



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

MA-ritgerð

**Tíðni hegðunarfrávika barna á
leikskólaaldri**

**Notkun ASEBA, skimunar- og matslista
fyrir börn á aldrinum 1½-5 ára**

Sigríður Stephensen Pálsdóttir

Desember 2009



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

MA-ritgerð

**Tíðni hegðunarfrávika barna á
leikskólaaldri**

**Notkun ASEBA, skimunar- og matslista
fyrir börn á aldrinum 1½-5 ára**

Sigríður Stephensen Pálsdóttir

Desember 2009

Leiðbeinandi: Halldór Sig. Guðmundsson

Nemandi: Sigríður Stephensen Pálsdóttir

Kennitala: 110282-4009

Útdráttur

Rannsókninni er ætlað að varpa ljósi á mat foreldra og leikskólakennara á líðan og hegðun 1½-5 ára barna á Íslandi með notkun ASEBA skimunar- og matslista. Rannsóknin var meginleg og úrtakið lagskipt tilviljunarúrtak barna úr tíu leikskólum víðsvegar af landinu. Gagnasafnið, sem unnið var með í þessari rannsókn, innihélt 660 matslista frá foreldrum og frá leikskólakennurum varðandi 263 börn. Niðurstöðurnar byggja á greiningu fyrirbyggjandi gagna úr nýrri rannsókn sem framkvæmd var á haustmánuðum ársins 2009. Þar sem aldurinn 1½-5 ára spannar stórt þroskaskeið í lífi barna var ákveðið að skipta úrtakinu upp í yngri aldurshóp (18-35 mánaða) og eldri aldurshóp (36-72 mánaða). Helstu niðurstöður voru að 2,3% barna mælast yfir klínískum mörkum á einbeitingarvanda og 3% sýna reiði, árásartengda hegðun yfir klínískum mörkum. Athygli vakti að yngri aldurshópurinn mældist með meiri vanda á öllum þáttum og gefa þessar niðurstöður tilefni til frekari athugana á hvort aldurskipta þurfi úrvinnslu ASEBA matslistanna fyrir 1½-5 ára börn. Munur er á mati upplýsingagjafanna og er sá munur breytilegur eftir einkennapáttum. Þó virðist sem kennarar meti vanda barnanna meiri en foreldrar gera. Við samanburð flokkunarkerfanna ASEBA og DSM kom í ljós jákvæð fylgni á þáttum sem mæla einbeitingarvanda og reiði, árásartengda hegðun. Á Íslandi er notast við bandarísk viðmið skimunar- og matslistanna ASEBA og leiða niðurstöður rannsóknarinnar í ljós að foreldrar og kennarar meta hegðunarfrávik íslenskra barna meiri en sömu aðilar gera í bandarískum viðmiðunarhópi. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa því tilefni til frekari rannsókna á íslenskum viðmiðum skimunarlista ASEBA fyrir 1½-5 ára börn.

Abstract

The research is designed to shed light on parent and pre-school teachers' assessments of the well-being and behaviors of 1½ -5 year old children in Iceland with the use of the ASEBA pre-school forms. This research used quantitative research methods and stratified random sampling of children from 10 pre-schools nationwide. The data-base which was used in this research included 660 ASEBA assessment forms from parents and pre-school teachers concerning 263 children. The results are based on analysis of information gathered from a new research conducted in the autumn of 2009. Because of such a large developmental stage for children between the ages of 1½-5 years old, it was decided to divide the sample into a younger group (18-35 months) and an older group (36-72 months). The main result was that 2.3% of children tested above clinical levels for attention problems and 3% showed aggressive problems above clinical levels. Attention was drawn to the younger age group who tested with more problems in all areas, and these results indicate reasons to reassess whether age divisions are needed in evaluation using the ASEBA pre-school forms for children 1½-5 years old. The differences in evaluations by assessors are variable depending on the symptoms. It appears that teachers' assessments of children's problems are more contradictory than parent assessments. When comparing ASEBA and DSM assessment systems, it revealed positive correlation in factors between measured attention problems and aggressive behavior. Iceland uses the American ASEBA criteria pre-school forms and the results of the research show that Icelandic children exhibit, on average, fewer problems regarding concentration and aggressive behavior than American children. The results of the research give indication for further research, using Icelandic criteria with the ASEBA pre-school forms.

Formáli

Þessi rannsókn var unnin sem 30 eininga lokaverkefni til meistaraþráðu til starfsréttinda í félagsráðgjöf við Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands á tímabilinu september til desember 2009. Ég vil þakka þeim sem veittu mér aðstoð við gerð þessarar rannsóknar, án þeirra hefði vinnsla verksins verið ómöguleg. Þakka ég Halldóri Sig. Guðmundssyni, leiðbeinanda mínum fyrir að leiða mig að verkinu, fyrir góða og uppbyggilega leiðsögn við vinnslu þess og fyrir einstaka þolinmæði og velvilja í minn garð. Einnig þakka ég Ingibjörgu Karlsdóttur, formanni ADHD samtakanna og Arndísi Þorsteinsdóttur sálfræðingi fyrir veittan stuðning við upplýsingaöflun. Dr. Eysteini Sigurðssyni þakka ég fyrir yfirlestur verksins og Maríu Duff fyrir aðstoð við þýðingu á útdrætti. Síðast en ekki síst þakka ég fjölskyldu minni fyrir ómetanlegan stuðning og mikið umburðarlyndi meðan ég vann að þessu verki.

Efnisyfirlit

Útdráttur	3
Abstract	4
Formáli.....	5
Efnisyfirlit.....	6
Töfluskra	8
1 Inngangur	9
1.1 Markmið og mikilvægi rannsókna	9
1.2 Val á viðfangsefni.....	10
1.3 Rannsóknarspurningar.....	10
1.4 Uppbygging ritgerðar.....	11
2 Fræðileg umfjöllun	13
2.1 Lífsskeið og þroski	13
2.2 Lífsskeið og þroski barna 1½ - 5 ára.....	14
2.2.1 Hreyfiþroski	15
2.2.2 Málþroski.....	15
2.2.3 Vitsmunalegur þroski.....	16
2.2.4 Tilfinninga- og félagslegur þroski	17
2.3 Kenningar um lífsskeið og þroska barna.....	18
2.3.1 Lífsskeiðþroski Piaget	19
2.3.2 Félagsnámskenning Vygotskys	21
2.3.3 Vistfræðimódel Bronfenbrenners	22
2.4 Hegðun barna	23
2.5 Hegðunarraskanir	25
2.5.1 Mótþróaþrjóskuröskun.....	26
2.5.2 Alvarleg hegðunarröskun	29
2.5.3 Andfélagsleg hegðun	31
2.5.4 ADHD	33
2.6 Staðan á Íslandi.....	37
2.7 ASEBA- Hugmyndafræði og notkun	39
2.8 Snemmtæk íhlutun	42
2.8.1 Sögulegt yfirlit.....	43
2.8.2 Hugmyndafræði.....	45
2.8.3 Samvinna við foreldra.....	47
2.8.4 Leikskólinn	49
2.8.5 Hlutverk félagsráðgjafa í snemmtækri íhlutun.....	50

3	Aðferð.....	52
3.1	Rannsóknarspurningar.....	52
3.2	Rannsóknarsnið	53
3.3	ASEBA mælitækið	54
3.4	Gagnasafn	56
3.5	Úrvinnsla gagna	57
3.6	Siðferðilegir þættir.....	58
4	Niðurstöður.....	59
4.1	Almennt um gögnin og svarendur	59
4.2	Heildarvandi.....	61
4.3	Einbeitingarvandi	62
4.4	Reiði, árástengd hegðun.....	64
4.5	Samanburður á greiningum DSM og ASEBA	66
4.6	Samanburður við úrtak bandarískra barna.....	68
5	Umræður og lokaorð.....	69
5.1	Gagnasafnið	69
5.2	Niðurstöður ræddar út frá kyni barnanna	70
5.3	Niðurstöður ræddar út frá aldurshópum	71
5.4	Mat upplýsingagjafa	73
5.5	Samanburður	74
5.6	Styrkleikar og veikleikar rannsóknarinnar	75
5.7	Hagnýting niðurstaðna og ábendingar	76
	Heimildir	79
	Fylgiskjöl	83
	Fylgiskjal 1: CBCL- spurningalisti fyrir foreldra	84
	Fylgiskjal 2: C-TRF- spurningalisti fyrir kennara.....	88

Töfluskrá

Tafla 1: Fjöldi og hlutfall svarlista ASEBA sem bárust um drengi og stúlkur eftir upplýsingagjöfum	59
Tafla 2: Meðaltal t-gilda og staðalfrávik á heildarvanda (total problems), líðan (internalizing) og hegðun (externalizing)	61
Tafla 3: Meðaltal t-gilda varðandi einbeitingarvanda drengja og stúlkna eftir upplýsingagjöfum	62
Tafla 4: Meðaltal t-gilda varðandi einbeitingarvanda út frá aldri eftir upplýsingagjöfum	63
Tafla 5: Hlutfall barna sem skora undir og yfir 65 t-gildum á einbeitingarvanda	64
Tafla 6: Meðaltal t-gilda varðandi reiði, árástengda hegðun drengja og stúlkna eftir upplýsingagjöfum	65
Tafla 7: Meðaltal t-gilda varðandi reiði, árástengda hegðun út frá aldri eftir upplýsingagjöfum	65
Tafla 8: Hlutfall barna sem skora undir og yfir 65 t-gildum á reiði, árástengd hegðun	66
Tafla 9: Samanburður á meðaltali t-gilda ASEBA matstækisins og DSM flokkunarkerfisins varðandi þætti sem mæla hegðun og líðan	67
Tafla 10: Samanburður á hrágildum fyrir reiði, árástengda hegðun og einbeitingarvanda íslenskra leikskólabarna og bandarískra barna	68

1 Inngangur

Í þessum kafla er fjallað um markmið þessarar rannsóknar og mikilvægi hennar fyrir börn á leikskólaaldri, foreldra þeirra og þá fagaðila sem starfa með þessum hópi barna. Greint verður frá vali viðfangsefnisins og bakgrunni rannsakanda. Settar eru fram rannsóknarspurningarnar sem leitast er við að svara og að lokum farið yfir uppbyggingu verksins.

1.1 Markmið og mikilvægi rannsóknar

Rannsókninni er ætlað að varpa ljósi á mat foreldra og leikskólakennara á líðan og hegðun 1½-5 ára gamalla barna á Íslandi með notkun ASEBA skimunar- og matslista, einnig kallaðir CBCL listar. Niðurstöðurnar byggja á greiningu fyrirbyggjandi gagna úr nýrri rannsókn sem framkvæmd var á haustmánuðum ársins 2009 á vegum Félagsráðgjafadeildar Háskóla Íslands, ASEBA á Íslandi og Rannsóknaseturs í barna- og fjölskylduvernd, undir ábyrgð Halldórs Sig. Guðmundssonar. Tilgangur fyrrnefndrar rannsóknar er að afla samræmdra upplýsinga um mat foreldra og annarra sem þekkja vel til barna á aldrinum 1½-5 ára með ASEBA skimunar- og matslistunum og munu niðurstöðurnar mynda grunn eða viðmið sem nýtast við frekari rannsóknir og athuganir á börnum. Þó CBCL listarnir hafi verið notaðir til að meta hegðun og líðan barna hér á landi undanfarin 20 ár er rannsóknin, sem hér um ræðir, hin fyrsta héraendis þar sem notast er við fyrrgreinda skimunarlista þar sem úrtaki af öllu landinu er safnað með það að leiðarljósi að meta og bera saman hegðun og líðan íslenskra barna. Því er það einstakt tækifæri að fá aðgang að þessu gagnasafni og geta unnið úr því í þessari rannsókn. Mikilvægi þess að rannsaka einbeitingarvanda og reiði, árásartengda hegðun barna á leikskólaaldri er mikið. Kanna þarf hversu stórt hlutfall barna mælist yfir viðmiðunarmörkum svo að hægt sé að meta hvort vandi sé til staðar, og ef svo er hversu stór hann er. Einungis þannig er hægt að gera viðeigandi ráðstafanir, þróa úrræði og hlúa að þeim börnum, sem mælast með vanda, og fjölskyldum þeirra. Það er því von rannsakanda að niðurstöðurnar varpi

ljósi á tíðni einbeitingarvanda og reiði, árástengdrar hegðunar barna á leikskólaaldri.

1.2 Val á viðfangsefni

Í raun má segja að viðfangsefnið hafi valið rannsakandann í stað þess að hann veldi viðfangsefnið. Síðsumars 2009, þegar verkefnaval fyrir meistararitgerð til starfsréttinda í félagsráðgjöf stóð yfir, fékk rannsakandi tilboð um að vinna úr gögnum fyrrgreindrar rannsóknar sem framkvæmd er undir ábyrgð Halldórs Sig. Guðmundssonar. Þar sem áhugi rannsakanda á málefnum barna og fjölskyldna, og þá sérstaklega á hegðunarfrávikum barna og áhrifum þess á fjölskyldur þeirra, er mikill var tilboðinu tekið fegins hendi.

Áður hafði rannsakandi skrifað lokaverkefni, til BA gráðu í félagsráðgjöf, í samstarfi við Hilmar Jón Stefánsson sem ber heitið: Foreldrar barna með ADHD: Áhrif á líf og líðan fjölskyldna „ég er búin að leggja það mikið í þennan krakka að ég ætla ekki að fara að gefast upp núna á síðustu metrnum“. Eins og titillinn gefur til kynna var markmið rannsóknarinnar að kanna líðan foreldra barna með ADHD. Notast var við eigindlega rannsóknaraðferð þar sem tekin voru átta viðtöl við mæður barna sem greind hafa verið með ADHD. Í þeirri rannsókn kom meðal annars fram að þó að flestir foreldranna hafi fundið það á sér að börn þeirra ættu við einhvers konar erfiðleika að stríða, fengu mörg þeirra ekki greiningu og viðeigandi meðferðarúrræði fyrr en þau voru komin á grunnskólaaldur og jafnvel seinna. Því þótti rannsakanda áhugavert að skoða yngri börn í þessari rannsókn, kanna tíðni hegðunarfrávika þeirra og kanna hvaða úrræði eru í boði og koma með tillögur að úrbótum og frekari rannsóknum.

1.3 Rannsóknarspurningar

Með rannsókninni verður leitast við að svara spurningunni: Hver er tíðni hegðunarfrávika barna á leikskólaaldri að mati foreldra og leikskólakennara? Til að hægt sé að svara spurningunni með viðunandi hætti er henni skipt niður í eftirfarandi undirspurningar:

- 1) Hverjir eru heildarerfiðleikar barna 1½-5 ára á Íslandi?
- 2) Hver er tíðni einbeitingarvanda þessa hóps?
- 3) Hver er tíðni reiði og árásartengdrar hegðunar þessa hóps?
- 4) Er marktækur munur á vanda íslenskra leikskólabarna og viðmiðunar úrtaks bandarískra barna ?
- 5) Er marktækur munur á ASEBA safnþættinum hegðun (e. *External*) og DSM greiningarviðmiðum?

1.4 Uppbygging ritgerðar

Ritgerðin skiptist í fimm kafla: Inngang, fræðilega umfjöllun, aðferð rannsóknarinnar, niðurstöður og að lokum umræður. Fræðilegi hluti rannsóknarinnar, annar kafli, hefst með umfjöllun um lífsskeið og þroska barna á aldrinum 1½-5 ára, en það er sá aldur sem ASEBA skimunar- og matslistarnir, sem notaðir eru í rannsókninni, ná til. Farið er yfir helstu þroskaþætti nýbura- og smábarnastigsins og frumberskunnar en þeir eru hreyfiþroski, málþroski, vitsmunaproski og tilfinninga- og félagslegur þroski. Því næst er fjallað um þrjár ólíkar kenningar um lífsskeið og þroska barna, lífsskeiðaproska Piaget, félagsnámskenningu Vygotsky og vistfræðimódel Bronfenbrenners. Tilgangur rannsóknarinnar er, eins og áður segir, að kanna tíðni hegðunarfrávika leikskólabarna og því er umfjöllunin um hegðun og hegðunarraskanir barna greinagóð. Fjallað er um mótþróaþrjóscuröskun, alvarlega hegðunarröskun og andfélagslega hegðun, en þróun hegðunarvanda er oft á þessa leið ef ekki kemur til inngripa af hálfu fagfólks. Umfjöllunin um hegðunarraskanir endar síðan á umfjöllun um ADHD. Í framhaldi af umfjöllun um hegðunarvanda eru hugmyndafræði og notkun ASEBA skimunar- og matslistanna kynnt til sögunnar. Því næst er staðan á Íslandi, varðandi hegðunarfrávik kynnt, og farið yfir hvaða aðilar það eru hér á landi sem annast greiningar- og meðferðarvinnu með börnum. Fræðilegri umfjöllun lýkur svo á sögulegu yfirliti og hugmyndafræði snemmtækarar íhlutunar.

Í þriðja kafla ritgerðarinnar er gerð grein fyrir aðferðinni, sem beitt var við rannsóknina, og þeim rannsóknarspurningum sem leitast er við að svara. Um meginndlega rannsókn er að ræða, sem er önnur af grundvallar félagsvísinda. Í þessum hluta rannsóknarinnar má einnig finna umfjöllun um mælitækið sem

notað va í rannsókninni, hvernig gagna var aflað og hver eru helstu einkenni þeirra, hvernig úrvinnsla gagnanna fór fram og að lokum eru siðferðilegir þættir reifaðir.

Í fjórða kafla er greint frá niðurstöðum rannsóknarinnar og er þeim skipt niður í undirkafla sem taka mið af rannsóknarspurningunum. Lokakafla ritgerðarinnar er umræður. Þar er að finna samantekt á helstu niðurstöðum rannsóknarinnar, tengsl hennar við fyrri rannsóknir og kenningalegan ramma. Þar sem svarhlutfall rannsóknarinnar, sem gagnasafn þessarar rannsóknar er fengið úr, var einungis 51,4% þarf að hafa í huga að ekki er hægt að afhæfa út frá niðurstöðum hennar. Hins vegar geta niðurstöðurnar gefið vísbendingar um tíðni hegðunarfrávika barna á leikskólaaldri og gefið tilefni til frekari rannsókna á skimunar- og matslista ASEBA fyrir 1½-5 ára börn.

2 Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla verða lífsskeið og þroski barna á aldrinum 1½-5 ára skoðuð út frá rannsóknum og ólíkum kenningarlegum sjónarhornum. Fjallað verður um hegðun barna á fyrrgreindum aldri og helstu hegðunarfrávik sem þau kunna að glíma við. Staða Íslands varðandi þennan málaflokk er reifuð og ASEBA mælitækið kynnt til sögunnar. Kaflanum lýkur svo á umfjöllun um snemmtæka íhlutun, hugmyndafræði hennar og notkun.

2.1 Lífsskeið og þroski

Hugmyndir um hvernig einstaklingar þroskast hafa verið til öldum saman en hins vegar er tiltölulega stutt síðan menn hófu rannsóknir á þessu sviði. Rannsóknir á þroska barna hófust á fyrstu tveimur áratugum 20. aldarinnar en það var ekki fyrr en upp úr 1960 sem farið var að skoða þroska og lífsskeið fullorðinna (Berk, 2009). Rannsakendur á þessu sviði eru sammála um að allir einstaklingar gangi í gegnum svipuð lífsskeið á ævi sinni en menn greinir hins vegar á um hvort þroski er samfella, gerist í þrepum eða er eitt en margvíslegt ferli. Einnig hafa menn velt því fyrir sér hve mikil áhrif erfðir og umhverfi hafa, hvort maðurinn er sjálfur virkur í þroska sínum og hvort hann fari fram og til baka í þroskaferlinu eða bara stöðugt áfram (Sadock og Sadock, 2007).

Helstu lífsskeið einstaklinga eru lífsskeið fyrir burð, og er þar átt við þann þroska sem fóstur taka út í móðurkviði, nýburastigið sem er frá fæðingu til tveggja ára aldurs, frumberskan frá 3-6 ára, miðberskan frá 6-11 ára, unglingsárin frá 11-20 ára, yngri fullorðinsár frá 20-40 ára, miðfullorðins ár frá 40-60 og efri ár frá 60- dauðadags. Á öllum þessum lífsskeiðum þroskast einstaklingar og bæta við þá reynslu og þekkingu sem þeir hafa öðlast á fyrri skeiðum. Áhrif, sem verða á þroska manna, tengjast aldri, sögulegum áhrifum og svo einstökum persónulegum áhrifum hjá hverjum og einum. Því má segja að þroski sé margþátta, sveigjanlegt og síbreytilegt ferli sem gerist ævina á enda (Berk, 2004).

Hér á eftir verður fjallað um tvö af þeim lífsskeiðum sem einstaklingar ganga í gegnum á lífsleið sinni, nýburastigið og frumberskuna og skoðað hvað einkennir lífsskeið og þroska barna á aldrinum 1½ - 5 ára.

2.2 Lífsskeið og þroski barna 1½ - 5 ára

Þegar mannsbarn kemur í heiminn er það býsna ósjálfbjarga. Nýburi getur tekið til sín næringu, það er að segja hann getur sögið og kyngt, en að öðru leyti er hann háður umönnunaraðilum sínum. Þroskaáfangarnir, sem barnið nær á fyrstu vikunum í lífi sínu, er að bera kennsl á sína nánustu og brosa til þeirra og er mikilvægi þessara áfanga ótvírætt, með þessu er barnið að mynda tengsl við foreldra sína, tengsl sem það á eftir að hafa alla sína ævi. Eftir því sem barnið eldist og nær fleiri þroskaáföngum öðlast það meiri færni og þekkingu til að leysa flóknari verkefni. Þroskaferli barnsins miðar að því að gera barnið sjálfbjarga, svo það geti tekist á við lífið og tilveruna á eigin fótum (Ingibjörg Georgsdóttir, 2008).

Þegar fjallað er um börn á aldrinum 1½ - 5 ára er um tvö lífsskeið að ræða, nýbura- og smábarnastigið og frumberskuna. Á nýbura- og smábarnastiginu, sem er frá fæðingu til tveggja ára aldurs, verða dramatískar breytingar á líkama og heila. Þessar breytingar gera margs konar færni hjá barninu mögulega. Aðallega er um að ræða líkamlega færni, sem felur í sér að læra að sitja og síðar meir standa upp, og vitsmunalega færni sem felur í sér máltöku og tengslamyndun. Á frumberskustiginu, þegar börn eru 3-6 ára, lengist líkami þeirra og verður grennri. Allar hreyfingar barnsins verða fágaðri og börn ná meiri sjálfstjórn. Á þessu aldurskeiði blómstra ímyndunarleikir sem ýta undir vitsmunalegan þroska þeirra og börnin mynda tengsl við jafnaldra sína. Hugsun og tungumál aukast á miklum hraða og siðferði verður til (Berk, 2004; 2009).

Þroskaáfangar barna kom fram eftir ákveðnu mynstri þar sem meðalbarnið nær ákveðinni færni við tilsettan aldur og má skipta þessum áföngum niður eftir þroskasviðum í hreyfiþroska (hvernig barnið lærir smám saman að stjórna hreyfingum líkamans), málþroska (hljóðamyndun sem síðar breytist í orð og setningar), vitsmunarþroska (hugsun, þekking og skilningur) og tilfinninga- og félagsþroska (tjáning og stýring tilfinninga og félagsleg samskipti barnsins við

aðra). Erfðir skipta mestu varðandi það hversu vel barn þroskast en umhverfisáhrif geta vegið þungt þegar barn býr við erfiðar aðstæður og geta alvarleg veikindi eða fatlanir haft áhrif og raskað öllu þroskaferlinu (Berk, 2004; 2009; Ingibjörg Georgsdóttir, 2008).

