seg ut i forhold til den toneangivende guttekulturen? Ericsson & Larsen (Ericsson & Larsen, 2000) peker for øvrig på at det innebærer en balansegang å sikre seg en plass som "en av gutta" samtidig som en ikke blir avviksdefinert.

Vi finner at de synshemmede guttene skårer signifikant lavere (les: dårligere) enn de synshemmede jentene på prososialskalaen både på F-skjema og L-skjema. Dette resultatet er konsistent med resultatene fra tidligere nevnte kartleggingsundersøkelse (Nordahl, 2007) hvor det fremkommer at gutter skårer signifikant dårligere enn jenter i lærernes vurdering av sosial kompetanse.

En kan muligens hevde at jentenes sosiale relasjoner er mest i overensstemmelse med verdiene og kvalitetene som prososialskalaen etterspør. Kanskje er det slik at verdier som tradisjonelt har vært knyttet til femininitet gjør det enklere for synshemmede jenter å få innpass i jentekulturen, samt utvikle sosial kompetanse. Jentene oppmuntres i større grad gjennom den generelle kultur i samfunnet til å etablere intime vennskap med større fokus på bl.a. emosjonell støtte (Maccoby, 1998). Jentenes vennsksrelasjoner er også mer dyadiske, selvavslørende og intime (Belle, 1989). Større fokus på emosjonell støtte og mer intime vennskap kan muligens bidra til at det for eksempel blir mindre problematisk for synshemmede jenter å vise sin avhengighet og sårbarhet. Guttenes vennsksrelasjoner kan se ut til å dreie seg om felles deltakelse på aktiviteter (Belle, 1989). Fokus på aktiviteter

kan i seg selv være problematisk for synshemmede, bl.a. fordi at dette lett kan medføre raske fysiske forflytninger og lite struktur og forutsigbarhet.

5.5 Funn relatert til forskerspørsmål 4 (gruppen synshemmede og grad av synshemming).

Forskerspørsmål 4:

Har grad av synshemming betydning for forekomst av psykososiale vansker hos synshemmede grunnskoleelever, og har grad av synshemming betydning for hvilke type psykososiale vansker som rapporteres?

5.5.1 Grad av synshemming har ikke signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker i utvalget.

I teorikapitlet har vi vist til empiri og teori som kan bidra til kaste lys over synshemmedes psykososiale tilpassing. På bakgrunn av empiri- og teoriene vi presenterte, var det ikke urimelig å tenke seg at grad av synshemming kunne ha betydning for både totalvanskeskåren (TVS) - samt for skåre på de ulike delskalaene. Svaksynte barn og ungdommer kan for eksempel se ut til å stå overfor andre typer psykososiale utfordringer enn de med dårligst synsfunksjon. Det blir bl.a. hevdet at svaksynte har større fare for å bli misforstått, bli stilt overfor uklare krav og forventninger, og kan oppleve større problemer enn blinde med å plassere seg i forhold til den "seende" og "visuelt handikappede" verden (pkt. 2.4.3).

Vi har også presentert resultater fra ulike undersøkelser som kan tyde på at grad av synshemming kan ha betydning for omfang og type psykososiale vansker som rapporteres. Huurre (Huurre, 2000) hevder at forskning omkring synshemmet ungdom og psykososial utvikling viser at enkelte funn kan relateres til tidspunkt for synshemningens debut og grad av synshemming, og at de med dårligst synsfunksjon f.eks. ser ut til å delta i færrest aktiviteter og ha størst vansker med å fungere i sosiale situasjoner sammen med mange andre. Huurres (ibid) egen studie av blinde- og svaksynte ungdommer i ordinær finsk skole viser at blinde elever og elever med medfødt synshemming rapporterte å ha større vansker med jevnalderrelasjoner enn øvrige synshemmede.

Vi har ingen signifikante funn i vår undersøkelse når vi kontrollerer for grad av synshemming. (På L-skjema ser vi imidlertid at svaksynte elever har høyere skåre på EMP-skala og ADP-skala enn sterkt svaksynte/blinde - tabell 12).

Vårt funn er for øvrig konsistent med Janson (Janson, 1996) som i sin studie av samspill og relasjoner rundt tolv synshemmede elever som var integrerte i svenske skoleklasser ikke finner tydelig sammenheng mellom grad av synshemming og sosial deltakelse.

Som nevnt tidligere (pkt. 2.2 og 2.5) er det bred enighet om at miljøvariabler har stor betydning for psykososial tilpassing hos synshemmede barn og unge. Når vi ikke finner at grad av synshemming har signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker hos elevene i utvalget vårt, kan det være rimelig å knytte dette opp mot hvordan mennesker rundt eleven forholder seg- og opptrer. Trolig vil elevene med dårligst synsfunksjon få mer informasjon og møte større forståelse for at synsrelatert tilrettelegging er nødvendig.

Denne hypotesen er for øvrig konsistent med tidligere nevnte (pkt. 2.4.3) undersøkelser som kan tyde på at blinde - fordi de får informasjon om vesentlige detaljer i omgivelsene som svaksynte ikke får - skårer like bra som svaksynte mht. ferdigheter hvor synssansen i utgangspunktet antas å ha avgjørende betydning for mestring (Corn & Bishop, 1984).

Det er heller ikke urimelig å tenke seg at rettigheter forankret i lovverk kan bidra til at sterkt svaksynte- og blinde elever får kvalitativt bedre oppfølging i skolen enn svaksynte. Opplæringslovens § 2.14 (fotnote 13) inneholder flere rettigheter for sterkt svaksynte og blinde elever, og kan i tillegg være med på å skape generell aksept for at denne gruppen har et stort tilretteleggingsbehov.

6. Oppsummering og avslutning

Vi nevnte innledningsvis (pkt 1.0) at valg av tema og problemstillinger for denne oppgaven har nær sammenheng med tanker og erfaringer vi har gjort oss i arbeidet som fylkessynspedagoger i henholdsvis Aust- og Vest-Agder. På bakgrunn av jobberfaringer fant vi det naturlig å undersøke mer systematisk om det faktisk er slik at synshemmede grunnskoleelever har større vansker med psykososial tilpassing enn medelevene - samt hvordan vanskene evt. manifesterer seg.

Vi valgte å benytte en survey undersøkelse hvor fokus ble rettet mot assosiasjoner mellom psykososial tilpassing og synshemming hos et stort antall elever. Befring (Befring, 2007) hevder at det er vanlig å bruke surveyundersøkelser når det er snakk om store datamengder og store utvalg, og når man i første rekke ønsker å oppnå oversyn over- og generell innsikt i problemstillingene som reises. Bruk av surveyundersøkelse er forenlig med at vi mangler kunnskap om hvordan barn og unge med synshemming har det i skolen.

