

Flyktingbarns mentala hälsa

En kvalitativ studie om personalens upplevelser av flyktingbarns välmående

Ida-Maria Skytte (40001)

Magistersavhandling i utvecklingspsykologi
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Utbildningslinjen för socialvetenskaper
Handledare Johan Korhonen
Åbo Akademi, Vasa
Våren, 2023

Abstrakt

Författare Skytte, Ida-Maria	Årtal 2023
Arbetets titel Flyktingbarns mentala hälsa - en kvalitativ studie om personalens upplevelser av flyktingbarns välmående	
Opublicerad avhandling för magisterexamen i utvecklingspsykologi Vasa: Åbo Akademi. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier	Sidantal 62
<i>Referat (syfte, forskningsfrågor, metod, intervjuobjekt, huvudsakliga resultat, slutsatser)</i>	
<p>Syfte: Syftet med denna studie är att få en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland genom att undersöka hurdana upplevelser personalen som arbetar med ensamkommande flyktingbarn har av barnens mentala hälsa. Forskningsfrågorna i denna studie är hur den mentala hälsan ser ut hos flyktingbarn som nyligen anlant till Finland, hur den mentala hälsan förändras över tid och hurdana skillnader i mental hälsa som finns mellan flickor och pojkar.</p> <p>Metod: Som forskningsmetod har kvalitativa intervjuer använts. Sju personer som arbetar som handledare för ensamkommande flyktingbarn har intervjuats. Intervjuobjekten har en arbetserfarenhet på 8–29 år. Intervjuerna har utförts ansikte mot ansikte. Intervjufrågorna har bestått av en förutbestämd intervjuguide samt eventuella följdfrågor. Analyserna har gjorts enligt konventionell innehållsanalys.</p> <p>Resultat: Det finns stora variationer i mental hälsa flyktingbarn emellan. Många flyktingbarn mår bra och ser positivt på sin framtid. En del flyktingbarn lider dock av symptom på depression, ångest eller posttraumatiskt stressyndrom. Många flyktingbarn har också sömnproblem, somatiska besvär och tillitsproblem. Internaliserande problem är vanligare bland flickor medan externaliserande problem är vanligare bland pojkar. Yngre flyktingbarn mår i allmänhet bättre än äldre flyktingbarn. Så gott som alla flyktingbarn har vänner eller andra värdefulla relationer. Många flyktingbarn har också något värdefullt att göra på sin fritid. Att ha en regelbunden hobby är dock vanligare bland pojkar än bland flickor. Den mentala hälsan förbättras ofta efter att barnen bott i Finland något eller några år.</p> <p>Diskussion: Eftersom variationerna i mental hälsa hos flyktingbarn är stora är det svårt att göra några större generaliseringar utifrån denna studie. Mera forskning behövs speciellt om eventuella samband mellan mental hälsa och ålder, eftersom varken tidigare forskning eller denna studie gett några entydiga resultat. Studiens resultat kan dock ses som riktgivande och bidra till att skapa en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland.</p>	
Sökord <i>Flyktingbarn, mental hälsa, mentalt välmående</i> <i>Pakolaislapset, mielenterveys, henkinen hyvinvointi</i> <i>Refugee children, mental health, mental well-being</i>	

Innehåll

Abstrakt	2
1. Inledning	5
<i>1.1. Centrala begrepp</i>	6
1.1.1. Flyktingbarn.....	6
1.1.2. Mental hälsa.....	6
1.1.3. Depression.....	6
1.1.4. Ångestsyndrom.....	7
1.1.5. Posttraumatiskt stressyndrom (PSTD).....	7
1.1.6. Internaliserande beteende.....	7
1.1.7. Externaliserande beteende.....	7
<i>1.2. Referensram</i>	8
1.2.1. Bronfenbrenners ekologiska systemteori.....	8
1.2.2. Freyds svektraumateori.....	9
<i>1.3. Tidigare forskning</i>	9
<i>1.4. Syfte och forskningsfrågor</i>	12
2. Metod	14
2.1. Val av metod.....	14
2.2. Datainsamling och sampel.....	14
2.3. Intervjuguide.....	15
2.4. Analysprocessen.....	16
2.5. trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet.....	16
2.6. Etiska överväganden.....	17
3. Resultat	19
3.1. Mental hälsa hos flyktingbarn som anländer till Finland.....	20
3.1.1. Sömnproblem.....	21
3.1.2. Symptom på ångest.....	22
3.1.3. Symptom på depression.....	22
3.1.4. Symptom på posttraumatiskt stressyndrom.....	24
3.1.5. Somatiska symptom.....	25
3.1.6. Tidigare erfarenheter.....	25
3.1.7. Skillnader i ålder.....	26
3.2. Förändringar i flyktingbarns mentala hälsa över tid.....	28

3.2.1. Sömnproblem	29
3.2.2. Symptom på ångest	30
3.2.3. Symptom på depression	31
3.2.4. Symptom på posttraumatiskt stressyndrom	32
3.2.5. Övriga indikatorer på mental hälsa	33
3.3. Skillnader i mental hälsa mellan flickor och pojkar	39
3.3.1. Internaliserande beteenden	41
3.3.2. Externaliserande beteenden	42
3.3.3. Krav från familjen	43
4. Diskussion	45
4.1. Resultatdiskussion	45
4.2. Metoddiskussion	47
4.3. Förslag på fortsatt forskning och råd till fältet	48
4.4. Konklusion	49
Referenser	52

Figurer

Figur 1	19
---------------	----

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Förförståelse

1. Inledning

Enligt Förenta nationernas flyktingkommissarie (UNHCR) fanns det i slutet av år 2021 sammanlagt 89,3 miljoner människor som tvingats fly från sina hem på grund av våld, konflikter, brott mot mänskliga rättigheter eller rädsla för förföljelse (UNCHR, 2022). På grund av ökade oroligheter i världen har antalet tvångsförflyttade människor under år 2022 stigit till över 100 miljoner (UNHCR, 2022). En stor del av dessa människor är barn. Sett till hela världens befolkning är 30 % barn, men bland de som tvångsförflyttats är hela 41 % barn (UNHCR, 2021). Många barn föds också i flyktingskap. Enligt UNHCR (2021) föddes det mellan år 2018 och 2021 fler än 1,5 miljoner barn i flyktingskap.

Antalet konfliktdrabbade länder har fördubblats under det senaste årtiondet, och i dessa länder är kvinnor och barn oproportionerligt utsatta för diskriminering och extrem sårbarhet (Klugman, 2022). Barn och unga tvingas uppleva konfliktrelaterat våld och många svårigheter förknippade med flykten under en avgörande tid i sin emotionella, fysiska, kognitiva och sociala utveckling. Svårigheter under flykten kan bland annat vara brist på mat och separation från ens föräldrar (Scharpf m.fl., 2021). Dessa svårigheter och andra faktorer i barnets omgivning kan undergräva barnets känsla av stabilitet, trygghet och anknytning (Mattelin m.fl., 2022) och göra att barnet utvecklar mentala problem (Reed m.fl., 2012).

Många barn och unga har en hög resiliens och förmåga att klara av svårigheter, men en del riskerar ändå att utveckla allvarliga psykiska störningar (Betancourt m.fl., 2012a; Fazel & Betancourt, 2018; Karam m.fl., 2008). Bland unga flyktingar som bosatt sig i Europa har upp till 52,7 % lidit av PTSD, upp till 32,8 % av depression och upp till 31,6 % av ångestsyndrom (Kien m.fl., 2019). Många flyktingbarn stöter också på nya utmaningar i mottagarlandet. I höginkomstländer kan flyktingbarn stöta på diskriminerande beteende, byråkratiska hinder och språkliga samt sociala utmaningar. I låg- och medelinkomstländer bor flyktingbarn ofta i större flyktingläger där våld, dåliga sanitära förhållanden och brist på mat är vanligt (Scharpf m.fl., 2021). Dessa vardagliga stressfaktorer i såväl hög- som låg- och medelinkomstländer ökar risken för flyktingbarn att utveckla mental ohälsa (Li m.fl., 2016; Miller & Rasmussen, 2010).

Syftet med denna studie är att få en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland genom att undersöka hurdana upplevelser personalen som arbetar med ensamkommande flyktingbarn har av barnens mentala hälsa.

1.1. Centrala begrepp

De centrala begrepp som används i denna avhandling är flyktingbarn och mental hälsa. Därtill används också de psykologiska diagnoserna depression, ångestsyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt beteendeproblemen internaliserande beteende och externaliserande beteende. Samtliga begrepp presenteras i detta kapitel.

1.1.1. Flyktingbarn

Alla som är på flykt räknas inte som flyktingar. Som flyktingar räknas endast de personer som uppnått flyktingstatus enligt de krav som ställs i FN:s flyktingkonvention. Enligt flyktingkonventionen kan en person betecknas som flykting då hen på grund av en välgrundad rädsla för förföljelse till följd av religion, etnicitet, nationalitet, grupptillhörighet eller politiska åsikter befinner sig utanför det land där hen är medborgare och på grund av denna rädsla inte kan utnyttja det landets skydd (UNHCR, 2010). En person som saknar nationalitet och som på grund av rädsla för förföljelse flytt från det land där hen bott och inte kan återvända till det landet kan också betecknas som flykting (UNHCR, 2010). Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter är varje människa under 18 års ålder ett barn (UNICEF, 2022).

1.1.2. Mental hälsa

Mental hälsa är ett tillstånd av mentalt välbefinnande som gör det möjligt för personer att klara av stressfaktorer i livet (WHO, 2022a). Personer som utsätts för svåra förhållanden löper en större risk för att utveckla mental ohälsa (WHO, 2022b). Flyktingbarn kan ofta utsättas för svåra förhållanden, så som våld eller en släktings eller väns dödsfall (Kien m.fl., 2019). Flyktingbarn kan också uppleva utmaningar i mottagarlandet. Dessa stressfaktorer kan enligt Kien med flera (2019) leda till stark psykologisk stress och påverka flyktingbarns mentala hälsa och välbefinnande. Så väl ensamkommande som åtföljda flyktingbarn har visat sig vara speciellt utsatta för mental ohälsa (Kien m.fl., 2019).

1.1.3. Depression

En person som lider av depression kan uppleva nedstämdhet, en avsaknad av njutning för sådant som vanligtvis ger njutning och ett ointresse att delta i aktiviteter (WHO, 2021). Personen kan också ha dålig koncentration, känna sig väldigt trött, uppleva överdriven skuld, lida av dålig självkänsla, känna en hopplöshet inför framtiden, ha sömnsvårigheter och ha tankar om att dö eller begå självmord (WHO, 2021). Alla upplever ibland nedstämdhet, men

för att nedstämdheten ska betecknas som depression ska symptomen förekomma så gott som dagligen under åtminstone två veckors tid (WHO, 2022b).

1.1.4. Ångestsyndrom

Ångestsyndrom karaktäriseras av överdriven rädsla och oro samt beteendestörningar relaterade till rädslan och oron (WHO, 2022b). Symptomen resulterar i märkbara känslor av ångest eller en märkbar försämring av personens funktionsförmåga. Till ångestsyndrom hör bland annat generaliserat ångestsyndrom och panikångest (WHO, 2022b).

1.1.5. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan utvecklas till följd av att en person utsatts för en extremt hotande eller skrämmande händelse eller flera sådana händelser (WHO, 2022b). PTSD karaktäriseras bland annat av att personen återupplever den traumatiska händelsen genom till exempel mardrömmar och påträngande tankar, undviker att tänka på eller minnas händelsen, samt undviker aktiviteter, personer eller situationer som påminner om händelsen (WHO, 2022b). Symptomen håller i sig i åtminstone flera veckor och orsakar en avsevärd nedsättning av personens funktionsförmåga (WHO, 2022b).

1.1.6. Internaliserande beteende

Internaliserande beteenden är beteenden som riktas inåt eller är överkontrollerade (Hansen & Jordan, 2020). Internaliserande beteenden är förknippade med en rad depressions- och ångeststörningar. Personer med internaliserande beteenden kan vara rädda, ha somatiska besvär, känna oro och dra sig undan (Hansen & Jordan, 2020). Internaliserande beteenden är ett sätt att reagera på motgångar, besvikelser eller hot genom att bli ängslig, passiv, depressiv eller modfälld (Egidius, 2023).

1.1.7. Externaliserande beteende

Externaliserande beteenden omfattar en rad olika beteenden som generellt är antisociala, det vill säga beteenden som strider mot sociala normer eller är skadliga mot andra (Kauten & Barry, 2020). Externaliserande beteenden kan vara riktade mot andra personer, till exempel aggressivt beteende mot en annan person. Externaliserande beteenden kan också vara

utåtagerande beteende som inte riktas mot andra personer, till exempel drogmissbruk. Externaliserande beteenden förekommer ofta tillsammans med andra störningar, så som internaliserande beteenden (Kauten & Barry, 2020). Barn med externaliserande beteenden kan vara utåtagerande och visa sin rädsla och ilska genom bland annat antisocialt beteende, dåligt uppförande, trots, olydnad och bråkighet (Egidius, 2023).

1.2. Referensram

1.2.1. Bronfenbrenners ekologiska systemteori

Bronfenbrenners ekologiska systemteori används ofta i studier om barns utveckling och flyktingbarns mentala hälsa (Mattelin m.fl., 2022; Reed m.fl., 2012; Scharpf m.fl., 2021). Bronfenbrenners (1979) ekologiska systemteori fokuserar på personens utveckling, omgivning och interaktionen mellan dessa. Bronfenbrenner har delat in den ekologiska omgivningen i fyra nivåer, vilka han kallat för mikro-, meso-, exo- och makrosystem. På den innersta nivån, mikrosystemet, finns personen och hans närmaste omgivning. Den närmaste omgivningen kan vara till exempel hemmet och skolan. Mikrosystemet innehåller personens upplevda relationer, aktiviteter och roller i en specifik miljö, till exempel i hemmet eller i skolan. Följande nivå har Bronfenbrenner (1979) kallat för mesosystemet. Mesosystemet innehåller relationer mellan två eller flera miljöer i vilka personen aktivt deltar. Relationerna kan till exempel vara mellan skolan och hemmet eller hemmet och personens vänner. Mesosystemet kan alltså beskrivas som ett större nätverk av mikrosystem. Den tredje nivån kallas för exosystemet. Exosystemet innehåller en eller flera miljöer där personen inte aktivt deltar men där händelser påverkar personen direkt eller indirekt. Exempel på exosystem kan vara föräldrarnas arbetsplatser och syskonens eller föräldrarnas vänskapsrelationer. Den yttersta och sista nivån kallade Bronfenbrenner (1979) för makrosystemet. Makrosystemet innehåller den bredare kontexten som personen lever i. Makrosystemet innehåller alltså personens kultur, subkultur, religion eller liknande, samt ideologier och värderingar som hör till dessa (Bronfenbrenner, 1979).

I en del studier om flyktingbarns mentala hälsa där Bronfenbrenners ekologiska systemteori använts har man ofta delat in de olika systemen enligt faktorer som kopplats till tiden innan flykten, under flykten och efter flykten (Lustig m.fl., 2004; Reed m.fl., 2012). I andra studier har man delat in faktorerna i enlighet med Bronfenbrenners ursprungliga system, och därmed satt de individuella faktorerna i mikrosystemet, familje- och vänskapsrelationer i mesosystemet, närsamhället i exosystemet, och samhällseliga faktorer i makrosystemet (Reed m.fl., 2012). Reed m.fl. (2012) ansåg att båda tillvägagångssätten kan användas, eftersom de

överlappar varandra och kan bidra till att skapa en bättre helhetsbild av flyktingbarns erfarenheter. Bronfenbrenners ekologiska systemteori kan användas i studier om flyktingbarns mentala hälsa inte bara för att få en bättre bild av de utmanande upplevelser som flyktingbarn ofta har, utan också för att identifiera eventuella skyddsfaktorer (Scharpf m.fl., 2021).

Bronfenbrenners (1979) teori är också relevant i studier om flyktingbarns mentala hälsa eftersom den bidrar till en ökad förståelse för flyktingbarns omgivning (Montgomery, 2011). Upprepade avbrott i mikro-, meso-, exo- eller makrosystemen, vilka är vanliga för ett barn på flykt, kan försvåra barnets anpassning, medan stödjande relationer i systemen kan underlätta barnets anpassning (Montgomery, 2011).

1.2.2. Freyds svektraumateori

I studier om barn och ungdomar som genomgått traumatiska händelser används ofta Freyds svektraumateori, känd som "betrayal trauma theory" på engelska. Enligt svektraumateorin kan barn glömma eller förtränga den traumatiska händelsen som en överlevnadsinstinkt (Freyd, 1994). Utifrån ett överlevnadsperspektiv är människor väldigt uppmärksamma på svek. Så långt det är möjligt undviker vi att interagera med dem som tidigare svikit oss. Barn har dock inte alltid möjligheten att undvika den som svikit dem, ifall den som svikit dem är en förälder eller en annan nära vuxen (Freyd, 1994). För att barn ska överleva fysiskt och mentalt krävs en lyckad anknytning mellan barnet och den som tar hand om barnet (Bowlby, 1969). Om den som tar hand om barnet sviker barnet kan barnet inte undvika att interagera med personen eftersom barnet är beroende av interaktionen (Freyd, 1994). Barnet kan därför utveckla ett svektrauma men förtränga sveket genom mentala mekanismer som kontrollerar anknytning och anknytningsbeteende (Freyd, 1994).