2.2.1 Hreyfiþroski

Miklar og hraðar breytingar verða á hreyfiþroska barna fyrstu æviárin. Á fyrsta árinu lærir barnið að hafa stjórn á hreyfingum sínum, sjálfráðar hreyfingar taka við af ósjálfráðum hreyfingum. Eftir fyrsta árið hefur barnið lært að sitja upprétt, skríða og standa upp. Sum börn á þessum aldri eru farin að ganga með stuðningi og enn önnur farin að ganga ein. Barnið hefur lært að halda á hlutum, til að mynda leikfangi eða drykkjarkönnu og getur matað sig sjálft en fínreyfingar barnsins eru litlar. Við tveggja ára aldurinn eru börn byrjuð að hlaupa, þau geta sparkað í bolta og farið upp og niður stiga með stuðningi. Fínreyfingar barna verða öruggari á þessum aldri og geta þau haldið um skriffæri og byggt kubbturna úr mörgum kubbum. Þriggja til fjögurra ára gömul börn geta hoppað og staðið á öðrum fæti, farið upp og niður stiga án stuðnings, kastað bolta og gripið hann. Á þessum aldri byrja börn að nota skæri og teikna hringi, krossa, ferhyrninga, þríhyrninga og höfuðfætlu en það form stendur fyrir alla menn. Fjögurra til fimm ára börn geta staðið og hoppað á öðrum fæti, valhoppað, farið í kollhnís, rólað og klifrað. Fínreyfingar barna eru orðnar meiri og geta mörg börn á þessum aldri skrifað bókstafi og tölustafi. Á þessum aldri getur barn notað hnífapör, klætt sig og háttað og farið á klósettið (Berk, 2004; 2009; Ingibjörg Georgsdóttir, 2008; Kail, 2007).

2.2.2 Málþroski

Fyrstu þrjú árin eru mikilvægust í máltöku barna, þó svo að máltökuskeiðið sé talið miklu lengra. Á fyrstu mánuðunum hjá nýfæddu barni koma hljóðmyndun, hjal og hljóðarunur fram með vaxandi styrk. Á sama tíma hlusta þau eftir röddum foreldra sinna og átta sig á undirstöðuatriðum móðurmáls síns. Átta mánaða byrja börn að reyna að herma eftir orðum og hljóðum sem þau heyra frá öðrum og geta þessi orð verið það lík raunverulegum orðum að foreldrar halda oft að barnið sé byrjað að tala en í raun skilja börnin ekki meiningu orðanna. Um eins

árs aldurinn byrja börn að segja sín fyrstu orð og er þá um að ræða orð yfir hluti sem þau þarfnast mest, til dæmis orð yfir fólk, mat og orð sem þau geta notað í félagslegum samskiptum. Tveggja ára barn hefur meiri málskilning heldur en orðaforða svo það skilur mun flóknari setningar heldur en það getur sagt. Orðaforðinn eykst þó til muna á þessum aldri og börn geta tengt saman tvö eða fleiri orð í setningar. Við þriggja ára aldur geta börn skýrt frá atburðum dagsins. Eftir því sem börnin eldast verður framburður þeirra skýrari og börnin ná tökum á málfræði og læra að beygja orð rétt og nota nútíð og þátíð á réttan máta. Fjögurra til fimm ára gamalt barn getur sagt hvað það heitir, hvað foreldrar og systkini heita og hvar það á heima. Einnig geta börn á þessum aldri endursagt sögur og ævintýri og spunnið sínar sögur sjálf (Berk, 2004; 2009; Ingibjörg Georgsdóttir, 2008; Martin og Fabes, 2009).

2.2.3 Vitsmunalegur þroski

Vitsmunalegur þroski samanstendur af mörgum þroskaþáttum og má þar meðal annars nefna að átta sig á hlutum, hugtökum, fólki og aðstæðum. Einnig felst vitsmunalegur þroski í því að þekkja og muna staðreyndir, teikna og skrifa, að læra að fara með tölur að síðar meir að reikna. Þróun rökhugsunar hjá börnum og að sjá fyrir orsök og afleiðingu er einnig hluti af vitsmunalegum þroska þeirra. Hjá börnum á fyrsta aldursári felst vitsmunalegur þroski í því að átta sig á því að ekki er allt sem sýnist, börn á þessum aldri rannsaka leikföng og hluti, handfjaltla þá, hrista, kasta þeim og láta þá detta niður á gólf. Á þessum aldri geta börn tileinkað sér notkun einfaldra hluta til daglegs lífs eins og til dæmis hárbursta og síma og þau geta fundið týnda hluti og rétta mynd ef hlutur er nefndur. Á öðru aldursári eykst færni barna og þau geta flokkað hluti eftir lögun og lit. Á milli þriggja og fjögurra ára aldurs þekkja börn orðið marga liti, þekkja nokkrar tölur og geta talið. Á þessum aldri hefur barnið þroskað með sér tímaskyn svo það skilur að munur er á því sem gerðist í gær og því sem gerist á morgun. Einnig skilja þau hugtök á borð við „mismunandi“, „líkt og ólíkt“ og „aldrei, stundum og alltaf“ . Fimm ára gömul börn geta talið upp að meiru en tíu og tímaskyn þeirra er orðið öruggara en áður. Þekking barna á umhverfinu og virkni þess hefur aukist og nú skilja þau þarfir hins daglega lífs, eins og til hvers peningar eru notaðir, af hverju

þau þurfa að borða og til hvers hin ýmsu tæki og tól eru notuð (Berk, 2009; Ingibjörg Georgsdóttir, 2008; Martin og Fabes, 2009).

2.2.4 Tilfinninga- og félagslegur þroski

Fyrstu sex mánuðina í lífi barns gerir það sér ekki grein fyrir að það er einstaklingur, aðskilinn frá öðru fólki sem annast það. Þess vegna endurspeglar tilfinningar barna oft tilfinningar þeirra sem annast þau, það er að segja að ef móðir er í tilfinningalegu ójafnvægi þá líður barninu illa og það sýnir hegðun sem endurspeglar tilfinningalegt ójafnvægi, grætur og er órólegt. Síðar, þegar börn þróa með sér sjálfsvitund, gera þau sér grein fyrir að þær tilfinningar sem þau finna eru þeirra eigin og þau fara að sýna þær í samræmi við þær aðstæður sem þau eru í. Til dæmis uppgötva þau að þau hafa ánægju af leikföngum eða söngvum þó svo að aðrir hafi ekki ánægju af þessum hlutum. Við tveggja ára aldur tala börn opinskátt um þær tilfinningar sem þau finna hjá sjálfum sér og öðrum. Þau gera sér einnig grein fyrir því að það hafa ekki allir sömu tilfinningar og þau. Á milli tveggja og þriggja ára aldurs skilja börn að tilfinningar tengjast því hvað við viljum og viljum ekki og því hvað okkur líkar og líkar ekki við. Við fimm ára aldur er skilningur barna á tilfinningum orðinn mun víðtækari, börn á þessum aldri skilja að atburðir í lífi þeirra, sem styrkja eða veikja skoðun þeirra á því sem þau trúá, hefur áhrif á tilfinningar þeirra. Til að mynda ef barn býst við því að fá verðlaun fyrir góða hegðun veit það að því fylgir ánægja en ef það fær ekki verðlaun finnur barnið fyrir sorg og jafnvel reiði (Cook og Cook, 2005; Berk, 2009; Martin og Fabes, 2009).

Hvað varðar félagsleg tengsl barna er það nauðsynlegt fyrir þau að tileinka sér nægilegan félagsþroska til að geta átt farsæl samskipti við aðra. Strax frá upphafi á barn samskipti við aðra einstaklinga og lærir fljótt að grátur þess eða bros færir því huggun og næringu. Börn geta aðeins nokkurra mánaða gömul átt félagsleg samskipti við aðra með því að herma eftir svipbrigðum og hreyfingum og taka þátt í einföldum samskiptaleikjum á borð við leikinn „týndur/fundinn“ og „hvað ertu stór?“ Við eins árs aldurinn er barnið farið að gera greinamun á þeim sem það þekkir og ókunnugum og oft eru þau feimin og gráta þegar foreldrar þeirra fara frá þeim. Börn á þessum aldri reyna oft á samskipti sín við fullorðna, til

dæmis með því að hafna mat og reyna að stjórna með því að gráta. Þau gera einnig upp á milli fólks og vilja fremur vera hjá foreldrum sínum heldur en öðrum. Þau sýna áhuga á viðfangsefnum fullorðinna og veita bendingum þeirra meiri eftirtekt en áður, ásamt því að endurtaka hljóð og látbragð. Við tveggja ára aldurinn eru börn gjörn á að herma eftir hegðun annarra, sérstaklega hegðun eldri barna eða fullorðinna, ásamt því að gera sér sífellt betur grein fyrir því að þau eru sjálfstæðir einstaklingar með sjálfstæðan vilja. Þau veita öðrum börnum eftirtekt og vilja vera nálægt þeim, þó svo að þau leiki sér ekki beint við þau. Það er ekki fyrr en barnið er orðið þriggja til fjögurra ára gamalt að það nær samleik við önnur börn og eru þá hlutverkaleikir og ímyndunarleikir vinsælir. Börn á þessum aldri elska að klæða sig í búninga og herma eftir uppáhalds teiknimyndapersónunni sinni. Fjögurra til fimm ára byrja börn að gera sér grein fyrir að strákar og stelpur eru mismunandi og sést það oft á leik barnanna, þar sem stelpur velja sér frekar að leika sér með dúkkur en strákar velja fremur bílaleiki eða leiki þar sem reynir á þá líkamlega, til dæmis bardagaleiki af ýmsum toga eða hinn þekktu „löggu og bófa“ leik. Á þessum aldri finna börn fyrir aukinni þörf fyrir vinasambönd og vilja þau þóknast vinum sínum og vera eins og þeir. Börnin sýna aukið sjálfstæði í samskiptum við vini sína og vilja jafnvel fara ein í heimsóknir til þeirra. Þau byrja að tileinka sér leikreglur hópleikja og með vaxandi aldri tileinka þau sér einnig hinar óskráðu leikreglur samfélagsins, ásamt því að læra að lesa í aðstæður og látbragð annarra. Þau sýna ástúð og umhyggju fyrir öðrum, læra að taka tillit til hvers annars og hrósa hvert öðru. Einnig læra þau að rífast, skammast og slást og átta sig á því að það má ekki ljúga, stela og meiða aðra. Börnin kunna oft reglur samfélagsins þó þau geti ekki alltaf farið eftir þeim (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005; Ingibjörg Georgsdóttir, 2008).

2.3 Kenningar um lífsskeið og þroska barna

Kenningar um þroska barna byggja að mestu leyti á rannsóknum sem gerðar hafa verið á undanförunum áratugum en rætur þessara kenninga má rekja um aldri aftur í tímann. Þeir heimsspekingar, sem lagt hafa mest af mörkum hvað varðar kenningar um lífsskeið og þroska barna, eru John Lock, oft nefndur faðir atferlisstefnunar, sem taldi að börn fæddust sem óskrifað blað (tabula rasa) og

Rousseau sem taldi að börn væru góð í eðli sínu en spilltust í heimi hinna fullorðnu. Darwin, sem á níttjándu öld setti fram kenningu sína um að þeir hæfustu lifi af, og sálgreining Freuds hafa einnig sett mark sitt á núverandi þekkingu manna á atferli barna (Berk, 2004).

Þar sem þekkingu á lífsskeiði og þroska barna hefur fleygt fram síðustu áratugi hefur þessi málaflokkur verið fyrirferðarmikið rannsóknarefni fræðimanna á félags-, mennta- og hugvísindasviði. Samfara aukinni þekkingu hafa margvíslegar kenningar sprottið upp. Hér að neðan verður nánar fjallað um þrjár af þeim kenningum sem til eru um þroska barna, kenningu Piagets um vitsmunþroska barna, félagsnámskenningu Vygotskys og vistfræðimódel Bronfenbrenners.

2.3.1 Lífsskeiðþroski Piaget

Piaget fæddist árið 1896 í Sviss og var líffræðingur og sálfræðingur að mennt. Snemma á ferli sínum fékk Piaget mikinn áhuga á þróun vitsmunþroska barna og eyddi hann stærstum hluta ævi sinnar í að safna saman upplýsingum um þróun og starfsemi heilans. Hann taldi að hugur og líkami lytu sömu lögmálum og störfuðu saman en ekki í sitt hvoru lagi og því dró hann þá ályktun að vitsmunaleg virkni væri sérstakt form líffræðilegrar starfsemi. Piaget fullyrti að greind barna færi ekki eftir því hvað þau vissu heldur hvernig þau hugsuðu og ynnu úr áreitum umhverfisins. Hann leitaðist við að finna ákveðið kerfi í hugsun barna sem hann gæti alhæft yfir á öll börn, hvar sem væri í heiminum. Eftir að hafa rannsakað vitsmunalega virkni hjá börnum setti hann fram kenningu um að vitsmunþroska barna mætti skipta í fjögur stig: Skynhreyfistig (0-2 ára), foraðgerðarstig (2-7 ára), stig hlutbundinnar hugsunar (7-11 ára) og að lokum stig formlegra aðgerða (11-18 ára). Piaget taldi að börn færist undantekningalaust á milli þroskastiga í þeirri röð sem hann tiltekur en mismunandi sé á hvaða aldri það gerist. Börn geta sýnt nokkur einkenni þess stigs sem í vændum er þótt þau séu ekki farin að hugsa alfarið á þann hátt (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005). Hér á eftir verður fjallað um skynhreyfistigið og foraðgerðarstigið, en það eru þau stig sem börn á aldrinum 1½-5 ára ganga í gegnum.

Skynhreyfistigið, sem Piaget skipti niður í sex undirstig, hefst strax við fæðingu og lýkur við tveggja ára aldur. Á fyrri hluta þessa stigs skiptir mestu máli fyrir

barnið að læra traust og mynda geðtengsl við umönnunaraðila sína. Jafnframt tengslamynduninni víkkar skilningur barnsins á umhverfi sínu. Ungabörn byrja að læra í gegnum skynfærin með því að beita eftirtektarsemi, til dæmis með því að horfa í kringum sig og með því að handfjatla hluti, og síðar á stiginu læra þau að samhæfa skynjun og hreyfingu. Á seinni hluta stigsins, eins til tveggja ára, lærir barnið að setja fram einfaldar áætlanir til að ná markmiðum sínum. Einbeiting barnsins vex og það vill ráða sér sjálf. Börn á þessum aldri eru mjög sjálfhverf, barnið leikur sér til hliðar við önnur börn en lítur ekki á þau sem vini heldur sem keppinauta eða aðila sem geta útvegað það sem barnið þarfnast (Berk, 2004,2009: Cook og Cook, 2009: Kail, 2007: Kristín Elfa Guðnadóttir, 2000).

Á foraðgerðarstigi byrja börn að nota huglæg tákni, orð og myndir, til að tjá sig um það sem verður á vegi þeirra. Á þessu stigi eru börn farin að nota tungumál mun ítarlegar heldur en á skynhreyfistiginu. Börn á þessu stigi eru sjálflæg í hugsun, styðjast við sitt eigið sjónarhorn og eru hugsanir þeirra yfirleitt frekar einfaldar og ekki rökréttar. Þau hugsa um sig sjálf sem nafla alheimsins og eru því mjög þröngsýn og ófær um að taka við hlutverki annarra. Þau hafa skilning á hvað er gott og hvað er slæmt en kunna ekki að taka á vandamálum sem upp koma. Einnig eru börn á þessu stigi mjög ævintýraleg í hugsun því þau halda að einn atburður valdi öðrum, til dæmis ef einhver hugsar um slys að þá verður slys. Félagslega fer barnið að átta sig á hvað er við hæfi og hvað ekki og skipta leikfélagar sífellt meira máli. Smátt og smátt eykst færni barnsins til að þola mótlæti og að sýna biðlund en algengt er að börn á þessum aldri sýni ýgi og ráðist jafnvel á leikfélaga sína. Hins vegar eykst sjálfstjórn barnsins síðar á þessu stigi og það lærir að það má segja nei sem er liður í því að barninu finnist það vera við stjórnvölinn (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2009; Kail, 2007: Kristín Elfa Guðnadóttir, 2000).

Þrátt fyrir að kenning Piaget um vitsmunaproska barna hafi haft mikla þýðingu fyrir skilning manna á lífsskeiði og þroska barna þá hefur kenning hans verið dregin í efa. Rannsóknir hafa sýnt að Piaget vanmetur hæfni smábarna og barna á leikskólaaldri, og hafa niðurstöður rannsókna sýnt að hæfni barna má bæta með þjálfun. Því hefur ályktun Piagets, um að besta leiðin fyrir börn að ná þroska sé

að gera sjálf í stað þess að fá kennslu, verið dregin í efa. Gagnrýndur hafa bent á að kenning Piaget taki ekki nægilegt tillit til mismunandi samfélaga og ólíkrar menningar milli samfélaga. Auk þessa hafa fræðimenn, sem aðhyllast lífsskeiðakenningar, bent á að ályktunin um að einstaklingar þroskast lítið sem ekkert eftir unglingsárin standist ekki (Berk, 2004).

2.3.2 Félagsnámskenning Vygotskys

Lev Vygotsky (1896-1934), rússneskur sálfræðingur, byggði kenningu sína um félagsnám á kenningum Piagets en andstætt honum taldi Vygotsky að börn lærðu af þeim sem þau umgengjust en gengju ekki í gegnum þroskaferli sitt ein, óháð umhverfi sínu og félagslegum athöfnum. Vygotsky var þeirrar skoðunar að félagslegt og menningarlegt umhverfi barna hefði mest áhrif á mótun þeirra. Börn læra af þeim sem vita meira en þau, hvort sem það eru fullorðnir einstaklingar eða önnur börn sem standa þeim framar. Þannig hefur félagsleg reynsla áhrif á hvernig þau túlka umhverfi sitt. Vygotsky er þekktur fyrir það sem hann kallaði „svæði hins mögulega þroska“ (*e. Zone of proximal development*) og á hann þá við það svæði sem liggur á milli þess sem barnið getur sjálft gert og þess sem það getur gert með fullorðnum eða þroskaðri félögum. Vygotsky leggur því mikla áherslu á að nám eigi sér stað í félagslegu samhengi. Tungumálið taldi Vygotsky vera mjög mikilvægt, því það hjálpaði börnum til að tjá hugsanir sínar og þekkingu. Hann hélt því fram að tungumálið væri táknerfi sem börn lærðu til þess að geta átt samskipti við aðra í nánasta umhverfi og síðar meir yrði tungumálið að hugarferli sem hjálpaði barninu að skipuleggja hugsanir sínar. Hinir fullorðnu eru ábyrgir fyrir því að börn tali saman og orði hlutina sín á milli að mati Vygotsky (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005; Kail, 2007).

Vygotsky hefur verið gagnrýndur fyrir að einblína um of á menningu og félagsleg samskipti í þroska barna sem leiði til þess að hann gleymi að taka líffræðilega þætti með í reikninginn. Þó hann geri grein fyrir mikilvægi þess hlutverks sem vöxtur heila og arfgengi leikur í þroska barna fjallar hann ekkert um það í kenningu sinni um vitsmunaproska barna (Berk, 2004).

2.3.3 Vistfræðimódel Bronfenbrenners

Urie Bronfenbrenner (1917-2005) var fæddur í Rússlandi en fluttist til Bandaríkjanna ungur að aldri. Hann var menntaður sálfræðingur og setti fram kenninguna um vistfræðimódelið. Vistfræðimódel Bronfenbrenners skýrir hvernig umhverfi barns hefur áhrif á uppvöxt þess og þroska. Með aðstoð módelisins má draga upp heildstæða og skipulega mynd af helstu áhrifaþáttum á þroska barna. Bronfenbrenner hefur lagt mikið af mörkum við að afmarka og rannsaka mikilvægustu atriðin varðandi nánasta hversdagsumhverfi barna, bæði í félagslegum skilningi og efnislegum skilningi, það er innan fjölskyldunnar, í leikskólanum eða skólanum og í samfélaginu í heild sinni. Vistfræðimódelinu skipti hann upp í fjögur kerfi, micro, meso, exo og macro, en síðar bætti hann við fimmta kerfinu, chrono kerfinu (Berk, 2004; 2009).

Barn tilheyrir mörgum kerfum, litlum hópum eins og fjölskyldunni, leikskólanum, íþróttahreyfingunni eða tónlistarskólanum svo eitthvað sé nefnt. Micro kerfið er nánasta umhverfi barnsins og þeir sem barnið á í mestum samskiptum við, öll þessi litlu kerfi sem barnið tilheyrir. Til að skilja þroska barna innan þessa kerfis verður að muna að öll sambönd og samskipti ganga í báðar áttir, það er að segja að börn hafa áhrif á foreldra sína og þá sem þau umgangast og öfugt. Því er mikilvægt að þau samskipti, sem barnið á við aðra í nærumhverfi sínu, séu uppbyggileg og jákvæð því það ýtir undir þroska og vöxt barnsins. Meso kerfið eru tengslin á milli þessara hópa sem barnið umgengst. Til að mynda skiptir það sköpum fyrir námsárangur barna að samskipti milli heimilis og skóla séu góð og að samvinna sé á milli foreldra og kennara sem hafa velferð barnsins að leiðarljósi (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005).

Exo kerfið er sá félagslegi vettvangur sem barnið býr í. Um er að ræða tengsl milli fjölskyldunnar og stofnana sem taka þátt í fjölskylduaðstæðum ef eitthvað kemur upp á hjá fjölskyldunni sem leiðir til þess að hún þarf á aðstoð að halda. Stofnanirnar geta bæði verið formlegar og óformlegar. Dæmi um formlegar stofnanir, sem veita fjölskyldunni stuðning, eru vinnustaður foreldra, sem gefur þeim frí ef börnin eru veik, eða heilbrigðis- og félagsmálayfirvöld sem greiða foreldrum fæðingarorlof svo þau geti verið heima og annast nýfædd börn sín.

Dæmi um óformlegar stofnanir eru vinir og stórfjölskylda sem býður fram aðstoð sína ef með þarf. Rannsóknir sýna að þegar Exo kerfi fjölskyldna er lítið getur það haft alvarlegar afleiðingar á borð við félagslega einangrun, hjónabandserfiðleika og ofbeldi og vanrækslu á börnum. Macro kerfið er samfélagið og sú þjóðmenning, stjórnkerfi og efnahagslíf sem allir eiga sameiginlegt. Macro kerfið getur haft áhrif á þroska og velferð barna til dæmis með löggjöf sem tryggir rétt barnafjölskyldna eða barnanna sjálfra (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005).

Síðasta kerfið, Chrono kerfið, sem Bronfenbrenner setti fram, gengur þvert á hin kerfin og táknar þær breytingar innan hinna kerfanna sem geta haft áhrif á líf barna. Sem dæmi má nefna fæðingu systkinis sem getur haft áhrif á samband milli foreldra og eldri barna eða þegar fjölskylda flytur hefur það víðtæk áhrif á líf barna. Börnin þurfa að fara í nýja skóla, kynnast nýju umhverfi og nýjum félagahópum. Breytingar á efnahagslífi hafa einnig áhrif á líf og þroska barna og hvernig þeim mun vegna í framtíðinni (Cook og Cook, 2005).

2.4 Hegðun barna

Rannsóknir á hegðunarfrávikum barna eru að stórum hluta til 20. aldar fyrirbæri. Finna má umfjallanir um afbrigðilega hegðun barna í bókmenntum frá 18. og 19. öld en þá var lítið á slíka hegðun hjá börnum sem meðfædda illsku en ekki röskun sem hefði áhrif á líðan og lífsgæði einstaklingsins (Erickson, 1998). Það var ekki fyrr en farið var að notast við sálgreiningu Freuds á öðrum og þriðja áratug síðustu aldar, en megininntak stefnunnar er að atferli manna stjórnist af öflum sem séu þeim lítt meðvituð, að farið var að leita orsaka hegðunarfrávik hjá börnum og ungmennum (Berk, 2004). Hraðar breytingar í samfélagi þess tíma ýttu undir þessa nýju sýn á börn og hegðun þeirra. Má þar meðal annars nefna lækkaða dánartíðni barna, aukna möguleika á menntun fyrir öll börn, þróun meðferðarúrræða og þróun aðferða til að mæla og meta hegðun. Rannsakendur á öðrum og þriðja áratug síðustu aldar lögðu grunninn að þekkingu á eðlilegum og óeðlilegum þroska barna og hegðun þeirra á mismunandi aldurskeiði með langtíma- og þversniðsrannsóknum. Langtímarannsóknirnar fólu í sér að fylgst var með börnum á vissum tímabilum frá fæðingu þeirra fram yfir unglingsárin en

í þversniðsrannsóknunum voru mismunandi hópar barna á mismunandi aldursskeiði skoðaðir og bornir saman (Erickson, 1998).