Ved å benytte spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) fikk vi et instrument som ga oss mulighet til - innenfor tidsrammen vi hadde til rådighet - å samle inn og behandle data fra et stort antall informanter, inkludert en sammenlikningsgruppe bestående av elever fra de samme klassene de synshemmede elevene gikk i. Det foreligger flere større norske studier hvor SDQ har blitt brukt (pkt. 3.3.1). Vi brukte resultatene fra den pågående longitudinelle populasjonsstudien Barn i Bergen til å sannsynliggjøre at sammenlikningsgruppen i vår undersøkelse ikke representerer et atypisk utvalg.

Den overordnede problemstillingen i undersøkelsen vår var om de synshemmede grunnskoleelevene i Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland hadde en høyere forekomst av psykososiale vansker enn sammenlikningsgruppen. Vi fant statistisk signifikante forskjeller mellom synshemmede og sammenlikningsgruppen med hensyn til totalvanskeskåre både på foresatte- og lærerskjemaet. Begge disse skjemaene viser at de synshemmede elevene har en signifikant høyere (les: dårligere) totalforekomst av psykososiale vansker enn sammenlikningsgruppen.

Vår undersøkelse viste også at de synshemmede elevene har signifikant høyere skåre (les: dårligere) enn sammenlikningsgruppen på venneproblemskalaen (VEP) på F- og L-skjema, samt på emosjonelle problemer (EMP) på L-skjema. På prososialskalaen (PRO) på L-skjemaet skårer de synshemmede lavere (les: dårligere).

I undersøkelsen har vi også lagt inn enkelte variabler som teori og forskning viser kan ha relevans mht. å nyansere forståelsen av psykososial tilpassing innenfor gruppen synshemmede elever. Det kan være særlig verdt å merke seg at de synshemmede guttene i utvalget skårer signifikant høyere (les: dårligere) enn de synshemmede jentene på flere skalaer: totalvanskeskåre (TVS), hyperaktivitet (HYP), og atferdsvansker (ADP) på lærerskjemaet, samt kommer signifikant dårligere ut på prososial skala (PRO) på både F- og L-skjema.

Vi finner for øvrig at grad av synshemning ikke har signifikant betydning for forekomst av psykososiale vansker i utvalget.

Ofte vil det være aktuelt å vurdere nærmere hvor representative funnene i en undersøkelse er for populasjonen utvalget er trukket fra (Valås, 2006, s. 149). Svarprosenten er en sentral faktor i denne sammenheng. Vi oppnådde en svarprosent på ca 88 % for de synshemmede i undersøkelsen, noe som må kunne betegnes som svært tilfredsstillende. Selv om det kan tenkes at frafallet er systematisk, holder vi i utgangspunktet dette for å være lite sannsynlig. Når det gjaldt sammenlikningsgruppen oppnådde vi en vesentlig lavere svarprosent. Vi valgte av den grunn å sammenholde disse dataene med data fra Barn i Bergen studien (se over, samt pkt. 4.3).

Målet for undersøkelsen har vært at alle synshemmede i de tre fylkene som pr. definisjon inngår i utvalget også skal være representert i utvalget. Slik vi vurderer det blir spørsmål om studiens validitet bl.a. knyttet til om utvalget faktisk utgjør den reelle populasjonen. Finner en for eksempel synshemmede elever i de tre fylkene som faller inn under kriteriene for deltakelse i undersøkelsen som ikke er registrert i Husebys brukerregistre, og hvor mange kan det evt. dreie seg om? Trolig snakker vi i så fall om et lite antall, selv om det muligens kan dreie seg om noe ulik rapporteringspraksis når brukerregistre for de tre aktuelle fylkene viser prosentvis forskjellig forekomst av synshemmede elever i målgruppen (pkt 4.2).

Det er selvsagt også mulig at det kan ha oppstått feilregistreringer som følge av bl.a. usikkerhet knyttet til tolkning av utvalgsriteriene for deltakelse i undersøkelsen (se pkt.

3.4 for nærmere beskrivelse av utvalgskriterier). Som nevnt gikk vi igjennom brukerregistrene sammen med fylkessynspedagogene i Rogaland for i størst mulig grad å forhindre usikkerhet knyttet til utvalgskriteriene.

Hovedregelen er at funn bare kan generaliseres til populasjonen utvalget er hentet fra. Det kan allikevel være interessant å vurdere nærmere i hvilken grad resultatene fra Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland er representative for andre fylker, evt. for landsbasis. Antall deltakere i studien (ca 15 % av landets synshemmede som pr. definisjon tilhører våre utvalgskriterier antas å være representert), variert geografisk område (forholdet mellom by- og landkommuner, kyst- og innlandskommuner som er representert) kan tale for det. Det er imidlertid mulig å tenke seg faktorer som i større eller mindre grad kan bidra til at utvalget vårt er skjevt i forhold til landet som helhet. Vi kan f.eks. peke på at ulik dimensjonering på- og organisering av hjelpetjenester - inkludert synspedagogtjenester - kan skape systematiske forskjeller mellom kommuner, fylker og landsdeler. En kan videre tenke seg at det f.eks. kan være forskjeller mht. tilgang på kvalifisert lærerpersonell i ulike deler av landet; deler av Nord-Norge har f.eks. tradisjonelt hatt større gjennomtrekk av lærere, noe som muligens kan medføre at lærerne her i utgangspunktet har mindre erfaring enn lærere i andre deler av landet.

I teori- og drøftkapitlet har vi presentert teori/forklaringsmodeller vi mener kan bidra til å kaste lys over funnene vi har presentert i denne undersøkelsen. Det blir selvsagt viktig å reflektere over graden av forklaringsverdi disse teoriene og forklaringsmodellene har, og i hvilke sammenhenger det ville vært formålstjenlig å benytte andre innfalsvinkler: Hvordan skal en f.eks. forklare at de synshemmede guttene skårer høyere (les: dårligere) enn de synshemmede jentene på flere delskalaer - inkludert totalvanskeskåre? Er det slik som vi antyder (pkt. 5.4.1) at synshemning kan bidra til å forsterke allerede eksisterende kjønnsforskjeller?

Undersøkelsen reiser en rekke problemstillinger det kunne være interessant å gå nærmere inn på; vi synes for eksempel det ville være interessant å studere nærmere mulige årsaker til at vi hos gruppen synshemmede finner signifikante forskjeller mellom ulike alderstrinn på delskalaen hyperaktivitet på lærerskjemaet. En nærliggende forklaring på signifikant lavere skåre for 8.-10. kl. vil være at en i normalbefolkningen vanligvis ser avtakende tendens på HYP-skalaen for itemene som omhandler motorisk uro. Itemanalyse (se fotnote 25 og vedlegg 8) viser imidlertid at det særlig er oppmerksomhetsitemene ("lett avledet,

mister lett konsentrasjonen" og "fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne") som viser avtakende tendens med økende alder i vår undersøkelse.