Svektrauma har kunnat skapa störningar i utvecklingen av sociala förmågor, inklusive förmågan att göra goda beslut om vem man kan lita på (Gobin & Freyd, 2014). Barn med svektrauma har antingen litat överdrivet mycket på vuxna eller varit ovilliga att lita på andra, också på dem som de borde lita på. Svektrauma i tidig ålder har ofta lett till stark misstro (Gobin & Freyd, 2014). Traumatiska svek har kunnat skada de kognitiva mekanismer som hjälper personer att bedöma andra personer pålitlighet (Zurbriggen & Freyd, 2004).

1.3. Tidigare forskning

Flyktingbarn har ofta upplevt stora svårigheter under en avgörande tid i sin emotionella, fysiska, kognitiva och sociala utveckling (Scharpf m.fl., 2021). Dessa svårigheter har visat sig

kunna bidra till att flyktingbarn utvecklar mentala problem (Reed m.fl., 2012). De vanligaste mentala svårigheterna hos flyktingbarn har varit PTSD, depression och ångestsyndrom (Blackmore m.fl., 2020; Kien m.fl., 2019). Enligt Kien med fleras (2019) systematiska översikt har av unga flyktingar som bosatt sig i Europa upp till 52,7 % lidit av PTSD, upp till 32,8 % av depression och upp till 31,6 % av ångestsyndrom. I en systematisk undersökning gjord av Blackmore med flera (2020) var förekomsten av mental ohälsa hos flyktingbarn betydligt lägre. I Blackmore med fleras undersökning (2020) led 22,7 % av PTSD, 13,8 % av depression och 15,8 % av ångestsyndrom. Skillnaderna i resultaten kan eventuellt delvis förklaras med att Blackmore med fleras undersökning (2020) inkluderade studier gjorda i Tyskland, Malaysia, Norge, Sverige och Turkiet, medan Kien med fleras (2019) studie endast fokuserade på länder i Europa. Kien med flera (2019) poängterade dock i sin översikt att prevalensen av mental ohälsa hos flyktingbarn varierar kraftigt mellan olika studier. I en del av de studier som Kien med flera (2019) inkluderade i sin översikt led endast 19,0 % av PTSD, 10,3 % av depression och 8,7 % av ångestsyndrom. Det behövs alltså mer forskning inom området för att få en bättre helhetsbild av flyktingbarns mentala hälsa, eftersom resultaten varierat kraftigt från studie till studie.

Det finns en hel del forskning om flyktingbarns mentala hälsa från olika delar av Europa, men rätt lite forskning har hittills gjorts i Finland. Det är viktigt att studier görs i olika länder, eftersom det kan finnas skillnader i hur mottagarländerna fungerar (Kien m.fl., 2019). Många flyktingbarn stöter på nya utmaningar i mottagarlandet. I höginkomstländer har flyktingbarn kunnat stöta på diskriminerande beteende, byråkratiska hinder och språkliga samt sociala utmaningar. I låg- och medelinkomstländer har flyktingbarn ofta bott i större flyktingläger där våld, dåliga sanitära förhållanden och brist på mat är vanligt (Scharpf m.fl., 2021). Dessa vardagliga stressfaktorer i såväl hög- som låg- och medelinkomstländer har kunnat öka risken för flyktingbarn att utveckla mental ohälsa (Li m.fl., 2016; Miller & Rasmussen, 2010).

I ett flertal studier har man inte hittat något samband mellan ålder och mental hälsa hos flyktingbarn (Betancourt m.fl., 2012b; Buchanan m.fl., 2018; Giordano m.fl., 2019; Jensen m.fl., 2019; Tozer m.fl., 2018; Vervliet m.fl., 2014), medan man i andra studier har hittat en del samband (Abdalla & Elklit, 2001; Arakelyan & Ager, 2021; Montgomery, 2010; Sourander, 1998). Enligt en del studier led flyktingungdomar av psykotrauma och emotionell dysreglering i högre grad än flyktingbarn (Buechegger-Traxler & Sirsch, 2012; Correa-Velez m.fl., 2010; Khamis, 2019; Nasıroğlu m.fl., 2018; Panter-Brick m.fl., 2015; Sapmaz m.fl., 2017). Detta kan bland annat bero på en långvarigare exponering för olika svårigheter (Çeri &

Nasiroğlu, 2018). Skyddsfaktorer för mental hälsa, så som samhörighet med familj och skola, var också vanligare hos yngre flyktingbarn än äldre flyktingbarn (Buchegger-Traxler & Sirsch, 2012). I en dansk studie utförd av Abdalla och Elklit (2001) undersöktes den mentala hälsan hos flyktingbarn från Kosovo. Enligt studiens resultat kunde man se ett samband mellan en äldre ålder och fler symptom på bland annat PTSD och ångest (Abdalla & Elklit, 2001). En äldre ålder har också kunnat förknippas med en högre sannolikhet att utveckla internaliserade problem (Montgomery, 2010).

De tidigare nämnda studierna har alltså tytt på att mentala svårigheter varit vanligare hos äldre flyktingbarn än yngre, men det finns också studier där en yngre ålder har varit en riskfaktor (Aitcheson m.fl., 2017; Beiser m.fl., 2015; Lincoln m.fl., 2016). I en finsk studie kunde man visa på ett samband mellan en yngre ålder och en högre risk för beteendeproblem (Sourander, 1998). Enligt en studie gjord av Aitcheson m.fl. (2017) uppvisade äldre flyktingbarn en högre resiliens jämfört med yngre flyktingbarn. Det finns också studier där en äldre ålder varit en skyddsfaktor för internaliserade problem (Ahmad m.fl., 2015; Lau m.fl., 2018; Park m.fl., 2017).

I en finsk studie gjord av Parviainen med flera (2022) undersöktes psykiatriska symptom hos asylsökande barn och deras föräldrar. Psykiatriska symptom bedömdes med hjälp av mätinstrument för mental hälsa och trauma. Mätinstrumenten mätte bland annat emotionella symptom, uppförandeproblem, hyperaktivitet, problem med vänner och prosocialt beteende. Det vanligast förekommande symptomet för såväl 2–6-åringar som 7–12-åringar var problem med vänner. Därtill var uppförandeproblem vanliga för 2–6-åringar medan emotionella symptom var vanliga för 7–12-åringar. Parviainen med flera (2022) lade också märke till att över hälften av de asylsökande pojkarna under skolåldern hade uppförandeproblem som låg över det normala. Parviainen med fleras (2022) upptäckt att uppförandeproblem är vanligare hos pojkar än hos flickor har också fått stöd av annan forskning. Externaliserande problem, så som uppförandeproblem och utåtagerande beteenden, har enligt en del forskning varit vanligare förekommande hos pojkar än hos flickor vad gäller flyktingbarn (Çeri & Nasiroğlu, 2018; Eruyar m.fl., 2020; Oppedal & Idsoe, 2012). Det har dock funnits en större risk för flickor att utveckla internaliserande problem (Ahmad m.fl., 2015; Betancourt m.fl., 2012b; Çeri & Nasiroğlu, 2018; Keles m.fl., 2016; Meyer m.fl., 2017; Oppedal & Idsoe, 2015).

Det har också visat sig finnas skillnader mellan ensamkommande och åtföljda flyktingbarn vad gäller mental hälsa. I en finsk studie gjord av Sourander (1998) undersöktes beteendeproblem och traumatiska upplevelser hos ensamkommande flyktingbarn. Enligt undersökningens resultat befann sig ensamkommande flyktingbarn i en väldigt utsatt situation.

Flyktingbarnen som deltog i studien hade upplevt förluster, separationer, förföljelse och hot. Speciellt barn under 15 år led av allvarigare psykiatriska problem (Sourander, 1998). I en studie där olika grupper av flyktingbarn jämfördes visade sig depression vara vanligare hos ensamkommande flyktingbarn än hos åtföljda flyktingbarn (Derluyn m.fl., 2009). PTSD har också visat sig vara vanligt förekommande speciellt hos ensamkommande, äldre flyktingbarn (Hirani m.fl., 2018; Jensen m.fl., 2014; Longobardi m.fl., 2017). Även ångestsyndrom har visat sig vara vanligare hos ensamkommande flyktingbarn än hos åtföljda flyktingbarn (Derluyn m.fl., 2009).

Stressfaktorer efter flykten har visat sig ha ett direkt samband med högre nivåer av depression (Heptinstall m.fl., 2003). Dessa stressfaktorer har bland annat varit osäkerhet gällande asylstatus och avslag på asylansökan (Heptinstall m.fl., 2003). Antalet personer som barnet separerats från har också visat sig ha ett samband med barnets symptom på depression (Abdalla & Elkhit, 2001), vilket stöder upptäckterna om att ensamkommande flyktingbarn lider av depression i högre grad än åtföljda flyktingbarn (Derluyn m.fl., 2009).

Enligt en studie gjord av Gobin och Freyd (2014) har svektrauma kunnat skapa störningar i utvecklingen av sociala förmågor, inklusive förmågan att göra goda beslut om vem man kan lita på. Barn med svektrauma har kunnat lita överdrivet mycket på vuxna i sin omgivning eller varit ovilliga att lita på andra, också på sådana personer som de borde kunna lita på. Enligt Gobin och Freyd (2014) har svektrauma i tidig ålder kunnat leda till stark misstro. Barn som upplevt svektrauma har litat mindre på personer i allmänhet (Gobin & Freyd, 2014). Enligt Zurbriggen och Freyd (2004) har traumatiska svek kunnat skada de kognitiva mekanismer som hjälper personer att bedöma andra personer pålitlighet, vilket har kunnat leda till en ökad risk för framtida svek och kränkningar.

1.4. Syfte och forskningsfrågor

En hel del forskning har gjorts om flyktingbarns mentala hälsa, men rätt lite forskning har hittills gjorts i Finland. Syftet med denna magisteravhandling är att få en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland. Detta görs genom att undersöka hur personalen som arbetar med flyktingbarn upplever att flyktingbarns mentala hälsa ser ut då de anländer till Finland, hur den mentala hälsan förändras över tid samt ifall personalen upplever att skillnader i mental hälsa finns mellan flickor och pojkar. Magisteravhandlingens forskningsfrågor är därmed:

1. Hur ser den mentala hälsan ut hos flyktingbarn som anländer till Finland?
2. Hur förändras flyktingbarns mentala hälsa över tid?
3. Hurudana skillnader i mental hälsa finns mellan flickor och pojkar?

2. Metod

I detta kapitel behandlas valet av metod samt datainsamlingen för denna magisteravhandling. Därtill presenteras intervjuguiden och analysprocessen. Avslutningsvis diskuteras undersökningens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet samt undersökningens etiska överväganden.

2.1. Val av metod

För att besvara denna avhandlings forskningsfrågor används kvalitativa, semistrukturerade intervjuer. I semistrukturerade intervjuer har intervjuaren en uppsättning frågor som hen ställer intervjuobjektet (Fylan, 2005). Konversationen under intervjun är dock fri och kan variera från intervju till intervju. Semistrukturerade intervjuer är lämpliga då man vill undersöka mer komplicerade forskningsfrågor. Semistrukturerade intervjuer är dessutom lämpliga om ämnena som diskuteras kan upplevas som känsliga (Fylan, 2005). Intervjuer som görs ansikte mot ansikte kan möjliggöra en speciell insikt i intervjuobjektets levda erfarenheter (Atkinson & Silverman, 1997). Intervjuer erbjuder inte bara möjligheten att ställa de förutbestämda frågorna utan också möjligheten att ställa följdfrågor på olika saker som intervjuobjektet lyfter upp (Rapley, 2004). Kvalitativa, semistrukturerade intervjuer har valts som forskningsmetod i denna avhandling eftersom syftet är att få en bättre bild av flyktingbarns mentala hälsa genom att undersöka intervjuobjektets upplevelser och erfarenheter. De frågor som ställdes under intervjuerna kan upplevas som känsliga, och därför var semistrukturerade intervjuer lämpliga.

En utmaning då det kommer till kvalitativa intervjuer är att intervjuaren ska visa ett intresse för ämnet men ändå förhålla sig neutral (Fielding & Thomas, 2001). Intervjuaren ska underlätta intervjun utan att styra intervjuobjektet (Rapley, 2004). Detta kräver bland annat att intervjufrågorna är konstruerade på ett sådant sätt att de inte är ledande (Berg, 1998; May, 1993). Dessa saker har beaktats då intervjufrågorna har konstruerats och intervjuerna utförts.

2.2. Datainsamling och sampel

Datainsamlingen genomfördes genom kvalitativa, semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna gjordes ansikte mot ansikte och spelades in för att senare kunna transkriberas. Datainsamlingen pågick under tre veckors tid. Urvalet av sampel gjordes genom bekvämlighetsurval, en urvalsmetod som ofta används i kvalitativa studier (Stratton, 2021). Bekvämlighetsurval innebär att personer som är tillgängliga och fyller inklusionskriterierna väljs som deltagare för studien (Stratton, 2021). Inklusionskriterier för deltagarna i denna studie var att de arbetade

med flyktingbarn och hade kunskap om flyktingbarns mentala hälsa. Intervjuobjekten valdes ut bland personer som arbetade på enheter för ensamkommande flyktingbarn i Finland. Personer som arbetar med ensamkommande flyktingbarn ansågs lämpliga för studien eftersom de har en bred erfarenhet av arbete med flyktingbarn och har därmed också kunskap om flyktingbarns mentala hälsa. Målet var att fem till tio personer skulle delta i studien. Totalt intervjuades sju personer.

Deltagarna i studien hade olika arbetserfarenheter. De med kortast erfarenhet hade arbetat med flyktingbarn i 8–10 år medan de med längst erfarenhet hade arbetat med flyktingbarn i 26–29 år. En del av intervjuobjekten hade arbetat med flyktingbarn både inom skolvärlden och inom enheter för ensamkommande flyktingbarn medan andra endast hade arbetat på enheter för ensamkommande flyktingbarn. Tre av intervjuobjekten hade arbetat på två till tre olika enheter medan fyra av intervjuobjekten arbetat på samma enhet. Två av intervjuobjekten hade arbetat med flyktingbarn i alla åldrar medan fem intervjuobjekt främst arbetat med flyktingbarn i tonåren och övre tonåren. Samtliga sju intervjuer ingår i analyserna för denna avhandling.

2.3. Intervjuguide

Samma intervjuguide användes för samtliga sju intervjuer. Samtliga intervjuobjekt fick intervjufrågorna på förhand och hade därmed möjlighet att bekanta sig med frågorna före intervjun. Under intervjuerna ställdes följdfrågor för att få så heltäckande svar som möjligt. Följdfrågor ställdes speciellt ifall intervjuobjekten svar var väldigt korta eller om intervjuaren upplevde att något i svaret behövde förtydligas. Följdfrågor ställdes i vissa fall också ifall intervjuobjekten nämnde något som inte fanns med i intervjuguiden men som ändå ansågs vara relevant för avhandlingen.

Intervjuguiden bestod av fem temaområden med en till sju frågor per område. Allt som allt innehöll intervjuguiden 17 frågor. Det första temaområdet behandlade intervjuobjektets arbetserfarenhet. Det andra temaområdet innehöll frågor om hur flyktingbarn i allmänhet mår vid ankomsten till enheten samt under den första tiden då de anpassar sig till enheten och samhället i stort. Det tredje temaområdet behandlade välmåendet och den mentala hälsan hos flyktingbarn då de bott på enheten en viss tid, exempelvis några år. Syftet med det fjärde temaområdet var att undersöka huruvida skillnader i välmåendet och den mentala hälsan finns mellan flickor och pojkar. Frågorna fokuserade bland annat på eventuella skillnader i internaliserande och externaliserande beteenden. Det sista temaområdet behandlade eventuella

skillnader i den mentala hälsan hos yngre respektive äldre flyktingbarn. Intervjuguiden finns i sin helhet i slutet av denna avhandling (bilaga 1).

2.4. Analysprocessen

Samtliga intervjuer transkriberades. Vid transkriberingen översattes dialektala ord till skriftspråk, utfyllnadsord togs bort och eventuella namn som nämndes under intervjuerna ändrades till X, Y, Z eller liknande. Detta för att skydda personernas anonymitet. I de fall då fler än ett utfyllnadsord togs bort markerades detta med en klammer och tre punkter.

Som analysmetod användes konventionell (induktiv) innehållsanalys. Konventionell innehållsanalys används ofta för att förklara ett fenomen (Hsieh & Shannon, 2005). Analysmetoden kan användas då teorin eller forskningslitteraturen av ett fenomen är begränsad. Då denna analysmetod används undviker forskaren att använda förutbestämda kategorier och låter i stället kategorierna bestämmas utifrån materialet (Hsieh & Shannon, 2005). Analysen inleds genom att forskaren fördjupar sig i materialet och skapar sig en helhetsuppfattning. Därefter läses materialet ord för ord för att upptäcka koder, nyckelord och koncept (Hsieh & Shannon, 2005). I denna avhandling togs programmet Nvivo till hjälp för att upptäcka koder och nyckelord. Intervjumaterialet matades in i Nvivo där det lästes igenom för att hitta svar på forskningsfrågorna. Materialet kategoriserades sedan utifrån koder och nyckelord och kategorierna grupperades i sin tur enligt forskningsfråga och innehåll. De identifierade kategorierna presenteras i resultatredovisningen (figur 1).