Enn hefur ekki náðst alþjóðleg sátt um hvað telst eðlilegt og óeðlilegt í þroska og hegðun barna. Fagaðilar notast við mismunandi aðferðir til að meta hegðun og þroska, sumir skoða einungis barnið sjálft en aðrir líta einnig á aðstandendur og umhverfi barnsins. Orsök þess, að ekki er til nein ein algild aðferð til að meta hegðun og þroska barna, er sú að stundum eru börn ranglega greind með hegðunarröskun þegar hegðun þeirra er í raun sambærileg við hegðun annarra barna á sama aldri (Sadock og Sadock, 2007).

Aldur barns skiptir mestu máli þegar ákveðið er hvort hegðun barnsins teljist eðlileg eða ekki, hegðun sem telst viðeigandi á einum aldri getur talist óeðlileg á öðrum. Til dæmis telst það eðlilegt að ungabarn sé vart um sig í návist ókunnugra og gráti jafnvel ef móðir þess víkur frá því í örstutta stund. Þetta myndi teljast óeðlilegt hjá einstaklingi á unglingsaldri. Það sama gildir um notkun áfengis og tóbaks hjá fullorðnum einstaklingi, samfélagið samþykkir þessa hegðun hjá fullorðnum en þetta myndi teljast óásættanleg hegðun hjá 10 ára gömlu barni. Þetta á einnig við algenga hegðun hjá einstaklingum, þó svo að hún sé ekki æskileg. Því er mikilvægt að þeir sem starfa við greiningar á börnum og unglingum þekki vel hvað telst eðlileg hegðun á hverju aldursskeiði, svo þeir geti réttilega fundið út hvort hegðun barnsins telst óeðlileg (Gelfand og Drew, 2003).

Finna má svipuð hegðunareinkenni á meðal barna sem eru á sama aldursskeiði og þar sem þau eru að ganga í gegnum ákveðið þroskaferli er algengt að finna megi svipaða hegðun meðal þeirra. Börn á aldrinum 1½-5 ára geta sýnt hegðun sem einkennist af neikvæðni, skapofsaköstum og almennri þvermóðsku. Stór hluti barna á þessum aldri krefst mikillar athygli frá foreldrum sínum. Athyglisvandi er einnig algengur hjá þessum aldurshópi, þau haldast stutt við athafnir sínar og krefjast sífellt nýrra og spennandi verkefna (Rutter, 1975). Sum börn á þessum aldri eru hins vegar mjög viðkvæm, feimin og hlédræg. Ótti við sérstakar aðstæður eða hluti er ekki óalgengur, t.d. ótti við ýmsar dýrategundir, myrkrið eða óveður og getur þetta orsakað miklar áhyggjur hjá börnum. Oftar en ekki dregur úr skapofsaköstum, athyglispörfinni, stríðninni sem oft einkennir

Þessi börn og óttanum við hina ýmsu hluti eða aðstæður, þegar þau eldast. Þetta á sérstaklega við þegar foreldrar og aðrir aðilar, sem annast barnið, bregðast snemma við vandanum og vinna með hann (Gelfand og Drew, 2003). Hins vegar eru inngríp oft á tíðum ekki nægjanleg til að koma í veg fyrir hegðunarvandamál síðar á lífsleiðinni, og búa börn við mjög mismunandi aðstæður og foreldrar eru misjafnlega í stakk búnir til að takast á við uppeldi og umönnum barna sinna. Því eru alltaf einhvern börn sem þróa með sér hegðunarfrávik.

2.5 Hegðunarraskanir

Börn og unglingar með hegðunarraskanir, sem einkennast af ýgi og að brotið sé á réttindum annarra einstaklinga, eiga oft bæði við hegðunar- og tilfinningaerfiðleika að stríða. Alþjóðleg greiningarkerfi geðlæknisfræðinnar (DSM-IV og ICD-10) skilgreina hegðunarröskun í eftirfarandi fjóra flokka: ýgi/árásarhneigð eða hótanir um að skaða fólk og dýr, skemmdarverk á eigin eignum eða á eignum annarra, þjófnaður eða svik og tíð brot á aldurssamsvarandi reglum. Greiningarkerfin greina einnig á milli mildrar hegðunarröskunar, sem oftast er nefnd mótþróaþrjóscuröskun (*e. oppositional defiant disorder*) og alvarlegrar hegðunarröskunar (*e. conduct disorder*). Móþróaþrjóscuröskun og hegðunarröskun svipar til hvor annarrar, mörg einkennanna eru keimlík en DSM IV skilgreinir þetta sem tvær aðskildar raskanir með þeim fyrirvara að ýmis einkenni hegðunarröskunar geti jafnframt flokkast sem mótþróaþrjóscuröskun og gagnkvæmt. Það sem einkennir börn með mótþróaþrjóscuröskun fremur en börn með hegðunarröskun er að þau eru í andstöðu við aðra fremur en að beita þá líkamlegu ofbeldi eins og börn með hegðunarröskun eru líkleg til að gera (Sadock og Sadock, 2007).

Fagaðilar, sem hafa rannsakað hegðunarraskanir, hafa komist að því að hægt er að skipta þeim upp í fjögur þrep. Fyrsta þrepið kemur í ljós á leikskólaaldri og er talað um grunnæfingu barnins í andfélagslegri hegðun. Næsta þrep kemur fram á skólaaldri þegar kröfurnar á einstaklinginn aukast og hegðunarerfiðleikarnir verða meiri í samræmi við það, svo miklir að kennarar og skólafélagar verða vör við það og bregðast við. Þriðja þrepið kemur fram þegar einstaklingurinn er kominn á unglingsaldur og finnur sér farveg meðal annarra

einstaklinga á svipuðum aldri sem glíma við hliðstæð vandmál. Lokaprepinu er síðan náð þegar einstaklingurinn hefur þróað sér andfélagslega hegðun sem hefur afgerandi áhrif á lífsgæði hans (Margrét Sigmarsdóttir, 2002).

Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess að bregðast við hegðunarfrávikum strax á fyrstu stigum þróunarinnar. Með því má koma í veg fyrir alvarleg samfélagsleg áhrif af vandanum á seinni stigum því samkvæmt niðurstöðum rannsókna eru sterk tengsl á milli hegðunarfrávika barna á leik- og grunnskólaaldri og andfélagslegrar hegðunar síðar meir (Gelfand og Drew, 2003). Talið er að margvíslegar orsakir liggi að baki því að barn þrói með sér hegðunarraskanir, og má þar meðal annars nefna minni háttar truflanir í heilastarfsemi, vanrækslu eða ofbeldi, þroskatruflanir, fjölskylduvanda og félagslega erfiðleika. Hegðunarraskanir eru því afleiðingar fjölbætts vanda, og því er erfitt að benda á einhverja eina orsök (Helga Hannesdóttir, 1996).

Það er frekar regla en undantekning að önnur röskun sé til staðar meðal barna sem greinast með mótþróaþrjóscuröskun eða hegðunarröskun. Rannsóknir hafa sýnt að allt að 75% barna, sem greinast með mótþróaþrjóscuröskun eða hegðunarröskun, greinast einnig með athyglisbrest með ofvirkni (e. *attention-deficit/hyperactivity disorder*: ADHD) sem er algengasta fylgiröskunin. Þegar barn fær slíka greiningu verða hegðunarvandamálin yfirleitt mun alvarlegri, ofbeldishegðun algengari og barnið verður fyrir meiri félagslegri höfnun. Þess ber þó að geta að þó svo að barn greinist með einhverjar af ofantöldum röskunum þarf það ekki að vera að hinar fylgi, t.d. barn með hegðunarröskun þarf ekki að greinast einnig með ADHD eða að barn með ADHD greinist einnig með mótþróaþrjóscuröskun. Auk þessa eru kvíðaraskanir og afmarkaðir námsörðugleikar einnig algengir fylgikvillar barna sem glíma við hegðunarfrávik (Sadock og Sadock, 2007).

2.5.1 Mótþróaþrjóscuröskun

Hegðun barna, sem greinast með mótþróaþrjóscuröskun (e. *Oppositional defiant disorder*), einkennist yfir höfuð af því að hlýða ekki og gera þveröfugt við það sem barninu er sagt er gera. Þessi börn sýna mikinn mótþróa og eru mjög neikvæð. Aðalvandamál þessara barna er yfirleitt reiðtilfinningin sem þau tjá ýmist með

líkamlegu athæfi eða með ljótu orðbragði eða tönnum, bæði gagnvart fullorðnu fólki og öðrum börnum. Oft eiga þessi börn erfitt með samskipti við önnur börn og eiga þau að jafnaði erfitt með að fara eftir gildandi reglum og hlýða foreldum sínum takmarkað (Helga Hannesdóttir, 1996). Mótþróaþrjóscuröskun hefur nánast alltaf áhrif á frammistöðu í skóla. Þessi börn eru oft vinalaus og finnast mannleg samskipti ófullnægjandi. Þrátt fyrir góða greind, gengur þessum börnum oft illa í skóla og eiga á hættu að dragast aftur úr vegna þess að þau taka ekki þátt, þrjóscurast við að mæta þeim kröfum sem til þeirra eru gerðar og krefjast þess að leysa úr vandamálum án nokkurrar hjálpar. Auk þessa alls er algengt að þessi börn séu með lágt sjálfsmat og sjálfstraust, lágan skapgerðarstuðul og séu þunglynd. Unglingar með röskunina eru líklegir til að misnota áfengi og ólögleg vímuefni síðar á lífsleiðinni (Erickson, 1998).

Erfitt getur verið að greina mótþróaþrjóscuröskun frá mikilli óþekkt en til þess þarf sérfræðing á sviði geðraskana barna og unglunga. Almenn greiningarviðmið eru þau að daglegt líf barns einkennist af neikvæðri hegðun og að ástandið hafi varað í að minnsta kosti sex mánuði. Helstu einkenni, sem leitað er eftir við greiningu mótþróaþrjóscuröskunar, eru:

- 1) *Missir oft stjórn á skapi sínu*
- 2) *Rífst oft við fullorðna*
- 3) *Reynir oft að ögra fullorðnum eða neitar að hlýða bónum og/eða reglum*
- 4) *Reynir oft að angra eða pirra fólk*
- 5) *Kennir öðrum oft um eigin mistök*
- 6) *Er oft uppstökk(ur) og lætur aðra auðveldlega angra eða pirra sig*
- 7) *Er oft reið(ur) og gramur/gröm*
- 8) *Er oft hefningjarn(-gjörn)*

(Sadock og Sadock, 2007).

Þessi einkenni þurfa ekki að vera öll til staðar hjá barni með mótþróaþrjóscuröskun heldur eru þetta þau einkenni sem eru mest ríkjandi hjá börnum með þessa röskun. Þessi einkenni koma líklega fram hjá öllum börnum á einhverjum tímapunkti í lífi þeirra eins og það að hlýða ekki reglum eða kenna öðrum um eigin mistök og því er mikilvægt að hafa hugfast að til þess að barn sé

greint með þessa röskun þarf hún að vera til staðar í mun meira mæli og hafa varað í lengri tíma. Því væri barn, sem er uppstökkt eða ögrandi í tvær til þrjár vikur, ekki greint með röskunina (Erickson, 1998).

Flestar rannsóknir gefa til kynna að 4-10% barna greinist með móttþróaþrjóskuröskun og getur röskunin verið greind hjá börnum alveg niður í þriggja ára aldur. Í flestum tilfellum koma einkenni röskunarinnar fram fyrir átta ára aldur og ekki síðar en snemma á kynþroskaskleiði. Mun fleiri drengir en stúlkur greinast með röskunina, eða þrír drengir á móti hverri stúlku en nokkuð dregur úr kynjamun þegar komið er á unglingsár (Sadock og Sadock, 2007).

Einkenni móttþróaþrjóskuröskunar eru nánast undantekingalaust til staðar inni á heimili barnsins en þurfa ekki endilega að vera til staðar í skóla, innan um annað fullorðið fólk en foreldra þeirra eða innan um jafningja. Venjulega eru einkenni röskunarinnar mest áberandi hjá barninu þegar það er meðal einstaklinga sem það þekkir vel og þess vegna er líklegt að barnið sýni lítil eða jafnvel engin einkenni þegar það er skoðað klínískt. Oftast upplifa þessi börn sig ekki sem móttþróafull eða ögrandi, þau réttlæta hegðun sína með því að umhverfið sé svo ómögulegt. Strax á unga aldri geta foreldrar orðið varir við skapgerðarþrengingur á borð við hvatvísi, eirðarleysi og tíð skapofsaköst hjá barninu. Eftir því sem barnið eldist ágerist þetta oft og fleiri hegðunareinkenni koma fram, og er þróunin yfirleitt sú að til að byrja með eru einkenni fá og væg en fjölgar og verða alvarlegri með auknum aldri (Gelfand og Drew, 2003).

Batahorfur barna með móttþróaþrjóskuröskun fara eftir því hversu alvarleg einkennin eru og í hversu langan tíma þau standa yfir í lífi barnsins. Því lengur sem röskunin er til staðar því meiri hætta er á að einstaklingurinn þrói með sér alvarlega hegðunarröskun. Virkni fjölskyldunnar hefur einnig áhrif á batahorfur barnsins og eru líkur á að börn, sem eru í góðum tengslum við fjölskyldu sína og njóta stuðnings hennar, nái frekar bata en þau börn sem ekki eru í góðum tengslum og njóta stuðnings. Um fjórðungur barna, sem fær greiningu að vera með móttþróaþrjóskuröskun, nær ekki greiningarviðmiðunum eftir nokkurra ára tímabil (Sadock og Sadock, 2007).

Í stórum hluta tilfella þróast mótþróaþrjóskuröskun yfir í alvarlega hegðunarröskun með aldrinum og í allt að 70% tilfella mun röskunin fylgja einstaklingum fram á fullorðinsár, en þá í formi andfélagslegrar hegðunar ef ekki kemur til inngrips fagaðila sem vinna með barninu og fjölskyldu þess (Helga Hannesdóttir, 1996).

2.5.2 Alvarleg hegðunarröskun

Hegðunarröskun (*e. Conduct disorder*) er læknisfræðileg greining með eða án andfélagslegrar hegðunar. Hegðunarröskun er síðan skilgreind í tvo undirflokk. Í fyrri undirflokknum þarf barn að greinast með að minnsta kosti eitt af einkennum röskunarinnar fyrir tíu ára aldur (*e. Child onset*). Í seinni flokknum hafa engin einkenni komið fram hjá barninu fyrir tíu ára aldur (*e. Adolescent onset*). Helsti munurinn á þessum tveimur flokkum er sá að hegðunareinkennin í fyrri flokknum eru oftast alvarlegri, einkennast meira af ofbeldishegðun og minni líkur eru á bata (Sadock og Sadock, 2007). Til þess að barn nái greiningarviðmiðum fyrir alvarlega hegðunarröskun þarf það að sýna þrenns konar hegðun af eftirfarandi fimmtán atriðum úr greiningarkerfi DSM- IV, í að minnsta kosti sex mánuði:

1) **Ofbeldishegðun í garð manna og dýra**

- Hrekkir, hótar eða ógnar oft öðrum
- Á oft frumkvæði að slagsmálum
- Hefur notað vopn sem getur valdið alvarlegum áverkum (t.d. kylfu, hníf eða byssu)
- Hefur beitt fólki ofbeldi
- Hefur beitt dýr ofbeldi
- Hefur stolið augliti til auglits við þolanda (t.d. stolið veskjum af fólki eða framið vopnað rán)
- Hefur neytt einhverntil kynferðislegra athafna

2) **Skemmdarverk á eignum**

- Hefur viljandi kveikt í með þeim tilgangi að valda skemmdum
- Hefur viljandi eyðilaggt eigur annarra (með öðrum leiðum en íkveikju)

3) **Svik eða þjófnaður**

- Hefur brotist inn í hús eða bíla
- Lýgur oft til að öðlast eitthvað eða koma sér undan skyldum
- Hefur stolið smærri hlutum án þess að standa augliti til auglits við þolanda (t.d. búðarhnúpl).

4) **Alvarleg brot á reglum**

- *Er oft úti á kvöldin þrátt fyrir að mega það ekki (byrjað fyrir 13 ára aldur)*
- *Hefur a.m.k. tvisvar strokið frá heimili sínu og dvalið frá því heila nótt (eða einu sinni og verið í burtu til lengri tíma)*
- *Er oft fjarverandi frá skóla (byrjað fyrir 13 ára aldur)*

(Sadock og Sadock, 2007).

Hegðunarröskun þróast ekki á einni nóttu, mörg einkenni þróast yfir langan tíma, jafnvel alveg frá fyrsta aldursári. Hins vegar er ólíklegt að mjög ung börn fái þessa greiningu, þau hafa ekki þroska til að sýna dæmigerð einkenni röskunarinnar eins og eldri börn gera og eru því frekar greind með mótþróaþrjóskuröskun. Þriggja ára gamalt barn brýst ekki inn á heimili fólks, stelum ekki frá fólki með ógnandi hegðun eða notar vísvitandi vopn sem getur skaðað. Skólabörn geta hins vegar verið hrekkjusvín eða lagt aðra í einelti, stofnað til líkamlegra slagsmála, eyðilagt eigur annarra eða kveikt í hlutum (Helga Hannesdóttir, 1996).

Meðal einkenna, sem börn með alvarlega hegðunarröskun sýna, eru eirðarleysi, lítil námsgeta, hömluleysi og ýmiss konar skapgerðartruflanir. Einnig eiga þessi börn oft í erfiðleikum með að skilja orsakir og afleiðingar gjörða sinna og sýna veiklaða varnarhætti sem felast meðal annars í tilhneigingu til afneitunar og hagræðingar á sannleikanum. Siðferðisþroski barnanna er oft skertur og eru þessi börn gjörn á að stríða öðrum börnum og leggja jafnvel aðra í einelti. Þau geta verið fjandsamleg í garð annarra og í alvarlegum tilfellum beita þau aðra líkamlegu ofbeldi. Sum þessara barna eiga einnig mjög erfitt með að tengjast öðrum einstaklingum, sem sést best á því að þau eiga í erfiðleikum með að mynda vinasambönd. Sum eignast mun eldri eða yngri vini eða stofna til yfirborðskennds vinasambands við önnur börn í svipaðri stöðu. Unglingar, sem glíma við hegðunarröskun, eru oft tilfinningalega ónæmir gagnvart öðum og hafa takmarkaða getu til að fara að ráðum annarra og læra af fyrri reynslu sinni og mistökum (Gelfand og Drew, 2003).

Áætlað er að tíðni hegðunarraskana sé á bilinu 1-10% og er hún algengari á meðal drengja en stúlkna og er hlutfallið allt frá 4 drengjum á móti einni stúlkunni upp í tólf drengi á móti einni stúlkunni. Nokkuð dregur úr kynjamun þegar komið er

fram á unglingsár. Einkenni hegðunarröskunar eru breytileg eftir kyni þar sem hnúpl og þjófnaður er 4-8 sinnum algengari hjá drengjum en hjá stúlkum, en algengara er að einkennin hjá stúlkum tengist kynlífshegðun (Sadock og Sadock, 2007).

Batahorfur barna með hegðunarröskun fara eftir því hversu alvarleg einkennin eru og í hversu langan tíma þau standa yfir í lífi barnsins, rétt eins og með mótþróaþrjóskuröskunina. Því eru stuðningur fjölskyldu og íhlutun snemma á lífsleiðinni mikilvæg til að koma í veg fyrir að barnið nái að þróa með sér frekari geðraskanir (Helga Hannesdóttir, 1996). Þau börn, sem þróa með sér röskunina á unga aldri og í miklum mæli, eiga fremur á hættu að þurfa að takast á við frekari raskanir eða geðsjúkdóma síðar á lífsleiðinni, t.d. við lyndisraskanir eða áfengis- og vímuefnafíkn. Hjá sumum einstaklingum þróast hegðunarröskun út í andfélagslega persónuleikaröskun eftir unglingsárin. Þó svo allir einstaklingar með röskunina þrói ekki með sér andfélagslega persónuleikaröskun getur hegðunarröskun samt valdið þeim vandræðum, því algengt er að þeir einstaklingar eigi við áfengis- og/eða vímuefnavandamál að stríða, eigi í hjónabandserfiðleikum eða stundi afbrot (Erickson, 1998).

2.5.3 Andfélagsleg hegðun

Andfélagsleg hegðun er ein algengasta ástæða þess að börnum og unglingum er vísað til fagaðila í greiningu og meðferð. Þar sem alvarleiki og tíðni andfélagslegrar hegðunar hjá börnum og ungmönnum eru svo misjöfn er erfitt að benda á einhverja eina orsök þess að börn þróa með sér þessa hegðun. DSM IV greiningarkerfið setur upp eftirfarandi lista sem notaður er við greiningu á andfélagslegri hegðun:

- 1) *Getur ekki hlýtt reglum og lögum samfélagsins, þrátt fyrir ítrekaðar útistöður við lögreglu*
- 2) *Er óheiðarlegur, t.d. lýgur, notar fölsk nöfn eða kemur sök á aðra til að hagnast sjálfur*
- 3) *Er hvatvís eða getur ekki hugsað fram í tímann*
- 4) *Verður auðveldlega pirraður og árásargjarn, sem m.a. lýsir sér í endurteknum slagsmálum eða árásum*
- 5) *Skeytir ekkert um öryggi sitt eða annarra*
- 6) *Sýnir stöðugt ábyrgðarleysi, getur t.d. ekki haldið vinnu eða virt fjárhagsskuldbindingar*
- 7) *Iðrast ekki misgjörða í garð annarra.*

(Sadock og Sadock, 2007)

Til að einstaklingur nái greiningarviðmiðum andfélagslegrar hegðunar þarf að vera búíð að greina hann fyrir fimmtán ára aldur en einnig þurfa þrír af þáttunum sjö hér að ofan að vera til staðar á sex mánaða tímabili. Áætlað er að tíðni andfélagslegrar hegðunar sé á bilinu 5-15% og er hegðunin algengari meðal drengja, fimm drengir greinast á móti einni stúlku (Sadock og Sadock, 2007).

Andfélagsleg hegðun er mismunandi eftir aldri og er birtingarmyndin hjá börnum oft öðruvísi en hjá unglingum. Börn, sem greind eru með andfélagslega hegðun, sýna gjarnan hegðun sem einkennist af ýgi og skemmdarverkum. Líklegt er að barn með þessa greiningu beiti líkamlegu ofbeldi, ljúgi, steli og virði ekki rétt annarra. Á unglingsaldri breytast einkennin og verða alvarlegri. Þessir unglingar eiga í mikilli hættu að byrja snemma að stunda kynlíf, reykja, drekka og nota vímuefni. Líklegt er að sjálfsvígshugsanir og stundum tilraunir til sjálfskaða byrji snemma hjá unglingum með röskunina sem eru í andstöðu við félagahóp sinn, fjölskylduna eða opinber yfirvöld. Oft búa þessir einstaklingar ekki yfir nægum bjargráðum og eiga því erfitt með að ráða fram úr vandamálum sínum og erfiðleikum. Börn og unglingar, sem sýna andfélagslega hegðun, eru oft félagslega einangruð því hegðun þeirra hefur áhrif á tengsl þeirra við annað fólk. Einnig er algengt að þessir einstaklingar glími við tilfinningalegan vanda. Algengt er að einstaklingar með andfélagslega hegðun greinist með aðrar raskanir eða geðsjúkdóma á borð við þunglyndi, kvíðaraskanir og ADHD. Það getur reynst flókið að greina áhættuþætti andfélagslegrar hegðunar en rannsóknir hafa sýnt að tengsl við fjölskyldu og nánasta umhverfi hefur mikil áhrif, því minni tengsl því

meiri áhætta á að þróa með sér röskunina. Einnig eru líkamlegt og andlegt ofbeldi af hálfu foreldra og afbrotahagðun foreldra talin vera áhættuþættir. Verndandi þættir eru meðal annars góð greind, góð félagsfærni, velgengi í skóla eða við áhugamál og að eiga traust og góð tengsl við að minnsta kosti annað foreldri (Snyder og Stoolmiller, 2002).