Hovedkonklusjonen er at de synshemmede grunnskoleelevene som inngår i utvalget blir rapportert å ha større vansker med psykososial tilpassing enn sammenlikningsgruppen. På bakgrunn av dette mener vi det vil være både interessant og viktig å vurdere nærmere hvor representative funnene i vår undersøkelse er for andre deler av landet, evt. for landet som helhet. En tanke kunne være å gjøre en representativ undersøkelse på landsbasis for å kartlegge dette nærmere. Dersom en slik undersøkelse skulle bekrefte våre funn fra Aust-Agder, Vest-Agder og Rogaland, vil dette ytterligere understreke behovet for å avklare hvordan en best kan kvalitetssikre tilretteleggingen og oppfølgingen synshemmede elever i grunnskolealder får. Trolig forutsetter en slik avklaring at en vurderer nærmere hvilke positive og negative konsekvenser dagens skolepolitikk - bl.a. inkluderingstanken - får for disse elevene.

Referanser

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), s. 213-232.
- Almbakk, M. L. (2009). *Balansekunst. En undersøkelse om identitet, selvfølelse og livskvalitet hos ungdom som har en synsnedsettelse*. Upublisert masteroppgave, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo. Lastet ned 24 oktober 2009 fra <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=91428&fid=51927>
- Andersen, K., & Hunstad, E. (1998). Noen tanker om identitetsutviklingen hos synshemmede barn som er integrert på heimstedet. *Synspedagogen*, 11(2), s. 9-14.
- Assistanse. (2009). *Høringsuttalelse om NOU 2009:18 Rett til læring*. Lastet ned 15. februar 2010, fra http://www.assistanse.no/doc/Midtlyng_horingssvar_felles_091130.doc.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 13(2), s. 17-24.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Samlaget. (Samlagets bøker for høgare utdanning).
- Belle, D. (1989). Gender differences in children`s social networks and support. I: D. Belle (red.), *Children`s social networks and social supports* (s. 173-191). New York: Wiley.
- Bishop, D., & Rutter, M. (2008). Neurodevelopmental Disorders: Conceptual Issues. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red.), *Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry* (5. utg., s. 32-41): Blackwell Publishing.

- Bjørnsrud, H. (2000). *Den inkluderende skolen: enhetsskolens idealer, dilemmaer og hverdag*. Oslo: Universitetsforl.
- Boter, R., & Wouters, B. (2002). Social position. I: J. Moonen, D. Gringhuis & P. v. Woudenberg (red.), *Children with partial sight: development, parenting, education and support* (s. 245-258). Doorn: Bartimeus.
- Brandsborg, K. (1999). Empati og blindhet. *Synsforum*(3), s. 16-23.
- Brandsborg, K. (2004). Til forveksling lik autisme? Mulige sammenhenger mellom blindfødheth og autismliknende vansker. *Spesialpedagogikk*, 69(8), s. 41-50.
- Braut, G. S. (2010). *Prevalens*. Lastet ned 27. januar 2010, fra Store Norske Leksikon http://www.snl.no/.sml_artikkel/prevalens.
- Brent, D., & Weering, V. R. (2008). Depression disorders in childhood and adolescence. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5. utg., s. 587-612): Blackwell Publishing.
- Buli-Holmberg, J. (1997). *Sosiale og emosjonelle vansker*. Oslo: Gyldendal. Lastet ned 16. november-09, fra http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008121500021#&struct=DIV190.
- Bø, I. (2003). *Hva betyr det for ungdom å oppleve sosial støtte?: på sporet av sammenhenger mellom hjemmebakgrunn, sosiale nettverk og opplevelse av psykososiale problemer hos 14-17-åringene*. Stavanger: Høgskolen i Stavanger, Senter for atferdsforskning.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corn, A. L., & Bishop, V. E. (1984). Acquisition of practical knowledge by blind and visually impaired students in grades 8-12. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 78(8), s. 352-356.

- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), s. 483-509.
- Egidius, H. (1996). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ellis, M. E., Aguirre-Urreta, M. I., Sun, W. N., & Marakas, G. M. (2008). *Establishing the need for measurement invariance in information systems research: A step-by-step example using technology acceptance research*. Paper presentert på Proceedings of the 39th Annual Meeting of the Decision Sciences Institute. Lastet ned 4. januar 2009, fra <http://www.decisionsciences.org/Proceedings/DSI2008/docs/446-6332.pdf>.
- Ericsson, K., & Larsen, G. (2000). *Skolebarn og skoleforeldre (om forholdet mellom hjem og skole)* Oslo: Pax Forlag.
- Fasting, A. F. (2006). Ung og synshemmet å leve med en synshemming - psykososiale aspekter og psykisk helse. *Skolepsykologi*, 41(6), s. 33-44.
- Feilberg, J. (1991). *Det blinde barnet 2: Forberedende lese- og skriveopplæring: Grunnleggende ferdigheter 1.- 5. leveår*. [Oslo]: Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2003). *Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Lastet ned 3. juli 2008, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2667:1:0:0:::0:0.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge : et folkehelseperspektiv*. Oslo: FHI. (Rapport ; 2009:8). Lastet ned 3. juli 2009, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>.
- Gjærum, B., Grøholt, B., & Hilchen, S. (red.). (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschenhoug AS.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), s. 581-586.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), s. 791-799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), s. 1337-1345.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), s. 125-130.
- Gulbrandsen, L. M. (1998). *I barns dagligliv. En kulturpsykologisk studie av jenters og gutters utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartup, W. W. (2001). Friendship: Development in Childhood and Adolescence. I: J. S. Neil & B. B. Paul (red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 5809-5812). Oxford: Pergamon. Lastet ned 3. juli 2009, fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/B7MRM-4MT09VJ-1CH/2/ccf4d091af8af28f8144ee3c4598526b>.
- Haugen, R. (2008a). Emosjonelle vansker i form av angslidelser og stemningslidelser. Hvordan kommer de til uttrykk? I: R. Haugen (red.), *Barn og unges læringsmiljø 3: Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 107-134). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Haugen, R. (2008b). Hva er sosiale og emosjonelle vansker? I: R. Haugen (red.), *Barn og unges læringsmiljø 3: Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 15-42). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Heiervang, E., Goodman, A., & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(6), s. 678-685.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., m.fl. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), s. 438-447.
- Helsedirektoratet. (2008). *Om ICF (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse)*. Lastet ned 14. januar 2010, fra http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk_pasientklassifisering/icf/om_icf_internasjonale_klassifisering_av_funksjon_funksjonshemming_og_helse_72458.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), s. 319-335.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), s. 127-135.
- Hintermair, M. (2007). Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *American Annals of the Deaf*, 152(3), s. 320-330.
- Hoekstra-Vrolijk, S. (2002). Psychosocial development. I: D. Gringhuis, J. Moonen & P. v. Woudenberg (red.), *Children with partial sight. Development, parenting, education and support* (s. 87-105). Doorn: Bartimeus.
- Hummelvoll, G. (2000). Barn og unge med progredierende synsvansker. *Spesialpedagogikk*, 65(6), s. 22-28.
- Huurre, T. M. (2000). *Psychosocial development and social support among adolescents with visual impairment*. (Academic disseration). Tampere: University of