2.5. Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Trovärdighet eller validitet handlar om huruvida en studie kommer till rätt slutsats (Kirk & Miller, 1986). Trovärdighet handlar dessutom om ifall en studies forskningsmetod undersöker det som den ska undersöka (Brinkmann & Kvale, 2018). Enligt Brinkmann och Kvale (2018) beror en studies trovärdighet mycket på forskarens skicklighet. Forskaren behöver kontinuerligt ifrågasätta och tolka studiens resultat. I denna studie används kvalitativa intervjuer som forskningsmetod. Syftet med denna studie är att få en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland genom att undersöka hurdana upplevelser personalen som arbetar med ensamkommande flyktingbarn har av barnens mentala hälsa. Genom kvalitativa intervjuer där personalen intervjuas kan en bra bild av personalens upplevelser fås. Därför kan man konstatera att studiens forskningsmetod undersöker det som den ska undersöka. Studiens

intervjuguide har dessutom skapats utifrån studiens forskningsfrågor och intervjuerna kan därför antas undersöka det som de ska undersöka.

Tillförlitlighet eller reliabilitet handlar om huruvida en studie skulle komma till samma svar oberoende när eller hur den görs (Kirk & Miller, 1986). En studie är tillförlitlig ifall andra forskare vid andra tidpunkter kommer till samma svar (Brinkmann & Kvale, 2018). I en intervjustudie kan tillförlitligheten äventyras om ett intervjuobjekt ger olika svar till olika intervjuare eller ifall ett intervjuobjekt ändrar sitt svar under en intervju. Tillförlitligheten kan också äventyras vid transkriberingen och analyseringen av intervjumaterial, eftersom olika forskare kan göra olika transkriberingar och analyser (Brinkmann & Kvale, 2018). Materialet som samlats in i denna studie har transkriberats ord för ord, och det är därför troligt att en annan forskare skulle göra en likadan transkribering. Analyserna av materialet har gjorts med hjälp av programmet Nvivo, där kategorier med hjälp av konventionell innehållsanalys identifierats för att svara på studiens forskningsfrågor. Det är möjligt att en annan forskare skulle ta fasta på andra saker och identifiera andra kategorier än de som identifierats i analyserna för denna studie, men eftersom studiens forskningsfrågor använts som utgångspunkt vid identifieringen av kategorierna är det troligt att de identifierade kategorierna skulle vara rätt lika också ifall en annan forskare gjorde analysen.

Överförbarhet handlar om huruvida en studies resultat kan överföras till andra sammanhang och situationer (Brinkmann & Kvale, 2018). Överförbarhet handlar enligt Brinkmann och Kvale (2018) inte alltid om huruvida ett resultat kan generaliseras till en global skala utan ifall resultatet kan överföras till andra relevanta situationer. Samplet i denna studie är litet och det kan därför vara svårt att överföra resultaten till en större skala. Samplet har dessutom valts ut genom bekvämlighetsurval, vilket påverkar överförbarheten negativt (Stratton, 2021). Resultaten kan dock vara relevanta till exempel för enheter som arbetar med ensamkommande flyktingbarn. Resultaten kan dessutom vara intressanta för alla som arbetar med flyktingbarn i Finland och kan förhoppningsvis bidra till att skapa en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland.

2.6. Etiska överväganden

Finlands Forskningsetiska delegation (TENK) har 2019 publicerat sina uppdaterade etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland. Forskningsetiska delegationen utses av Finlands Undervisnings- och kulturministerium och ansvarar bland annat för att främja forskningsetiken (Forskningsetiska delegationen, 2021).

Nästan alla universitet, yrkeshögskolor och forskningsinstitut som verkar inom humanforskning har förbundit sig till delegationens etiska principer (Forskningsetiska delegationen, 2019).

Alla forskare i Finland styrs av samma allmänna etiska principer (Forskningsetiska delegationen, 2019). Forskaren bör respektera de undersökta personernas självbestämmanderätt och människovärde samt genomföra sin forskning så att den inte medför betydande skador, risker eller men för undersökningsobjekten. En viktig etisk praxis inom speciellt humanforskning är informerat samtycke om att delta i forskningen (Forskningsetiska delegationen, 2019). Åbo Akademi har utarbetat en mall för informerat samtycke som används vid deltagande i forskning för magisterarbete. Denna mall har använts i forskningen för denna magisteravhandling. Samtliga intervjuobjekt har före sin intervju fått bekanta sig med och underteckna blanketten för informerat samtycke.

Alla som deltar i forskning har rätt att delta frivilligt och när som helst, utan särskilt skäl, avbryta sitt deltagande (Forskningsetiska delegationen, 2019). Forskaren bör dokumentera deltagarens muntliga eller skriftliga samtycke till att delta i forskningen. Ifall en person avbryter sitt deltagande kan forskaren ändå använda sig av de uppgifter som dittills samlats in. Alla som deltar i forskning har också rätt att få information om forskningen och dess innehåll, behandlingen av personuppgifter samt hur forskningen praktiskt genomförs. Den som deltar i forskning har dessutom rätt att få en förståelig bild av forskningens mål samt eventuella risker eller olägenheter som deltagandet kan medföra (Forskningsetiska delegationen, 2019). Forskaren ska inte lova den som deltar i forskningen fullständig oigenkännlighet ifall detta inte kan genomföras. Den allmänna principen är dock att skydda integriteten för dem som deltar i forskningen.

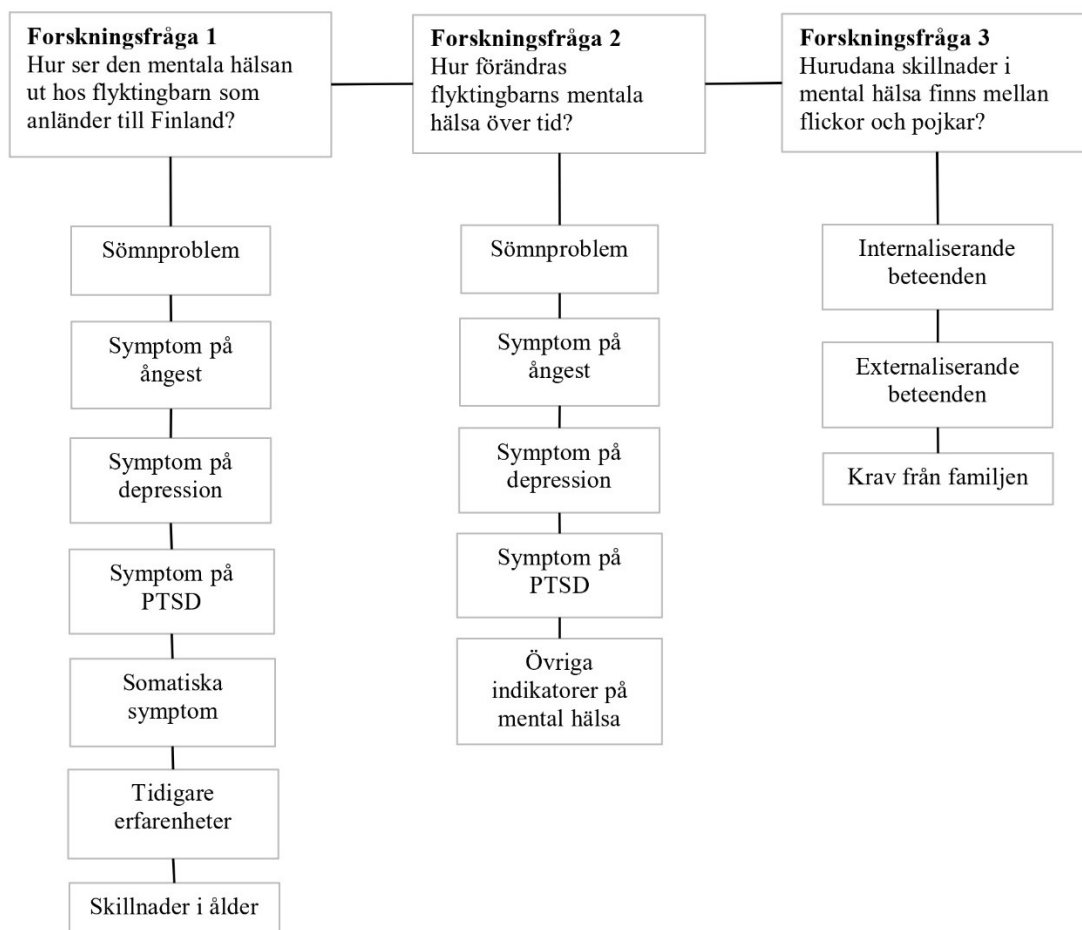
Alla som deltog i forskningen för denna avhandling har via blanketten för informerat samtycke fått information om sin rätt att avbryta sitt deltagande samt om eventuella risker och olägenheter som deltagandet kan medföra. Deltagarna har också fått veta att de när som helst kan be om tilläggsinformation om avhandlingen och dess forskning. Deltagarna har också fått information om att de inspelade och transkriberade intervjuerna sparas på skribentens dator tills avhandlingen skrivits, varefter de raderas.

3. Resultat

I detta kapitel presenteras de resultat som hittats baserat på den konventionella innehållsanalysen som gjordes med hjälp av programmet Nvivo. De övergripande kategorierna baserades på avhandlingens forskningsfrågor och kategorierna för varje forskningsfråga togs fram utifrån de nyckelord och koncept som framkom ur intervjumaterialet. Sju kategorier identifierades för den första forskningsfrågan. För den andra forskningsfrågan identifierades fem kategorier och för den tredje forskningsfrågan identifierades tre kategorier. De kategorier som identifierats utifrån intervjumaterialet presenteras i figuren nedan (figur 1). Resultaten presenteras därefter i mera detalj enligt forskningsfråga och kategori.

Figur 1

Resultatredovisning



3.1. Mental hälsa hos flyktingbarn som anländer till Finland

Den första forskningsfrågan fokuserar på hur den mentala hälsan ser ut hos flyktingbarn som nyligen anlänt till Finland. Utifrån analysen kunde sju kategorier identifieras. Dessa var sömnproblem, symptom på ångest, symptom på depression, symptom på posttraumatiskt stressyndrom, somatiska symptom, tidigare erfarenheter och skillnader i ålder. I detta kapitel presenteras först intervjuobjektens allmänna kommentarer om den mentala hälsan hos nyligen anlända flyktingbarn. Därefter presenteras de identifierade kategorierna en och en.

Under intervjuerna bads intervjuobjekten beskriva hur välmåendet och den mentala hälsan överlag ser ut hos flyktingbarn som nyligen anlänt till den enhet där intervjuobjekten arbetar. Flera av intervjuobjekten poängterade att det är svårt att generalisera, eftersom alla som kommer till enheten är individer och det finns stora skillnader individerna emellan. Det framkom dock under flera av intervjuerna att det överlag är svårt att se hur barnen mår under den första tiden då de nyligen anlänt, eftersom de håller sig mycket för sig själva. Intervjuobjekten påpekade också att man sällan ser direkt ifall någon mår dåligt, utan att det är något som man i så fall märker då de bott på enheten en tid. Flera av intervjuobjekten beskrev ändå den första tiden som en bra tid. Även om barnen håller sig för sig själva så verkar många må ganska bra då de anländer.

Kanske överlag är de ganska så där uppåt och positiva för att de är väl kanske förväntansfulla och väntar att nu ordnar det sig. Nu är de äntligen här. De kan ju ha varit i läger, vissa flera år. De kan ha varit i olika länder runt i Europa innan de nu landar här. Så det känns väl som tryggt också då de har den där platsen, då får de ju söka [...] uppehållstillstånd och vänta på det. Så de är kanske nog ganska så där positiva och förväntansfulla skulle jag säga. (Handledare #4)

Som tidigare nämnts poängterade flera av intervjuobjekten att det finns stora skillnader mellan de flyktingbarn som kommer till Finland, och flera intervjuobjekt berättade också att en del barn kan må väldigt dåligt då de kommer. Ett av intervjuobjekten lyfte upp att speciellt de barn som från början vet att de kan ha svårt att få uppehållstillstånd kan må väldigt dåligt.

En del mår jättedåligt och det händer ju också att de mer eller mindre rymmer därifrån och inte alls klarar av det. Och en del är öppnare och kan prata om att de har ledsamt hem och så där men många alltså hittar ju ganska fort kompisar också. I synnerhet bland landsmännen men också så att de liksom blandar ihop sig med andra. [...] Sen

är det en del som vet från början att de kommer att ha svårt att få uppehållstillstånd och de mår inte alls bra. (Handledare #3)

3.1.1. Sömnproblem

Flera av intervjuobjekten beskrev sömnproblem som ett vanligt förekommande problem bland de flyktingbarn som nyligen anlant till Finland. Sömnsvårigheter kan enligt WHO (2021) vara ett tecken på depression, men eftersom flera av intervjuobjekten lyfte upp sömnsvårigheter som ett problem också för barn som inte haft tydliga tecken på depression presenteras sömnproblem som en egen kategori. Flera av intervjuobjekten beskrev sömnproblem som ett av de första tecknen man ser på psykiskt illamående hos flyktingbarn.

Efter ett par veckor i alla fall så brukar det komma fram [...] då kommer de på nattskift och säger att de har svårt att sova. De får bara inte tag i sömnen eller så ligger de och ältar händelser, saker som har hänt innan de kom hit. Tänker på familjen och så vidare. [...] Den här sömnen skulle jag väl säga att det är väl där det märks till en början. Att det är någonting som inte står rätt till. (Handledare #5)

Flera av intervjuobjekten berättade också att läkemedlet melatonin används vid sömnproblem och att många flyktingbarn ber om att få melatonin speciellt under den första tiden efter att de kommit till Finland. En del behöver också starkare mediciner för att kunna sova. Även i de fall då barnen själva inte berättar om sina sömnsvårigheter har personalen kunnat märka av problemen. Enligt intervjuobjekten har sömnproblem märkts av bland annat då barnen inte orkar stiga upp på morgonen för att åka till skolan.

De berättar ju inte det, men man ser ju på dem att de inte mår så bra, att det inte sover. Det är ofta ett vanligt problem att de inte sover, och när de börjar skolan så blir det till ett problem [...] för de kommer inte upp ur sängen på morgonen. (Handledare #3)

Enligt intervjuobjekten kan sömnproblemen som tidigare nämnts bero på att barnen har svårt att få sömn eller ligger och tänker på tidigare händelser och på sin familj. Sömnproblem kan också bero på mardrömmar. Enligt intervjuobjekten har många barn sagt att de drömmer mardrömmar nästan varje natt. Yngre barn har kunnat ha mardrömmar speciellt under den första tiden då de kommit till Finland. Mardrömmar kan tyda på posttraumatiskt stressyndrom

(WHO, 2022b). Symptom på posttraumatiskt stressyndrom tas upp utförligare i kapitel 3.1.4. och kapitel 3.2.4.

3.1.2. Symptom på ångest

Flera intervjuobjekt nämnde i de allmänna kommentarerna om mental hälsa hos nyligen anlända flyktingbarn att det är svårt att se hur barnen mår under den första tiden. Detta gäller också symptom på ångest. Flera av intervjuobjekten kallade den första tiden för smekmånaden och berättade att eventuella symptom ofta börjar synas först då smekmånaden är över och barnen har vant sig vid sin nya vardag.

Som sagt, man märker kanske inte riktigt det först heller. Egentligen är det inte mycket man märker direkt, utan det kan nog ta några veckor eller någon månad. Och speciellt just då när de slappnar av som jag sa, då smekmånaden är över och de har landat så det är då som det börjar komma fram. Jag vet inte om de är bra att dölja eller vad det är, men [...] nog finns det ju undantag då man ser direkt. Men för det mesta så skulle jag säga att man inte märker direkt att de har ångest. Men nog har vi många som har haft ångest och depression förstås, panikångest. (Handledare #4)

I vissa fall kan dock symptomen på ångest synas också då barnen nyligen anlänt till enheten. Intervjuobjekten beskrev bland annat symptom som sömnproblem, rädsla, rastlöshet, svårigheter att komma till ro och fundersamhet. Många barn har haft svårt att komma till ro och landa i situationen på grund av att många saker är ovissa då de kommer till Finland.

Nog kan det vara så att man märker att de är ganska rastlösa [...] De kan liksom sitta själva ganska mycket och man märker att de sitter och funderar, att man märker att det är mycket som pågår där inne i huvudet. [...] Och när handledaren tar grunduppgifter av dem så då är det nog de som svarar väldigt kort och kan svara lite undvikande och vissa som till och med börjar gråta. För att det är så känsligt [...]. (Handledare #5)

3.1.3. Symptom på depression

Intervjuobjekten hade delade upplevelser vad gäller symptom på depression hos nyligen anlända flyktingbarn. En del intervjuobjekt ansåg att man kunnat se symptom på depression

också hos flyktingbarn som nyligen kommit till Finland medan andra menade att eventuella symptom kommer senare, då barnen varit i Finland ett tag. Flera intervjuobjekt berättade att eventuella symptom på depression kunnat bero mycket på vad barnen varit med om och varifrån de kommer.