Batahorfur einstaklinga með andfélagslega hegðun eru minni heldur en hjá þeim sem greinast með mótþróaþrjúskuröskun og hegðunarröskun vegna þess að vanalega eru þessar raskanir undanfarar andfélagslegar hegðunar. Það sem mestu máli skiptir er að íhlutun fari fram eins fljótt og kostur er, áður en þróun hegðunarinnar verður alvarleg. Rannsóknir hafa sýnt að þegar andfélagsleg hegðun er orðin alvarleg er mjög erfitt að meðhöndla hana, það er bæði kostnaðarfrekt og ber oftast lítinn árangur (Sadock og Sadock, 2007).

2.5.4 ADHD

Á Íslandi hefur það vinnulag skapast við greiningu á ADHD (*e. Attention deficit hyperactivity disorder*), að styðjast fyrst og fremst við DSM-IV greiningarkerfið þó svo að greiningar séu skráðar samkvæmt ICD-10. Skilmerki DSM-IV eru hagnýtari, henta betur fyrir klíniska vinnu og við ákvörðun um meðferðarúrræði (Landlæknisembættið, 2007). ADHD er skilgreint út frá sameiginlegum hegðunarpáttum, í fyrsta lagi út frá einbeitingarskortum og í öðru lagi út frá ofvirkni/ hvatvísi. Hvor þáttur fyrir sig hefur að geyma níu hegðunareinkenni. Greiningarviðmið athyglisbrests og ofvirkni eru:

Níu einkenni athyglisbrests:

- 1) Hugar illa að smáatriðum eða gerir fljótfærnislegar villur
- 2) Á erfitt með að halda athygli við verkefni eða leiki
- 3) Virðist oft ekki hlusta, þegar talað er beint til hans/hennar
- 4) Fylgir ekki til enda fyrirmælum og lýkur ekki verkefnum
- 5) Á erfitt með að skipuleggja verkefni eða athafnir
- 6) Forðast viðfangsefni, sem krefjast mikillar einbeitingar, t. d. heimanám og skólaverkefni
- 7) Týnir oft hlutum, sem hann/hún þarf á að halda fyrir athafnir eða verkefni
- 8) Truflast auðveldlega af utanaðkomandi áreiti
- 9) Er gleyminn/n í athöfnum daglegs lífs

Sex einkenni ofvirkni:

- 1) Er á iði með hendur og fætur eða iðar í sæti sínu
- 2) Yfirgefur oft sæti sitt í skólastofu eða við aðrar aðstæður, þar sem ætlast er til að setið sé áfram
- 3) Hleypur mikið um eða þrilar óhóflega við aðstæður, þar sem slíkt er óviðeigandi
- 4) Á oft erfitt með vera hljóður við leik eða við tólmstundastarf
- 5) Er oft „á fleygiferð“ eða „er eins og þeytisþjald“
- 6) Talar óhóflega mikið

Þrjú einkenni hvatvísi:

- 1) Svarar spurningum, áður en þeim hefur verið lokið
- 2) Á erfitt með að bíða eftir að röðin komi að sér
- 3) Truflar eða grípur fram í með svári í samræður eða leiki

(Sadock og Sadock, 2007)

Til að einstaklingur fái greiningu þurfa sex af þessum níu atriðum að hafa verið viðvarandi yfir lengri tíma og í meira hlutfalli miðað við aðra í sama aldurshóp. Hegðunareinkennin þurfa einnig að koma fram bæði á heimili og í skóla/vinnu (DSM-IV, 2000).

Athyglisbrestur getur komið í ljós í námi, atvinnu eða í félagslegum aðstæðum. Einstaklingur með athyglisbrest getur átt erfitt með að fylgjast með smáatriðum, átt erfitt með að byrja á verkefnum sem og að ljúka þeim. Oft virðast einstaklingar með athyglisbrest ekki vera að hlusta þegar talað er til þeirra og gjarnan fylgja athyglisbresti miklir skipulagserfileikar. Í félagslegum aðstæðum er algengt að einstaklingur hoppi úr einu í annað, fylgist ekki með því sem er að gerast í samtölum við annað fólk og eigi erfitt með að fylgja leiðbeiningum í leik og starfi (DSM-IV, 2000; Sadock og Sadock, 2007).

Einstaklingar, sem eru ofvirkir, virðast oft vera sífelld á „ferðinni“, á iði, eiga erfitt með að sitja kyrrir og eiga það til að tala óhóflega mikið. Hreyfiofviðbúningur hjá unglíngum og fullorðnum minnkar oft og birtist þess í stað sem eirðarleysi og þau eiga í erfileikum í aðstæðum sem krefjast langrar setu. Hvatvísi getur komið út sem óþolinmæði, að svara spurningum áður en fólk hefur tækifæri til að klára spurninguna, að grípa óhóflega mikið fram í fyrir öðrum og að eiga erfitt með að snerta ekki hluti sem má ekki snerta. Hvatvísi felur í sér að fólk framkvæmir oft

hluti án þess að hugsa um afleiðingarnar og eykur það líkurnar á að einstaklingarnir skaði sjálfa sig eða aðra (DSM-IV, 2000; Sadock og Sadock, 2007).

Tíðni og alvarleiki einkenna getur verið mjög mismunandi eftir aðstæðum, oftast verða þau verri í aðstæðum sem krefjast mikillar einbeitingar, huglægrar áreynslu eða þegar takmarkaður áhugi er fyrir hendi. Hins vegar eru einnig aðstæður þar sem einkenni eru takmörkuð, eða alls engin, til dæmis þegar viðeigandi hegðun er reglulega verðlaunuð, þegar viðkomandi er að gera eitthvað sem virkilega vekur áhuga hjá honum eða í samræðum sem eru mann á mann (DSM-IV, 2000).

ADHD getur haft áhrif á persónuleikaþróun einstaklinga eftir því sem æviárin líða. Rannsóknir sýna að allt að 20-40% barna með ADHD þróa með sér alvarlega hegðunarröskun sem síðar meir getur leitt til andfélagslegrar persónuleikaþróunar. Á unglingsaldri eru einstaklingar með ADHD líklegir til þess að leiðast út í vímuefnaneyslu og verða síðar fíklar í þess konar efni. Unglingar með ADHD leita í vímuefni til að róa hugann, slá á kvíðann eða til að geta sofnað. Áfengi fer oft illa í fólk sem er með ADHD, sérstaklega ef til staðar er ofvirkni og hvatvísi. Neysla kannabisefna er einnig algeng meðal þessara einstaklinga og skerðir það bæði greind og dómgreind, veldur félagslegri einangrun, jafnvel inni á heimili viðkomandi (Sadock og Sadock, 2007).

Niðurstöður rannsókna hafa leitt í ljós að einstaklingar, sem ekki eru á lyfjum við ADHD, eru um það bil helmingi (100%) líklegri til að ánetjast vímuefnum með aldrinum. Samkvæmt rannsóknum eru konur með ADHD þrefalt líklegri, og karlmenn tvöfalt líklegri, til að þróa með sér drykkjusýki um ævina. Þegar einstaklingar með ADHD, sem sýna andfélagslega hegðun, ná fullorðinsaldri eru þeir líklegri til að gerast síbrotamenn og lenda í fangelsum og sýndu niðurstöður sænskrar rannsóknar að um helmingur karla í fangelsum voru með ADHD (Grétar Sigurbergsson, 2008).

Það má skipta ADHD upp í þrjá flokka, í fyrsta lagi ADHD í blönduðu formi, þar sem sex eða fleiri einkenni um athyglisbrest hafa verið viðvarandi í sex mánuði ásamt sex einkennum af ofvirkni/hvatvísi. Þessi tegund af ADHD er algengasti flokkurinn meðal barna og unglunga. Í öðru lagi ADHD með athyglisbrest sem

ráðandi einkenni og loks ADHD þar sem ofvirkni/hvatvísi er ráðandi. Þrátt fyrir að í síðustu tveim flokkunum sé annað einkennið ráðandi, þá eru flestir einnig með einhver af hinum einkennunum en ekki í það miklum mæli að það nái klínískum mörkum (DSM-IV, 2000).

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) notast við ICD-10, en það kerfi hefur aðra greiningarstaðla fyrir ADHD. Til að einstaklingur fái greiningu fyrir ADHD þurfa einkenni fyrir athyglisbrest, ofvirkni og hvatvísi að vera til staðar á sama tíma en sami greiningarflokkur í DSM-IV er nefnt ADHD blandað form (Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson og Páll Magnússon, 2000). Bæði greiningarkerfin gera ráð fyrir því að hamlandi einkenni séu til staðar í mismunandi aðstæðum, til dæmis á heimili og í skóla og að einkennin séu komin fram fyrir sjö ára aldur. Samkvæmt ICD-10 þá geta einstaklingar með kvíðaraskanir, lyndisraskanir (þunglyndi og geðhvarfasýki) og raskanir á einhverfurófi ekki einnig fengið greiningu fyrir ADHD. Á meðan gerir DSM-IV kerfið ráð fyrir að slíkar raskanir séu oft fylgiraskanir með ADHD. Þar af leiðandi er tíðni ADHD mjög mismunandi eftir því hvaða kerfi er notað við gagnaöflun (Landlæknisembættið, 2007).

Ekki er hægt að segja með fullri vissu um hversu margir stríða við ADHD röskun, eða einkenni og fylgikvilla sem undir hana heyra í heiminum í dag en nýjar erlendar rannsóknir sýna um 7% tíðni ef notast er við DSM-IV greiningarkerfið en um 1,5-2,5% samkvæmt ICD-10 greiningarkerfinu (Margrét Valdimarsdóttir, Agnes H. Hrafnadóttir, Páll Magnússon og Ólafur Ó. Guðmundsson, 2006). Samkvæmt íslenski rannsókn var hlutfallið aðeins lægra. Árið 1999 framkvæmdu Páll Magnússon, Jakob Smári, Hrönn Grétarsdóttir og Hrund Þrándardóttir (1999) rannsókn á tíðni ADHD meðal 427 íslenskra skólabarna á aldrinum sex til átta ára. Í rannsókninni voru annars vegar foreldrar og hins vegar kennarar barnanna beðnir að leggja mat á einkenni þeirra. Upplýsingar frá foreldrum gáfu til kynna að 4,7% þessara barna stríddu við ADHD en hlutfallið var hins vegar 5,8% þegar kennarar voru spurðir og því er ljóst að tíðni ADHD er nokkuð á reiki eftir því hverjir meta hegðun barnanna og á milli rannsókna. Þótt það reynist erfitt að ákveða nákvæmlega þann fjölda einstaklinga sem greinist með ADHD eru sumir hópar líklegri til að fá greiningu en

aðrir. Tíðni er hærrí hjá drengjum og greinast um það bil þrír drengir á móti hverri stúlku með ofvirkniröskun. Ástæðu þessa má meðal annars rekja til þess að nánast allar fyrri rannsóknir, fræðilegir textar og greiningartæki eru miðuð við drengi og því eru þeir líklegri til að hljóta greiningu (Biederman, Mick, Braaten, Doyle, Spencer, Wilens, o.fl., 2002).

2.6 Staðan á Íslandi

Hér á landi er þjónusta við börn, sem stríða við geðraskanir og hegðunarfrávik, margþætt og sinnt af mörgum aðilum. Fjögur ráðuneyti koma að málefnum barna með geðraskanir og hegðunarfrávik á einn eða annan hátt, það eru heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, félagsmálaráðuneytið, menntamálaráðuneytið og dómismálaráðuneytið (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2004). Nokkrar stofnanir, auk einkaaðila á borð við sálfræðinga og geðlækna, sjá um greiningar á hegðunarfrávikum. Þær helstu eru Barna- og unglíngageðdeild Landsspítala-háskólasjúkrahúss, Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins og Miðstöð heilsuverndar barna. Auk þessara aðila eru starfandi ADHD samtökin og Ráðgjafarmiðstöðin Sjónarhóll og þangað geta foreldrar barna með ADHD og skyldar raskanir leitað eftir stuðningi og upplýsingagjöf.

Ef tekið er mið af erlendum rannsóknum um það hversu algengar geðraskanir og hegðunarfrávik hjá börnum séu ættu 80-85% barna á Íslandi að vera í góðu andlegu ástandi, 12-15% með vægar geðraskanir og 5% með alvarlegar hegðunar- og geðraskanir (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2004). Sá hópur, sem greindur er með ADHD og aðrar hegðunarraskanir hér á landi, er ekki einsleitur þó svo að kjarnaeinkennin séu sameiginleg og mismunandi aðstæður einstaklinga og fjölskyldna kalli á mismikla þjónustu. Því eru skilgreind þrenn þjónustustig hér á landi. Fyrsta stigs þjónusta er alla jafna á vegum ríkisins og er fyrir þann hóp sem er með alvarleg einkenni ADHD og fylgiraskana og þarf á víðtækri meðferð og aðstoð að halda. Annars stigs þjónusta er alla jafna á vegum sveitarfélaga og ráðgefandi sérfræðinga. Þessi þjónusta er ekki eins sérhæfð og fyrsta stigs þjónusta því vandinn er ekki jafn víðtækur. Þriðja stigs þjónusta er ætluð þeim sem búa við umtalsverð hamlandi einkenni ADHD og annarra hegðunarraskana sem má samt sem áður leysa með aðstoð hins almenna kerfis

og er þá átt við leikskóla og grunnskóla (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2009).

Nefnd á vegum félags- og tryggingamálaráðuneytisins er um þessar mundir að vinna skýrslu um hvernig megi bæta þjónustu við börn og unglinga með athyglisbrest og ofvirkni (ADHD) og skyldar raskanir. Við vinnslu skýrslunnar hefur komið í ljós að einstaklingar með hegðunarfrávik í íslensku samfélagi rekast víða á hindranir sem koma í veg fyrir að þeir fái notið sín til fullnustu, auk þess sem víða skortir viðeigandi úrræði varðandi greiningu og meðferð, nám og félagslega stöðu í skólanum og félagslega aðstoð fyrir fjölskyldur þessara einstaklinga. Þó að margt sé enn óunnið greinir skýrslan frá því að ýmislegt hafi áunnist og margt horfi til betri vegar varðandi málaflökkinn þegar til framtíðar sé litið. Til dæmis má nefna að samstarf milli ADHD samtakanna og Barna- og unglingsgeðdeildarinnar hefur aukist til muna og að annars stigs þjónusta á borð við Miðstöð heilsuverndar barna hafi verið stórlega eflað á síðustu árum. Þó svo að viðhorfin í samfélaginu séu að breytast með aukinni umfjöllun fjölmiðla um ADHD og aðrar hegðunarfrávik hefur skort á að á Íslandi séu hegðunarfrávik viðurkenndar sem raunverulegur vandi sem geti haft mikil áhrif á þroska og lífsgæði þeirra sem hann hafa og sé ekki afleiðing af lélegum uppeldisaðferðum. Hvað varðar greiningu á ADHD og fylgiröskunum kemur fram að unnið sé að stefnumótun og að hafin sé uppbygging markvissrar þjónustu á öllum þremur þjónustustigum. Hins vegar telur nefndin að mikið skorti á aðgengi foreldra að fullnægjandi greiningu ADHD og fylgiraskana og að biðlistar á öllum stigum þjónustunnar séu of langir. Foreldrum og fjölskyldum barna með hegðunarraskanir er boðin fræðsla og þjálfun hjá hinum ýmsu opinberu aðilum en framboðið er ekki nægjanlegt. Aðgengi að meðferðaraðilum á borð við sálfræðinga sem hafa þekkingu á hegðunarröskunum er ónógt og telur nefndin að dræm þátttaka Tryggingastofnunar við niðurgreiðslu á slíkum úrræðum leiki þar stórt hlutverk. Eins eru úrræði í skólaumhverfinu oft á tíðum ófullnægjandi og virðist sem þekkingu kennara á ADHD og skyldum hegðunarröskunum sé ábótavant. Skýringin er m.a. talin fólgin í að innan ramma núverandi kennaranáms virðist ekki vera svigrúm fyrir kennslu á þessu sviði. Að lokum telur nefndin að þó svo að mörg börn með ADHD og aðrar hegðunarraskanir fái stuðning frá félagsþjónustu

síns sveitarfélags í formi stuðningsfjölskyldna, liðveislu eða sveitardvalar eða foreldrar fá umönnunarkort frá Tryggingastofnun megi bæta enn frekar við þann stuðning sem foreldrar og fjölskyldur þessara barna þurfa (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2009).

Þar sem ADHD og aðrar hegðunarraskanir falla ekki undir hefðbundna skilgreiningu á fötlun hér á landi ræður oft tilviljun hvaða þjónusta er í boði fyrir þá sem fá þessar greiningar. Einstaklingar með ADHD og aðrar hegðunarraskanir hafa ekki aðgang að skipulögðu þjónustukerfi fatlaðra og eru margir þeirrar skoðunar að réttur barna með ADHD og hegðunarraskanir sé minni en barna með fatlanir (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2009).

2.7 ASEBA- Hugmyndafræði og notkun

Við skimun og greiningu á hegðunarvanda barna er mikilvægt að hafa heildarsýn að leiðarljósi, það er að segja, að skoða einstaklinginn, þarfir hans og hvernig þær birtast við ólíkar aðstæður. Einnig er nauðsynlegt að skoða umhverfi og aðstæður barna og í því tilliti er mikilvægt að skoða fjölskyldutengsl og félagslegar aðstæður þeirra til að meta hvaða úrræði henta til að bæta lífsgæði einstaklingsins og fjölskyldu hans. Þegar vandi barna er metinn er nauðsynlegt að notast við fleiri en eina aðferð til að greina hvar vandinn liggur. Eitt af þeim tækjum, sem notast er við á Íslandi í dag, til að meta og greina hegðunarvanda barna, er matstæki Achenbachs, skammstafað ASEBA (e. *Achenbach System of Empirically Based Assessment*) (Halldór Sig. Guðmundsson, 2006).

Upphaf ASEBA aðferðarinnar má rekja til dr. Thomas M. Achenbach, en í kringum árið 1960 hóf hann að þróa mælitæki með það fyrir augum að gefa fjölbreyttari mynd af sálsýki barna og fullorðinna en áður hafði verið gert (ASEBA á Íslandi, e.d.- Hvað er ASEBA). Upphaflega var ASEBA sett fram sem andsvar við DSM greiningarviðmiðum sambands bandarískra geðlækna því talin var þörf á að fá viðmið sem tækju tillit til aldurs og kyns barna, en það hafði ekki verið gert áður. Á þessum tíma skilgreindi DSM kerfið aðeins tvo flokka af geðrænum kvillum barna, „Adjustment Reaction of Childhood” og „Schizophrenic Reaction, Childhood Type” og því má segja að ASEBA matstækið hafi fyrst og fremst verið

þróað í hagnýtum tilgangi (ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2009- ASEBA Origins).

ASEBA matslistarnir eru ætlaðir fjórum aldurshópum og spannar aldurinn frá 1½ til 90+. Yngsti aldurshópurinn eru börn á leikskólaaldri, 1½ - 5 ára, þar á eftir eru börn 6-18 ára, eða skólaaldurinn, fullorðinsaldur, 18-59 ára og loks efri árin, 60+. Tveir til þrjú spurningalistar eru til staðar fyrir hvern aldurshóp en misjafnt er hverjir fylla listana út. Foreldrar og kennarar fylla út skimunarlista fyrir börn á leikskóla- og skólaaldri en þegar börn hafa náð ellefu ára aldri fylla þau út sjálfsmatslista. Mælt er til þess að foreldralistinn sé lagður fyrir báða foreldra og er ástæðan fyrir því sú að vanalega sjá foreldrar hegðun og líðan barns síns ekki á sama hátt. Ef einungis annað foreldri er til staðar er boðið upp á að einhver annar nákominn barninu fylli einnig út listana. Af sömu ástæðu er mikilvægt að sem flestir kennarar barnsins fylli út listann (Achenbach og Rescorla, 2000). Sömu tegundir lista, það er að segja sjálfsmatslistar og atferlislistar, sem einhver nákominn einstaklingnum fyllir út, eru notaðir fyrir aldursflokkinn 18-59 ára og flokkinn 60+ (ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2009-2009 ASEBA Catalog).

Á Íslandi eru matslistar ASEBA einnig þekktir undir samheitinu CBCL-spurningalistar og hafa þeir verið notaðir hér á landi í um 30-40 ár. Fyrstu listarnir, sem þýddir voru á íslensku, eru listarnir fyrir skólaaldurinn, 6-18 ára, en síðar bættist við þýðing á matslistum fyrir börn á leikskólaaldri, 1½- 5 ára. Íslensk þýðing á matslistum fyrir fullorðna, 18-59, er frá árinu 2004 og árið 2005 voru loks listar fyrir 60+ íslenskaðir svo að í dag eru til tíu mismunandi matslistar ASEBA á íslensku. (Halldór Sig. Guðmundsson, 2006).

Aðferð ASEBA mælitækisins er fjórþætt. Í fyrstu er vandi einstaklingsins mældur út frá stóru úrtaki barna, unglinga og fullorðinna. Síðan er framkvæmd margbreytileg tölfræðilega úrvinnsla, sem segir til um tengsl milli vanda, svo að hægt sé að bera kennsl á einkennamynstur sem koma fram saman. Því næst eru færni og aðlögun einstaklingsins metin með því að nota frásagnir og upplýsingar um leikni og þátttöku í ýmsum athöfunum, félagsleg tengsl, líðan og hegðun í skóla og vinnu. Að lokum eru settar myndir af kvörðum sem sýna skor

einstaklingsins út frá viðmiðum fyrir aldur hans og kyn (ASEBA á Íslandi, e.d.- Hvað er ASEBA).

ASEBA matslistarnir eru staðlað matstæki en það merkir að niðurstöðurnar eiga að vera samanburðarhæfar óháð því hver leggur það fyrir. Með stöðlun er átt við að þeir fagaðilar sem nota tækið fylgja fyrirmælum um fyrirlögn, fyrirgjöf og úrvinnslu (Halldór Sig. Guðmundsson, 2006). ASEBA matstækin setja alþjóðlegan staðal fyrir upplýsingaöflun frá mörgum ólíkum aðilum þar sem stuðst er við stórt gagnasafn við þróun viðmiða og yfir 6500 rannsóknir frá rúmlega 80 löndum (ASEBA á Íslandi, e.d.- Hvað er ASEBA). Einnig er matstækið byggt upp á gagnreyndum aðferðum (*e. empirically based*) sem þýðir að við smíði og þróun þess er notast við gögn sem hafa ítrekað verið rannsökuð (Achenbach, 2009).

Viðmiðunarmörk mælitækja Achenbach's eru byggð á bandarískum rannsóknum. Rannsóknir sem unnar hafa verið á Norðurlöndunum með mælitækin sýna að viðmiðunarmörk, svokölluð „cut off“ mörk eðlilegra og sjúklegra einkenna, eru lægri en bandarísku mörkin. Nokkrar skýringar liggja að baki þessara niðurstaðna og má þar nefna að hugsanlega er um skekkju (*e. bias*) að ræða sem liggur í mun lægra svarhlutfalli í rannsóknum á Norðurlöndunum en í viðmiðunarhópi Achenbach's í Bandaríkjunum. Einnig geta ástæðurnar verið menningarlegs eðlis, að svarendur á Norðurlöndum séu umburðarlyndari gagnvart frávikum í hegðun barna og leiði það til lægri skorunar á listunum af hálfu svarenda (Halldór Guðmundsson, 2005).

Notkunarmöguleikar matslistanna eru fjölmargir og má þar nefna kerfisbundna notkun þar sem listarnir eru lagðir fyrir með reglulegu millibili til að fylgjast með líðan og hegðun einstaklingsins og fyrirlögn vegna endurmats sem oft reynist nauðsynlegt í meðferðarvinnu. Einnig er ASEBA notað til samanburðar og sem upplýsingasöfnun vegna greiningar þar sem styrkleikar og veikleikar, hegðun og líðan einstaklingsins eru borin saman út frá ólíkum aðstæðum og á mismunandi tíma eins og krafist er í greiningarvinnu. Þó um mælitæki sé að ræða, sem gefur tölfræðilegar upplýsingar, er það gjarnan notað sem

undirbúningur fyrir viðtal því greinargóðar upplýsingar til fagaðila í upphafi eru góður grunnur til að byggja viðtal á (Halldór Sig. Guðmundsson, 2006).