- Tampere. (Acta Universitatis Tamperensis; 756). Lastet ned 24. oktober 2009, fra <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4842-1.pdf>.
- Høvding, G. (red.). (2004). *Oftalmologi: nordisk lærebok og atlas*. (14. utg.). Bergen: I kommisjon hos Studia.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i Psykologi* (4 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Janson, U. (1996). *Skolgården som møtesplass. Samspel mellom elever med og utan synskador*. Stocholm: Pedagogiska Institutionen, Stocholms Universitet, Gruppen för Handikappforskning. (Rapport nr. 9). Lastet ned 3. juli 2009, fra http://www.sit.se/download/Regioner/S%F6dra/Skolg%E5rden_utanbild.pdf.
- Kef, S. (1999). *Outlook on relations, personal networks and psychosocial characteristics of visually Impaired adolescents*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Kringlen, E. (red.). (2005). *Psykiatri*. (8. utg.): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvello, Ø. (2008). Utsatte barn og unge. I: Ø. Kvello (red.), *Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 359-372.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, I. (2003). Annerledeshet og dilemmaer i skolehverdagen. *Spesialpedagogikk*, 68(7), s. 10-14.
- Larssen, T. (2006). *Blinde elever i videregående skole: En oppfølgingsstudie av tilrettelegging og faglig funksjon for ett årskull*. (Avhandling ph.d.) Oslo: Unipub forl. (Series of dissertations submitted to the Faculty of education, University of Oslo; no. 75).
- Larssen, T., & Wilhelmsen, G. B. (2001). Synshemming og synspedagogikk. I: E. Befring & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (s. 198-214). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Lie, I. (1986). *Syn og synsproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lund, R. (1991). *CCTV-boken*. Oslo: Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede

- Maccoby, E. E. (1998). *The two sexes: growing up apart, coming together*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- McAlpine, L. M., & Moore, C. L. (1995). The development of social understanding in children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89(4), s. 349-358.
- McConachie, H., & Carr, G. (2008). Mental health in children with specific sensory impairments. I: M. Rutter (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5. utg., s. 956-968). Oxford: Blackwell Publ.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2002). *Ordliste til bruk sammen med sjekklister ved kritisk vurdering av artikler*. Lastet ned 30. mars 2010, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?id=3398&download=true>
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Lastet ned 31. juli 2009, fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
- Nielsen, H. B. (1984). *Små piger, søde piger, stille piger- om pigeliv og pigesocialisering*. I: C. Beck & L. Grue (red.), *Å lykkelige ungdomstid? : nyere norsk samfunnsforskning om ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordahl, T. (2007). *Jenter og gutter i skolen*. Lastet ned 16. november 2009, fra http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_10877/hParent_574/hDKey_1.
- Norges Blindeforbund. (2009). *Vedtekter fra Norges Blindeforbund*. Lastet ned 17 november-09, fra <https://www.blindeforbundet.no/internett/om-oss/organisasjonen/vedtekter-for-norges-blindeforbund/>.
- Norsk Helseinformatikk. (2010). *Psykologisk stress og sykdom*. Lastet ned 17. mars 2010, fra <http://nhi.no/livsstil-og-helse/livsstil/diverse/stress-og-sykdom-27515.html>.

- NSD. (2009). *Personvernombudet for forskning*. Lastet ned 31. juli 2009, fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/>.
- O'Donnell, L. M., & Livingston, R. I. (1991). Active Exploration of the Environment by Young Children with Low Vision: A Review of the Literature. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85(7), s. 287-291.
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., m.fl. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, s. 32-39.
- Ommundsen, Y. (2009). Psykososial helse, idrett og ballspill. I: L. T. Rongland, A. Halling & G. Teng (red.), *Ballspill over grenser: skandinaviske tilnæringer til læring og utvikling* (s. 167-179). Oslo: Akilles.
- Palmieri, P. A., & Smith, G. C. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. sample of custodial grandmothers. *Psychological Assessment*, 19(2), s. 189-198.
- Pine, D., & Klein, R. G. (2008). Anxiety disorders. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5. utg., s. 628-647): Blackwell Publishing.
- Preisler, G. (1997). Social and emotional development of blind children: a longitudinal study. I: V. Lewis & G. M. Collis (red.), *Blindness and psychological development in young children* (s. 69-85). Leicester: BPS Books.
- Rakvaag, G. (1991). *Pedagogisk- psykologisk ordbok* (2. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Roe, J. (2008). Social Inclusion: Meeting the Socio-Emotional Needs of Children with Vision Needs. *British Journal of Visual Impairment*, 26(2), s. 147-158.

- Ronning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A., & Mørch, W.-T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), s. 73-82.
- Rosenberg, T., Flage, T., Hansen, E., Riise, R., Rudanko, S., Viggoson, G., m.fl. (1996). Incidence of registered visual impairment in the Nordic child population. *British Journal of Ophthalmology*, 80(1), s. 49-53.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 8(1), s. 1-11.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., m.fl. (red.). (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5. utg.): Blackwell publishing.
- Ryen, H. T. (2008). *Midt i siktet: Svaksynte ungdomsskoleelever og optiske hjelpemidler*. Upublisert masteroppgave, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Rødje, K., Clench-Aas, J., Van Roy, B., & Müller, A.-M. (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (Rapport ; 2/2004). Lastet ned 31. juli 2009, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=5235>.
- Sanne, B., Torsheim, T., Heiervang, E., & Stormark, K. M. (2009). The Strength and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A Conceptually and Methodically Motivated Structural Analysis. *American Psychological Association*, 21(3), s. 352-364.
- Skogen, K., & Buli-Holmberg, J. (2002). *Elevtilpasset opplæring: en innovasjonstilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo. (IS-1405). Lastet ned 19. august 2009, fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00014/IS-1405_14898a.pdf.

SPSS. (2009). Lastet ned 31. juli 2009, fra <http://www.spss.com/>.