Det är ju olika från barn till barn, det där också. Vad de har gått igenom, vad de själva upplever att de gått igenom. Det finns ja, som du ser tecken på, men det finns också sådana som du inte [...]. Det är nog väldigt olika. Det har mycket att göra med varifrån de kommer också. Från vilket land de kommer och vilken väg och hur länge de varit på väg och allt det här. Så det är nog från fall till fall. (Handledare #7)

De intervjuobjekt som berättade att symptom på depression funnits också hos nyligen anlända flyktingbarn beskrev symptom som koncentrationssvårigheter och trötthet. Flera barn har också besökt psykolog. Intervjuobjekten hade olika upplevelser av barnens inställning till att ta emot hjälp från exempelvis psykolog. Ett intervjuobjekt berättade att det tidigare inte varit lika accepterat att besöka en psykolog men att inställningen har ändrat över tid. Ett par andra intervjuobjekt berättade dock att det ännu finns de som inte vill ta emot exempelvis terapi. I sådana fall har man i stället försökt hjälpa barnen genom att låta dem varva ner och genom att personalen har pratat med dem. Att man inte velat ta emot hjälp har enligt ett intervjuobjekt också kunnat bero på hur barnet mått. Det har enligt intervjuobjektet också kunnat ta ett tag innan barnet insett att hen behöver hjälp.

Jag tycker vi har ganska bra så där skyddsnet runt oss här, att det snappas upp ganska snabbt ändå, så att de har möjlighet att ta den hjälp som erbjuds, eller det erbjuds hjälp. Men sedan många gånger, så [...] tar de inte då det erbjuds. Och det går säkert lite hand i hand med det här hur man mår. Det är ju som först efter ett tag, då man som inser att "oj, jag behöver ju någon hjälp nu". (Handledare #1)

Ett par intervjuobjekt berättade också om att de barn som varit deprimerade kan ha självskadebeteenden eller vara självmordsbenägna. Ett intervjuobjekt berättade att de på enheten med jämna mellanrum haft självmordsbenägna barn och varit tvungna att tillkalla ambulans av olika orsaker. Ett annat intervjuobjekt berättade att självskadebeteenden som att skära sig har varit vanligt förekommande. En del som skärt sig har velat dölja det medan de som velat prata om självskadebeteendet har satt på sig en t-skjorta eller annat klädesplagg så att ärran har syns. Enligt intervjuobjektet har de barn som valt att visa sina ärr velat att

personalen ska se ärran och börja prata med barnet om självskadebeteendet.

3.1.4. Symptom på posttraumatiskt stressyndrom

Flera intervjuobjekt berättade att man kunnat se symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos nyligen anlända flyktingbarn. Symptom som beskrevs var bland annat mardrömmar, sömnsvårigheter, nattskräck, ljudkänslighet, lättskrämdhet och att man drar sig undan. Symptomen på PTSD kan vara många. Enligt intervjuobjekten har PTSD också kunnat synas i utåtagerande beteenden. Barnen har då kunnat hamna i slagsmål eller slänga saker omkring sig. Intervjuobjekten berättade också att en del barn kan ha fysiska men av trauma, exempelvis skottskador eller omskärrelse. En del kan också ha blivit misshandlade, utnyttjade eller våldtagna. Flera av intervjuobjekten poängterade dock att även om symptom på PTSD kan märkas av så tar det ofta en längre tid innan barnen berättar vad de har varit med om.

Det vet vi ju sällan också vad de har gått igenom, för de berättar det inte så där direkt och inte åt alla, men det finns ju en del som har skottskador och en del som man sen har förstått har blivit misshandlade och till och med våldtagna. [...] Och de här flickorna också som ofta har blivit omskurna, så de mår ju inte så bra heller alltid. Men det är ju en känslig sak att tala om det också. (Handledare #3)

Och så under den här flykten, vad de upplever då så det kan ju komma ifatt dem då de är hos oss. [...] Jag har nog haft samtal med sådana som har råkar ut för övergrepp, det är både pojkar och flickor, egentligen ganska många som tyvärr hamnar ut för övergrepp som vi har haft. [...] Delvis så är de ju så oskyddade i de där lägren, eller att någon tar hand om dem och ger dem en sovplats, men så blir de ju utnyttjade. (Handledare #4)

Ifall barnen berättat om vad de har varit med om exempelvis under flykten så kan de ibland undvika att prata om vissa detaljer eller undvika att svara på vissa frågor. Ett intervjuobjekt berättade bland annat om ett barn som inte velat prata om hur hen tagit sig från Grekland till Turkiet. Enligt intervjuobjektet hade barnet inte vetat ifall hen skulle klara sig eller ifall båten skulle sjunka. Barnet undvek därför att prata om den delen av sin resa till Finland.

3.1.5. Somatiska symptom

Som tidigare nämnt kallade flera av intervjuobjekten den första tiden för smekmånaden och berättade att eventuella symptom ofta börjar synas först då smekmånaden är över och då barnen har vant sig vid sin nya vardag. Detta gällde till viss del också för somatiska symptom. Symptom som intervjuobjekten berättade om var bland annat huvudvärk och magbesvär. En handledare berättade också att symptomen kan se olika ut för flickor och pojkar. Flickor kan ha huvudvärk och mensvärk medan pojkar kan ha ont i benen och ryggen. Magbesvär kan finnas både hos pojkar och flickor.

Det är huvudvärk, magont och mensvärk, flickorna ofta, och pojkarna pratar ju ofta om ont i benen och ont i ryggen. Och mer fysiska sådana här medan flickor har den här magen och nog har ju pojkarna det också, men... (Handledare #6)

Barnen kan också vara trötta, vilket kan bero på sömnproblem. Tröttheten kan också synas i trötthet i kroppen.

Det visas liksom att det är sömnen, sover inte, stressigt på morgonen [...] trött, slut i kroppen, och så vidare. (Handledare #2)

3.1.6. Tidigare erfarenheter

Flera av intervjuobjekten poängterade att den mentala hälsan hos flyktingbarn som nyligen kommit till Finland beror mycket på deras tidigare erfarenheter, varifrån de kommer och vad de har gått igenom före de kommit fram.

Det är väldigt stor skillnad varifrån klienterna kommer. [...] Jag tycker man nu också ser stor skillnad bara på ukrainare som kommer. [...] Om man bara tar så där riktigt generellt, så de som kanske kommer från Irak och sådana länder, de kommer inte ifrån en riktigt akut kris för de hade ju som kanske deras stora kris 2015. Att nu jämfört då med någon som kommer från Afghanistan eller [...] så de kan ha så himla mycket mera press på sig och sen de som kommer från de här värsta områdena i Ukraina så kan må väldigt dåligt då de kommer. (Handledare #1)

Ett par intervjuobjekt berättade också att den mentala hälsan hos nyligen anlända flyktingbarn har kunnat bero på hur de har haft det i hemlandet innan de flytt. Faktorer som lyftes upp var bland annat hur hemförhållandena sett ut och hurudan uppfostran barnen haft. Ett intervjuobjekt berättade att barn som kommit direkt från sin familj och haft en uppfostran kan ha lättare att integreras jämfört med de som inte haft någon uppfostran.

[...] vissa har ju kommit från familj direkt och kommer hit [...] så då har de ju haft en uppfostran. Jämfört med många som inte alls har haft en uppfostran. Nog är de många steg före i integrationen de som har det. (Handledare #4)

Ett intervjuobjekt berättade också att det inte alltid varit flykt eller övergrepp som varit orsaken till mental ohälsa utan i vissa fall har det också kunnat vara hemförhållandena. Förhållandet till föräldrarna har kanske varit dåligt redan innan flykten och förhållandet har inte förändrats till det bättre efter att barnen kommit till Finland. Det har enligt intervjuobjektet också kunnat skapa mentala problem.

3.1.7. Skillnader i ålder

Intervjuobjekten fick under intervjuerna också ta ställning till ifall de upplevde att det funnits några skillnader i den mentala hälsan mellan yngre och äldre nyligen anlända flyktingbarn. Sex av sju intervjuobjekt ansåg att den mentala hälsan varit bättre hos yngre barn jämfört med äldre. Ett intervjuobjekt upplevde dock att den mentala hälsan varit sämre hos yngre barn jämfört med äldre, eftersom de yngre barnen har mindre livserfarenhet och därför kan ha det svårare.

Yngre har nog det svårare skulle jag säga. [...] De har liksom mindre livserfarenhet och vet kanske inte hur man knyter kontakter på samma sätt och så där. De här äldre har ju mera självsäkerhet när de kommer och de har kommit på ett annat sätt. De kan ha promenerat genom halva Europa och det är liksom, då har de träffat på en massa folk och har erfarenhet på ett annat sätt. Min teori [...] men jag tror att de mindre har svårare. Och [...] de här äldre kan kanske på ett annat sätt se på sina föräldrar fast de har jätteledsamt, men kan förstå att de kan ta kontakt och så där. (Handledare #3)

Även om majoriteten av intervjuobjekten ansåg att den mentala hälsan hos nyligen anlända flyktingbarn var bättre hos yngre än hos äldre barn så berättade ett intervjuobjekt att yngre barn kan ha svårare än äldre barn att förstå varför de har flytt. Yngre barn kan också känna sig

bortskuffade ur familjen, känna att deras föräldrar har lämnat dem eller vara rädda för att deras föräldrar eller familj ska glömma bort dem. Yngre barn kan enligt intervjuobjektet också tro att de inte är omtyckta av sina föräldrar eftersom föräldrarna har bestämt att de ska åka i väg medan deras syskon i vissa fall har fått stanna kvar hos föräldrarna.

Flera intervjuobjekt berättade att yngre barn kan ha lättare att komma in i samhället och bli integrerade. Yngre barn verkade må bättre och vara nöjdare med tillvaron. Enligt intervjuobjekten har det också varit lättare att få med yngre barn på olika aktiviteter. Yngre barn har också haft lättare för att ty sig till vuxna än äldre barn. Ett intervjuobjekt berättade att det dock kan finnas skillnader barnen emellan eftersom personligheten också spelar en roll.

Förstås, där är det ju också personligheten som spelar in, men jag tycker ändå att mindre barn har lättare att anpassa sig än äldre. Tycker jag absolut. Och mindre barn har också lättare att ty sig till en vuxen människa än vad lite äldre barn har. Och lita på och vända sig till och så vidare bortåt. (Handledare #7)

Yngre barn kan som sagt ha lättare att anpassa sig och kan i början tycka att tillvaron är spännande och rolig, men kan också ha en stark längtan efter föräldrarna och familjen. Anpassningen kan ändå gå snabbare för yngre barn än för äldre, också vad gäller språket. Enligt ett intervjuobjekt har det kunnat bero på att de vuxna i deras omgivning styr och hjälper dem mera.

Äldre barn kan enligt intervjuobjekten ha svårare att ty sig till och lita på vuxna. De är mer självständiga och är i ett livsskede där de försöker hitta sig själva. Då barnen fyller 18 år måste de flytta till en egen lägenhet. Enligt intervjuobjekten kan det vara något som många äldre barn grubblar på. Många kan fundera på hur de ska klara sig själva då de vant sig vid att få hjälp av handledare eller andra vuxna.

Enligt ett intervjuobjekt kan det också finnas skillnader mellan yngre och äldre flyktingbarn vad gäller resan till Finland. Yngre barn kan ofta ha rest med någon vuxen som har skyddat dem medan äldre barn kan ha kommit helt på egen hand. Det kan enligt intervjuobjektet leda till att äldre barn kan ha gått igenom flera traumatiska händelser innan de kommit fram jämfört med yngre barn.

Jag tror ju nog att de som kommer hit som yngre, säg att du kommer hit som en 12-, 13-, 14-åring, så du är ju säkert så mycket mer formbar. Vägen hit, innan du är här i Finland, så har du ju varit som så liten att du kanske inte har förstått allt vad som har hänt runt omkring dig. Och de som du har rest med också kanske har skyddat dig mer

än att om du kommer hit som en sjuttonåring. Då har du ju säkert kommit helt på egen hand hela vägen och har varit tvungen att gå genom mycket mera trauman. [...] Jag tror att en som är yngre som har kommit hit så mår nog sedan bättre då du ska stå på egna ben. Du har haft längre tid att bearbeta innan du ska vara helt självständig. Och du har kanske varit lite skyddad på vägen hit också. (Handledare #1)

3.2. Förändringar i flyktingbarns mentala hälsa över tid

Den andra forskningsfrågan fokuserar på huruvida flyktingbarns mentala hälsa förändras över tid och hur den förändringen i så fall ser ut. Utifrån analysen identifierades fem kategorier. Dessa var sömnproblem, symptom på ångest, symptom på depression, symptom på posttraumatiskt stressyndrom samt övriga indikatorer på mental hälsa. I detta kapitel presenteras först intervjuobjektens allmänna kommentarer om flyktingbarns mentala hälsa över tid. Därefter presenteras de identifierade kategorierna en och en.

Under intervjuerna fick intervjuobjekten först möjligheten att svara på huruvida de ansåg att flyktingbarns mentala hälsa förändras över tid och vilka förbättringar eller försämringar de i så fall har kunnat se. Flera intervjuobjekt berättade att den mentala hälsan i allmänhet blir bättre med tiden. Barnen har börjat känna sig trygga och vant sig vid sin nya vardag. Oro och ångest kan dock finnas kvar en längre tid och märkas av nu som då.

När de kommer så långt så att de landar i situationen så mår de ju nog betydligt bättre. Men den finns ändå där den där oron. Ångesten är ju någonting som ligger kvar länge. Men på samma gång [...] som de blir så att säga hemma i huset så märker du som också tryggheten på ett annat sätt, även om den där ångesten lyser igenom där emellanåt. (Handledare #7)

Ett annat intervjuobjekt berättade att det oftast kan gå åt två håll vad gäller flyktingbarns mentala hälsa över tid. Med tiden kan de antingen ha börjat må bättre eller sämre. I de fall där de har börjat må bättre känner de sig trygga och vågar planera för framtiden. De har lärt sig språket, har en hobby, har eventuellt vänner, har hittat sin plats i samhället och mår bra.

Det bästa är ju förstås att de har börjat må bättre. De har lärt sig språket, de har en hobby, kanske även en vänsfamilj. Flickvän, pojkvän till och med. Ja, alltså de har hittat sin plats i samhälle. Och man märker att de planerar framåt, de vågar drömma, de

vågar ha ambitioner och de vågar jobba för det också för att de vet att det är möjligt. De känner sig trygga helt enkelt. (Handledare #5)

I de fall där barnen har börjat må sämre kan de ha alla förutsättningar för att saker ska gå bra men det börjar ändå gå sämre. Intervjuobjektet berättade att detta kan bero på en underliggande depression, känslor av skam och skuld eller något annat som gör att de mår dåligt. Barnen har då kunnat lämna hemma från skolan, ätit dåligt och haft självskadebeteenden.

[...] då ser man också att de på pappret som sagt har förutsättningar för att ha det jättebra här i Finland, men att ändå har det bara börjat gå sämre och sämre och de lämnar hemma från skolan. De lämnar bara och ligga. De äter dåligt och självskadebeteende till exempel. [...] Ja, alltså de skulle ha möjligheten, men det är ändå någonting som håller dem tillbaka, om det är skuld eller skam, eller som sagt depression eller vad som helst. (Handledare #5)

3.2.1. Sömnproblem

Enligt intervjuobjekten har sömnproblemen ofta avtagit efter att barnen varit i Finland ett tag. Beroende på hur barnen mått har sömnproblemen dock kunnat hålla i sig en längre tid eller komma tillbaka då barnen gått igenom en stressigare period, till exempel då de snart ska fylla 18 år och flytta till en egen lägenhet. Enligt ett intervjuobjekt kan många barn tycka att det är skönt att flytta till en egen lägenhet medan andra är rädda för det. Rädslan och oron inför det nya kan leda till sömnlöshet. Förutom att barnen funderat mycket på framtiden har sömnproblemen också kunnat bero på att barnen grubblat över saker som hänt i deras förflutna. Enligt ett intervjuobjekt har barnen sällan sagt att sömnproblemen berott på att de grubblat över framtiden eller det förflutna, men att det ändå är något som personalen märkt av.

Jag tror de där sömnlösa nätterna, att det är då som de ligger och grubblar och har ångest om framtiden och det förflutna och allt det där. [...] De säger det inte direkt, men kan anta det eller se på dem nog på sätt och vis. (Handledare #3)

Enligt ett par intervjuobjekt har barnen haft mardrömmar också efter att de varit i Finland ett tag. Mardrömmarna har också kunnat leda till sömnsvårigheter. Enligt ett intervjuobjekt har många mardrömmar på grund av traumatiska händelser de varit med om. Ett annat intervjuobjekt berättade dock att mardrömmarna har kunnat gå om ifall barnen pratat om dem.

Många som använt sig av sömnmedicin då de nyligen kommit till Finland har slutat ta medicinen efter ett tag, till exempel efter ett halvår. Enligt ett intervjuobjekt kan det bero på att sömnsvårigheterna som funnits i början blivit bättre med tiden då barnen känt sig mera hemma.

Men ganska ofta ju längre de har varit här så avtar det. Det är nästan mer vanligt att de slutar sedan efter kanske ett halvår med sömnmedicin. [...] För största delen som har sådana här svårigheter i början så blir det bättre med tiden då de har blivit mera hemma här. (Handledare #1)

3.2.2. Symptom på ångest

Enligt intervjuobjekten har det funnits symptom på ångest hos flyktningbarn som varit i Finland ett tag. Symptomen på ångest har kunnat gå om med tiden, men har ofta kommit tillbaka då barnen ska få beslut om uppehållstillstånd eller flytta till en egen lägenhet. Flytten har kunnat orsaka ångest eftersom barnen varit tvungna att flytta från sina kompisar och den trygghet de varit vana vid.