Helstu kostir ASEBA mælitækisins eru að það er hagkvæmt og einfalt í notkun, tekur einungis um fimmtán til tuttugu mínútur, að jafnaði, að fylla út hvern lista (Achenbach og Rescorla, 2000). Einnig telst það kostur að hægt er að nota ASEBA mælitækið í ólíku samhengi eins og til dæmis við rannsóknir og í rannsóknarviðtölum, meðferðarvinnu, þjálfun, í geðheilbrigðisþjónustu og almennri heilbrigðisþjónustu, í skólum og barna- og fjölskylduþjónustu (ASEBA á Íslandi, e.d.- Hvað er ASEBA).

Eins og áður hefur komið fram eru notkunarmöguleikar ASEBA matslistanna margir og einn af þeim möguleikum er að nota listana sem skimunarlista fyrir hegðunarvanda barna á leikskólaaldri (Rescorla, 2005). Mikilvægi þess að greina hegðunarvanda hjá börnum snemma er ótvírætt, því eins og áður hefur komið fram hafa rannsóknir sýnt að sterk tengsl eru á milli hegðunarerfiðleika barna á leik- og grunnskólaaldri og andfélagslegrar hegðunar síðar meir (Gelfand og Drew, 2003). En ekki er nóg að greina vandann, það þarf að takast á við hann og vinna með barninu og fjölskyldu þess til að fyrirbyggja frekari vanda í framtíðinni. Hugmyndafræði Snemmtækrar íhlutunar er gjarnan beitt við vinnu með ungum börnum og fjölskyldum þeirra en til að ná sem bestum árangri er mikilvægt að byrja um leið og grunur vaknar um erfiðleika af einhverju tagi í þroskaframvindu og hegðun (Tryggvi Sigurðsson, 2008).

2.8 Snemmtæk íhlutun

Snemmtæk íhlutun er þjónusta sem veitt er ungum börnum með fötlun eða önnur frávik í þroska og hegðun og fjölskyldum þeirra. Þessi þjónusta spannar tímabilið frá fæðingu til sex ára aldurs og er byggð á þeirri trú að koma megi í veg fyrir eða minnka áhrif fötlunar eða fráviks í þroska og hegðun hjá ungum börnum með markvissum aðgerðum sem beinast að því að hafa áhrif á þroskaframvindu þeirra (Tryggvi Sigurðsson, 2008).

Markhópar fyrir snemmtæka íhlutun eru margir og ólíkir innbyrðis en sem dæmi má nefna fyrirbura og léttbura, börn með þroskahömlun, einhverfu,

málþroskahömlun, sjón- og heyrnarskerðingu eða börn með einbeitingar- og hegðunarerfiðleika. Í þessum hópi eru einnig börn sem eru í áhættu vegna aðstæðna sinna og má þar nefna börn sem búa við félagslega erfiðar aðstæður og fátækt, börn mæðra sem hafa neytt áfengis eða annarra vímugjafa á meðgöngu, börn sem búa við ofbeldi og börn foreldra með þroskahömlun (Feldman, 2004).

Rannsóknir hafa sýnt að hægt er að hafa óbein áhrif á starfsemi heilans með örvun frá umhverfinu og eru börn móttækilegust fyrir þessum áhrifum á fyrstu fimm árum ævinnar meðan heili þeirra er enn sveigjanlegri og ósérhæfðari en hjá fullorðnum einstaklingum (Mahoney og Wiggers, 2007). Snemmtæk íhlutun snýst um rétt ungbarna og foreldra þeirra til þess stuðnings sem þörf er á og miðar að því að styðja og styrkja barnið og nánustu aðstandendur þess, því aðeins þannig er hægt að byggja upp samheldið samfélag án aðgreiningar (Soriano, 2006).

2.8.1 Sögulegt yfirlit

Snemmtæk íhlutun á rætur sínar að rekja til miðbiks síðustu aldar en þá átti sér stað mikil vitundarvakning, bæði hjá sérfræðingum sem unnu að málefnum barna, sem og stjórnvöldum, um að hægt væri að hafa áhrif á þroska barna með markvissum aðgerðum sem hæfust snemma í lífi þeirra. Áður fyrr höfðu menn talið að þroski barna fylgdi ákveðnum lögmálum sem lítið væri hægt að hafa áhrif á. Upphaf þessara hugmynda var að finna í nýjum uppgötvunum í taugalíffræði, þróunarsálfræði og uppeldis- og kennslufræðum og hefur í seinni tíð verið nefnt fyrsta kynslóð snemmtækra íhlutunar. Þessi fyrsta kynslóð snemmtækra íhlutunar er kennd við tímabilið frá sjötta áratug síðustu aldar til ársins 1986 en þá var sett tímamótalöggjöf í Bandaríkjunum sem festi snemmtæka íhlutun í sessi. (Tryggvi Sigurðsson, 2001).

Á fyrstu árum þessa úrræðis var sjónarhorn rannsakanda fyrst fremst á börnum með þroskaskerðingar eða hamlanir. Stjórnvöld höfðu mikinn áhuga á að þróa og bæta úrræði og þjónustu við börn og settu sér háleit markmið í þeim efnum. Menn bundu vonir við að hægt væri að draga verulega úr og jafnvel fyrirbyggja þroskafrávik hjá börnum með aðgerðum sem hæfust snemma á lífsleiðinni (Shonkoff og Meisels, 2000). Fræðimenn voru uppteknir af því að sýna

fram á mælanlegan árangur af íhlutun á vitsmunapróska barna. Seinni tíma rannsóknir leiddu svo í ljós að hægt er að hafa þónokkur áhrif á vitsmunapróska til skamms tíma en að ekki sé hægt að koma í veg fyrir þroskafrávik hjá börnum með öllu. Börn með Downs-heilkenni var sá hópur sem þessar rannsóknir miðuðust við og varhugavert er að alhæfa niðurstöður rannsókna á þessum hópi barna yfir á aðra hópa barna með þroskafrávik (Tryggvi Sigurðsson, 2008).

Fljótlega, eftir að farið var að beita snemmtækri íhlutun á börn með þroskahamlanir, var sjónum beint að börnum sem bjuggu við mikla fátækt og bundu sumir vonir við að hægt væri að nota snemmtæka íhlutun sem vopn til að berjast gegn þeirri miklu fátækt sem ríkti á þessum tíma. Hugmyndin var sú að beita snemmtækri íhlutun á þann hóp í samfélaginu sem var verst staddur, bæði fjárhagslega og félagslega. Ef fátæk og félagslega illa stödd börn fengju sömu fræðslu og menntun og börn foreldra í millistétt myndu þau ekki lenda í sömu stöðu og foreldrar þeirra væru í og því væri hægt að rjúfa þennan fátækrahring. Þróuð voru úrræði, á borð við *Head Start* í Bandaríkjunum sem veitir börnum og fjölskyldum þeirra sem hafa mjög lágar tekjur, menntun, heilsuvernd, ráðgjöf varðandi næringu og foreldrafærninámsskeið og er þetta úrræði enn starfrækt í dag (Shonkoff og Meisels, 2000). Sú rannsóknarvinna, sem unnin var á þessum tíma, lagði fræðilegan og hagnýtan grundvöll fyrir snemmtæka íhlutun eins og hún er framkvæmd í dag (Tryggvi Sigurðsson, 2008). Frá áttunda áratug 20. aldarinnar hefur áhugi þeirra sem starfa að snemmtækri íhlutun beinst að félagsþroska og hegðun barna í auknum mæli því niðurstöður rannsókna sýndu að félagsfærni og hegðun hafa að öllum líkindum meiri áhrif á það hvernig börnum, sem búa við fötlun eða önnur frávik í þroska, vegnar síðar á lífsleiðinni heldur en greind og vitsmunapróska (Tryggvi Sigurðsson, 2001). Eftir árið 1986 hafa áherslur snemmtæktrar íhlutunar breyst og því hægt að tala um aðra kynslóð snemmtæktrar íhlutunar. Almenn íhlutun er á undanhaldi og í stað hennar er komin sérhæfð nálgun þar sem spurt er hvað henti hverjum best og hvers vegna. Áhersla er lögð á íhlutun sem hefur það að markmiði að hafa áhrif á vitsmunapróska og greind en einnig á hegðun og félagslega færni af ýmsu tagi, því reynslan hefur sýnt að þessir þættir eru ekki síður mikilvægir fyrir velgengni barna síðar á lífsleiðinni (Tryggvi Sigurðsson, 2008). Einnig einkennist snemmtæk

íhlutun af fjölskyldumiðaðri þjónustu og lögð er áhersla á að vekja athygli á þjóðhagslegum ávinningi af snemmtækri íhlutun því að þær fyrirbyggjandi aðferðir, sem snemmtæk íhlutun er grundvölluð á, eru arðbær fjárfesting til framtíðar (Feldman, 2008).

2.8.2 Hugmyndafræði

Segja má að fræðilegur grunnur snemmtækrar íhlutunar sé þríþættur. Má þar fyrst nefna vísindalega þekkingu á eðlilegu þroskaferli barna. Í öðru lagi er um vísindalega þekkingu á fötlun barna og áhættuþáttum fyrir eðlilegan þroskaferil að ræða og í síðasta lagi byggist fræðilegur grunnur snemmtækrar íhlutunar á vísindalegri þekkingu á íhlutun (Tryggvi Sigurðsson, 2001). Þróun og framfarir á sviði heibrigðis- og hugvísinda, ásamt þjóðfélagsbreytingum, hafa haft bein áhrif á þær hugmyndir og aðferðir sem beitt er á sviði snemmtækrar íhlutunar í dag. Sýnt hefur verið fram á með nýlegum rannsóknum að jákvæð og áhrifamikil reynsla á unga aldri getur haft jákvæð áhrif á þroska heilans og meðal annars stuðlað að máltöku barns, færni þess til að leysa vandamál og hjálpað því að mynda heilbrigð tengsl við jafnaldra og fullorðna (Feldman, 2004).

Kenningar í sálfræði og á sviði menntamála liggja til grundvallar þeirri víðtæku aðferð sem snemmtæk íhlutun byggist á. Sameiginlegur þáttur varðandi námsaðferðir og möguleika ungra barna með sérþarfir er sá að athyglinni er beint að barninu og þeim skorðum sem því eru settar, burtséð frá því umhverfi sem það lifir og hrærist í. Þar sem það samræmist ekki vinnuaðferðum annarrar kynslóðar af snemmtækri íhlutun hafa aðrir fræðimenn þróað þessar kenningar með umhverfi barnsins í huga, það hlutverk sem fjölskylda og umönnunaraðilar gegna varðandi þroska barnsins og áhrif félagslegra samskipta og umhverfisins á þroska og vöxt barnsins (Shonkoff og Meisels, 2000). Lögð er áhersla á nýtt sjónarmið á sviði vistkerfislegrar aðferðar, sem þó er nátengt fyrirnefndum kenningum. Vistkerfiskenningin gengur út á það að unnið er kerfisbundið að því að greina, skilja og skrá hvernig börn og unglingar mótast innan fjölskyldunnar og þess umhverfis sem þau búa í. Vistkerfiskenningin hefur einnig áhrif á mótun námsefnis fyrir yngstu börnin, þar sem áherslan færir frá því að segja börnunum hvað þau eigi að gera og beinist heldur að því að hlusta á þau og sýna viðbrögð

við upplifunum þeirra. Helsta ástæða þess að vistkerfisaðferðin er það líkan, sem helst er vísað til varðandi snemmtæka íhlutun í dag, er sú að litið er á íhlutun sem flókið ferli sem beinist ekki einvörðungu að barninu heldur einnig að aðstæðum þess og því umhverfi sem það lifir og hrærist í (Soriano, 2006).

Þegar þjónusta er veitt samkvæmt hugmyndafræði snemmtæktrar íhlutunar er mikilvægt að þeir aðilar sem sinna barninu og fjölskyldu þess starfi saman og myndi teymi ásamt foreldrunum. Með teymi er átt við fámennan hóp fólks sem vinnur að skilgreindum sameiginlegum markmiðum varðandi ákveðið barn og fjölskyldu þess og inniheldur vanalega bæði fagaðila frá hinum ýmsu sviðum og foreldra barnsins sem unnið er með. Eftir myndun teymis er tekin ákvörðun um hver taki að sér tengslahlutverk sem felur í sér að vera sá aðili sem er foreldrum innan handar og þeirra tengiliður við hina aðilana í teyminu. Tengiliðurinn ber ábyrgð á því að fylgja eftir ákvörðunum teymisins og að boða til funda þegar þess gerist þörf. Gerð er skrifleg þjónustuáætlun sem stuðlar að skilvirkri þjónustu og inniheldur hún skilgreind markmið með íhlutun hvers og eins í teyminu, hvaða aðferðum er beitt, hvar íhlutun fer fram, hvenær á að meta árangur og hversu reglulega á að halda teymisfundi (Jóna G. Ingólfssdóttir, 2008).

Til að ná sem bestum árangri með snemmtækri íhlutun er mikilvægt að byrja um leið og grunur vaknar um erfiðleika af einhverju tagi í þroskaframvindu og hegðun. Eins og áður hefur komið fram er mikilvægt að foreldrar séu virkir aðilar í allri vinnu sem fram fer í þágu barnsins. Gæði samskipta foreldra og ungra barna geta skipt sköpum fyrir þroskaframvindu þess og er það meðal helstu markmiða snemmtæktrar íhlutunar að hafa áhrif á þessi samskipti með það að leiðarljósi að auðvelda foreldrum að örva þroska barna sinna um leið og þeir takast á við þá erfiðleika sem frávík í þroska og hegðun hafa iðulega á samskipti milli foreldra og barns. Mikilvægt er að taka tillit til þarfa og aðstæðna barnsins og fjölskyldu þess og einstaklingsmiða íhlutunina eins og kostur er. Að síðustu er mikilvægt að íhlutun fari fram við sem eðlilegastar aðstæður í lífi ungra barna, t.d. á heimili eða í leikskóla barnsins en ekki á óvenjulegum og framandi stöðum sem barnið þekkir ekki úr sínu daglega lífi (Tryggvi Sigurðsson, 2008).

Tilgangur snemmtækrar íhlutunar er mismunandi og beinist að mismunandi hópum eins og fram hefur komið. Hægt er að skipta þjónustunni í þrjú stig. Fyrsta stigs forvarnir miða að því að draga úr fjölda nýrra tilvika og er þá um að ræða almennar aðgerðir og eftirlit á borð við mæðravernd og ungbarnaeftirlit eða eftirlit með áhættuhópum til að koma í veg fyrir röskun eða aðstæður sem geta leitt til fötlunar. Annars stigs forvarnir eru íhlutanir vegna barna í mikilli áhættu til að bæta ástand og koma í veg fyrir alvarlegri vandamál. Á þessu stigi er vandinn orðinn að veruleika en reynt er að bregðast við áður en hann er orðinn ráðandi þáttur í lífi viðkomandi. Þriðja stigs forvarnir miða að því að draga úr eða takmarka erfiðleika þeirra barna sem hafa skilgreind vandamál, með það að leiðarljósi að bæta það ástand sem og framtíðarhorfur (Soriano, 2006).

Hugmyndafræði snemmtækrar íhlutunar hefur rutt sér til rúms í vaxandi mæli hér á landi á undanförunum áratug. Greiningar- og ráðgjafarmiðstöð ríkisins er ætluð ungum börnum með skilgreindar fatlanir og börnum sem eru í áhættu fyrir alvarleg þroskafrávik og fjölskyldur þeirra. Þjónustan, sem þar er veitt, byggist á snemmtækri íhlutun. Einnig skilgreinir Reykjavíkurborg snemmtæka íhlutun sem lið í starfsáætlun sinni fyrir börn í leikskólum borgarinnar sem þurfa á hvers konar sérkennslu og stuðningi að halda (Tryggvi Sigurðsson, 2008).

2.8.3 Samvinna við foreldra

Að eignast barn hefur víðtæk áhrif á líf foreldra og fjölskyldunnar í heild sinni. Það jafnvægi, sem áður ríkti innan fjölskyldunnar, raskast og hlutverk breytast þegar nýr einstaklingur bætist í hópinn. Flestir foreldrar hafa þó undirbúið sig fyrir þetta nýja hlutverk, lesið bækur, farið á námskeið og flestir byggja svo á eigin reynslu úr eigin uppvexti. Að eignast barn með fötlun eða önnur frávik í þroska og hegðun getur hins vegar reynst mörgum foreldum áfall og hafa rannsóknir sýnt að það hefur alltaf í för með sér mikið álag fyrir foreldra barnsins og fjölskylduna. Foreldrarnir standa frammi fyrir óþekktum aðstæðum og hlutverki sem þeir oft á tíðum hafa lítið svigrúm til að undirbúa sig fyrir. Foreldrar eru margir hverjir að vinna úr tilfinningum sínum og reynslu um leið og þeir takast á við krefjandi umönnun barnsins. Auk þess vilja þeir afla sér upplýsinga og þekkingar á fötlun eða frávikum barnsins og getur slíkt valdið miklu álagi (Guðrún

Þorsteinsdóttir, Hrönn Björnsdóttir og Sigríður María Játvarðardóttir, 2006). Þar sem fjölskyldan er grunneining samfélagsins er hún oft á tíðum sú eining sem hvað mest verður fyrir áhrifum frá erfiðleikum þessara barna og því skipta aðferðir til að meta þetta álag og bregðast við því á markvissan hátt höfuðmáli fyrir velferð fjölskyldunnar. Snemmtæk íhlutun er aðferð til að bregðast við og vinna á markvissan hátt með frávík í þroska og hegðun. Þar sem börn eru óhjákvæmilega háð foreldrum sínum og fjölskyldu vegna þroska og aldurs er mikilvægt að þeir aðilar sem koma að umönnun þess og uppeldi séu virkir þátttakendur í íhlutuninni (Tryggvi Sigurðsson, 2001).

Fjölskyldumiðuð þjónusta hefur orðið viðmið á gæði þjónustu í snemmtækri íhlutun. Í slíkri þjónustu er unnið með styrkleika fjölskyldunnar og gildi og viðmið fjölskyldunnar tekin til greina þegar ákveðið er hvers konar íhlutun eigi að beita. Leitast er við að bjóða upp á íhlutun sem er fjölskyldunni ásættanleg og raunhæf (Hrönn Björnsdóttir, 2008). Engar fjölskyldur eru eins, stöður þeirra eru um margt ólíkar og það þarf að hafa í huga í starfi með þeim. Þær koma t.d. alls staðar að af landinu, eru úr öllum þjóðfélagshópum, geta átt rætur að rekja til ólíkra menningarheima og eru mislangt komnar á veg í lífinu. Vegna þess er mikilvægt að hafa hinar margbreytilegu aðstæður þessara fjölskyldna í huga þegar þjónusta er skipulögð (Guðrún Þorsteinsdóttir, Hrönn Björnsdóttir og Sigríður María Játvarðardóttir, 2006). Markmið fjölskyldumiðaðrar þjónustu er að aðstoða fjölskylduna við að takast á við aðstæður sínar, styrkja hana í virku samstarfi við fagaðila og í allri ákvarðanatöku um þörf og val á þjónustu. Vinna skal á jafnréttisgrundvelli með það að markmiði að foreldrarnir styrkist, þannig að þeir verði sem best í stakk búnir til að vera leiðandi afl í lífi sínu og barna sinna (Hrönn Björnsdóttir, 2008). Þátttaka foreldra við þjálfun og kennslu barna sinna er mikilvæg, ekki fá foreldrarnir einungis stuðning frá fagaðilum heldur læra þeir einnig að beita sérhæfum aðferðum sem nýtast við uppeldið. Samráð við foreldrana um hvaða markmið eigi að setja í forgang og hvernig hægt er að nýta styrkleika og áhugamál barnsins til að ná fram markmiðum er einnig mikilvægt, þeir þekkja barnið best og eyða mestum tíma með því. Lykillinn að samstarfi foreldra og fagfólks er sameiginlegur áhugi þeirra á velferð barnsins og fjölskyldunnar (Mahoney og Wiggers, 2007).

2.8.4 Leikskólinn

Leikskóli er fyrsta skólastigið í skólakerfinu og annast að ósk foreldra uppeldi og menntun barna á leikskólaaldri. Markmið leikskóla, samkvæmt lögum um leikskóla nr. 90/2008, er meðal annars að veita börnum hollt uppeldisumhverfi, gefa börnum kost á að taka þátt í leik og starfi og að efla alhliða þroska barna í samræmi við þarfir hvers og eins. Í sjötta kafla laga um leikskóla er fjalla um rétt leikskólabarna til sérstakrar aðstoðar og þjálfunar, og kemur þar fram að börn á leikskólaaldri eigi rétt á sérstakri aðstoð og þjálfun undir handleiðslu sérfræðinga vegna fötlunar, tilfinningalegra eða félagslegra erfiðleika og að ráðgjafar- og sálfræðiþjónusta fyrir leikskóla skuli veita foreldrum barna og starfsfólki leikskóla nauðsynlega ráðgjöf og þjónustu (Lög um leikskóla nr. 90/2008). Leikskóli leikur stórt hlutverk í lífi flestra barna á aldrinum 1½- 5 ára og því er mikilvægt að hann sé í samstarfi við foreldra og aðra fagaðila sem vinna með börnum sem þurfa á snemmtækri íhlutun að halda. Þó að foreldrar beri frumábyrgð á uppeldi og velferð barna sinna er það eitt af hlutverkum leikskólans að veita foreldrum stuðning í uppeldinu. Í Aðalnámsskrá leikskólanna (1999) segir að leikskólinn eigi að taka sérstakt tillit til barns sem á einhvern hátt er fatlað eða með tilfinninga- og/eða félagslega erfiðleika og að mikilvægt sé að það njóti sérstakrar aðstoðar til að veita upp á móti þeirri hömlun sem fötlun þess eða erfiðleikar setja því. Þetta gerir leikskólinn með því að semja skólanámsskrá þar sem gerð er uppeldis- og námsáætlun til lengri og skemmri tíma. Um eins konar stefnuýfirlýsingu er að ræða, þar sem hver leikskóli segir til um hvernig hann ætlar að sinna uppeldi og menntun barna, en þessari stefnuýfirlýsingu er einnig ætlað að vera vinnuramma fyrir starfsfólk til að gera því kleift að vinna skipulegt starf. Ef barn þarf á einhvers konar sérstakri aðstoð að halda er búin til einstaklingsnámsskrá fyrir barnið, þar sem námsmarkmið og leiðir að þeim eru skilgreind. Við gerð slíkrar námsskrár er mikilvægt að tryggja að sú íhlutun og kennsla, sem fram fer í leikskólanum, sé í samræmi við skólanámsskrána og þarfir barnsins. Mikilvægt er að litið sé á barnið sem hluta þess félagslega umhverfis sem það býr í og að unnið sé út frá styrkleikum og áhugasviði þess. Líta má á einstaklingsnámsskrána sem vinnuáætlun sem nær yfir ákveðið tímabil og er þá oftast miðað við þrjá til sex mánuði. Að þeim tíma liðnum er staðan endurmetin og jafnvel sett ný markmið.

Nauðsynlegt er að endurmeta stöðu barnsins reglulega, börn þroskast hratt og því er mikilvægt að barnið hafi sífellt ný, spennandi og krefjandi verkefni til að takast á við (Jóna G. Ingólfssdóttir, 2008).

2.8.5 Hlutverk félagsráðgjafa í snemmtækri íhlutun

Hugmyndafræði félagsráðgjafar byggir á heildarsýn þar sem hugsað er um vanda skjólstæðingsins í samhengi við umhverfi hans. Að baki þeirri hugmyndafræði býr sú sýn á manneskjuna að hver og einn einstaklingur sé margbreytilegur og sérstakur. Mikilvægt er að líta á aðstæður hvers og eins frá öllum hliðum, í samhengi við umhverfi hvers og eins, fjölskyldu hans og vini, og í samhengi við samfélagið í heild sinni. Félagsráðgjafar þurfa því að vera jafnvígir á margt (Lára Björnsdóttir, 2006). Vegna þess náms, starfsþjálfunar og handleiðslu sem félagsráðgjafar njóta eru þeir faglega færir um að vinna jafnt með einstaklingum sem fjölskyldum. Sérfræðipækking félagsráðgjafa á heilbrigðissviði felst annars vegar í grunnþekkingu á mannum sem þroska- og tilfinningaveru og hins vegar á samfélaginu og kerfunum innan þess (Sigrún Júlíusdóttir, 2006). Félagsráðgjafar, sem hafa áhuga á að starfa með börnum og fjölskyldum þeirra, eru því tilvalinn fagaðili til að starfa við snemmtæka íhlutun. Í grein sinni *The role of parents in early intervention: Implications for social work*, tala Mahoney og Wiggers (2007) um að þar sem flestir fagaðilar, sem starfa við snemmtæka íhlutun, búa ekki yfir þekkingargrunni eða reynslu af því að starfa með fjölskyldum, eins og félagsráðgjafar gera, er fjölskyldumiðuð íhlutun ekki eins mikið notuð og nauðsynlegt er.