Statistisk sentralbyrå. *Folkemengde 1. april 2009 og endringene i 1. kvartal 2009.*

Fylkesoversikt Lastet ned 19. august 2009, fra

<http://www.ssb.no/folkendrkv/2009k1/kvart00.html>.

Svartdal, F. (1998). *Psykologiens forskningsmetoder: en introduksjon.*: Bergen-Sandviken: Fagbokforl.

Svedin, C. G., & Priebe, G. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(3), s. 225-232.

Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of Attention and Activity. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5. utg., s. 521-542): Blackwell Publishing.

Toothaker, L. E. (1993). *Multiple comparisons procedures*: SAGE Publications. (Series: Quantitative Applications in the Social Sciences; 89).

Utdanningsdirektoratet. (1997). *Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen. L97*. Lastet ned 24 februar 2010, fra <http://www.udir.no/L97/planer/197/html/bruats.html>.

Valås, H. (2006). *Elementær statistikk*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. fra www.sit-tapir.no.

Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: an individual differences approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

WHO. (2003). *Prevention of Blindness & Deafness*. Lastet ned 18. august 2009, fra http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_PBL_03.91.pdf.

Wold, B., Hetland, J., Aarø, L. E., Samdal, O., & Torsheim, T. (2000). *Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales: resultater fra landsomfattende spørreskjema-undersøkelser tilknyttet prosjektet*

"Helsevaner blant skoleelever: en WHO undersøkelse i flere land (HEVAS)".

Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen. (HEMIL-rapport; 1/2000).

Youthinmind. *SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. Lastet ned 31. juli 2009, fra <http://www.sdqinfo.com/>.

Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Cornelia, Z. (2007). Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta For Likert Ratings Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6(1), s. 21-29.

SPØRRESKJEMA OM ELEVERS FUNKSJON



A. Bakgrunnsopplysninger om eleven

1. Kjønn: 1 Jente 2 Gutt 2
- 2: Alder:
3. Klasse:
4. Fylke:

4. Hvem fyller ut skjemaet:

Mor 1Far 2

Andre (vennligst beskriv):

B. Sterke og svake sider

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
1. Omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har ofte raserianfall eller dårlig humør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ganske ensom, leker ofte alene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mange bekymringer, virker ofte bekymret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stadig urolig eller i bevegelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har minst en god venn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Slås ofte med andre barn eller mobber dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ofte lei seg, nedfor eller på gråten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vanligvis likt av andre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lett avledet, mister lett konsentrasjonen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Snill mot yngre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lyver eller jukser ofte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Plaget eller mobbet av andre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
20. Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Samlet, synes du at barnet ditt har vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

	<i>Ja- små</i>	<i>Ja- tydelige</i>	<i>Ja- alvorlige</i>
<i>Nei</i>	<i>vansker</i>	<i>vansker</i>	<i>vansker</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?

<i>Mindre enn</i>	<i>1 - 5</i>	<i>6 - 12</i>	<i>Mer enn</i>
<i>en måned</i>	<i>måneder</i>	<i>måneder</i>	<i>ett år</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder?

	<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
HJEMME/ I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet?

<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen

SPØRRESKJEMA OM ELEVERS FUNKSJON



A. Bakgrunnsopplysninger om eleven

1. Kjønn: 2: Alder: 3. Klasse:

Jente 1

Gutt 2 4. Fylke:

4. Hvem fyller ut skjemaet:

Klassestyrer 1

Andre (vennligst beskriv):

B. Sterke og svake sider

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

	<i>Stemmer ikke</i>	<i>Stemmer delvis</i>	<i>Stemmer helt</i>
1. Omtenkso, tar hensyn til andre menneskers følelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har ofte raserianfall eller dårlig humør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mange bekymringer, virker ofte bekymret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har minst en god venn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Slåss ofte med andre barn eller mobber dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ofte lei seg, nedfor eller på gråten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lyver eller jukser ofte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Plaget eller mobbet av andre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål!

	<i>Stemmer ikke</i>	<i>Stemmer delvis</i>	<i>Stemmer helt</i>
20. Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Samlet, synes du at dette barnet har vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

<i>Nei</i>	<i>Ja- små</i>	<i>Ja- tydelige</i>	<i>Ja- alvorlige</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?

<i>Mindre enn</i>	<i>1 - 5</i>	<i>6 - 12</i>	<i>Mer enn</i>
<i>en måned</i>	<i>måneder</i>	<i>måneder</i>	<i>ett år</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder?

	<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
FORHOLD TIL JEVNALDRENDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller klassen som helhet?

<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>Bare litt</i>	<i>En god del</i>	<i>Mye</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Per Frostad
Pedagogisk institutt
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 10.03.2009

Vår ref: 21033 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.01.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21033	<i>Undersøke nærmere synsbermede grunnskoleelevers mentale styrke og svakheter, sammenliknet med andre elevers</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Per Frostad</i>
Student	<i>Kåre Gjertsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

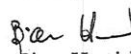
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
✓ Kopi: Kåre Gjertsen, Lomvavn. 18, 4847 ARENDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

21033

Prosjektet gjennomføres av studentene Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, hvor Kåre Gjertsen formelt sett er registrert som prosjektleder.

Utvalget består av foresatte til synshemmede som følger vanlig skoleløp i grunnskolen. I tillegg er det valgt en kontrollgruppe som vil være foresatte til to tilfeldige elever som går i samme klasse som den synshemmede. Foresatte til kontrollgruppen skal svare på samme spørreskjema som foresatte til synshemmede. Også kontaktlærer blir bedt om å fylle ut samme spørreskjema for hver av elevene.

Det er opplyst at det er søkt om tilgang til navn og adresser til aktuelle synshemmede i tre utvalgte fylker. Huseby kompetansesenter har gitt tillatelse til dette. Det opplyses videre at studentene er synspedagoger og ansatt på Huseby og at tilgangen til navn og adresser ikke er tilgang til ukjent informasjon. Personvernombudet forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for tilgangen til opplysningene, og legger til grunn at Huseby har anledning til å gi denne tillatelsen. Spørreskjema og informasjonsskriv sendes dermed fra studentene.

Kontrollgruppen trekkes tilfeldig ut fra klasselister. Studentene har vært i kontakt med rektorer på aktuelle skoler som sier at de vurderer det som uproblematisk å oppgi navnene/adressene til foresatte til kontrollevene på forespørsel. Personvernombudet forutsetter at skolene har anledning til å levere ut opplysningene til prosjektgruppen. Samme informasjon/spørreskjema sendes til kontrollgruppen.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Ombudet har ingen merknader til informasjonsskrivet til foreldre som forelå 09.03.09.

I tillegg til å fylle ut spørreskjema, bes foreldrene til synshemmede om å samtykke til at det hentes ut øyemedisinske opplysninger fra journal på Huseby. Det bes også om samtykke til at elevenes lærere kan fylle ut samme spørreskjema som foreldrene.