[...] de här som har bott länge, typ 3 år, och ska flytta ut så de får ju också ångest, för de får ju en ny kanske svår omställning för dem att flytta ut från den trygghet som de har haft och från kompisar. (Handledare #3)

Barnen har ofta kunnat prata om att de har stress. Enligt ett intervjuobjekt kan stressen barnen pratat om tolkas som ångest. Ångesten har kunnat bero på skolan, tidigare erfarenheter, oro för familjen och krav från föräldrar. Flera intervjuobjekt berättade att krav från föräldrar och familj kan skapa ångest hos barnen. Krav från familjen behandlas mera i detalj i kapitel 3.3.3.

Enligt intervjuobjekten har ångest kunnat ta sig uttryck i utåtagerande beteenden. Ett intervjuobjekt berättade att sådana barn som tidigare varit väldigt lugna, blyga och tysta har kunnat utveckla utåtagerande beteenden på grund av ångest. Barnen har då kunnat ge sig på fastigheten eller lösa ting och har till och med kunnat vara hotfulla mot personalen.

Två intervjuobjekt berättade att det fanns väldigt lite symptom på ångest hos barn som bott i Finland ett tag och att de symptom som eventuellt funnits då de nyligen kommit till Finland blivit bättre med tiden. Ett intervjuobjekt berättade att de barn som kommit till Finland ofta varit psykiskt starka och därför klarat sig bra.

Jag brukar säga att de barn som är här hos oss som blir skickade eller kommer sig hit, de är överlevare. De är ofta väldigt ledartyper, starka personligheter. Det är så, det är inte de svagaste psykiskt så att säga som kommer sig i väg, utan föräldrar väljer kanske ut ett barn som är starkt och de som far är de som överlever. Den som inte är stark så han far ju inte heller om inte han tror att han kan klara sig. Så att de är nog väldigt starka psykiskt och fysiskt. (Handledare #6)

3.2.3. Symptom på depression

Intervjuobjekten berättade att det har kunnat finnas symptom på depression också hos de flyktingbarn som bott i Finland ett tag. Flera av intervjuobjekten berättade dock att symptomen oftast blivit bättre med tiden. Symptom som intervjuobjekten nämnde var sömnproblem och skoltrötthet. Flera intervjuobjekt berättade att det första varningstecknet på depression har varit då barnen inte längre upplevt skolan som viktig och velat stanna hemma från skolan.

Under en intervju berättade ett intervjuobjekt att alla barn i något skede ifrågasatt varför de blivit lämnade. I det skedet har man kunnat se nedstämdhet eller depression hos barnen. En del barn har pratat öppet om det medan andra inte gjort det. Intervjuobjektet berättade dock att ifrågasättande är något som tonåringar överlag gör.

Det kommer en period då de, jag vet inte om man kallar det depression men, ifrågasättande varför de är lämnade. Den perioden kommer hos allihopa, mer eller mindre, en del pratar öppet om det, man kan se nedstämdhet och ibland kan det till och med vara fast de har kontakt med föräldrarna att de kontaktar inte dem utan föräldrarna börjar söka efter dem och så där. Det kan nog vara en sorts depression eller lite så där att man ifrågasätter, och det gör ju en tonåring överlag. Det är ju tonåringar vi jobbar med mestadels. (Handledare #6)

Ett annat intervjuobjekt berättade att förutom skoltrötthet kan också barn med symptom på depression hålla sig för sig själva, inte delta i aktiviteter, vara trötta och sura, och ha svårt att lita på andra. Intervjuobjektet berättade också att det kan vara svårt att som handledare veta hur man ska hjälpa flyktingbarn med depression, i och med att handledarna sällan vet vad barnen har gått igenom. Intervjuobjektet poängterade dock att det under hens arbetserfarenhet inte varit många barn som haft symptom på depression.

Tillitsproblem var något som flera intervjuobjekt lyfte upp under sina intervjuer. Tillitsproblem har enligt intervjuobjekten funnits både hos barn med symptom på depression

och hos andra barn. Under analyserna identifierades tillitsproblem som en egen kategori och kommer därför behandlas mera i detalj i kapitel 3.2.5.1.

Ett intervjuobjekt berättade att en del barn har tagit mediciner för att klara av symptomen på depression. Ibland har barnen vägrat ta medicinerna en viss tid och har då enligt intervjuobjektet snart börjat må sämre igen. Intervjuobjektet poängterade att medicinerna är viktiga ifall det handlat om en svårare depression. I fall med svårare depression har det ofta tagit en längre tid för symptomen att gå om. De barn som haft symptom på depression har fått hjälp via terapisaamtal och samarbete med skolan och lärare. Tidigare var det svårare att få barnen att gå på terapisaamtal eftersom de inte var vana vid det, men det har enligt ett intervjuobjekt ändrat väldigt mycket med tiden och nu har barnen tagit emot hjälp också i form av terapisaamtal.

3.2.4. Symptom på posttraumatiskt stressyndrom

Enligt flera intervjuobjekt har också symptomen på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ofta blivit bättre med tiden. Ett intervjuobjekt berättade att det berott mycket på hurudant trauma barnen har eller har haft.

Med tiden har det förändrats, faktiskt. Men det beror också på hurudant trauma de har haft. För vissa [...] det har gått om, för vissa lite, lite sakta, men efter ett år kanske, deras beteende är lite annorlunda. [...] Det är mycket mera så här ärligt, [...] vågar lite mera. [...] Men jag kan inte säga exakt, tar det sex månader eller ett år. Men efter ett år, det är en ganska bra tid. (Handledare #2)

Ett annat intervjuobjekt berättade att symptomen på PTSD inte nödvändigtvis blivit bättre på några år, men att det som förändrats är att barnen blivit medvetna om sina problem. Barnen har kanske också börjat förstå varför problemen uppstått. Symptomen på PTSD har enligt intervjuobjekten också kunnat ändras över tid. Symptomen har kunnat bli tydligare och har kunnat synas i till exempel utbrott och utåtagerande beteenden.

Ett intervjuobjekt berättade att hen tror att PTSD kunnat bero på i vilken ålder barnen kommit och hur de har flytt. En del barn som har haft PTSD har ständigt varit beredda att fly och varit rädda för att någon ska ta maten ifrån dem.

Jag tror att det beror på vilken ålder de kommer och hur de har flytt. Jag har nog något exempel på en sådan. Men han hade nog snurrat på i Europa ganska länge, och varit en gatupojke länge, och han sov ju inte i sängen, [...] eller han sov inte under täcket. Han sov med kläderna på och hade fönstret öppet, beredd att fly, så fort du öppnar dörren så stod han upp och han åt hamburgare med båda händerna och höll i den och titta sig omkring. Vi har haft sådana. [...] Han känner jag till, men sen har vi haft andra som haft att de har inte kunnat äta. De låser in sig på toaletten för att äta sin mat, så ingen ska ta den. (Handledare #6)

Flera intervjuobjekt berättade också att de gärna skulle ha velat få mera information om barnen och vad de gått igenom för att kunna hjälpa dem på bästa sätt. De berättade att det varit viss information som socialarbetaren fått och viss information som handledarna som arbetat med barnen fått. Intervjuobjekten berättade att de som handledare ibland upplevt att tystnadsplikten mellan till exempel socialarbetare och handledare har varit till nackdel för barnets vård.

Det kan ju ta ett halvår innan vi alls får riktigt får reda på. [...] Det är den där "alkukartoitus" som de har med socialarbetaren, så då kan det komma fram någonting, men då får ju inte hen säga något åt oss egentligen heller, vad de säger. Så där tycker jag nog att det är en svaghet, att vi skulle kunna hjälpa dem mera, för vi har ju tystnadsplikt alla och vi arbetar med samma klient. Att det skulle bli som mera, att få prata [...] så skulle de få bättre hjälp. (Handledare #4)

3.2.5. Övriga indikatorer på mental hälsa

En del av intervjufrågorna fokuserade på barnens vardag. Dessa intervjufrågor handlade om barnens relationer, skolgång och fritidsintressen. Under analysen av intervjumaterialet identifierades fem kategorier som handlade om barnens vardag. Dessa kategorier kan fungera som indikatorer på barnens mentala hälsa. Kategorierna var tillitsproblem, skolgång, hobbyer, värdefulla relationer och droger. Samtliga kategorier presenteras i detta kapitel.

3.2.5.1. Tillitsproblem. Flera intervjuobjekt berättade att barnen, speciellt barn i tonåren och övre tonåren, haft svårt att lita på personer i sin omgivning. Det har ofta tagit en tid att bygga upp ett förtroende mellan handledare och barn. Ett intervjuobjekt berättade att barnen haft svårt att lita på speciellt vuxna i sin omgivning. Barnen har både haft svårt att lita

på vuxna handledare och på vuxna i skolan. Intervjuobjektet berättade att tillitsproblemen kan bero på någon traumatisk händelse som barnet varit med om. Enligt intervjuobjekten har barn som bott i flyktingläger kunnat ha dålig tillit till alla i sin omgivning, inte bara till vuxna utan också till vänner.

Det är också psykiskt att man har svårt att lita på vuxna människor och de tål ju ingenting att vi missar som vuxen någonting för då är du inte att lita på. [...] Och det kan vara posttraumatiskt just att [...] en vuxen har lovat någonting och håller inte det så då direkt, du är inte att lita på. Att där kommer den här stressen fram tror jag väldigt mycket. Och liksom i skola också, de litar inte på vuxna människor i skolan och så där bortåt. Och så blir det kamrater också, de här som har bott på läger till exempel litar inte på någon runt om sig. (Handledare #6)

Ett intervjuobjekt berättade att en del barn aldrig litat på någon i sin omgivning trots att de bott i Finland en längre tid. Intervjuobjektet berättade att man sällan vetat vad barnen gått igenom eller varför de inte kan lita på personer i sin omgivning. Ett annat intervjuobjekt berättade att hen tror att en orsak till att barnen kan ha svårt att lita på vuxna kan vara för att det är vuxna som satt dem i den situation de är i. Till exempel kan det ha varit föräldrarna som skickat i väg barnet till ett annat land.

3.2.5.1. Skolgång. Under intervjuerna fick intervjuobjekten svara på en fråga om hur det överlag går för barnen i skolan. Samtliga intervjuobjekt berättade att det fanns stora individuella skillnader barnen emellan men att majoriteten av barnen tar sig till skolan och är motiverade att lära sig. Ett intervjuobjekt berättade att många barn inser att det är en rikedom att få gå i skola och lära sig. Intervjuobjektet berättade att många barn varit motiverade att göra läxor och har också själva kunnat läsa på sin fritid för att de vetat att det gynnar dem i längden.

Hur det gått för barnen i skolan har enligt intervjuobjekten kunnat bero på när barnen kommit till Finland och hurdan skolbakgrund de har haft. De barn som kommit till Finland i ung ålder och fått börja i skolan redan i lågstadiet har enligt ett intervjuobjekt klarat sig ganska bra. Barn som kommit till Finland i tonåren kan vara mindre motiverade att gå i skola. Barn i tonåren som aldrig tidigare gått i skola kan också ha svårt med motivationen.

Största skillnaderna fanns enligt intervjuobjekten mellan barn som har skolbakgrund och barn som inte har skolbakgrund. Barn som har skolbakgrund har enligt intervjuobjekten snabbare integrerats. Barn som inte har skolbakgrund har kunnat uppleva skolan som jobbig.

Det är ju så stor skillnad på [...] skolnivån som de är på. Har de aldrig gått i skola och kommer hit som en 16–17-årig så då [...] är nog skolan jobbig. Fast hur man försöker läsa läxor och träna här på kvällen så [...] är det nog tungt för dem. (Handledare #1)

Barn som inte har skolbakgrund och som i vissa fall är analfabeter har enligt intervjuobjekten alltså haft större svårigheter i skolan än barn som har skolbakgrund. Ett intervjuobjekt berättade dock att de barn som inte har skolbakgrund och som kanske inte kunnat engelska då de kommit till Finland har i slutändan kanske kunnat bättre finska än barn med skolbakgrund, eftersom barnen utan skolbakgrund inte alls använt engelska för att kommunicera utan varit tvungna att prata finska från början.

Ett intervjuobjekt berättade att barnens skolmotivation och skolprestation också berott mycket på vilken skola de gått i och hur skolan tagit emot dem. Flera intervjuobjekt berättade också att det funnits barn som haft koncentrationssvårigheter, ADHD eller läs- och skrivsvårigheter som påverkat skolgången. Ibland har intervjuobjekten upplevt att det varit svårt att veta ifall svårigheterna varit specifika svårigheter eller om svårigheterna i skolan berott på sömnproblem, depression, stress eller andra faktorer.

Enligt intervjuobjekten har vissa barn stannat hemma från skolan oftare än andra. Enligt ett intervjuobjekt har det dock förekommit perioder hos alla barn då de inte velat eller orkat ta sig till skolan. Det har då kunnat bero på en mindre depression, att mycket hänt i hemlandet som barnet funderat över eller att någonting hänt i skolan.

Det kommer perioder hos allihop att de inte [...], och när de börjar ligga hemma så är det ju någonting antingen som händer i skolan och de kan bli utsatta för ett och annat och höra och så där, eller så kan det vara sådan här mindre depression att man orkar bara inte mera. Att det är mycket annat som händer i huvudet, att det händer mycket i hemlandet [...]. (Handledare #6)

Flera av intervjuobjekten poängterade att det viktigaste med skolan är att barnen lär sig språket, antingen svenska eller finska. De som orkat gå i skolan och lärt sig språket har också haft lättare att få till exempel ett sommarjobb. Enligt ett intervjuobjekt har språket också varit viktigt för att barnen ska kunna följa med i vad som händer runt omkring dem och känna sig delaktiga.

3.2.5.3. Hobbyer. Intervjuobjekten berättade att många barn haft en hobby. Att hålla på med en regelbunden hobby, till exempel att spela fotboll, var vanligare bland pojkar än

bland flickor. Fotboll, gymträning och boxning var populära hobbyer bland pojkarna. En del pojkar spelade fotboll nu som då medan andra blivit uttagna till ett fotbollslag och tränade regelbundet. Flera intervjuobjekt berättade att speciellt fotbollen har fungerat som en förenande kraft. Fotbollen har förenat barn från olika kulturer och bakgrunder, och barnen har spelat tillsammans även om de inte haft något gemensamt språk.

Enligt intervjuobjekten har hobbyer hjälpt många barn. Hobbyerna har fått barnen att må bättre psykiskt och fysiskt. Ett intervjuobjekt berättade att det för vissa har kunnat vara som en räddning att hitta en hobby. Ett annat intervjuobjekt berättade att det varit viktigt för många barn att ha en hobby utanför enheten så att de fått komma bort ibland och göra någonting helt annat.

Intervjuobjekten berättade också att det funnits många fördelar med hobbyer där barnen träffat finländska ungdomar. Barnen har då kommit i kontakt med finländare på ett naturligt sätt. Språket har förbättrats och barnen har fått finländska bekanta och vänner. Barnen har också via hobbyer lärt sig mera om samhället.

Just som sagt att ha hobbyer där det är finländska ungdomar med, det tycker jag är jättebra, som fotboll eller gymnastik eller dans eller vad som helst så [...] där kommer det ju också på ett naturligt sätt. Och språket märker man ju att det förbättras ju avsevärt i och med det och [...] ja, att de nu som lär sig mer om samhället överlag.
(Handledare #5)

De barn som inte haft sport eller idrott som hobby har i stället spelat instrument eller gått på någon kurs på sin fritid. De flesta barn har velat ha någonting att göra på sin fritid, speciellt efter att de bott i Finland ett tag.

Flera intervjuobjekt berättade att det varit svårare att hitta fritidsintressen till flickor än till pojkar. Flickor har inte varit lika intresserade av att ha något att göra på fritiden och har enligt intervjuobjekten varit vana vid en kultur där deras fritid gått åt till att hjälpa till i hemmet och har därför inte varit vana vid att ha hobbyer. Enligt ett intervjuobjekt har flickorna inte heller varit vana vid att röra på sig så mycket.

De är inte vana. Det beror på hur gamla de är då de kommer. Men ofta är det ju att de kommer från hem där man har fått hjälpa till jättemycket så det har ju varit deras fritid att hjälpa till och de är ju duktiga på att laga mat, och de kan massor med saker men samtidigt så ja, det hör inte till att man rör på sig till exempel och så där bortåt.
(Handledare #6)

Enligt intervjuobjekten har det också funnits barn som inte velat eller inte haft ork att göra något på fritiden. Vissa barn har trivts bra att vara hemma och har därför inte velat ha någon hobby medan andra på grund av depression eller annan orsak inte orkat göra något på fritiden.

Många vill ju vara med i allt. [...] Medan en del [...] säger att de inte är intresserade av någonting och inte orkar och just antagligen på grund av en depression som ligger där bakom. (Handledare #3)

3.2.5.4. Värdefulla relationer. Intervjuobjekten berättade att så gott som alla barn hade vänner eller andra värdefulla relationer. Barnen har kanske inte haft så stort umgänge men de flesta har i alla fall haft någon vän. Enligt intervjuobjekten har många barn fått vänner via skolan eller hobbyer. En del barn har i början kunnat vara ensamma men har senare fått vänner. Många barn har också fått vänner utanför den egna kulturen. En del har också trivts bäst att vara för sig själva och har därför inte haft så många vänner.