Hlutverk félagsráðgjafa í snemmtækri íhlutun getur verið margs konar og má þar nefna að hann getur farið í heimsóknir til skjólstæðinga sinna til að meta aðstæður heima fyrir og fylgjast með samskiptum milli foreldra og barns, veitt einstaklingsráðgjöf og fjölskylduráðgjöf, skipulagt og stjórnað stuðningshópum fyrir foreldra og fjölskyldur og aðstoðað við að koma á viðeigandi félagsfærni á milli foreldra og barna. Einnig býr félagsráðgjafi yfir þekkingu og færni til að greina vanda fjölskyldna og tengja þær við rétta meðferðaraðila, vera tengiliður milli heimilis, skóla og samfélags. Félagsráðgjafi er talsmaður fjölskyldunnar og hjálpar henni að leita réttar síns (Malone, McKinsey, Thyer og Straka, 2000).

Á Greiningarstöð ríkisins starfar félagsráðgjafi í þverfaglegu teymi sem sinnir snemmtækri íhlutun. Hlutverk félagsráðgjafans er að veita sálrænan og félagslegan stuðning við foreldra og fjölskyldur þessara barna. Félagsráðgjafinn tekur félagssögu fjölskyldunnar og kortleggur stöðu hennar og tengsl hennar innbyrðis, sem og við aðra aðila sem tengjast henni. Eftir að hafa fengið upplýsingar frá fjölskyldunni getur félagsráðgjafinn síðan metið, í samstarfi við hina fagaðilana í teyminu, hver heildarstaða fjölskyldunnar er og hvers konar þjónustu hún þarfnast. Hlutverk félagsráðgjafans í teyminu er einnig að miðla þekkingu sinni á samfélagsúrræðum, bæði almennum og sérhæfðum, sem snerta þjónustu við börn og fjölskyldur, til teymisfélaga sinna og þeirra fjölskyldna sem hann vinnur með (Guðrún Þorsteinsdóttir, Hrönn Björnsdóttir og Sigríður María Játvarðardóttir, 2006).

3 Aðferð

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir hvaða rannsóknarspurningum er leitast við að svara í rannsókninni. Megindlegt rannsóknarsnið var valið til að nálgast rannsóknarspurningarnar og verða því gerð skil í kaflanum. Fjallað verður um ASEBA skimunar- og matslista fyrir börn 1½ - 5 ára, (e. *Child behavior checklist and Teacher Report form*), en það er mælitækið sem notað var í rannsókninni. Því næst er fjallað um hvernig gögnin, sem unnið er úr í þessari rannsókn, voru fengin og hvernig unnið var úr þeim. Að lokum er farið yfir þá siðferðilegu þætti sem tengjast rannsókninni.

3.1 Rannsóknarspurningar

Í upphafi rannsóknarferlisins skoðaði rannsakandi handbók Achenbachs um ASEBA skimunar- og matslistana fyrir aldurinn 1½- 5 ára til að ákvarða hvaða þættir yrðu dregnir út og skoðaðir nánar. Forvitnilegt þótti að skoða þá þætti listanna sem mæla hegðun eða hegðunarerfiðleika (e. *Externalizing*), en það eru reiði og árásartengd hegðun (e. *Aggressive behavior*) og einbeitingarvandi (e. *Attention problems*).

Með rannsókninni verður því leitast við að svara spurningunni: Hver er tíðni hegðunarerfiðleika barna á leikskólaaldri að mati foreldra og leikskólakennara. Til að hægt sé að svara spurningunni með viðunandi hætti er henni skipt niður í nokkrar undirspurningar:

- 1) Hverjir eru heildarerfiðleikar barna 1½ - 5 ára á Íslandi?
 - Er munur á erfiðleikum eftir kyni?
 - Er munur á heildarvanda yngri barna (1½-3 ára) og eldri barna (3½-5 ára)?
 - Er munur á mati föður og móður annars vegar og hins vegar á mati leikskólakennara á vanda barnanna?
- 2) Hver er tíðni einbeitingarvanda hjá þessum hóp?
 - Er munur á einbeitingarvanda eftir kyni og aldurshóp?

- Er munur á mati föður og móður annars vegar og hins vegar á mati leikskólakennara á vanda barnanna?
 - Er marktækur munur á mati foreldra eftir menntun og atvinnu þeirra?
- 3) Hver er tíðni reiði og árásartengdrar hegðunar hjá þessum hóp?
- Er munur á reiði og árásartengdri hegðun eftir kyni og aldurshóp?
 - Er munur á mati föður og móður annars vegar og hins vegar á mati leikskólakennara á vanda barnanna?
 - Er marktækur munur á mati foreldra eftir menntun og atvinnu þeirra?
- 4) Er marktækur munur á vanda íslenskra leikskólabarna og klíníks úrtaks bandarískra barna ?
- 5) Er marktækur munur á ASEBA safnpættinum hegðun (e. *External*) og DSM greiningarviðmiðum sem notuð eru í matstækinu?

3.2 Rannsóknarsnið

Þegar framkvæma á rannsókn er fyrsta skrefið að velja rannsóknarsnið, aðferð sem hentar rannsóknarefninu og þeim rannsóknarspurningum sem settar eru fram. Valið stendur á milli meginlegra og eigindlegra rannsóknaraðferða eða samblandi af báðum aðferðunum (Yegidis og Weinbach, 2009; Neuman, 2003). Þar sem rannsókn þessi byggir á tölfræðilegu gagnasafni, um hegðun og líðan leikskólabarna, þótti meginleg rannsóknaraðferð henta vel til að vinna úr gögnunum.

Meginleg aðferðafræði byggist á tölum, því sem hægt er að mæla og telja, sem og því að finna meðaltöl og dreifingu á milli hópa og hvernig þeir tengjast. Í upphafi er sett fram tilgáta sem síðan er studd eða hrakin með gagnaöflun og úrvinnslu gagna, sem sagt afleiðsla. Rannsakandi, sem notast við þessa aðferðafræði, heldur ákveðinni fjarlægð frá viðfangsefni sínu og á ekki að hafa áhrif á þátttakendur heldur er hann hlutlaus aðili (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003).

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna skipta höfuðmáli, án þeirra hefur rannsóknin litla sem enga merkingu. Áreiðanleiki í rannsóknum segir til um hvort mælingin, sem framkvæmd er, leiði til sömu niðurstaðna í mismunandi aðstæðum. Þegar áreiðanleiki rannsóknar er hár þýðir það að aðrar óháðar mælingar á sama fyrirbæri gefa sömu niðurstöður. Réttmæti vísar hins vegar til

Þess hversu vel hinn félagslegi heimur passar við það sem verið er að rannsaka, það er að segja hvort mælingin sé að mæla rétta hugtakið (Yegidis og Weinbach, 2009; Neuman, 2003). Til eru fjölmargar rannsóknir sem lýsa áreiðanleika og réttmæti ASEBA mælitækjanna og í handbók Achenbach um listana má finna ítarlega umfjöllun um áreiðanleika og réttmæti mælitækjanna (Achenbach og Rescorla, 2000).

3.3 ASEBA mælitækið

Gagnasafninu, sem unnið er úr í rannsókninni, var aflað með íslenskri útgáfu spurningalista Achenbach fyrir börn á leikskólaaldri, 1½- 5 ára. Um tvenns konar lista er að ræða, annars vegar foreldralista (CBCL), sem eru fjórar blaðsíður (Viðauki 1) og hins vegar matslista fyrir kennara (C-TRF), sem eru tvær blaðsíður (Viðauki 2). Á báðum listunum byrja matsaðilar á því að fylla út bakgrunnsupplýsingar, bæði um sjálfa sig og barnið sem um ræðir. Síðan taka við 100 fullyrðingar, á tveimur blaðsíðum, sem svara þarf með því að merkja við 0 (ekki rétt svo þú vitir til), 1 (að einhverju leyti eða stundum rétt), eða 2 (á mjög vel við eða er oft rétt) og miðast svörin við hegðun og líðan barnsins undanfarna tvo mánuði. Eftir að þessari útfyllingu lýkur eru settar fram þrjár spurningar sem snúa að því hvort barnið er með einhvern sjúkdóm eða fötlun, hvort eitthvað í fari barnins valdi matsaðila áhyggjum og hverjir séu helstu kostir barnsins. Ef matsaðili merkir við já á einhverjum af þessum spurningum er hann beðinn um að lýsa svari sínu nánar með eigin orðum. Á foreldralistanum er síðan tveggja blaðsíðna málproskakönnun fyrir börn á aldrinum 18-35 mánaða (Achenbach og Rescorla, 2000).

Fullyrðingarnar 100 mynda sjö flokka einkenna á foreldralistunum og sex flokka einkenna á kennaralistanum sem mynda þættina líðan (*e. internalizing*), hegðun (*e. externalizing*) og heildarvanda (*e. total problems*). Einkennaþættirnir eru:

Tilfinningalegur vandi.

1. Kvíði, depurð.
2. Líkamlegar kvartanir.
3. Hlédrægni, óframfærni.
4. Svefnvandamál (á aðeins við um CBCL listann).
5. Einbeitingarvandi.
6. Reiði-, árásartengd hegðun.

(ASEBA á Íslandi, hugtakalisti 1 ½-5 ára)

Eftir útfyllingu listanna er hægt að vinna úr þeim í sérstöku tölvuforriti ADM (Assessment Data Manager) eða handvirkt. Niðurstöðurnar birtast síðan bæði myndrænt, í formi línurita, og í tölum, þar sem sést hversu mörg stig viðkomandi barn skoraði. Með þessu móti er auðvelt fyrir notandann að sjá hvar veikleikar og styrkleikar barnsins liggja. Auk þessarar flokkunar á hegðun og líðan barna er hægt að vinna aðra flokkun út úr niðurstöðunum, DSM-flokkun (e. *DSM Oriented scale*) en það er sama greiningarkerfi og Samband bandarískra geðlækna notar, DSM-IV flokkunarkerfið (e. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Achenbach og Rescorla, 2000). Ef notast er við DSM greiningarkerfið, þegar vandi barna er metinn með ASEBA mælitækinu, mynda fullyrðingarnar 100 á svarblöðunum fimm flokka einkenna, sem eru:

1. Tilfinningalegur vandi.
2. Kvíðavandi.
3. Algeng þroskaröskun.
4. Athygli-vöntun, ofvirknivandi.
5. Mótstöðuhegðun.

(ASEBA á Íslandi, hugtakalisti 1½-5 ára)

Þó svo að bæði ASEBA og DSM kerfunum sé ætlað að mæla líðan og hegðun einstaklinga og að rannsóknir hafi sýnt að fylgni sé á milli þeirra er nokkur munur á þeim. ASEBA kerfið notast við svokallaða „bottom up“ nálgun sem felur í sér að einkennum er raðað upp í ákveðna flokka hegðunar og líðanar sem endurspeglar hegðun og líðan stórra úrtaka einstaklinga sem áður hafa verið rannsakaðir af margs konar fagaðilum. DSM kerfið notast hins vegar við „top down“ nálgun en hún felur í sér að sérfræðingar búa til greiningarflokka og velja síðan einkenni og

önnur greiningarskilyrði sem einstaklingar þurfa að ná. Í ASEBA kerfinu geta því einstaklingar flokkast með mikinn eða lítinn vanda, því fleiri einkenni sem eru til staðar því meira hamlandi er það fyrir einstaklinginn en DSM kerfið gerir aðeins ráð fyrir að einkenni séu til staðar eða ekki (Rescorla, 2005).

CBCL foreldralistarnir og C-TRF kennaralistarnir gefa yfirlit yfir mynd af barninu, líðan þess og hegðun með upplýsingasöfnun úr mismunandi aðstæðum. Hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að þessir matslistar gefa ekki klínískar sjúkdómsgreiningar heldur er þeim ætlað að veita vísbendingar um slíkt. Auk þess gefa listarnir tölfræðilega yfirsýn yfir breytileika hegðunar- og tilfinningavanda hjá börnum og frávik frá hinu almenna (Helga Hannesdóttir, Lilja Sólnes, Jorma Piha og Halldór Sig. Guðmundsson, 2005).

3.4 Gagnasafn

Í rannsókninni var notast við fyrirliggjandi gögn sem fengin voru úr rannsókn sem unnin var nú á haustmánuðum ársins 2009. Ábyrgðarmaður þeirrar rannsóknar er Halldór Sig. Guðmundsson, lektor við Háskóla Íslands, og var hún unnin í samstarfi við Háskóla Íslands, Rannsóknarsetur í barna- og fjölskylduvernd og Aseba á Íslandi.

Markmið rannsóknarinnar, sem gögnin eru fengin úr, er að afla viðmiða fyrir íslenska útgáfu tveggja matslista á líðan og hegðun barna, CBCL foreldralista fyrir 1½-5 ára annars vegar og C-TRF kennaralista fyrir sama aldur. Aflað var samræmdra upplýsinga um mat foreldra (forsjáraðila) og annarra, þar með talið starfsmanns leikskóla, sem þekkja vel til barnsins og munu niðurstöðurnar mynda grunn eða viðmið sem nýtast við rannsóknir og athuganir á börnum (ASEBA á Íslandi, e.d.- Rannsókn á viðmiðum fyrir skimunar- og matslista ASEBA 1½ -5 ára).

Úrtak rannsóknarinnar var lagskipt tilviljunarúrtak en þá er þýðinu skipt í lög, til dæmis eftir kyni eða búsetu. Með slíkum úrtökum er hægt að reikna út skekkjumörk og eru þau grundvöllur ályktunartölfræði. Lagskipt tilviljunarúrtök hafa gott alhæfingargildi því þau endurspeglar þýðið mjög vel (Neuman, 2003). Úrtakið voru 513 börn úr tíu leikskólum á landinu, 344 börn úr fimm leikskólum í Reykjavík og 169 börn úr fimm leikskólum á landsbyggðinni. Svör bárust varðandi

263 börn eða 51,3% úrtaksins. Brottfall var því samtals 250 börn (48,7%). Gagnasafnið, sem unnið er með í þessari rannsókn, er því 263 börn. Aðkoma rannsakanda að rannsókninni var fólgin í samstarfi um framkvæmd rannsóknarinnar og notkun gagnasafnsins ásamt því að slá inn gögnin í ADM forritið.

3.5 Úrvinnsla gagna

Úrvinnsla gagnanna fór fram um mánaðamótin október/nóvember 2009. Við úrvinnslu gagnanna var notast við SPSS tölvuforritið. Notast var við lýsandi tölfræði að mestu leyti en einnig voru tengsl milli einstakra breyta og hópa skoðuð með því að reikna út fylgni og framkvæma martektarpróf. Alpha stuðullinn $p > 0,05$ var notaður við alla tölfræðilega úrvinnslu en það merkir að 95% vissa er fyrir að munur sé ekki til staðar í þýðinu. Notast var við t-gildi ASEBA matslistanna í tölfræðilegri úrvinnslu en með því fást upplýsingar um niðurstöður samanborið við bandarísk viðmiðunarmörk mælitækisins og staðalfrávik. Notast var við hrágildi þegar unnið var með einstaka þætti sem mæla hegðun og líðan barnanna í gagnasafninu. Er þess þá sérstaklega getið í texta og er ástæða þess sú að þau endurspeglar meiri dreifingu þegar unnið er með einstaka þætti.

Auk þess að svara rannsóknarspurningunum út frá lýsandi tölfræði var gerður samanburður milli kynja og milli aldurshópa með marktektarprófun (t-próf). Í samanburðinum milli kynja er bæði um svörun foreldra eftir kyni að ræða en einnig stöðu barnanna eftir kyni. Þar sem aldurinn 1½-5 ára spannar stórt þroskaskeið í lífi barna var ákveðið að skipta barnahópnum upp í yngri aldurshóp (18-35 mánaða) og eldri aldurshóp (36-72 mánaða). Þessi aldurshópaskipting tekur mið af málskimunarkönnun listanna sem ætluð er 18-35 mánaða börnum og þeim þroskakenningum sem fjallað var um í fræðilegum hluta rannsóknarinnar. Forvitnilegt þótti að kanna hvort marktækur munur væri á milli þessara aldurshópa.

Einnig þótti áhugavert að kanna hvort menntun/starf foreldra hefði áhrif á mat þeirra á líðan og hegðun barna sinna og því var framkvæmt Anova

marktektarpróf sem notað er þegar frumbreytan tekur fleiri en tvö gildi, en breytan menntun/starf foreldra hefur 9 gildi.

Hægt er að notast við tvenns konar flokka af hegðun og líðan barna með skimunar- og matslistunum. Annars vegar flokkun Achenbach's og hins vegar DSM- flokkun og því voru meðaltöl t-gilda fyrir þessar flokkunaraðferðir könnuð og hvort marktækur munur væri á þeim.

Þó að ASEBA skimunar- og matslistarnir hafi verið í notkun hér á landi um árabil hefur enn ekki verið fundin út nein íslensk viðmiðunarmörk, svokölluð „cut off“ mörk eðlilegra og sjúklegra einkenna, til að notast við í rannsóknum og athugunum á börnum. Því var gerður samanburður á hrágildum einbeitingarvanda og reiði, árásargjörn hegðun barnanna í úrtaki rannsóknarinnar, við úrtak bandarískra barna, til að kanna stöðu íslenskra leikskólabarna á fyrrgreindum þáttum.

3.6 Siðferðilegir þættir

Rannsóknin, sem gögnin eru fengin úr, var tilkynnt til Persónuverndar og hlaut leyfisnúmerið S4446/2009. Rannsakandi hafði samband við Persónuvernd til að kanna hvort tilkynna þyrfti um þann hluta rannsóknarinnar sem hér er gerð grein fyrir. Þar sem einungis er verið að skoða fyrirliggjandi gögn úr gagnasafni, þar sem á engan hátt er unnt að rekja svör til tiltekinna einstaklinga, reyndist tilkynning óþörf.

Þar sem rannsakandi tengist málaflokknum á vissan hátt var hann meðvitaður um reynslu sína og viðhorf til hegðunarraskana og notkun ASEBA skimunar- og matslista við vinnslu rannsóknarinnar.

4 Niðurstöður

Í þessum kafla er niðurstöðum rannsóknarinnar lýst, þar sem byrjað er á að gera grein fyrir gagnasafninu sem unnið var úr, helstu einkennum sverendahópsins og innri áreiðanleika gagnasafnsins. Niðurstöðunum er síðan skipt niður í undirkafla sem taka mið af rannsóknarspurningunum. Í fyrstu er fjallað um heildarvanda barnanna í gagnasafninu og síðan hvernig foreldrar og kennarar mátu heildarvandann (*e. total problems*). Þar á eftir er fjallað um hver einbeitingarvandi (*e. attention problems*) og reiði, árásartengd hegðun (*e. aggressive behavior*) barnanna reyndist og mat foreldra og kennara á þessum þáttum. Gerður tvenns konar samanburður, annars vegar samanburður innan gagnasafnsins á DSM greiningarviðmiðunum og ASEBA mælitækinu og hins vegar samanburður á gagnasafninu við úrtak bandarískra barna á aldrinum 1½-5 ára.

4.1 Almennt um gögnin og svarendur

Gagnasafnið, sem unnið var með í þessari rannsókn, varðar 263 börn, af þeim voru 136 stúlkur (51,7%) og 127 drengir (48,3%). Fjöldi ASEBA svarlista voru 660 listar um áðurgreind 263 börn, 338 svarlistar fyrir stúlkur og 322 fyrir drengi. Svarlistar um hvert barn voru ýmist einn, tveir eða þrír, allt eftir því hvort báðir foreldrar og kennari svaraði listunum um hvert barn (tafla 1).

Tafla 1: Fjöldi og hlutfall svarlista ASEBA sem bárust um drengi og stúlkur eftir upplýsingagjöfum

	Svarlistar ASEBA				Svarlistar eftir kyni	
	CBCL foreldralisti		TRF kennaralisti			
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stúlka	231	51,7	107	50,2	338	51,2
Drengur	216	48,3	106	50,8	322	48,8
Fjöldi svarlista	447	100,	213	100,	660	100,

N= 263, Stúlkur n= 136, Drengir n= 127

Börnin 263 í gagnasafninu voru á aldrinum 1½-5 ára. Meðalaldur var 3,1 ár, þar sem yngsta barnið var 18 mánaða og það elsta 72 mánaða. Meðalaldur stúlkna var 3,2 ár en drengja 3 ár.

Svarlistarnir 660 skiptast í foreldralista og kennaralista. Alls var 447 foreldralistum (CBCL) svarað, mæður svöruðu 257 listum (39% gagnasafnsins) og feður svöruðu 190 listum (28,8% gagnasafnsins). 213 kennaralistum (C-TRF) var svarað en það eru 32,2% gagnasafnsins.

Á svarlista ASEBA voru foreldrar beðnir um að fylla út starfsheiti sitt og síðan voru þau flokkuð út frá íslenski starfaflokkun Hagstofu Íslands. Flestir foreldranna flokkuðust í 3. flokk starfaflokkunarinnar en það eru einstaklingar sem teljast tæknar og sérmenntað starfsfólk eða 25,2%. Næst flestir, 22,8%, störfuðu sem sérfræðingar sem þýðir að þeir eru að minnsta kosti búnir með B.A., B.S., B.Ed. eða sambærilega menntun. Fæstir störfuðu sem bændur eða sjómenn, einungis 1,1%.

Reiknaður var út innri áreiðanleikastuðull (Cronbach's alfa) fyrir þær spurningar sem mæla hegðun barna (*e. External*), einbeitingarvanda (*e. Attention problems*) og reiði, árásartengd hegðun (*e. Aggresiv behavior*). Ekki liggur sami fjöldi spurninga á bak við áðurgreinda þætti á foreldralistanum og kennaralistanum og því var reiknaður innri áreiðanleiki fyrir báða listana. Á foreldralistunum reyndist innri áreiðanleiki fyrir hegðun barna, sem samanstendur af 19 spurningum, vera 0,863 (0,92 í áreiðanleikamælingum í Bandaríkjunum). Innri áreiðanleiki fyrir einbeitingarvanda (5 spurningar) var 0,665 (0,68 í USA) og fyrir reiði, árásartengd hegðun 0,875 (0,92 í USA). Á kennaralistunum var innri áreiðanleiki fyrir hegðun (34 spurningar) 0,924 (0,96 í USA), fyrir einbeitingarvanda (9 spurningar), 0,845 (0,89 í USA) og fyrir reiði, árásartengda hegðun (25 spurningar) var innri áreiðanleiki 0,904 (0,96 í USA). Meðaltal t-gilda fyrir gagnasafnið reyndist vera 44,5 t-gildi, en normaldreifing ASEBA matslistanna (bandarísk viðmið) eru 50 t- gildi.

4.2 Heildarvandi

Heildarvandi samanstendur af yfirþáttunum líðan og hegðun. Undirþættir líðanar eru tilfinningalegur vandi, kvíði/depurð, líkamlegar kvartanir og hlédrægni/óframfærni. Undirþættir hegðunar eru einbeitingarvandi og reiði/árásartengd hegðun. Til viðbótar er svefnvandi sem reiknast inn í heildarvanda.

Heildarvandi 1½ - 5 ára gamalla barna reyndist vera 44,5 t-gildi að meðaltali (Sd= 8,4). Þegar horft er á undirþættina líðan M= 45,4 (Sd= 9,4) og hegðun M= 45,3 (Sd=8,4) sést að hópurinn er þar með svipuð meðaltöl t-gilda.