Informasjonsskriv lærere vedlagt meldeskjemaet finnes tilfredsstillende forutsatt at det tilføyes at det er frivillig å delta.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr 8 c).

Ombudet forstår det slik at opplysningene vil lagres på Huseby kompetansesenter og forutsetter at dette er avklart med behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet, NTNU.

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2010 og datamaterialet skal da makuleres, jf. meldeskjema.

Til Huseby kompetansesenter
v/lederteam

Kristiansand 13. januar-09

Forespørsel om tilgang til arkivet ved Huseby kompetansesenter

I perioden 2008/2010 gjennomfører vi en erfaringsbasert masterutdanning i spesialpedagogikk ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim (NTNU).

I masteroppgaven er problemstillingen: Synshemmede grunnskoleelevers sosioemosjonelle tilpassing sammenliknet med andre elevers (kontrollgruppe).

Utvalget er alle synshemmede grunnskoleelever innenfor kategori 1-5 i henhold til WHO's kategorisering. For ytterligere informasjon se vedlagte prosjektplan.

Prosjektet meldes til Norsk samfunnsfaglig datatjeneste A/S (NSD).

Spørreundersøkelsen er tenkt gjennomført ved å kartlegge ovennevnte problemstilling gjennom spørreskjema som foresatte og kontaktlærer får tilsendt i posten.

Fra arkivet på Huseby har vi behov for (øye)medisinske opplysninger.

Opplysningene vil bli lagret i sak/arkivsystemet (Symfoni) på vårt område der kun vi har tilgang, og kan ikke knyttes direkte til elevene. Vi vil lage en liste i Symfoni der hver elev får et nummer. Navn vil ikke bli lagt inn på denne listen. Ved hvert nummer (elev) vil det stå diagnose, visus, synsfelt og evt. tilleggsdiagnose. En egen navneliste som viser til det enkelte nummer vil bli skrevet for hånd (ikke elektronisk) og lagt i låsbart skap på vår arbeidsplass. Dette er med på å sikre anonymitet. Samtlige lister i Symfoni og i låsbart skap makuleres ved oppgavens slutt.

Gjennom prosjektet håper vi å få økt kunnskap om synshemmedes elevers sosioemosjonelle tilpassing, og at dette kan bidra til å bedre tilbudet til gruppen på sikt.

Veileder for prosjektet er Per Frostad ved NTNU som treffes på telefon: 73551151, og Knut Brandsborg ved Huseby kompetansesenter (22029500).

Oppgaven er tenkt levert: 30 juni-2010.

Med vennlig hilsen
Eivind Sanne og Kåre Gjertsen

Forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse i forbindelse med en masteroppgave

Vi, Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, arbeider som synspedagoger for Huseby kompetansesenter i henholdsvis Aust- og Vest-Agder. Huseby er en del av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet, og skal yte bistand til personer som er blinde og svaksynte (synshemmede). Huseby kompetansesenter ligger i Oslo og gir tjenester til våre ti sørligste fylker.

Vi er for tiden studenter og skal gjennomføre en masteroppgave i erfaringsbasert spesialpedagogikk ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim (NTNU).

Vårt mål med masteroppgaven: **Undersøke nærmere synshemmede grunnskoleelevers mentale styrker og utfordringer, sammenliknet med andre elever.**

Som et ledd i oppgaven, ønsker vi å gjennomføre en spørreundersøkelse hvor foresatte til synshemmede elever samt foresatte til et tilfeldig utvalg av andre elever svarer på vedlagte spørreskjema.

Via skriftlig søknad til Huseby har vi fått tilgang på navn/adr. til synshemmede og foresatte. Skolen/reaktor har pr. telefon gitt oss navn/adr. til tilfeldig utvalgte kontrollelever og foresatte.

Kontaktlærer til elevene vil og bli oppfordret til å svare på det samme spørreskjemaet.

Utfyllingen av spørreskjemaet tar ca 5 -10 minutter.

Gjennom økt kunnskap om barnas mentale styrker og utfordringer tror vi at synspedagogtjenesten kan yte bedre tjenester.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og vil bli anonymisert - ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven.

Opplysningene makuleres når oppgaven er ferdig våren 2010.

Det er frivillig å være med. Dere kan når som helst trekke samtykket tilbake.

Dersom du/dere ønsker å delta på spørreundersøkelsen, vennligst skriv under på "Samtykkeerklæring" og send denne i vedlagte frankerte konvolutt til oss sammen med utfylt spørreskjema. Undertegnet samtykkeerklæringen innebærer tillatelse til at vi kan innhente øyemedisinske opplysninger hos Huseby (gjelder kun de synshemmede elevene) Hvis det er noe dere lurer på kan dere ringe oss på telefon 99250689 (Kåre) eller 48273804 (Eivind). Dere kan også kontakte våre veiledere Per Frostad ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim (NTNU) på telefon 73551151, og Knut Brandsborg ved Huseby kompetansesenter, telefon 22020500.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Eivind Sanne og Kåre Gjertsen, 15 april 2009

v/Huseby kompetansesenter
Serviceboks 651
4809 Arendal

Vedlegg:

1) Spørreskjema m/returkonvolutt – vennligst returner, og senest innen 2 uker.

-----klipp-----
-

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og ønsker å delta i undersøkelsen.

Jeg gir samtidig tillatelse til at kontaktlærer svarer på samme spørreskjema.

Kun foresatte til synshemmede:

Jeg er inneforstått med at det innhentes øyemedisinske opplysninger som diagnose, visus og synsfelt gjennom arkivet ved Huseby kompetansesenter (gjelder kun de synshemmede elevene).

Signatur.....Dato.....Telefon.....

Forespørsel til skole v/kontaktlærer om å delta i en spørreundersøkelse i forbindelse med en masteroppgave

Vi, Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, arbeider som synspedagoger for Huseby kompetansesenter i henholdsvis Aust- og Vest-Agder. Huseby er en del av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet, og skal yte bistand til personer som er blinde og svaksynte (synshemmede). Huseby kompetansesenter ligger i Oslo og gir tjenester til våre ti sørligste fylker.

Vi er for tiden studenter og skal gjennomføre en masteroppgave i erfaringsbasert spesialpedagogikk ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim (NTNU).

Vårt mål med masteroppgaven: **Undersøke nærmere synshemmede grunnskoleelevers mentale styrker og utfordringer, sammenliknet med andre elevers.**

Gjennom økt kunnskap om barnas mentale styrker og utfordringer tror vi at synspedagogtjenesten kan yte bedre tjenester.