Jo, nog har de det och det är så roligt att se [...], att inte alla, men många som också kan skaffa vänner utanför den egna kulturen och det är ju "jättekiva". Inte kanske alla har så stort umgänge, men nog har de flesta i alla fall någon de kan ty sig till. (Handledare #5)

Ett intervjuobjekt berättade att de som inte haft så många vänner ibland kan ha hittat en så kallad dålig vän. Intervjuobjektet beskrev en dålig vän som någon som drar med barnet i något som barnet inte annars skulle ha varit med i, bara för att få ha en vän. Intervjuobjektet berättade dock att det är mera sällsynt att barnen hittar så kallade dåliga vänner.

Flera intervjuobjekt poängterade hur viktigt det är med vänner. En del barn har haft finländska vänfamiljer, vilket enligt intervjuobjekten har varit väldigt bra för barnen. Barnen har tack vare vänfamiljerna fått kontakt med finländare och känt sig mera hemma i Finland. Ett intervjuobjekt berättade att de barn som haft vänfamiljer varit väldigt glada och förväntansfulla över att få träffa dem. Det har dock inte varit möjligt för alla barn att ha en vänfamilj eftersom det funnits rätt få vänfamiljer.

"[...] en vänfamilj eller vänner utanför huset, från samhället, så det kan göra så himla stor skillnad, för vi hade en pojke som kände sig kanske lite vilsen så där överlag och han fick en jätte engagerad och härlig vänfamilj. Och [...] de tog med honom på allt möjligt som vi kanske inte har resurser att fara på. Och [...] han blommade ut tyckte

jag, [...] jag tror att han började känna sig mera hemma på något sätt.” (Handledare #5)

Flera intervjuobjekt berättade att det varit utmanande för barnen att hitta finländska vänner. Många barn har berättat att de skulle vilja ha finländska vänner men att det varit svårt att komma i kontakt med finländare. Många barn har gått i skolor eller klasser där det bara går barn med invandrabakgrund och då har det varit svårt för barnen att på ett naturligt sätt träffa finländska barn.

Tyvärr är det inte så många som har finska kompisar och det är lite synd för att det är många som har uttryckt en önskan om att ha det. [...] Och då de gick i det här högstadiet [...] så då var det nog några av våra klienter som hade några vänner där och kom jättebra överens med dem. Men det beror på så mycket var de går i skolan också, hur de kommer i kontakt med de här. Om det är så här blandade grupper, så då måste de ju liksom ha kontakt, eller det blir ju så. Men att sen om de är i så här mer anpassade grupper, så blir det lite svårare. Men som sagt, de flesta skulle vilja ha finländska vänner. (Handledare #5)

Enligt intervjuobjektet har många barn berättat att de skulle vilja gå i en skolklass med finländska barn så att de på ett naturligt sätt skulle lära känna finländare. En del barn har berättat att de känt sig som en isolerad grupp i skolan då de gått i klasser för barn med invandrabakgrund.

Ett intervjuobjekt berättade att det också funnits barn som haft finländska vänner. Barnen har då ofta bott en längre tid i Finland och fått vänner via skolan och fritidsintressen. Intervjuobjektet poängterade att det dock handlat mycket om barnens personlighet, eftersom det också funnits barn som bott länge i Finland och haft fritidsintressen men ändå inte fått finländska vänner.

Ensamkommande flyktingbarn har ofta fått vänner på den enhet där de bor. På enheten har det ofta funnits barn från samma land som pratat samma språk, vilket gjort att barnen sökt sig till varandra. Men även om barnen inte varit från samma land har de ofta blivit vänner eftersom de befunnit sig i samma situation och bott tillsammans. Enligt ett intervjuobjekt har den vänskapen också gjort gott för barnens mentala hälsa, eftersom de kunnat umgås och prata med andra barn som varit i samma situation.

Inom huset blir de ju vänner, det märker man ju nog här också att de hittar nog varandra, för de är ju i samma situation och därför tror jag också att det sker mycket med den här mentala hälsan. Den blir bra i och med att de har varandra. Att den är stark, och så pratar man och pratar, så man har de här som förstår en. (Handledare #6)

3.2.5.5. Droger. Ett par intervjuobjekt lyfte under intervjuerna upp att enstaka barn har kunnat ha problem med droger. Ett intervjuobjekt berättade att de barn som varit med om traumatiska händelser har kunnat använda droger för att försöka glömma händelserna och härda ut.

Det är så olika, de kan ju ha att det inte bara är en sak, utan det är som jag sa, det kan ju vara övergrepp och sådant, det lämnar ju hela livet någonstans. Och just därför kanske det är lätt att ta till droger för att glömma. Åtminstone har de berättat det åt mig då jag har frågat varför de tar det då, för de får ju bara ångest sedan. Men det har jag nu fått som förklaring då att det är för att härda ut då just [...] fast de vet att de får den där ångesten efteråt. (Handledare #4)

Enligt intervjuobjektet är det ändå få som använt droger. Det har enligt hen endast varit i undantagsfall som något barn har behövt avbryta sin skolgång på grund av droger eller liknande problem. Ett annat intervjuobjekt berättade att hen tror att det största problemet som barnen kommer att ha är droger.

Det är mycket lite fysiska problem också. Jag tycker inte det är så mycket psykiskt heller inte. Jag tror drogerna är det största problemet som kommer att komma och finns, när de börjar med några droger. Det finns det några enstaka som har. (Handledare #6)

3.3. Skillnader i mental hälsa mellan flickor och pojkar

Den tredje forskningsfrågan fokuserar på huruvida det finns några skillnader i flyktingbarns mentala hälsa mellan flickor och pojkar. Utifrån analysen identifierades tre kategorier. Kategorierna som identifierades var internaliserande beteenden, externaliserande beteenden och krav från familjen. I det här kapitlet presenteras först intervjuobjektens allmänna kommentarer och sedan presenteras de tre kategorierna som identifierades i analysen.

Under intervjuerna berättade intervjuobjekten att pojkar ofta har uppvisat värre symptom på mental ohälsa än flickor. Pojkarnas symptom har ofta tagit sig uttryck i utåtagerande beteenden medan flickornas symptom tagit sig uttryck i internaliserande beteenden. Enligt ett intervjuobjekt har flickorna på grund av mental ohälsa blivit osynliga, det vill säga dragit sig undan. Enligt ett par intervjuobjekt har pojkar överlag pratat mindre om sina problem än flickor.

“Jag skulle säga, [...] under mina år, under de här 8 åren så är det nog pojkar som har haft symptom på det ena med det tredje. Inte flickor. Nej, det har jag inte upplevt här, utan det är nog pojkarna som har varit, överlag pratar ju pojkar mycket mindre än flickor. Det gör de ju. [...] Så jag tycker att det är mera bland pojkarna.”
(Handledare #7)

Enligt intervjuobjekten har också flickor mått psykiskt dåligt, även om pojkarnas symptom kanske syns tydligare än flickornas. Flickor har under resan kunnat bli våldtagna eller utnyttjade på olika sätt. En del flickor har också kunnat fly från tvångsäktenskap. Enligt ett par intervjuobjekt har flickor en annan historik än pojkar och har därför också kunnat ha andra problem än pojkar. Flickor har ofta bett om att få en kvinnlig tolk och läkare, vilket enligt ett intervjuobjekt har kunnat ha att göra med kulturen, men har också kunnat bero på flickornas tidigare erfarenheter.

Jag tror flickor, först och främst kan de ha varit utsatta för mycket tråkiga saker på resan. Att de har fysiskt blivit utsatta för hemsgheter, alltså blivit våldtagna eller utnyttjade på många sätt. Sen är det många flickor som flytt från äktenskap och sådant här och de har en annan historik så att säga i bakgrunden. Att därför har de andra problem också. Måendet, jag vet inte alltid om de är deprimerade, men de mår dåligt på något sätt. (Handledare #6)

Flickor har också kunnat må dåligt på grund av omskärelse. Omskärelse har enligt ett intervjuobjekt varit en sak som skapat mentala problem för en del flickor. Enligt ett annat intervjuobjekt har flickor mått psykiskt sämre än pojkar. Enligt intervjuobjektet har flickor ofta kunnat må dåligt på grund av kulturella orsaker.

Flickor tror jag mer mår dåligt än pojkar på något sätt. Ofta kommer de från en kultur också, de börjar leva västerländskt så går det emot kulturen och det tar också hårt i själen att nu skulle jag behöva göra så här, men så här gör vi här och jag vill göra så

här. Att kasta sin själ till exempel kan vara någon jättestor grej eller att gå ut någon gång i tonåren med långbyxor, [...] det ger dem en sådan här jättedålig känsla. (Handledare #6)

3.3.1. Internaliserande beteenden

Under intervjuerna fick intervjuobjekten också ta ställning till ifall det funnits skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller internaliserande beteenden. Fem av sju intervjuobjekt ansåg att internaliserande beteenden varit vanligare hos flickor än pojkar medan två intervjuobjekt ansåg att internaliserande beteenden varit lika vanliga hos pojkar och flickor. De flickor som uppvisat internaliserande beteenden har enligt intervjuobjekten dragit sig undan, inte kommit med på aktiviteter som ordnats, stängt in sig och isolerat sig.

[...] de här flickorna så märker man väl mer att de blir osynliga. De blir bara mer osynliga och osynliga hela tiden. De drar sig undan. [...] Att om de har varit aktiva och kommit och hälsat på handledarna tidigare [...] och så här, så de drar sig undan mer och mer och man ser dem mindre och mindre, så då blir man ju ganska orolig. Och då vet man ju att det troligtvis är någonting på gång så att då får man försöka liksom på något sätt fiska upp dem eller åtminstone få någon kontakt med dem för att se om man nu kan hjälpa till. (Handledare #5)

Flickor som haft internaliserande beteenden har kunnat sluta sig. Enligt intervjuobjektet har flickor kunnat skickat ut signaler om att de mår psykiskt dåligt men omgivningen måste vara lyhörd för att uppfatta signalerna. Enligt ett intervjuobjekt har internaliserande beteenden varit ungefär lika vanligt förekommande hos pojkar och flickor, men flickor har överlag ofta vänt sig inåt.

Enligt ett intervjuobjekt har det varit svårt att se hur flickor med internaliserande beteenden mått. Personalen har märkt att de haft sömnproblem då de kommit och frågat om sömnmedicin. Personalen har också märkt att flickorna mått psykiskt dåligt då de sagt att de haft det svårt och inte velat gå till skolan.

Man märker att flickorna är liksom lite mera i sig själva. På något sätt. [...] Det är lite svårt att få veta hur de har mått, hur de har sovit, [...] vi märker liksom när de kommer

och frågar efter melatonin till exempel, [...] eller då de säger att de har svårt, att de inte kan gå till skolan och så där. De är mera i sig själva liksom. (Handledare #2)

Pojkar som haft internaliserande beteenden har uppvisat samma beteenden som flickor men har enligt ett intervjuobjekt haft svårare att prata om sina problem. Enligt ett annat intervjuobjekt har pojkar med internaliserande beteenden ibland kunnat vara svåra att nå, hållit mycket inom sig och varit apatiska. Pojkar med internaliserande beteenden har också kunnat undvika att ta kontakt med andra, inte deltagit i aktiviteter och varit mycket på sina rum.

Inte skulle jag nu säga att alla pojkar som mår dåligt blir utåtagerande. Men så där överlag kan jag väl tycka att de flesta kanske, vad jag sett, blir det, men nog finns det också pojkar som försvinner för oss. Och ja, [...] man märker inte av dem nästan, de gör inget väsen av sig och de tar inte kontakt och de vill inte delta, och de är inte intresserade och det är bara liksom i rummet. (Handledare #5)

3.3.2. Externaliserande beteenden

Enligt samtliga intervjuobjekt har externaliserande beteenden varit vanligare hos pojkar än hos flickor, även om externaliserande beteenden enligt intervjuobjekten också förekommit bland flickor. Ett intervjuobjekt som arbetat både inom skolvärlden och på en enhet för ensamkommande flyktingbarn berättade att hen inte upplevt att flickor varit utåtagerande, varken i skolan eller på enheten.

Enligt ett intervjuobjekt har ofta externaliserande beteenden berott på bakomliggande orsaker. Enligt intervjuobjektet har pojkar kunnat vara aggressiva eller utåtagerande i stället för att berätta om det bakomliggande problemet. Efteråt har pojkarna ofta berättat vad orsaken bakom utåtagerandet varit.

[...] vissa av de här pojkarna så [...] kan nog vara aggressiva mot andra klienter, mot personal. [...] Jag ser inte att en person är utåtagerande och arg bara för att, utan det är ju oftast någonting som ligger bakom [...]. Du blir ju inte rasande och slår sönder ett fönster för att du inte kom med på en grej, utan det är ju oftast någonting sedan om man sitter ner med den här klienten och pratar så då kommer det upp att det är det här kriget i Afghanistan, att jag inte har haft kontakt med mina föräldrar på en månad nu. Och det är synd att det oftast måste gå så långt innan [...] det kommer fram, att du har ju dina egna handledare som du skulle kunna ta den här diskussionen med. Det är ju

bara att komma och säga på morgonen att nu mår jag dåligt, nu måste jag få prata med någon. [...] Det är ganska ensidigt att det är så med de här pojkarna, att det ska krävas att de ska gå så långt att man måste slå sönder några dörrar och fönster innan de ens själva kommer sig för att säga vad den egentliga orsaken är. (Handledare #1)

Ett annat intervjuobjekt berättade också att pojkar ofta haft svårt att berätta om sitt problem och har därför kunnat ta till externaliserande beteenden i stället. Intervjuobjektet berättade att man nästan direkt märkt då pojkar mått dåligt, eftersom beteendet har förändrats, de har blivit högljudda och hamnat i gräl.

Pojkarna, kanske, [...] de blir lite högljudda och [...] ja, man märker alltså nästan direkt. Man märker att han har någonting, [...] det har varit lite gräl, så man vet då också. [...] Då en pojke ropar och så, man märker att beteendet är på helt annat sätt och han vill kanske vara lite i centrum på något sätt, eftersom han har någonting, men han kan inte säga eller visa det. (Handledare #2)

Intervjuobjekten berättade att externaliserande beteenden hos flickor förekommit, men inte i samma utsträckning som hos pojkar. Flickor som haft externaliserande beteenden har haft liknande beteenden som pojkar. Flickor har kunnat skrika, ropa, bete sig hotfullt, kasta saker, sura, slänga i dörrar och hamna i slagsmål med andra flickor.

3.3.3. Krav från familjen

Enligt intervjuobjekten har barnens mentala ohälsa också kunnat bero på krav från familjen. Pojkar och flickor har enligt intervjuobjekten kunnat ha olika krav på sig. Pojkar har ofta haft krav på sig att skicka hem pengar och på så sätt försörja sina familjemedlemmar. Detta har enligt ett intervjuobjekt kunnat leda till sömnproblem och avsaknad av framtidstro.

De här afghanska pojkarna som kommer så har ju en sådan grym press på sig, oftast, för att de är ju de äldsta som har blivit skickade hit. Och det är deras ansvar då att försörja sina familjemedlemmar. [...] Vi har haft mycket samtal med dem sedan då de blivit 17 och ska ha egen ekonomi. [...] Och där så har nog många väldigt svårt på natten, och press, ingen framtidstro för att de ser inte hur de ska kunna försörja sin familj. (Handledare #1)

Förutom förväntningar på att försörja sina familjemedlemmar har pojkar enligt intervjuobjekten också kunnat ha förväntningar på sig att bli högt utbildade och klara sig bra i Finland. Kraven kan enligt ett intervjuobjekt ta hårt på barnen.

Så har många också det där hemifrån [...] de där kraven att de ska klara sig och de ska bli något, de ska skicka hem pengar. Grannen har haft en son i Frankrike som har skickat pengar så att de fick bygga ett hus, var det en som sa, att nu skulle jag behöva skicka pengar. De förstår ju inte riktigt, med ett bidrag här är det ju meningen att de bara ska klara sig själva. Allting är så dyrt och sådant där tar ju nog hårt på, då de har de där kraven på sig vad de skulle behöva göra. (Handledare #4)

Såväl flickor som pojkar har kunnat ha förväntningar på sig att få sin familj till Finland via familjeåterförening. Intervjuobjekten berättade att det enligt deras erfarenhet varit svårt att få familjeåterföreningar, vilket barnens familjer inte alltid förstått. Tiden då barnen väntat på beslut om familjeåterförening kan för många vara svår. Enligt ett intervjuobjekt har en del barn reagerat kraftigt på ett negativt beslut om familjeåterförening eftersom de redan planerat för en framtid med sin familj i Finland. Andra barn kan ha varit lättade då de fått ett negativt beslut om familjeåterförening eftersom de då känt att de kunnat börja leva sitt eget liv.

[...] de här barnen har krav på sig att de ska fixa familjen hit. 90 % har ju det, att fixa oss dit. Och Finland ger ju inte just några familjeåterföreningar, för det kostar multum och de har inte de förstått. Det är nog där problemet är också. Och så länge de väntar på familjeåterförening, om de har lämnat in papperna och hoppas och tror. Så efter att de får ett nej så jag har pratat med olika, så de har sagt när de fått ett nej, det kan ha varit en lättnad, "okej, nu kan jag börja leva mitt liv", och för andra kan det bli en jättestor grej eller att man är ledsen, man har som gjort en framtid för sin familj redan. (Handledare #6)

Ett intervjuobjekt berättade också att hen tror att flickors mentala ohälsa har kunnat bero på förväntningar från familj och släktingar. Förväntningarna kan ha handlat om att flickan ska bete sig på ett visst sätt och fixa vissa saker. Intervjuobjektet berättade att liknande förväntningar också har kunnat ställas på pojkar.