Tafla 2: Meðaltal t-gilda og staðalfrávik á heildarvanda (total problems), líðan (internalizing) og hegðun (externalizing)

Kyn	Aldursflokkar	Líðan			Hegðun			Heildarerfiðleikar		
		N	M	Sd	N	M	Sd	N	M	Sd
Stúlkur	1 ½ -3 ára	44	44,9	9,3	44	47,1	7,5	44	45,8	8,2
	3 ½ -5 ára	92	46,3	10,4	92	44,4	8,4	92	44,1	8,7
	Samtals	136	45,9	10,	136	45,2	8,2	136	44,6	8,5
Drengir	1 ½ -3 ára	50	44,8	8,7	50	47,7	8,9	50	46,3	8,2
	3 ½ -5 ára	77	45,1	8,9	77	43,7	7,9	77	43,2	8,1
	Samtals	127	45,	8,8	127	45,3	8,5	127	44,4	8,2
Heild	1 ½ -3 ára	94	44,8	8,9	94	47,4	8,3	94	46,1	8,2
	3 ½ -5 ára	169	45,8	9,7	169	44,1	8,2	169	43,7	8,4
	Samtals	263	45,4	9,4	263	45,3	8,4	263	44,5	8,4

Eins og sést á töflu 2 eru líðan, hegðun og heildarvandi skoðuð út frá kyni og aldri. Aldri barnanna er skipt í tvo hópa, annars vegar yngri hóp sem telur börn sem eru 1½ -3 ára og hins vegar eldri hóp, 3½ -5 ára.

Meðaltal t- gilda á líðan stúlkna M= 45,9 (Sd= 10,) var marktækt hærra $p= 0,115$, en hjá drengjum M=45, (Sd= 8,8). Sá hópur, sem að meðaltali sýndi verri líðan en aðrir, voru stúlkur 3½ -5 ára. Ekki reyndist marktækur munur á líðan barnanna eftir aldurshópum, $p>0,05$.

Meðaltal hegðunar drengja og stúlkna var svipað og reyndist munurinn á milli kynjanna ekki marktækur, $p> 0,05$. Hins vegar var marktækur munur á hegðun

barnanna eftir aldri $p=0.00$, þar sem börn í yngri aldurshópnum $M=47,4$ ($Sd=8,3$) sýndu verri hegðun en þau eldri $M=44,1$ ($Sd=8,4$). Sá hópur, sem átti við minnstan hegðunarvanda að stríða, voru drengir $3\frac{1}{2}$ - 5 ára.

Í ljós kom að meðaltal heildarvanda allra stúlkna og drengja var áþekkt, stúlkna $M= 44,6$ t-gildi ($Sd= 8,5$) og drengja $M=44,4$ ($Sd= 8,2$), sá munur reyndist ekki marktækur, $p>0,05$. Þegar heildarvandi er skoðaður út frá aldurshópum, má sjá að yngri börn, $M= 46,1$ ($Sd= 8,2$) eiga að meðaltali við meiri heildarvanda að stríða en þau sem eldri eru $M=43,7$ ($Sd= 8,4$). Þessi munur er marktækur $p= 0,01$. Að meðaltali var heildarvandi drengja, $1\frac{1}{2}$ -3 ára, $M= 46,3$ ($Sd= 8,2$), meiri en stúlkna í sama aldursflokki $M= 45,8$ ($Sd= 8,2$).

4.3 Einbeitingarvandi

Einbeitingarvandi (*e. attention problems*), er eins og áður segir annar undirþátta hegðunar. Á töflu 3 má sjá hvernig mæður, feður og leikskólakennarar mátu einbeitingarvanda barnanna eftir kyni. Mæður mátu einbeitingarvanda drengja $M= 51,7$ ($Sd= 3,4$) meiri en stúlkna $M= 51,1$ ($Sd=2,9$). Aftur á móti mátu feður stúlkur $M= 51,9$ ($Sd=3,5$) með meiri vanda en drengi $M=51,7$ ($Sd=4,$).

Tafla 3: Meðaltal t-gilda varðandi einbeitingarvanda drengja og stúlkna eftir upplýsingagjöfum

Upplýsingagjafi	Kyn barns	M	Sd	N
Móðir	Drengir	51,7	3,4	120
	Stúlkur	51,1	2,9	137
	Samtals	51,2	3,1	257
Faðir	Drengir	51,7	4,	97
	Stúlkur	51,9	3,5	93
	Samtals	51,8	3,8	190
Kennari	Drengir	52,7	4,2	106
	Stúlkur	51,5	2,6	107
	Samtals	52,2	4,1	213

Kennarar mátu einbeitingarvanda stúlkna og drengja að meðaltali meiri $M=52,2$ ($Sd=4,1$) en foreldrar. Ekki var marktækur munur, $p>0,05$ á einbeitingarvanda stúlkna og drengja, hvorki að mati foreldra né kennara.

Þegar einbeitingarvandi var skoðaður út frá aldurshópum kom í ljós að bæði foreldrar og kennarar töldu að börn, $1\frac{1}{2}$ -3 ára, ættu við meiri einbeitingarvanda að stríða en börn á aldrinum $3\frac{1}{2}$ -5 ára. Meðaltal einbeitingarvanda yngri barna að mati kennara var $M=53$, ($Sd=3,9$) en eldri barna $M=51,7$ ($Sd=4,2$). Þessi munur var marktækur $p=0,048$. Munur meðaltals t-gilda eldri og yngri barna var einnig marktækur á foreldralistunum $p=0,45$.

Tafla 4: Meðaltal t-gilda varðandi einbeitingarvanda út frá aldri eftir upplýsingagjöfum

Upplýsingagjafi	Aldurshópar	M	Sd	N
Móðir	$1\frac{1}{2}$ -3 ára	51,7	3,5	89
	$3\frac{1}{2}$ -5 ára	51,0	2,9	168
	Samtals	51,2	3,1	257
Faðir	$1\frac{1}{2}$ -3 ára	52,1	3,4	69
	$3\frac{1}{2}$ -5 ára	51,6	3,9	121
	Samtals	51,8	3,8	190
Kennari	$1\frac{1}{2}$ -3 ára	53,	3,9	83
	$3\frac{1}{2}$ -5 ára	51,7	4,2	130
	Samtals	52,2	4,1	213

Meðaltal einbeitingarvanda barnanna var lægri að mati móður $M=51,2$ ($Sd=3,1$) en föður $M=51,8$ ($Sd=3,8$) og voru það kennarar sem að meðaltali mátu mestan vanda hjá börnunum $M=52,2$ ($Sd=4,1$). Kannað var hvort marktækur munur væri á mati foreldra eftir starfi þeirra eða menntun en svo reyndist ekki vera $p>0,05$ (Anova).

Til að skoða hlutfall þeirra barna sem foreldrarnir skoruðu yfir 65 t-gildum á einbeitingarvanda var notast við hrágildi. Þegar börn skora 65 eða fleiri t-gildi á matslista Achenbach's telst vandi þeirra klínískur sem þýðir að þá telst hegðun og líðan vera yfir eðlilegum mörkum í samanburði við önnur börn.

Tafla 5: Hlutfall barna sem skora undir og yfir 65 t-gildum á einbeitingarvanda

Kyn	65 t-gildi	Fjöldi	%
Stúlkur	Undir	132	97,1
	Yfir	4	2,9
	Samtals	136	100,
Drengir	Undir	125	98,4
	Yfir	2	1,6
	Samtals	127	100,

Eins og sést á töflu 5 var mikill meirihluti barnanna undir viðmiðurnarmörkum Achenbach, sem eru 60 t- gildi. 132 stúlkur (97,1%) voru innan eðlilegra marka en 4 stúlkur (2,9%) voru metnar með einbeitingarvanda yfir klínískum mörkum, + 65 t-gildi. 125 drengir (98,4%) voru innan eðlilegra marka og einungis tveir náðu klínískum mörkum (1,6%). Því voru einungis 2,3% allra barnanna metin yfir 65 t-gildi á einbeitingarvanda. Yngri börn reyndust með marktækt meiri einbeitingarvanda heldur en þau eldri, $p = 0,004$.

4.4 Reiði, árásartengd hegðun

Reiði, árásartengd hegðun (*e. aggressiv behavior*) myndar, ásamt einbeitingarvanda, þáttinn hegðun (*e. external*). Líkt og með einbeitingarvanda var reiði, árásartengd hegðun leikskólabarnanna skoðuð út frá aldri og kyni og eftir svörum mæðra, feðra og leikskólakennara. Á töflu 6, hér að neðan, má sjá hvernig þessir upplýsingagjafar mátu reiði, árásartengda hegðun barnanna eftir kyni.

Mæður mátu reiði, árásartengda hegðun barna sinna að meðaltali meiri $M=52,1$ ($Sd=4,1$) en feður $M=51,7$ ($Sd=3,6$). Þá mátu mæður reiði, árásartengda hegðun meiri hjá drengjum $M= 52,4$ ($Sd=4,4$) en stúlkum $M= 51,9$ ($Sd=3,7$). Meðaltal t- gilda drengja og stúlkna var hins vegar það sama hjá feðrum, $M= 51,7$ ($Sd 3,9$ hjá drengjum en $3,3$ hjá stúlkum).

Tafla 6: Meðaltal t-gilda varðandi reiði, árástengda hegðun drengja og stúlkna eftir upplýsingagjöfum

Upplýsingagjafi	Kyn barns	M	Sd	N
Móðir	Drengir	52,4	4,4	120
	Stúlkur	51,9	3,7	137
	Samtals	52,1	4,1	257
Faðir	Drengir	51,7	3,9	97
	Stúlkur	51,7	3,3	93
	Samtals	51,7	3,6	190
Kennari	Drengir	52,7	4,2	106
	Stúlkur	51,5	2,6	107
	Samtals	52,1	3,5	213

Kennarar mátu reiði, árástengda hegðun drengja $M= 52,7$ ($Sd= 4,2$) töluvert meiri en stúlkna $M= 51,5$ ($Sd= 2,6$) líkt og mæður gerðu.

Ekki reyndist marktækur munur á meðaltali t-gilda fyrir reiði, árástengda hegðun milli stúlkna og drengja að mati foreldra $p>0,05$. Hins vegar mátu kennarar að drengir sýndu marktækt meiri reiði, árástengda hegðun en stúlkur $p= 0,011$.

Þegar reiði, árástengd hegðun var skoðuð út frá aldurshópum kom í ljós að meðaltal t- gilda yngri hópsins var hærra hjá öllum upplýsingagjöfum (tafla 7).

Tafla 7: Meðaltal t-gilda varðandi reiði, árástengda hegðun út frá aldri eftir upplýsingagjöfum

Upplýsingagjafi	Aldurshópar	M	Sd	N
Móðir	1½-3 ára	52,2	4,0	89
	3½-5 ára	52,1	4,1	168
	Samtals	52,1	4,1	257
Faðir	1½-3 ára	52,6	4,1	69
	3½-5 ára	51,2	3,1	121
	Samtals	51,1	3,6	190
Kennari	1½-3 ára	53,1	4,1	83
	3½-5 ára	51,4	3,0	130
	Samtals	52,1	3,5	213

Mæður, feður og kennarar töldu allir að börn 1½ -3 ára ættu frekar við reiði, árásartengda hegðun að stríða en börn í aldurshópnum 3½ -5 ára. Feður mátu yngri aldurshópin M= 52,6 (Sd= 4,1) með meiri vanda en mæður gerðu M= 52,2 (Sd= 4,0). Kennarar töldu reiði, árásartengda hegðun hins vegar nokkuð meiri en foreldrar gerðu, M= 53,1 (Sd= 4,1). Ekki var marktækur munur á reiði, árásartengdri hegðun eftir aldri barnanna að mati foreldra $p > 0,05$. Þessi aldurstengdi munur var hins vegar marktækur hjá kennurum, $p = 0,030$. Kannað var hvort marktækur munur væri á mati foreldra eftir starfi þeirra eða menntun en svo reyndist ekki vera $p > 0,05$ (Anova).

Á töflu 8 má sjá hlutfall barna sem skoruðu undir og yfir 65 t-gildum á reiði, sem eru klínísk mörk, árásartengd hegðun að mati foreldra. Notast var við hrágildi til að skoða þennan þátt.

Tafla 8: Hlutfall barna sem skora undir og yfir 65 t-gildum á reiði, árásartengd hegðun

Kyn	65 t-gildi	Fjöldi	%
Stúlkur	Undir	133	97,8
	Yfir	3	2,2
	Samtals	136	100,
Drengir	Undir	122	96,1
	Yfir	5	3,9
	Samtals	127	100,

Líkt og með einbeitingarvandann var stærstur hluti barnanna innan viðmiðunarmarka (60 t-gildi). Af stúlkunum í gagnasafninu voru einungis 2,2% þeirra (3 stúlkur) sem áttu við reiði, árásartengda hegðun á klínísku stigi að stríða. Aðeins fleiri drengir, eða 3,9% (5 drengir) skoruðu 65 t-gildi eða meira á matslistunum. Því voru einungis 3% allra barnanna metin yfir 65 t-gildi á reiði, árásartengd hegðun. Börn í yngri aldurshópnum sýna marktækt meiri reiði, árásartengda hegðun heldur en börn í eldri aldurshópnum $p = 0,001$.

4.5 Samanburður á greiningum DSM og ASEBA

Þar sem hægt er að vinna tvenns konar flokkun út úr niðurstöðum ASEBA svarlistanna, ASEBA flokkunina og DSM flokkunina, þótti forvitnilegt að kanna

hvort munur væri á meðaltölum t-gilda barnanna og hvort fylgni væri á milli ASEBA og DSM flokkunarinnar.

Valdir voru þættir úr DSM flokkuninni, athygli-vöntun, ofvirknivandi og mótstöðuhegðun sem samsvara einbeitingarvanda og reiði, árásartengd hegðun í ASEBA flokkuninni. Við samanburðinn var notast við fjölda svaraðra foreldralista (CBCL) og því er um að ræða meðaltal t- gilda fyrir svarlista en ekki fyrir einstök börn.

Eins og sést á töflu 9 eru meðaltöl t-gilda fyrir einbeitingarvanda $M= 51,5$ ($Sd= 3,4$) og athygli-vöntun, ofvirknivanda $M= 51,4$ ($Sd= 2,8$) áþekk. Fylgni á milli einbeitingarvanda (ASEBA) og athygli-vöntun, ofvirknivanda var jákvæð, það er $r= 0,817$ ($p< 0,001$).

Tafla 9: Samanburður á meðaltali t-gilda ASEBA matstækisins og DSM flokkunarkerfisins varðandi þætti sem mæla hegðun og líðan

3	N	Meðaltal	Sd
DSM Athygli-vöntun, ofvirknivandi t- gildi	449	51,4	2,8
DSM Mótstöðuhegðun t-gildi	449	52,7	4,5
ASEBA Reiði, árásartengd hegðun t-gildi	449	51,9	3,9
ASEBA Einbeitingarvandi t-gildi	449	51,5	3,4

Hins vegar var meiri munur á meðaltali t-gilda eftir flokkum fyrir reiði, árásartengd hegðun $M= 51,9$ ($Sd= 3,9$) og mótstöðuhegðun $M= 52,7$ ($Sd 4,5$). Einnig reyndist fylgni milli þáttanna reiði, árásartengdrar hegðunar og mótstöðuhegðunar jákvæð, $r= 0,909$ ($p< 0,001$).

4.6 Samanburður við úrtak bandarískra barna

Á Íslandi er notast við bandarísk viðmið þegar ASEBA skimunar- og matslistarnir eru notaðir til að meta líðan og hegðun barna á aldrinum 1½ - 5 ára því enn er ekki til íslensk viðmiðunarlína. Vegna þessa þótti áhugavert að kanna hvort niðurstöður þessarar rannsóknar varðandi meðaltal hrágilda fyrir reiði, árásartengda hegðun og einbeitingarvanda væru sambærilegar við niðurstöður á bandarískum börnum í sama aldursflokki.

Tafla 10: Samanburður á hrágildum fyrir reiði, árásartengda hegðun og einbeitingarvanda íslenskra leikskólabarna og bandarískra barna

Hrágildi	Reiði, árásartengd hegðun		Einbeitingarvandi	
	Ísland	Bandaríki <i>n</i>	Ísland	Bandaríki <i>n</i>
Meðaltal	7.9	10.4	1.3	2.5
Sd	5.1	6.4	1.5	1.9

Eins og sjá má í töflu 10 voru hrágildi reiði, árásartengdrar hegðunar íslenskra barna $M= 7,9$ ($Sd= 5,1$) töluvert lægri en bandarískra barna $M= 10,4$ ($Sd= 6,4$). Sömu sögu var að segja um einbeitingarvanda, íslensk börn voru með hrágildi 1,3 að meðaltali ($Sd= 1,5$) á meðan meðaltal hrágilda bandarískra barna var 2,5 ($Sd= 1,9$). Þessar tölur gáfu til kynna að íslensk börn voru, að mati foreldra og kennara að meðaltali að sýna minni vanda en bandarísk börn á báðum þáttunum. Niðurstöðurnar sýndu að meðaltali eiga 7% íslenskra barna á aldrinum 1½-5 ára við reiði, árásartengda hegðun og einbeitingarvanda að stríða að mati upplýsingagjafa.

5 Umræður og lokaorð

Í þessum kafla verða niðurstöður rannsóknarinnar ræddar í samhengi við fyrirbyggjandi þekkingu á hegðun og líðan barna á aldrinum 1½-5 ára, sem sett hefur verið fram í fræðilegum hluta rannsóknarinnar.

Megintilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni hegðunarfrávika barna á aldrinum 1½-5 ára á Íslandi að mati foreldra og leikskólakennara. Rannsóknarefnið var nálgast með meginþegri rannsóknaraðferð og byggja niðurstöðurnar á greiningu fyrirbyggjandi gagna úr nýrri rannsókn sem framkvæmd var á haustmánuðum ársins 2009.

Umræður hefjast á stuttri samantekt á gagnasafninu sem unnið var úr, helstu einkennum þess og áreiðanleika rannsóknarinnar. Síðan eru niðurstöðurnar ræddar út frá rannsóknarspurningunum, fyrst út frá kyni og síðan út frá aldri barnanna. Fjallað er um hvernig upplýsingagjafar mátu vanda barnanna og samanburður, á hegðun barna eftir mismunandi flokkunarkerfum og milli landa, reifaður. Að lokum verða takmarkanir og styrkleikar rannsóknarinnar rædd sem og hagnýting niðurstaðna og settar fram tillögur að frekari rannsóknum og hvernig nýta megi niðurstöður rannsóknarinnar í framtíðarstarfi með börnum á aldrinum 1½-5 ára.

5.1 Gagnasafnið

Gagnasafnið, sem unnið var með, varðaði 263 börn, 136 stúlkur og 127 drengi á aldrinum 1½-5 ára. Upphaflegt úrtak rannsóknarinnar, sem gagnasafnið er fengið úr, var 513 börn en brottfall var 250 börn eða 48,7%. Gagnasafnið inniheldur því einungis 51,3% úrtaksins og hefur rannsakandi svarhlutfallið í huga í ályktunarferlinu.

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna eru viðmið um gæði rannsókna, að verið sé að mæla það sem ætlað var og að ef mælingin er endurtekin leiði hún sömu niðurstöðu í mismunandi aðstæðum (Yegidis og Weinbach, 2009). Innri áreiðanleiki (Chronbach's alfa) spurninga ASEBA listanna, sem notast var við í

Þessari rannsókn, reyndist nokkuð hár og sambærilegur við fyrri áreiðanleikamælingar ASEBA listanna sem gerðar hafa verið erlendis (Achenbach og Rescorla, 2000). Þetta þýðir að þó svo, að gagnasafnið innihaldi aðeins rúmlega helming úrtaksins, má ætla að niðurstöðurnar svari spurningum rannsóknarinnar um einbeitingarvanda og reiði, árásartengdra hegðunar barna á aldrinum 1½-5 ára hér á landi.

5.2 Niðurstöður ræddar út frá kyni barnanna

Heildarvandi samanstendur af yfirþáttunum líðan (*e. internal*) og hegðun (*e. external*). Undirþættir líðanar eru tilfinningalegur vandi, kvíði/depurð, líkamlegar kvartanir og hlédrægni/óframfærni. Undirþættir hegðunar eru einbeitingarvandi (*e. attention problems*) og reiði/árasartengd hegðun (*e. aggressive behavior*). Til viðbótar er svefnvandi (*e. sleep problems*) sem reiknast inn í heildarvanda. Hér á eftir verða niðurstöður fyrrgreindra þátta ræddar út frá kyni barnanna.

Svo virtist sem hópurinn í heild sinni mælist með verri líðan en hegðun. Marktækur munur er á líðan barnanna eftir kyni, stúlkur mælast með verri líðan en drengir. Hins vegar er ekki marktækur munur á hegðun eftir kynjum, þó að drengir mælist með lítillega hærra meðaltal en stúlkur. Ekki er marktækur munur á einbeitingarvanda stúlkna og drengja. Einungis 2,9% stúlkna og 1,6% drengja, sem gerir 2,3% allra barnanna, mælast með einbeitingarvanda yfir klínískum mörkum. Ekki er að finna marktækan mun á stúlkum og drengjum varðandi reiði, árásartengda hegðun að mati foreldra en kennarar telja að drengir sýni marktækt meiri reiði, árásartengda hegðun heldur en stúlkur. 2,2% stúlkna eru taldar sýna reiði, árásartengda hegðun yfir klínískum mörkum, en hlutfall drengja er nokkuð hærra, 3,3% drengja mælast yfir klínískum mörkum. 3% barnanna mælast því með reiði, árásartengda hegðun yfir klínískum mörkum. Þessar niðurstöður eru í nokkru samræmi við fyrri rannsóknir sem gerðar hafa verið en þær sýna tíðni sem spannar allt frá 1,5% til 10% (Biederman o.fl, 2002; Margrét Valdimarsdóttir, Agnes H. Hrafnisdóttir, Páll Magnússon og Ólafur Ó. Guðmundsson, 2006: Sadock og Sadock, 2007).

Eins og sést á niðurstöðunum mælast stúlkur með verri líðan en drengir en drengir sýna verri hegðun en stúlkur. Þegar litið er á rannsóknir, sem gerðar hafa verið á hegðun og hegðunarfrávikum barna sést að drengir sýna að meðaltali verri hegðun en stúlkur. Sem dæmi má nefna að þrír drengir á móti hverri stúlku eru greindir með mótþróaþrjóscuröskun og ADHD, en það eru helstu hegðunarfrávik barna á leikskólaaldri (Biderman o.fl., 2002; Sadock og Sadock, 2007). Hægt er að greina mótþróaþrjóscuröskun hjá börnum alveg niður í þriggja ára aldur en í flestum tilfellum eru einkennin komin fram fyrir átta ára aldur og ekki síðar en snemma á kynþroskaskeiði (Sadock og Sadock, 2007).

Líkt og með ADHD og mótþróaþrjóscuröskun greinast fleiri drengir en stúlkur með andfélagslega hegðun, allt að fimm drengir á móti einni stúlku og er áætluð tíðni á bilinu 5-15%. Birtingarmynd andfélagslegrar hegðunar er mismunandi eftir aldri og þroska barna en algengt er að börn sýni hegðun sem einkennist af ýgi og skemmdarverkum, beiti líkamlegu ofbeldi, ljúgi, steli og virði ekki rétt annarra. Rannsóknir hafa sýnt að tengsl við fjölskyldu og nánasta umhverfi hefur mikil áhrif, því minni tengsl því meiri áhætta að þróa með sér röskunina (Snyder og Stoolmiller, 2002). Rannsóknir hafa einnig sýnt að batahorfur einstaklinga með andfélagslega hegðun er minni en þeirra sem greinast með mótþróaþrjóscuröskun og hegðunarröskun, sem gjarnan eru undanfarar andfélagslegrar hegðunar (Sadock og Sadock, 2007). Því er mikilvægt að íhlutun fari fram eins tímanlega og kostur er á, helst um leið og vart verður við hegðun hjá barni sem vísar frá því sem telst eðlilegt miðað við aldur og þroska barnsins líkt og hugmyndafræði snemmtækrar íhlutunar byggir á.

5.3 Niðurstöður ræddar út frá aldurshópum

Þar sem aldurinn 1½-5 ára spannar stórt þroskaskeið í lífi barna er börnunum í gagnasafninu skipt upp í tvo aldurshópa, annars vegar yngri aldurshóp, 1½-3 ára og hins vegar eldri hóp, 3½-5 ára. Þessi aldurshópaskipting tekur mið af málskimunarkönnun listanna sem ætluð er 18-35 mánaða (1½-3 ára) börnum. Ástæðan fyrir aldurskiptingunni er sú að áhugavert þykir að kanna hvort marktækan mun á hegðun og líðan sé að finna á milli þessara aldurshópa.