Som et ledd i oppgaven, ønsker vi å gjennomføre en spørreundersøkelse hvor foresatte til synshemmede elever samt foresatte til et tilfeldig utvalg av elever i samme klasse svarer på vedlagte spørreskjema.

Det er frivillig å delta.

Vi har mottatt samtykkeerklæring fra foresatte til å gjennomføre samme spørreundersøkelsen på skolen.

Vi ønsker at du fyller ut de tre vedlagte spørreskjemaene – ett for den synshemmede eleven, samt ett for hver av kontrollpersonene vi har valgt ut fra klassen.

Utfyllingen av spørreskjemaet tar ca 5 -10 minutter.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og vil bli anonymisert - ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven.

Opplysningene makuleres når oppgaven er ferdig våren 2010.

Hvis det er noe dere lurer på kan dere ringe oss på telefon 99250689 (Kåre) eller 48273804 (Eivind). Dere kan også kontakte våre veiledere Per Frostad ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim (NTNU) på telefon 73551151, og Knut Brandsborg ved Huseby kompetansesenter på telefon 22029500.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Eivind Sanne og Kåre Gjertsen, 20. mai 2009
v/Huseby kompetansesenter
Serviceboks 651
4809 Arendal

Vedlegg: - Spørreskjema m/returkonvolutt – vennligst returner, og senest innen 2 uker.

Til aktuelle skoler

Vedlegg 7

Videresending av spørreundersøkelse til foresatte til utvalgte kontrollelever

Viser til telefonsamtale med rektor/administrasjon.

I forbindelse med en masteroppgave/spørreundersøkelse omkring synshemmede elever i grunnskolen som synspedagogtjenesten følger opp (inkludert deres skole), trenger vi å komme i

kontakt med noen utvalgte kontroll elever (som er valgt ut fra metodiske kriterier) i samme klasse til den/de synshemmede eleven(e).

Vi spurte om skolen ville oppgi navn/adr. ang. to utvalgte kontrollelever (foresatte) slik at vi selv

kunne foreta jobben med å sende informasjonsskriv og spørreskjema direkte til foresatte, eller om skolen ønsket å få tilsendt informasjon fra oss som dere igjen skulle videresende til aktuelle kontrollelever (foresatte).

Din skole ønsket sistnevnte løsning.

Det er dermed ønskelig at skolen gjør følgende:

1. Velg de to (2) neste elevene i alfabetet etter den synshemmede eleven, og av samme kjønn (dette utgjør de to utvalgte elevene). (første elev utgjør kontroll nr. 1, og andre elev kontroll nr. 2). Fortsett evt. på toppen av alfabetet hvis det ikke er (nok) aktuelle kontroll elever etter den synshemmede eleven.
2. Skriv navn/adr. til foresatte på vedlagte A4-konvolutter.
3. Legg informasjonsskriv og spørreskjema i A4-konvolutter som skal sendes foresatte. **NB!** Spørreskjema merket med **rødt** tall (høyre hjørne) skal sendes hjem til foresatte til kontroll elev nr 1 og spørreskjema merket med **blått** tall skal sendes hjem til foresatte til kontroll elev nr. to.
4. Legg gjerne ved en lapp med elevens navn slik at foresatte vet hvilket barn spørreskjemaet er i forhold til (i de tilfellene familien har flere barn).

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S.

Synspedagogtjenesten sender samme informasjonsskriv og spørreskjema direkte hjem til foresatte til de synshemmede elevene.

Når vi har mottatt spørreskjema og foresattes samtykke vil vi sende spørreundersøkelsen til skolene hvor vi ønsker at kontaktlærer fyller ut samme skjema og returnerer til oss.

På forhånd mange takk.
Med vennlig hilsen

Kåre Gjertsen og Eivind Sanne, Arendal - 15 april-09
Tlf: 22029751 / 99 25 06 89

[DataSet1] E:\MASTER-utdannelse\Masteroppgaven\Masteroppgave - SPSS

Utskrift Anova analyser og enkelt items på HYP-skalaen.Lærerskjema og gruppen **synshemmede** (klassesertrinn):

Descriptives								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
HYP1_L 1-4klasse	34	.4412	.74635	.12800	.1808	.7016	.00	2.00
5-7klasse	17	.6471	.86177	.20901	.2040	1.0901	.00	2.00
8-10klasse	15	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	66	.3939	.72066	.08871	.2168	.5711	.00	2.00
HYP2_L 1-4klasse	34	.6471	.84861	.14554	.3510	.9432	.00	2.00
5-7klasse	17	.7059	.84887	.20588	.2694	1.1423	.00	2.00
8-10klasse	15	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	66	.5152	.78920	.09714	.3211	.7092	.00	2.00
HYP3_L 1-4klasse	34	.9118	.83003	.14235	.6222	1.2014	.00	2.00
5-7klasse	17	1.0000	.79057	.19174	.5935	1.4065	.00	2.00
8-10klasse	15	.4000	.73679	.19024	-.0080	.8080	.00	2.00
Total	66	.8182	.82105	.10106	.6163	1.0200	.00	2.00
HYP4_L 1-4klasse	34	.7941	.80827	.13862	.5121	1.0761	.00	2.00
5-7klasse	17	.7647	.56230	.13638	.4756	1.0538	.00	2.00
8-10klasse	15	.6000	.63246	.16330	.2498	.9502	.00	2.00
Total	66	.7424	.70842	.08720	.5683	.9166	.00	2.00
HYP5_L 1-4klasse	34	.8824	.84440	.14481	.5877	1.1770	.00	2.00
5-7klasse	17	1.0588	.65865	.15975	.7202	1.3975	.00	2.00
8-10klasse	15	.6000	.73679	.19024	.1920	1.0080	.00	2.00
Total	66	.8636	.78223	.09629	.6713	1.0559	.00	2.00
sHYP_L 1-4klasse	34	3.6765	3.29113	.56442	2.5281	4.8248	.00	10.00
5-7klasse	17	4.1765	3.20615	.77761	2.5280	5.8249	.00	9.00
8-10klasse	15	1.6000	1.80476	.46599	.6006	2.5994	.00	5.00
Total	66	3.3333	3.10995	.38281	2.5688	4.0979	.00	10.00

[DataSet1] E:\MASTER-utdannelse\Masteroppgaven\Masteroppgave - SPSS

Utskrift Anova analyser og enkelt items på HYP-skalaen.Foresatteskjema og gruppen **synshemmede** (klassetrinn):