4. Diskussion

4.1. Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att få en bättre bild av den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland genom att undersöka hurdana upplevelser personalen som arbetar med ensamkommande flyktingbarn har av barnens mentala hälsa. Den första forskningsfrågan fokuserade på hur den mentala hälsan ser ut hos flyktingbarn som nyligen anlant till Finland, den andra frågan handlade om hur barnens mentala hälsa förändrats över tid och den tredje frågan fokuserade på skillnader i mental hälsa mellan flickor och pojkar.

Vad gäller den första forskningsfrågan visade resultaten från intervjuerna att det ofta varit svårt att se hur nyligen anlända flyktingbarn mått, eftersom barnen ofta hållit sig för sig själva den första tiden. Dessutom har barnen ofta haft svårt att lita på personer i sin omgivning speciellt under den första tiden och har därför inte alltid berättat om sitt mående eller sina problem. Resultaten visade dessutom att det funnits stora variationer i barnens mående. Många flyktingbarn har mått bra, varit positiva och förväntansfulla under den första tiden medan andra flyktingbarn mått väldigt dåligt då de anlant till Finland. Resultaten visade att den mentala hälsan varit dålig speciellt hos barn som vetat att de kommer ha svårt att få uppehållstillstånd. Detta överensstämmer med tidigare forskning. Enligt tidigare forskning har stressfaktorer efter flykten visat sig ha ett direkt samband med högre nivåer av depression (Heptinstall m.fl., 2003). Dessa stressfaktorer har bland annat varit osäkerhet gällande asylstatus och avslag på asylansökan (Heptinstall m.fl., 2003).

Enligt resultaten har barn som nyligen anlant till Finland kunnat ha sömnproblem, somatiska besvär, symptom på ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom. Enligt tidigare forskning har de vanligaste mentala svårigheterna hos flyktingbarn varit PTSD, depression och ångestsyndrom (Blackmore m.fl., 2020; Kien m.fl., 2019). Resultaten från intervjuerna visade också att den mentala hälsan hos barnen berott mycket på deras tidigare erfarenheter, varifrån de kommit och vad de gått igenom före och under flykten. Enligt tidigare forskning har flyktingbarn ofta upplevt stora svårigheter under en avgörande tid i deras emotionella, fysiska, kognitiva och sociala utveckling (Scharpf m.fl., 2021). Dessa svårigheter har visat sig kunna bidra till att flyktingbarn utvecklat mentala problem (Reed m.fl., 2012). Barnens tidigare erfarenheter kan också kopplas ihop med Bronfenbrenners (1979) ekologiska systemteori. Svårigheter under flykten och andra faktorer i barnets omgivning kan undergräva barnets känsla av stabilitet, trygghet och anknytning (Mattelin m.fl., 2022) och göra att barnet utvecklar mentala problem (Reed m.fl., 2012). Upprepade avbrott i mikro-, meso-, exo- eller

makrosystemen, vilka är vanliga för barn på flykt, kan försvåra barnets anpassning (Montgomery, 2011).

Resultaten från intervjuerna visade att den mentala hälsan ofta varit bättre hos yngre än hos äldre barn. Yngre barn har enligt resultaten haft lättare att anpassa sig, varit nöjdare med sin tillvaro och haft lättare att lita på sin omgivning. Äldre barn har ofta varit med om fler traumatiska händelser och har haft svårare att lita på personer i sin omgivning. Detta överensstämmer med tidigare forskning, enligt vilken traumatiska svek har kunnat skada de kognitiva mekanismer som hjälper personer att bedöma andra personers pålitlighet (Zurbriggen & Freyd, 2004). Enligt tidigare forskning har barn med svektrauma antingen litat överdrivet mycket på vuxna eller varit ovilliga att lita på andra, också på dem som de borde kunna lita på. Svektrauma i tidig ålder har dessutom ofta lett till stark misstro (Gobin & Freyd, 2014).

Tidigare forskning har inte hittat något entydigt samband mellan mental hälsa och flyktingbarns ålder. Resultaten i en del forskning har dock visat att skyddsfaktorer för mental hälsa varit vanligare hos yngre flyktingbarn än äldre flyktingbarn (Buechegger-Traxler & Sirsch, 2012), vilket kunde förklara varför yngre barn mått bättre. Resultaten från intervjuerna visade dock att äldre barn i enstaka fall mått bättre än yngre barn. Detta eftersom äldre barn varit mer självsäkra och haft mer livserfarenheter än yngre barn. Detta resultat överensstämmer med en studie gjord av Aitcheson med flera (2017), enligt vilken äldre flyktingbarn uppvisade en högre resiliens jämfört med yngre flyktingbarn.

Den andra forskningsfrågan fokuserade på hur barnens mentala hälsa förändrats över tid. Resultaten från intervjuerna visade att de flesta flyktingbarn börjat må bättre efter en tid. Oro och ångest har dock kunnat finnas kvar en längre tid. Resultaten visade att det funnits stora variationer barn emellan. I de fall där barnen börjat må bättre har de känt sig trygga och vågat planera för framtiden. De har lärt sig språket, haft en hobby, haft vänner och har hittat sin plats i samhället. Enligt resultaten har många barn haft hobbyer och hobbyerna har hjälpt barnen att må bättre psykiskt och fysiskt. I de fall där barnen har börjat må sämre kan de ha haft alla förutsättningar för att saker ska gå bra men har ändå börjat må sämre. Enligt resultaten har detta kunnat bero på en underliggande depression, känslor av skam och skuld eller något annat som gjort att barnen mått dåligt.

Resultaten från intervjuerna visade att barnens symptom på ångest har kunnat gå om med tiden, men har kunnat komma tillbaka då barnen snart ska få beslut om uppehållstillstånd eller flytta till en egen lägenhet. Detta överensstämmer med tidigare forskningsresultat, som visat att vardagliga stressfaktorer har ökat risken för flyktingbarn att utveckla mental ohälsa (Li m.fl., 2016; Miller & Rasmussen, 2010). Enligt resultaten från intervjuerna hade så gott

som alla barn vänner eller andra värdefulla relationer. Detta är en positiv upptäckt, eftersom stödjande relationer enligt Montgomery (2011) kan underlätta barnets anpassning. Resultaten från intervjuerna visade dock att många barn haft svårt att hitta finländska vänner. Barnen har ofta velat ha finländska vänner men har upplevt att det varit svårt att komma i kontakt med finländare. Detta överensstämmer med tidigare forskning som visat att flyktingbarn kunnat stöta på sociala utmaningar i mottagarländerna (Scharpf m.fl., 2021).

Den tredje forskningsfrågan fokuserade på skillnader i mental hälsa mellan flickor och pojkar. Resultaten visade att flickor oftare haft internaliserande beteenden medan pojkar oftare haft externaliserande beteenden. Detta överensstämmer med tidigare forskning, enligt vilken externaliserande problem, så som uppförandeproblem och utåtagerande beteenden, varit vanligare förekommande hos pojkar än hos flickor vad gäller flyktingbarn (Çeri & Nasiroğlu, 2018; Eruyar m.fl., 2020; Oppedal & Idsoe, 2012). Tidigare forskning har också visat att det funnits en större risk för flickor än för pojkar att utveckla internaliserande problem (Ahmad m.fl., 2015; Betancourt m.fl., 2012b; Çeri & Nasiroğlu, 2018; Keles m.fl., 2016; Meyer m.fl., 2017; Oppedal & Idsoe, 2015).

4.2. Metoddiskussion

Datamaterialet som använts i denna avhandling består av intervjumaterial från sju separata intervjuer. Datamaterialet innehåller personliga erfarenheter, upplevelser och reflektioner. Detta innebär att materialet inte är objektiv utan subjektivt och beskriver de upplevelser som intervjuobjekten varit med om. Även om samtliga intervjuobjekt tog ställning till samma frågor är intervjumaterialet nyanserat, eftersom intervjuobjekten lyft upp de saker som enligt dem själva varit mest väsentliga. Detta kan både ses som en styrka och en svaghet. Att materialet fokuserar på intervjuobjektens personliga upplevelser stärker studiens trovärdighet, eftersom målet med denna avhandling är att undersöka personalens upplevelser av flyktingbarns mentala hälsa. Att materialet är subjektivt kan dock också ses som en svaghet, eftersom materialet inte innehåller några objektiva sanningar utan snarare subjektiva reflektioner.

Samplet i denna avhandlings forskning är sju personer. Samplet har valts ut genom bekvämlighetsurval, vilket är en svaghet för studiens överförbarhet. Samplet är litet, vilket också är en svaghet. Med ett större sampel skulle man eventuellt kunna dra större slutsatser utifrån materialet. De sju personer som ingår i samplet har dock en arbetserfarenhet på 8 till 29 år, vilket kan ses som en styrka. En lång och bred erfarenhet av arbete med flyktingbarn ger mera tyngd till intervjuobjektens berättelser.

Forskningsmetoden som använts i denna avhandling är kvalitativa intervjuer. Forskningsmetoden kan ses som en styrka, eftersom målet med avhandlingen är att få information om intervjuobjektens upplevelser och erfarenheter. Forskningsmetoden kan också ses som en styrka i och med att kvalitativa intervjuer till skillnad från kvantitativa intervjuer ger intervjuaren möjlighet att ställa följdfrågor och på så sätt få en bättre bild av intervjuobjektens erfarenheter.

Analyserna i denna studie har gjorts enligt analysmetoden konventionell innehållsanalys. Analyserna har gjorts med hjälp av programmet Nvivo, där kategorier har identifierats utifrån materialet. Analysmetoden kan ses som en styrka eftersom materialet inte begränsats av förutbestämda kategorier, tvärtom har hela materialet lästs igenom för att hitta svar på forskningsfrågorna. En nackdel med metoden är att det kan vara svårt att skapa sig en helhetsuppfattning av materialet, vilket kan göra det svårt att identifiera alla viktiga kategorier (Hsieh & Shannon, 2005). Det är därför möjligt att en del viktiga kategorier inte har identifieras (Hsieh & Shannon, 2005).

4.3. Förslag på fortsatt forskning och råd till fältet

Eftersom samplet i denna studie endast består av sju personer behövs det mera forskning inom området för att kunna dra några större slutsatser om hur den mentala hälsan hos flyktingbarn i Finland ser ut. De personer som deltagit i studiens intervjuer har ändå en bred arbetserfarenhet och man kan därför se resultaten i denna studie som riktgivande. De resultat som framkommer ur denna studie kan användas av de som arbetar med flyktingbarn för att få en bättre bild av hur flyktingbarns mentala hälsa kan se ut.

Mera forskning behövs speciellt om flyktingbarns mentala hälsa i olika åldrar. Den forskning som finns om ämnet för tillfället är inte entydig och resultaten är till viss del till och med motstridiga. För att kunna hjälpa flyktingbarn på bästa sätt skulle det vara viktigt att få en bättre bild av hur den mentala hälsan ser ut i olika åldrar.

Utifrån studiens resultat kan man se att flickor löper en större risk för att utveckla internaliserande problem medan pojkar löper en större risk för att utveckla externaliserande problem. Detta kan vara viktigt att veta för personer som arbetar inom fältet, så att de kan vara uppmärksamma på symptomen och hjälpa barnen i ett tidigt skede. Studiens resultat visar också att vardagliga stressfaktorer och stora livsförändringar kan skapa ångest hos barnen. Vardagliga stressfaktorer kan vara väntan på uppehållsbeslut eller familjeåterförening medan stora livsförändringar kan vara flytten till en egen lägenhet. Det kan vara bra för personer som arbetar

inom fältet att veta orsakerna bakom symptomen på ångest för att kunna hjälpa barnen på bästa sätt. Studiens resultat visar också att symptomen på depression, ångest och PTSD kan se väldigt olika ut för olika barn. Till exempel symptomen på PTSD kan hos en del barn synas genom rädsla och ängslighet medan de hos andra barn kan synas i utåtagerande beteenden.

Studios resultat visar också att de flesta flyktingbarn har vänner, men väldigt få har finländska vänner. Enligt resultatet vill många flyktingbarn hitta finländska vänner men har svårt att på ett naturligt sätt komma i kontakt med finländare. Skolan skulle enligt resultaten kunna vara en plats där naturliga kontaktytor skapas mellan flyktingbarn och finländare, men eftersom många flyktingbarn går i klasser för barn med invandrarbakgrund skapas kontaktytorna inte i dagens läge. Fler naturliga kontaktytor skulle alltså behöva skapas för att se till att flyktingbarn och finländare kommer i kontakt med varandra. Resultaten visar att finländska vänfamiljer är ett bra sätt för flyktingbarn att komma i kontakt med finländare, få finländska vänner, lära sig mera om det finländska samhället och känna sig mera hemma i Finland. Det verkar dock finnas en brist på vänfamiljer. Att flyktingbarn själva uttrycker en vilja om att hitta vänfamiljer och finländska vänner kan vara värdefull information för de som arbetar inom fältet.

Studios resultat visar också att barnens skolmotivation och -prestationer varierar från barn till barn. De flesta barn är motiverade och planerar för framtida studier. Störst variation finns mellan barn som har skolbakgrund och barn som inte har någon skolbakgrund. För de som inte har någon skolbakgrund kan skolan kännas övermäktig och skolmotivationen kan vara låg. Detta kan vara viktigt för personer som arbetar inom fältet att veta, för att kunna sätta in tillräckligt med hjälp och stöd för de barn som inte har skolbakgrund.

4.4. Konklusion

Den mentala hälsan hos flyktingbarn varierar kraftigt från barn till barn. Många flyktingbarn som anländer till Finland mår bra, är positiva och förväntansfulla. En del flyktingbarn kan dock må väldigt dåligt då de kommer till Finland. Barnens mentala hälsa beror mycket på vad de varit med om före och under flykten. En del barn har blivit utnyttjade, våldtagna eller misshandlade. En del flickor har också varit med om omskärrelse. Dessa händelser kan vara traumatiska och kan påverka barnens mentala hälsa negativt. En del barn kommer från bra hemförhållanden, vilket kan påverka barnens mentala hälsa positivt. Andra barn kan komma från dåliga hemförhållanden, vilket kan ha en negativ effekt på barnens mentala hälsa. Barn

som nyligen kommit till Finland har ofta sömnproblem och somatiska besvär. Många barn har också tillitsproblem.

Barnens mentala hälsa blir ofta bättre med tiden. Eventuella symptom på ångest, depression och PTSD blir ofta bättre då barnen bott i Finland något eller några år. En del barn mår dock dåligt också efter att de bott i Finland några år. Barnen kan då ha sömnproblem samt symptom på ångest, depression eller PTSD. Barn som har symptom på depression kan ha koncentrationssvårigheter och vara trötta. Barn med allvarligare symptom på depression kan ha självskadebeteenden eller vara självmordsbenägna. Symptomen på ångest kan ofta gå om med tiden men komma tillbaka då barnen väntar på beslut om uppehållstillstånd eller familjeåterförening. Symptom på ångest kan också förekomma då barnen ska fylla 18 år och flytta till en egen lägenhet. Symptom på PTSD kan synas i utåtagerande beteenden, mardrömmar, sömnsvårigheter, nattskräck, ljudkänslighet, lättskrämdhet eller i att barnen är tillbakadragna. En del barn som varit med om traumatiska händelser kan använda droger för att försöka glömma händelserna. Det är ändå få barn som använder droger.

En del barn har skolbakgrund och dessa trivs ofta i skolan och är motiverade att lära sig. En del barn har ingen skolbakgrund och för dessa barn kan skolan kännas övermäktig. De flesta barn har vänner eller andra värdefulla relationer. Få flyktingbarn har dock finländska vänner. Många barn har hobbyer. Hobbyerna har ofta en positiv inverkan på barnens psykiska och fysiska mående. Det är vanligare för pojkar än för flickor att ha en hobby.

Flickor har oftare internaliserande beteenden medan pojkar oftare har externaliserande beteenden. Internaliserande problem kan synas i att flickorna är tillbakadragna och isolerar sig. Pojkar kan också ha internaliserande problem, även om det är vanligare förekommande bland flickor. Pojkar som har externaliserande beteenden kan vara aggressiva, utåtagerande, högljudda och hamna i gräl. Externaliserande beteenden förekommer också hos flickor, men inte i samma utsträckning som hos pojkar. Många barn kan må dåligt på grund av kulturella orsaker eller krav från familjen. Både flickor och pojkar kan ha förväntningar på sig att få sin familj till Finland via familjeåterförening. Att få ett positivt beslut om familjeåterförening kan vara svårt, vilket barnens familjer inte alltid förstår. Tiden då barnen väntar på beslut om familjeåterförening kan för många barn vara svår. Flickors mentala ohälsa kan ibland bero på förväntningar från familj och släktingar. Förväntningarna kan handla om att flickor ska klä sig eller bete sig i enlighet med en viss kultur. Pojkar har ofta krav på sig att skicka hem pengar och på så sätt försörja sina familjemedlemmar. Pojkar förväntas också bli högt utbildade och klara sig bra i Finland.

Yngre flyktingbarn mår ofta bättre än äldre flyktingbarn. Yngre barn har lättare att lita på personer i sin omgivning, anpassar sig snabbare och är i allmänhet nöjdare med sin tillvaro. Yngre barn kan dock ha svårare att förstå varför de har flytt, känna sig bortskuffade ur familjen eller vara rädda för att deras föräldrar ska glömma bort dem. Speciellt äldre barn har ofta svårt att lita på personer i sin omgivning. Vad gäller resan till Finland kan yngre barn ofta ha rest med någon vuxen som har skyddat dem medan äldre barn kan ha kommit helt på egen hand. Äldre barn kan därför, i jämförelse med yngre barn, ha gått igenom fler traumatiska händelser innan de kommit till Finland.