Descriptives								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
HYP1_F 1-4klasse	35	.4857	.70174	.11862	.2447	.7268	.00	2.00
5-7klasse	19	.2105	.41885	.09609	.0086	.4124	.00	1.00
8-10klasse	17	.1765	.39295	.09531	-.0256	.3785	.00	1.00
Total	71	.3380	.58416	.06933	.1998	.4763	.00	2.00
HYP2_F 1-4klasse	35	.5143	.70174	.11862	.2732	.7553	.00	2.00
5-7klasse	19	.3684	.68399	.15692	.0388	.6981	.00	2.00
8-10klasse	17	.1176	.33211	.08055	-.0531	.2884	.00	1.00
Total	71	.3803	.64067	.07603	.2286	.5319	.00	2.00
HYP3_F 1-4klasse	35	.8000	.86772	.14667	.5019	1.0981	.00	2.00
5-7klasse	19	.5789	.69248	.15887	.2452	.9127	.00	2.00
8-10klasse	17	.5294	.62426	.15141	.2084	.8504	.00	2.00
Total	71	.6761	.77043	.09143	.4937	.8584	.00	2.00
HYP4_F 1-4klasse	35	.7714	.68966	.11657	.5345	1.0083	.00	2.00
5-7klasse	19	.4211	.50726	.11637	.1766	.6655	.00	1.00
8-10klasse	17	.6471	.60634	.14706	.3353	.9588	.00	2.00
Total	71	.6479	.63468	.07532	.4977	.7981	.00	2.00
HYP5_F 1-4klasse	35	.8571	.87927	.14862	.5551	1.1592	.00	2.00
5-7klasse	19	.5789	.50726	.11637	.3345	.8234	.00	1.00
8-10klasse	17	.7059	.68599	.16638	.3532	1.0586	.00	2.00
Total	71	.7465	.75059	.08908	.5688	.9241	.00	2.00
sHYP_F 1-4klasse	35	3.4286	2.87265	.48557	2.4418	4.4154	.00	10.00
5-7klasse	19	2.1579	1.92247	.44105	1.2313	3.0845	.00	7.00
8-10klasse	17	2.1765	1.74052	.42214	1.2816	3.0714	.00	7.00
Total	71	2.7887	2.46064	.29202	2.2063	3.3712	.00	10.00

[DataSet1] E:\MASTER-utdannelse\Masteroppgaven\Masteroppgave - SPSS

Utskrift Anova analyser og enkelt items på HYP-skalaen.Lærerskjema og gruppen Sgr. (klassetrinn):

Descriptives								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
HYP1_L 1-4klasse	23	.3478	.64728	.13497	.0679	.6277	.00	2.00
5-7klasse	7	.4286	.53452	.20203	-.0658	.9229	.00	1.00
8-10 klasse	7	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	37	.2973	.57081	.09384	.1070	.4876	.00	2.00
HYP2_L 1-4klasse	23	.3478	.64728	.13497	.0679	.6277	.00	2.00
5-7klasse	7	.4286	.53452	.20203	-.0658	.9229	.00	1.00
8-10 klasse	7	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	37	.2973	.57081	.09384	.1070	.4876	.00	2.00
HYP3_L 1-4klasse	23	.6522	.83168	.17342	.2925	1.0118	.00	2.00
5-7klasse	7	.5714	.78680	.29738	-.1562	1.2991	.00	2.00
8-10 klasse	7	.1429	.37796	.14286	-.2067	.4924	.00	1.00
Total	37	.5405	.76720	.12613	.2847	.7963	.00	2.00
HYP4_L 1-4klasse	23	.6957	.76484	.15948	.3649	1.0264	.00	2.00
5-7klasse	7	.8571	.69007	.26082	.2189	1.4953	.00	2.00
8-10 klasse	7	.2857	.48795	.18443	-.1656	.7370	.00	1.00
Total	37	.6486	.71555	.11764	.4101	.8872	.00	2.00
HYP5_L 1-4klasse	23	.3913	.65638	.13686	.1075	.6751	.00	2.00
5-7klasse	7	.5714	.53452	.20203	.0771	1.0658	.00	1.00
8-10 klasse	7	.2857	.48795	.18443	-.1656	.7370	.00	1.00
Total	37	.4054	.59905	.09848	.2057	.6051	.00	2.00
sHYP_L 1-4klasse	23	2.4348	2.82563	.58918	1.2129	3.6567	.00	10.00
5-7klasse	7	2.8571	2.73426	1.03345	.3284	5.3859	.00	6.00
8-10 klasse	7	.7143	1.11270	.42056	-.3148	1.7434	.00	3.00
Total	37	2.1892	2.62295	.43121	1.3147	3.0637	.00	10.00

[DataSet1] E:\MASTER-utdannelse\Masteroppgaven\Masteroppgave - SPSS

Utskrift Anova analyser og enkelt items på HYP-skalaen.Foresatteskjema og gruppen Sgr. (klassetrinn):

Descriptives								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
HYP1_F 1-4klasse	30	.5000	.62972	.11497	.2649	.7351	.00	2.00
5-7klasse	13	.2308	.43853	.12163	-.0342	.4958	.00	1.00
8-10klasse	10	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	53	.3396	.55273	.07592	.1873	.4920	.00	2.00
HYP2_F 1-4klasse	30	.5667	.67891	.12395	.3132	.8202	.00	2.00
5-7klasse	13	.4615	.51887	.14391	.1480	.7751	.00	1.00
8-10klasse	10	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
Total	53	.4340	.60477	.08307	.2673	.6007	.00	2.00
HYP3_F 1-4klasse	30	.6667	.66089	.12066	.4199	.9134	.00	2.00
5-7klasse	13	.5385	.51887	.14391	.2249	.8520	.00	1.00
8-10klasse	10	.5000	.52705	.16667	.1230	.8770	.00	1.00
Total	53	.6038	.59935	.08233	.4386	.7690	.00	2.00
HYP4_F 1-4klasse	30	.8333	.46113	.08419	.6611	1.0055	.00	2.00
5-7klasse	13	.6923	.63043	.17485	.3113	1.0733	.00	2.00
8-10klasse	10	.3000	.67495	.21344	-.1828	.7828	.00	2.00
Total	53	.6981	.57462	.07893	.5397	.8565	.00	2.00
HYP5_F 1-4klasse	30	.7667	.62606	.11430	.5329	1.0004	.00	2.00
5-7klasse	13	.6923	.63043	.17485	.3113	1.0733	.00	2.00
8-10klasse	10	.5000	.70711	.22361	-.0058	1.0058	.00	2.00
Total	53	.6981	.63805	.08764	.5222	.8740	.00	2.00
sHYP_F 1-4klasse	30	3.3333	2.23350	.40778	2.4993	4.1673	.00	9.00
5-7klasse	13	2.6154	1.32530	.36757	1.8145	3.4163	1.00	4.00
8-10klasse	10	1.3000	1.49443	.47258	.2309	2.3691	.00	4.00
Total	53	2.7736	2.04414	.28078	2.2101	3.3370	.00	9.00