Sammanfattningsvis finns det alltså stora variationer i flyktingbarns mentala hälsa. Många barn mår bra och ser positivt på framtiden medan en del barn lider av symptom på depression, ångest eller PTSD. Eftersom det finns stora variationer i den mentala hälsan är det svårt att göra några större generaliseringar. Det är därför viktigt att bemöta flyktingbarn som individer, vilket också ett intervjuobjekt poängterade:

[...] det är hemskt svårt att generalisera, utan det är nog alltid när någon kommer in genom dörren så försöker man lite komma underfund med den och "Aha, det här är den typen." [...] Alla har olika saker i ryggsäcken. (Handledare #3)

Referenser

- Abdalla, K., & Elklit, A. (2001). En landsdækkende screeningundersøgelse af flygtningebørn fra Kosovo = A nation-wide screening of refugee children from Kosovo. *Psykologisk Paedagogisk Rådgivning*, 38(5), 339–348.
- Ahmad, I., Smetana, J. G., & Klimstra, T. (2015). Maternal monitoring, adolescent disclosure, and adolescent adjustment among Palestinian refugee youth in Jordan. *Journal of Research on Adolescence*, 25(3), 403–411. <https://doi.org/10.1111/jora.12133>
- Aitcheson, R. J., Abu-Bader, S. H., Howell, M. K., Khalil, D., & Elbedour, S. (2017). Resilience in Palestinian adolescents living in Gaza. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 36–43. <https://doi.org/10.1037/tra0000153>
- Arakelyan, S., & Ager, A. (2021). Annual research review: a multilevel bioecological analysis of factors influencing the mental health and psychosocial well-being of refugee children. *The Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 62(5), 484–509. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13355>
- Atkinson, P., & Silverman, D. (1997). Kundera's Immortality: The interview society and the invention of the self. *Qualitative Inquiry*, 3(3), 304–325. <https://doi.org/10.1177/107780049700300304>
- Beiser, M., Puente-Duran, S., & Hou, F. (2015). Cultural distance and emotional problems among immigrant and refugee youth in Canada: Findings from the New Canadian Child and Youth Study (NCCYS). *International Journal of Intercultural Relations*, 49, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2015.06.005>
- Berg, B.L. (1998). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (3 uppl.). Allyn & Bacon.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012a). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 682–690. <https://doi.org/10.1002/jts.21749>
- Betancourt, T. S., Salhi, C., Buka, S., Leaning, J., Dunn, G., & Country, F. (2012b). Connectedness, social support and internalising emotional and behavioural problems in adolescents displaced by the Chechen conflict NIH public access. *Disasters*, 36(4), 635–655. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2012.01280.x>
- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic review and meta-analysis: the prevalence of

- mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705–714.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (1 uppl.). Basic Books.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2 uppl.). SAGE Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781529716665>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Buchanan, Z. E., Abu-Rayya, H. M., Kashima, E., Paxton, S. J., & Sam, D. L. (2018). Perceived discrimination, language proficiencies, and adaptation: Comparisons between refugee and non-refugee immigrant youth in Australia. *International journal of intercultural relations*, 63, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.10.006>
- Buchegger-Traxler, A., & Sirsch, U. (2012). The impact of risk and protective factors on mental health and well-being of Austrian adolescents and migrant adolescents from war-affected countries. *Italian Journal of Public Health*, 9(3).
- Çeri, V., & Nasiroğlu, S. (2018). The number of war-related traumatic events is associated with increased behavioural but not emotional problems among Syrian refugee children years after resettlement. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 45(4), 100–105.
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000167>
- Correa-Velez, I., Gifford, S. M., & Barnett, A. G. (2010). Longing to belong: social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1399–1408.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.018>
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291–297.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.016>
- Egidius, H. (2023). *Externaliserande beteende*. Psykologiguiden.
<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=externaliserande%20beteende>
- Egidius, H. (2023). *Internaliserande beteende*. Psykologiguiden.
<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=internaliserande%20beteende>
- Erucar, S., Maltby, J., & Vostanis, P. (2020). How do Syrian refugee children in Turkey perceive relational factors in the context of their mental health? *Clinical Child*

- Psychology and Psychiatry*, 25(1), 260–272.
<https://doi.org/10.1177/1359104519882758>
- Fazel, M., & Betancourt, T. S. (2018). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(2), 121–132. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)
- Fielding, N. & Thomas, H. (2001). Qualitative interviewing. I N. Gilbert (Red.), *Researching Social Life* (2 uppl., s. 123–144). SAGE Publications.
- Forskningsetiska delegationen [TENK]. (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*.
https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf
- Forskningsetiska delegationen [TENK]. (1 november 2021). *Verksamhet*.
<https://tenk.fi/sv/tenk/verksamhet>
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. I J. Miles & P. Gilbert (Red.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (s. 65–78). Oxford University Press.
- Giordano, F., Cipolla, A., Ragnoli, F., & Brajda Bruno, F. (2019). Transit migration and trauma: the detrimental effect of interpersonal trauma on Syrian children in transit in Italy. *Psychological Injury and Law*, 12(1), 76–87. <https://doi.org/10.1007/s12207-019-09345-x>
- Gobin, R. L. & Freyd, J. J. (2014). The impact of betrayal trauma on the tendency to trust. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 505–511. <https://doi.org/10.1037/a0032452>
- Hansen, L. K. & Jordan, S. S. (2020). Internalizing Behaviors. I V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 2343–2346). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_907
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2003). *The mental health needs of refugee children in the SLAM area*. South London and Maudsley NHS.
- Hirani, K., Cherian, S., Mutch, R., & Payne, D. N. (2018). Identification of health risk behaviours among adolescent refugees resettling in Western Australia. *Archives of disease in childhood*, 103(3), 240–246. <http://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313451>

- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jensen, T. K., Skar, A.-M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(12), 1671–1682. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M., & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 8(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Dimassi, H., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Medicine*, 5(4), 579–586. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050061>
- Kauten, R. & Barry, C. T. (2020). Externalizing Behavior. I V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 1509–1512). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_894
- Keles, S., Friberg, O., Idsøe, T., Sirin, S., & Oppedal, B. (2016). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development*, 42(1), 52–63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>
- Khamis, V. (2019). Posttraumatic stress disorder and emotion dysregulation among Syrian refugee children and adolescents resettled in Lebanon and Jordan. *Child Abuse & Neglect*, 89, 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.013>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1295–1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kirk, J. & Miller, M. L. (1986). *Reliability and validity*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412985659>
- Klugman, J. (2022). *The gender dimensions of forced displacement: a synthesis of new research*. World Bank Group. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/895601643214591612/pdf/The-Gender-Dimensions-of-Forced-Displacement-A-Synthesis-of-New-Research.pdf>

- Lau, W., Silove, D., Edwards, B., Forbes, D., Bryant, R., McFarlane, A., Hadzi-Pavlovic, D., Steel, Z., Nickerson, A., Van Hooff, M., Felmingham, K., Cowlshaw, S., Alkemade, N., Kartal, D., & O'Donnell, M. (2018). Adjustment of refugee children and adolescents in Australia: outcomes from wave three of the Building a New Life in Australia study. *BMC Medicine*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1124-5>
- Li, S. S. Y., Liddell, B. J. & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, *18*(82). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Lincoln, A. K., Lazarevic, V., White, M. T., & Ellis, B. H. (2016). The impact of acculturation style and acculturative hassles on the mental health of Somali adolescent refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *18*(4), 771–778. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0232-y>
- Longobardi, C., Veronesi, T. G., & Prino, L. E. (2017). Abuses, resilience, behavioural problems and post-traumatic stress symptoms among unaccompanied migrant minors: an Italian cross-sectional exploratory study. *Psichiatria i Psicologia Kliniczna (Journal of Psychiatry & Clinical Psychology)*, *17*(2), 87–92. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2017.0009>
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., Keane, T., & Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(1), 24–36. <https://doi.org.ezproxy.vasa.abo.fi/10.1097/00004583-200401000-00012>
- Mattelin, E., Paidar, K., Söderlind, N., Fröberg, F., & Korhonen, L. (2022). A systematic review of studies on resilience and risk and protective factors for health among refugee children in Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–34. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01975-y>
- May, T. (1993). *Social Research: Issues, methods and process*. Open University Press.
- Meyer, S. R., Steinhaus, M., Bangirana, C., Onyango-Mangen, P., & Stark, L. (2017). The influence of caregiver depression on adolescent mental health outcomes: findings from refugee settlements in Uganda. *BMC Psychiatry*, *17*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1566-x>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, *70*(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>

- Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: A 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology*, 22(2), 477–489. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000180>
- Montgomery, E. (2011). Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(440), 1–46. <https://doi-org.ezproxy.vasa.abo.fi/10.1111/j.1600-0447.2011.01740.x>
- Nasıroğlu, S., Çeri, V., Erkorkmaz, Ü., & Semerci, B. (2018). Determinants of psychiatric disorders in children refugees in Turkey's Yazidi refugee camp. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 291–299. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1422958>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2012). Conduct problems and depression among unaccompanied refugees: The association with pre-migration trauma and acculturation. *Anales de Psicología*, 28(3), 683–694. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.155981>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203–211. <https://doi.org/10.1111/sjop.12194>
- Panter-Brick, C., Grimon, M. P., Kalin, M., & Eggerman, M. (2015). Trauma memories, mental health, and resilience: a prospective study of Afghan youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(7), 814–825. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12350>
- Park, S., Lee, M., & Jeon, J. Y. (2017). Factors affecting depressive symptoms among north korean adolescent refugees residing in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph14080912>
- Parviainen, H., Kiviruusu, O., Lämsä, R., Skogberg, N., Castaneda, A. E., & Santalahti, P. (2022). Psychiatric symptoms and the association with parents' psychiatric symptoms among recently arrived asylum-seeking children in Finland. *Child Psychiatry & Human Development*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01371-2>
- Rapley, T. (2004). Interviews. I C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice* (s. 15–33). SAGE Publications.
- Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 250–265. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)

- Sapmaz, Ş. Y., Tanrıverdi, B. U., Öztürk, M., Gözaçanlar, Ö., Ülker, G. Y., & Özkan, Y. (2017). Immigration-related mental health disorders in refugees 5-18 years old living in Turkey. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, *13*, 2813–2821. <https://doi.org/10.2147/NDT.S150592>
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *83*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930>
- Sourander, A. (1998). Behavior Problems and Traumatic Events of Unaccompanied Refugee Minors. *Child Abuse & Neglect*, *22*(7), 719–727. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00053-2)
- Stratton, S. (2021). Population research: convenience sampling strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, *36*(4), 373–374. <https://doi.org/10.1017/S1049023X21000649>
- Tozer, M., Khawaja, N. G., & Schweitzer, R. (2018). Protective factors contributing to wellbeing among refugee youth in Australia. *Journal of psychologists and counsellors in schools*, *28*(1), 66–83. <https://doi.org/10.1017/jgc.2016.31>
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2022). *Barnkonventionen i fullständig version*. <https://www.unicef.fi/vart-arbete/barnets-rattigheter/barnkonventionen/barnkonventionen-i-fullstandig-version/>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2010). *Convention and protocol relating to the status of refugees*. <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2021). *Global trends report 2021*. <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2022). *Global trends: global forced displacement*. <https://www.unhcr.org/globaltrends>
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*(1), 33–37. <https://doi.org/10.1111/sjop.12094>
- World Health Organization [WHO]. (13 september 2021). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization [WHO]. (17 juni 2022a). *Mental health: strengthening our responses*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization [WHO]. (8 juni 2022b). *Mental disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Zurbriggen, E. L. & Freyd, J. J. (2004). The link between childhood sexual abuse and risky sexual behavior: The role of dissociative tendencies, information-processing effects, and consensual sex decision mechanisms. I L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary & W. Pequegnat (Red.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (s. 135–157). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10785-007>

Bilaga 1 Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

1. Hur länge har du arbetat med flyktingbarn?
2. Hur länge har du arbetat på den här enheten?

Frågor om flyktingbarns mentala hälsa vid ankomsten/den första tiden:

1. Hur skulle du beskriva välmåendet och den mentala hälsan hos flyktingbarn som nyligen anlänt till enheten?
2. Har barn som nyligen anlänt till enheten symptom på depression? (T.ex. ointresse att delta i aktiviteter, dålig koncentration, trötthet, känner hopplöshet inför framtiden, har sömnsvårigheter, har tankar om att dö eller om självmord.)
3. Har barn som nyligen anlänt till enheten symptom på ångestsyndrom? (T.ex. överdriven rädsla och oro samt beteendestörningar relaterade till rädslan och oron.)
4. Har barn som nyligen anlänt till enheten symptom på PTSD? (T.ex. mardrömmar och påträngande tankar, undviker att tänka på eller minnas händelsen, samt undviker aktiviteter, personer eller situationer som påminner om händelsen.)

Frågor om flyktingbarns mentala hälsa efter några år på enheten:

1. Hur skulle du beskriva välmåendet och den mentala hälsan hos flyktingbarn som bott på enheten några år? Har den mentala hälsan förändrats till det bättre eller sämre?
2. Har barnen symptom på depression?
3. Har barnen symptom på ångestsyndrom?
4. Har barnen symptom på PTSD?
5. Har barnen vänner eller andra värdefulla relationer?
6. Har barnen fritidsintressen?
7. Hur går det för barnen i skolan?

Frågor om mental hälsa hos flickor och pojkar:

1. Hurdana skillnader, om några, finns det mellan flickor och pojkar vad gäller mental hälsa?
2. Finns det någon skillnad mellan flickor och pojkar vad gäller internaliserande beteenden? (T.ex. ångest, oro, depressiva problem som är mer inåtvända.)
3. Finns det någon skillnad mellan flickor och pojkar vad gäller externaliserande beteenden? (T.ex. antisociala, aggressiva och utåtagerande beteenden.)

Frågor om mentala hälsa i olika åldrar:

1. Finns det några skillnader i mental hälsa vad gäller yngre respektive äldre flyktingbarn?

Bilaga 2 Förförståelse

Min förförståelse av flyktingbarns mentala hälsa grundar sig till stor del på den förståelse jag fick av temat under mina kandidatstudier. Jag skrev min kandidatavhandling om ensamkommande flyktingbarns mentala hälsa och bekantade mig under den processen med en del forskning om temat. Under mina magisterstudier har jag fortsatt att bekanta mig med forskning inom området i olika kurser, med mål att skriva min magisteravhandling om flyktingbarns mentala hälsa. Min förförståelse grundar sig därför långt på den forskning som jag bekantat mig med. Därtill har jag arbetat som handledare för ensamkommande flyktingbarn och har lärt känna en del barn som kommit till Finland och till viss del också fått kännedom om hur de mått och vad de gått igenom.

Jag är intresserad av att ta reda på ifall det sker några större förändringar i flyktingbarns välmående under tid, och har därför delat upp två av mina forskningsfrågor i mental hälsa vid ankomst och mental hälsa över tid. En stor del av den tidigare forskningen har visat att flyktingbarn ofta har mentala problem. Många flyktingbarn har symptom på depression, ångest eller posttraumatiskt stressyndrom. Därför fokuserade jag också en del av mina intervjufrågor kring dessa problem. Jag förväntar mig att de kategorier jag hittar under analysens gång åtminstone till viss del kommer att fokusera på depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom. Jag förväntar mig att symptomen på dessa är som störst vid ankomsten och blir bättre med tiden.

Eftersom jag valt att använda Bronfenbrenners ekologiska systemteori som referensram så har jag valt att fokusera en del av mina intervjufrågor på skolgång, hobbyer och vänner. Bronfenbrenners systemteori fokuserar på personens utveckling, omgivning och interaktionen mellan dessa, och jag är därför intresserad av att också ta reda på hur flyktingbarns omgivning ser ut. Jag förväntar mig att under analysens gång hitta kategorier som fokuserar på skolgång, hobbyer och vänner, och förväntar mig att de barn som trivs i skolan, har hobbyer och vänner också har en god mental hälsa.

En del forskning har visat att det finns skillnader i välmåendet mellan flickor och pojkar vad gäller flyktingbarn. Jag har därför ägnat en forskningsfråga och en del intervjufrågor till detta och förväntar mig att åtminstone kunna hitta en kategori som handlar om skillnader mellan flickor och pojkar. Enligt tidigare forskning har internaliserande problem varit vanligare hos flickor medan externaliserande problem varit vanligare hos pojkar. Jag förväntar mig att de svar jag får på mina intervjufrågor överensstämmer med de tidigare forskningsresultaten, men är intresserad av att ta reda på ifall internaliserande problem också förekommer hos pojkar och ifall externaliserande problem förekommer hos flickor.

En del tidigare forskning har också hittat skillnader mellan yngre och äldre flyktingbarns mående. Jag har därför också inkluderat en fråga om detta i min intervjuguide. Resultaten från tidigare forskning har dock inte varit entydig, och jag har därför inte inkluderat mental hälsa i förhållande till flyktingbarns åldrar som en forskningsfråga. Jag hoppas dock kunna hitta en kategori som fokuserar på hur flyktingbarns mentala hälsa ser ut i olika åldrar så att jag kan jämföra mina svar med tidigare forskningsresultat.