Þegar líðan (*e. internal*) barnanna er skoðuð út frá aldurshópum kemur í ljós að ekki er marktækur munur á milli barna 1½-3 ára og 3½-5 ára. Hins vegar sýna börn í yngri aldurshópnum marktækt verri hegðun (*e. external*) en eldri börnin og það sama á við þegar heildarvandi barnanna er skoðaður. Þar sýna börn í yngri aldurshópnum marktækt meiri heildarvanda en börnin í eldri hópnum og eru drengir 1½-3 ára metnir með mesta heildarerfiðleika (*e. total problems*). Yngri börn áttu bæði við marktækt meiri einbeitingarvanda og reiði, árásartengda hegðun að stríða heldur en þau sem eldri eru.

Þessar niðurstöður rannsóknarinnar eru sannarlega áhugaverðar og vekja upp spurningar um hver sé orsök þessa aldurstengda munar á hegðun barnanna. Vitað er að finna má svipuð hegðunareinkenni á meðal barna sem eru á sama aldurskeiði vegna þess þroskaferlis sem þau ganga í gegnum. Algengt er að yngri börn sýni hegðun sem einkennist af neikvæðni, skapofsaköstum og almennri þvermóðsku. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að athyglisvandi er algengur hjá ungum börnum, þau haldast stutt við athafnir sínar og krefjast sífellt nýrra og spennandi verkefna. Oftast dregur þó úr skapofsaköstunum og athyglisvandanum með auknum þroska (Rutter, 1975).

Piaget talar um að börn gangi í gegnum ákveðin þroskastig sem helst nokkurn veginn í hendur við aldur þeirra. Samkvæmt kenningu hans eru ung börn sjálflæg í hugsun, styðjast við sitt eigið sjónarhorn og eru hugsanir þeirra yfirleitt frekar einfaldar og ekki rökréttar. Piaget telur að algengt sé að ung börn sýni ýgi og ráðist jafnvel á leikfélaga sína og segir hann þessa hegðun skýrast af þroskaleysi barnanna (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2009; Kail, 2007; Kristín Elfa Guðnadóttir, 2000). Því er hugsanlegt þroskamunur barna 1½-3 ára og 3½-5 ára sé það mikill að yngri hópurinn mælist fremur með hegðunarfrávik en þau börn sem eru í eldri hópnum vegna þess að þau eru ekki á sama þroskaskeiði.

Gelfand og Drew (2003) tala um að aldur barns skipti mestu máli þegar ákveðið er hvort hegðun barns teljist eðlileg eða ekki, hegðun sem telst viðeigandi á einum aldri getur talist óeðlileg á öðrum. Því er mikilvægt að þeir sem starfa við greiningar á börnum og unglingum þekki vel hvað telst eðlileg

hegðun á hverju aldurskeiði, svo þeir geti réttilega fundið út hvort hegðun barnsins víki frá meðaltali barna á sama aldurskeiði.

Vygotsky leggur mikla áherslu á að nám eigi sér stað í félagslegu samhengi og mikilvægast er tungumálið því það hjálpar börnum að tjá hugsanir sínar og þekkingu og er táknerfi sem börn læra til þess að geta átt samskipti við aðra (Berk, 2004; 2009; Cook og Cook, 2005; Kail, 2007). Því er hugsanlegt að hegðunarfrávik yngri barna liggji í málþroska þeirra því þau eiga erfiðara með að tjá tilfinningar sínar og vilja heldur en eldri börn.

5.4 Mat upplýsingagjafa

Upplýsingagjafar í rannsókninni eru mæður, feður og leikskólakennarar sem fylltu út 660 lista um börnin 263. Um er að ræða 447 foreldralista (CBCL), mæður svara 257 listum (39% gagnasafnsins) og feður 190 listum (28,8% gagnasafnsins). 213 kennaralistum (C-TRF) er svarað en það eru 32,2% gagnasafnsins.

Á svarlista ASEBA voru foreldrar beðnir um að fylla út starfsheiti sitt og síðan voru þau flokkuð út frá íslenskri starfaflokkun Hagstofu Íslands. Rannsakandi velti því fyrir sér hvort um marktækan mun væri að ræða á mati foreldra á hegðunarvanda barna þeirra eftir starfi og menntun en svo er ekki.

Mæður og feður meta einbeitingarvanda barnanna nokkuð ólíkt. Mæður meta einbeitingarvanda drengja meira en stúlkna, á meðan feður telja að stúlkur eigi fremur við vandann að etja. Kennarar telja að börnin eigi við meiri einbeitingarvanda að stríða en foreldrar. Þegar mat foreldra og leikskólakennara á einbeitingarvanda eftir aldurshópum er skoðað kemur í ljós að bæði foreldrar og kennarar telja að börn 1½-3 ára eigi fremur við einbeitingarskort að etja heldur en börn í eldri aldurshópnum.

Líkt og með einbeitingarvandann telja mæður að drengir sýni fremur reiði, árásartengda hegðun en stúlkur. Feður meta þennan vanda barnanna jafnt eftir kyni og er þessi kynjamunur að mati foreldranna ekki marktækur. Kennarar telja að drengir sýni marktækt mun meiri reiði, árásartengda hegðun en stúlkur gera. Allir upplýsingagjafarnir eru sammála um að börn í yngri aldurshópnum sýni meiri reiði, árásartengda hegðun en eldri börnin gera þó að einungis mat

leikskólakennaranna sé marktækt. Feður telja erfiðleika 1½-3 ára barnanna meiri en mæður.

Þegar niðurstöður rannsóknarinnar eru skoðaðar sést að mat foreldra og kennara, á hegðun og líðan barnanna, er ólíkt. Tengsl umönnunaraðila við börn eru mismunandi og því er nauðsynlegt að fá mat sem flestra. Achenbach og Rescorla (2000) mælast til þess, í handbók fyrir ASEBA listana, að foreldralistinn sé lagður fyrir báða foreldra, ástæðan fyrir því er sú að vanalega sjá foreldrar hegðun og líðan barns síns ekki á sama hátt. Ef einungis annað foreldri er til staðar er lagt til að einhver annar nákominn barninu, t.d. stjúpfareldri, amma eða afi, fylli einnig út listana. Af sömu ástæðu er mikilvægt að sem flestir kennarar barnsins fylli út kennaralistann. Íslensk rannsókn, sem framkvæmd var af Páli Magnússyni, Jakobi Smára, Hrönn Grétarsdóttur og Hrunn Þrándardóttur (1999), á tíðni ADHD meðal 427 íslenskra skólabarna á aldrinum sex til átta ára, sýnir einnig að tíðni hegðunar barna er nokkuð á reiki eftir því hverjir meta hegðun þeirra. Í rannsókninni voru annars vegar foreldrar og hins vegar kennarar barnanna beðnir að leggja mat á einkenni þeirra. Upplýsingar frá foreldrum gáfu til kynna að 4,7% þessara barna glímdu við ADHD en hlutfallið var hins vegar 5,8% þegar kennarar voru beðnir að meta hegðun barnanna.

5.5 Samanburður

Niðurstöður rannsóknarinnar innihalda tvenns konar samanburð. Annars vegar er um að ræða samanburð á ASEBA og DSM flokkunarkerfunum, sem hægt er að vinna úr niðurstöðum matslistanna, og hins vegar um samanburð á einbeitingarvanda og reiði, árástengdri hegðun að ræða á milli íslenskra barna í þessari rannsókn og úrtaki bandarískra barna.

Við samanburð ASEBA og DSM flokkunarkerfanna er notast við þættina athygli-vöntun, ofvirknivandi og mótstöðuhegðun DSM kerfisins sem samsvarar einbeitingarvanda og reiði, árástengdri hegðun í ASEBA flokkuninni. Um sterka jákvæða fylgni er að ræða á báðum þáttum, sem þýðir að skorun einstaklinga á einbeitingarvanda og athygli-vöntun, ofvirknivanda annars vegar og reiði, árástengdri hegðun og mótstöðu hegðun hins vegar er svipuð eftir

flokkunarkerfum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir sem gerðar hafa verið á ASEBA og DSM flokkunum á ASEBA matslistunum (Rescorla, 2005).

Á Íslandi er notast við bandarísk viðmið þegar notast er við ASEBA skimunar- og matslistana til að meta líðan og hegðun barna á aldrinum 1½-5 ára, vegna þess að enn er ekki til íslensk viðmiðunarmörk til að nota í rannsóknum og greiningum á börnum. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að íslensk börn sýna að meðaltali minni vanda en bandarísk börn í báðum þáttunum. Því má velja fyrir sér hvort vandi íslenskra barna sé í raun minni en bandarískra, eða hvort orsökinn liggi í því að notast er við bandarísk viðmiðunarmörk, svokölluð „cut off“ mörk eðlilegra og sjúklegra einkenna, hér á landi. Í rannsókninni var reiknuð út dreifing gagnasafnsins sem unnið var með, og reyndist hún lægri en normaldreifing Achenbach's (Achenbach og Rescorla, 2000). Þetta þýðir að viðmiðunarmörk, mörk eðlilegra og sjúklegra einkenna hér á landi, ættu í raun að vera lægri en Achenbach's mörkin sem notuð eru. Þetta styður þá ályktun að vandi íslenskra barna sé í raun ekki minni en bandarískra barna, viðmiðunarlínan fyrir hegðunarfrávik sé of há miðað við íslenskan raunveruleika. Rannsóknir, sem unnar hafa verið á Norðurlöndunum með mælitækin, sýna, líkt og þessi rannsókn, að viðmiðunarmörk eru lægri en bandarísku mörkin (Halldór Guðmundsson, 2005).

5.6 Styrkleikar og veikleikar rannsóknarinnar

Takmarkanir rannsóknarinnar eru nokkrar. Má þar nefna lágt svarhlutfall í rannsókninni sem gögnin eru fengin úr. Úrtakið var 513 börn en einugis bárust svör varðandi 263 börn eða 51,3% úrtaksins. Lágt svarhlutfall rannsóknarinnar, og þar með minnkað gagnasafn þessarar rannsóknar, veikir alhæfingargildi hennar yfir á þýðið. Rannsakandi veltir því fyrir sér hvaða hópur það er sem svaraði ekki ASEBA listunum. Möguleiki er á að það séu foreldrar barna sem eiga við mikinn vanda að stríða og geta ástæðurnar fyrir brottfalli þess hóps verið margvíslegar, til dæmis að foreldrarnir eru ekki búnir að viðurkenna vanda barna sinna og hafi því færst undan því að svara listunum. Hins vegar getur verið að brottfallshópurinn samanstandi, að mestu leyti, af foreldrum barna sem eiga við

lítinn eða engan vanda að stríða, þeim foreldrum gæti fundist þessi rannsókn vera sér óviðkomandi og því ekki svarað listunum. Í öðru lagi hefur úrvinnsla gagna tekið mið af rannsóknarspurningum og því hafa ekki verið unnar ítarlegri tölfræðilegar úrvinnslur sem áhugavert hefði verið að gera og gætu hafa veitt frekari upplýsingar um stöðu barna á þessum aldri.

Til styrkleika rannsóknarinnar má nefna að innri áreiðanleiki fyrir þær spurningar, sem mæla hegðun barna (e. *External*), einbeitingarvanda (e. *Attention problems*) og reiði, árásartengda hegðun (e. *Aggressive behavior*), í rannsókninni var góður og í nokkru samræmi við áreiðanleikamælingar í Bandaríkjunum.

5.7 Hagnýting niðurstaðna og ábendingar

Eins og áður hefur komið fram eru notkunarmöguleikar ASEBA matslistanna margir og einn af þeim möguleikum er að nota listana sem skimunarlista fyrir hegðunarvanda barna á leikskólaaldri (Rescorla, 2005). ASEBA skimunar- og matslistarnir gefa yfirgripsmikla mynd af barninu, líðan þess og hegðun með upplýsingasöfnun úr mismunandi aðstæðum. Hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að þessir matslistar gefa ekki klínískar sjúkdómsgreiningar heldur er þeim ætlað að veita vísbendingar um slíkt (Helga Hannesdóttir, Lilja Sólnes, Jorma Piha og Halldór Sig. Guðmundsson, 2005). Þar sem niðurstöður rannsóknarinnar sýna að kennarar meta hegðun barna að meðaltali verri en foreldrar er líklegt að hegðun barna sé breytileg eftir umhverfi þeirra sem og að kennarar og foreldrar sjá hegðun barnanna ólíkt. Því væri ákjósanlegt að skimunar- og matslistar ASEBA væru lagðir fyrir foreldra allra barna á leikskólaaldri, ekki einungis þeirra barna sem grunur leikur á að eigi við einhverskonar hegðunarfrávik að stríða. Með þessu móti væri auðveldara að skima hegðunarfrávik barna á aldrinum 1½-5 ára og grípa fyrir inn í ferlið með snemmtækri íhlutun.

Mikilvægi þess að greina snemma hegðunarfrávik hjá börnum er ótvírætt, því eins og áður hefur komið fram hafa rannsóknir sýnt að sterk tengsl eru á milli hegðunarerfiðleika barna á leik- og grunnskólaaldri og andfélagslegarar hegðunar síðar meir (Gelfand og Drew, 2003). En ekki er nóg að greina vandann, það þarf

að takast á við hann og vinna með barninu og fjölskyldu þess til að fyrirbyggja frekari vanda í framtíðinni. Hugmyndafræði Snemmtækrar íhlutunar er gjarnan beitt við vinnu með ungum börnum og fjölskyldum þeirra, en til að ná sem bestum árangri er mikilvægt að byrja um leið og grunur vaknar um erfiðleika af einhverju tagi í þroskaframvindu og hegðun (Tryggvi Sigurðsson, 2008). Hægt er að skipta þjónustu snemmtækrar íhlutunar upp í fyrsta, annars og þriðja stigs forvarnir. Ef skimunar- og matslistar ASEBA er lagðir fyrir foreldra allra leikskólabarna, líkt og rannsakandi hefur nefnt, væri líklegra en ekki að hægt væri að koma í veg fyrir þróun hegðunarfrávika einhverra barna með fyrsta stigs þjónustu snemmtækrar íhlutunar. Soriano (2006) skilgreinir fyrsta stigs þjónustu sem felur í sér forvarnir sem miða að því að draga úr fjölda nýrra tilvika, það er að segja almennar aðgerðir og eftirlit á borð við mæðravernd og ungubarnaeftirlit eða eftirlit með áhættuhópum til að koma í veg fyrir röskun eða aðstæður sem geta leitt til fötlunar og hegðunarfrávika.

Eitt af verkefnum félagsráðgjafar eru forvarnir og snemmtæk íhlutun. Hugmyndafræði félagsráðgjafar byggir á heildarsýn þar sem hugsað er um vanda skjólstæðingsins í samhengi við umhverfi hans. Að baki þeirri hugmyndafræði býr sú sýn á manneskjuna að hver og einn einstaklingur sé margbreytilegur og sérstakur (Lára Björnsdóttir, 2006). Mikilvægt er að líta á aðstæður hvers og eins frá öllum hliðum, í samhengi við umhverfið og samfélagið í heild sinni líkt og Bronfenbrenner gerir í vistfræðimódeli sínu, þar sem hann dregur upp heildstæða og skipulega mynd af helstu áhrifaþáttum á þroska barna (Berk, 2004 og 2009).

Þrátt fyrir takmarkanir rannsóknarinnar má draga nokkra þekkingu af niðurstöðum hennar. Niðurstöðurnar sýna að börn á aldrinum 1½-3 ára eru metin, af foreldrum og leikskólakennurum, með meiri vanda en 3½-5 ára gömul börn, og gefa þessar niðurstöður tilefni til frekari athugana á hvort aldurskipti þurfi úrvinnslu ASEBA matslistanna fyrir 1½-5 ára börn. Einnig gefa niðurstöður rannsóknarinnar tilefni til frekari rannsókna á íslenskum viðmiðum skimunarlista ASEBA fyrir 1½-5 ára börn. Það er von rannsakanda að rannsóknin varpi ljósi á

tíðni hegðunarfrávika leikskólabarna og verði grundvöllur frekari rannsókna og úrræða sem bæta greiningar- og meðferðarvinnu með ungum börnum.

Heimildir

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2009). *2009 ASEBA Catalog*. Sótt 2. nóvember 2009 af [http://www.aseba.org/2009 %Catalog.pdf](http://www.aseba.org/2009%Catalog.pdf).
- ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2009). *ASEBA Origins*. Sótt 3. nóvember 2009 af [http://www.aseba.org/ABOUTUS /origins.html](http://www.aseba.org/ABOUTUS/origins.html).
- ASEBA á Íslandi. (e.d.). *Hugtakalisti- ASEBA (ísl.þýð)*. Sótt 3. nóvember 2009 af <http://www.aseba.net/userfiles/File/hugtakalisti/Hugtakalist%201-5.pdf>.
- ASEBA á Íslandi. (e.d.). *Hvað er ASEBA?* Sótt 2 nóvember 2009 af http://www.aseba.net /sida/hvad_er_aseba/.
- ASEBA á Íslandi. (e.d.). *Rannsókn á viðmiðum fyrir skimunar- og matslista ASEBA 1½ -5 ára*. Sótt 28. október 2008 af [http://www.aseba.net/greinar/ rannsokn_a _vidmidum_fyrir_skimunar-_og_matslista_aseba_1 __-5_ara/](http://www.aseba.net/greinar/rannsokn_a_vidmidum_fyrir_skimunar-_og_matslista_aseba_1__-5_ara/).
- Achenbach, T.M. (2009). *The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth & families.
- Achenbach, T.M. og Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth & families.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Alys, D., Spencer, o.fl. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42. Sótt 6. apríl 2006 úr ProQuest gagnagrunninum.
- Berk, L.E. (2004). *Development through the lifespan* (3. útgáfa). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Berk, L. (2009). *Child development* (8. útgáfa). Boston: Pearson Education.
- Cook, J.L. og Cook, G. (2005). *Child development: Principles and perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Erickson, M.T. (1998). *Behavior disorders of children and adolescents: Assesment, etiology and inertvention* (3. útgáfa). New Jersey: Prentice Hall.
- Feldman, M.A. (2004). Introduction: What is early intervention. Í M.A. Feldman (Ritstj.), *Early Intervention: The essential readings* (bls. 1-4). Malden: Blackwell Publication.


- Félags- og tryggingamálaráðuneytið. (2009). *Skýrsla nefndar um hvernig bæta megi þjónustu við börn og unglinga með athyglisbrest og ofvirkni (ADHD) og skyldar raskanir*. Óútgefin skýrsla.
- Gelfand, D.M. og Drew, C.J. (2003). *Understanding child behavior disorders* (4. útgáfa). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson og Páll Magnússon. (2000). Ofvirknisröskun. Yfirlitsgrein. *Læknablaðið*, 80, 413 – 419.
- Grétar Sigurbergsson. (2008). *Fullorðnir með ADHD*. Sótt 23. apríl 2008 af http://www.adhd.is/Files/Skra_0026634.doc.
- Guðrún Þorsteinsdóttir, Hrönn Björnsdóttir og Sigríður María Játvarðardóttir. (2006). Greining og ráðgjöf. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagaráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 83-93). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í fjölskyldu- og barnavernd (RBF).
- Halldór Sigurður Guðmundsson. (2005). *Hegðun, líðan og félagslegar aðstæður 11-18 ára barna innan barnaverndar á Íslandi: Sjónarhorn barna, foreldra, kennara og starfsmanna barnaverndar*. Óbirt meistarafráttir: Háskóli Íslands.
- Halldór Sig. Guðmundsson. (2006). Skimun og stöðluð matstæki. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstj.). *Heilbrigði og heildarsýn: Félagaráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 242-256). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í barna og fjölskylduvernd (RBF).
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2004). *Samhæfing í málefnum barna og unglinga með geðraskanir: Tillaga um skilgreiningu þriggja þjónustustiga í málefnum barna og unglinga með geðraskanir og aðgerðir til að auka samþættingu þjónustunnar*. Reykjavík: Höfundur.
- Helga Hannesdóttir. (1996). *Agi og hegðun*. Hf. Uppi: Reykjavík.
- Helga Hannesdóttir, Lilja Sólves, Jorma Piha og Halldór Sig. Guðmundsson. (2005). *Atferlis- og tilfinningaraskanir barna og unglinga: Greiningar- og meðferðarúræði*. Sótt 1. nóvember 2009 af http://www.aseba.net/sida/rannsoknir_og_greinar/.
- Hrönn Björnsdóttir. (2008). Stuðningur við fjölskyldur: Fjölskyldumiðuð þjónusta. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfssdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson (Ritstj.), *Þroskahömlun barna: Orsakir- eðli- íhlutun* (bls. 140-145). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Ingibjörg Georgsdóttir. (2008). Vöxtur og þroski. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfssdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson (Ritstj.), *Þroskahömlun barna: Orsakir- eðli- íhlutun* (bls. 11-17). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

- Jóna G. Ingólfssdóttir. (2008). Snemmtæk íhlutun á leikskólaárum. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfssdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson (Ritstj.), *Proskahömlun barna: Orsakir- eðli- íhlutun* (bls. 134-139). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Kail, R.V. (2007). *Children and their development* (4. útgáfa). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Kristín Elfa Guðnadóttir. (2000). *Heilbrigður þroski eða hegðunarvandamál: Proskastig barnsins samkvæmt kenningum Piaget. Uppeldi, 13, 26-28.*
- Landlæknisembættið. (2007, desember). *Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni (ADHD)*. Sótt 20. október 2009 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3330>.
- Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls.49-61). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í fjölskyldu og barnavernd (RBF).
- Lög um leikskóla nr. 90/2008 með áorðnum breytingum 38/2009.*
- Mahoney, G. og Wiggers, B. (2007). The Role of Parents in early intervention: Implications for social work. *Children and schools, 29, 7-15*. Sótt 2. September 2009 úr Ebscohost gagnagrunninum.
- Malone, D.M., McKinsey, P.D., Thyer, B.A. og Straka, E. (2000). Social work early intervention for young children with developmental disabilities. *Health and Social Work, 25, 169-180*. Sótt 5. september 2009 úr Ebscohost gagnagrunninum.
- Margrét Sigmarsdóttir. (2002). PMT meðferð fyrir foreldra barna með hegðunarerfiðleika. *Glæður, 2, 18-24*.
- Margrét Valdimarsdóttir, Agnes H. Hrafnisdóttir, Páll Magnússon og Ólafur Ó Guðmundsson. (2006). Íslensk börn með ofvirkni- lýsing á nokkrum þáttum í meðgöngu og fæðingu. *Læknablaðið, 92, 609-614*.
- Martin, C.L. og Fabes, R. (2009). *Discovering child development* (2. útgáfa). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Menntamálaráðuneytið. (1999). *Aðalnámsskrá leikskólanna*. Reykjavík: Höfundur.
- Neuman, W.L. (2003). *Social research methods : quantitative and qualitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Páll Magnússon, Jakob Smári, Hrönn Grétarsdóttir og Hrund Þrándardóttir. (1999). Attention- Deficit/Hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: assesment with the Attention Deficit/Hyperactivity rating scale-IV. *Scandinavian Journal of Psychology, 40, 301-306*.

- Rescorla, L.A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11, 226-236.
- Rutter, M. (1975). *Helping troubled children*. New York: Plenum Press.
- Sadock, B.J. og Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10. útg). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Shonkoff, J.P og Meisels, S.J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. Í J.P. Shonkoff og S.J. Meisels (Ritstj.), *Handbook of early intervention* (3-31). Cambridge: Cambridge university.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2006). Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu- eitt sérfræðisvið. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstj.). *Heilbrigði og heildarsýn: Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 33-48). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í barna og fjölskylduvernd (RBF).
- Sigurlína Davíðsdótti. (2003). Eigindlegar og megindlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.). *Handbók: í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-236). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Snyder, J. og Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and Coercion Mechanisms in the Development of Antisocial Behavior: The Family. Í J.B. Reid, G.R. Patterson og J. Snyder (Ritstj.). *Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and the Oregon Model for Intervention* (bls: 65-100). Washington, DC: American psychological association.
- Soriano, V. (Ritstj.). (2006). *Skjót afskipti. Rannsókn á aðstæðum í Evrópu: Lykilatriði og tillögur*. Sótt 1. október 2009 af [http://www.european-agency.org/publications/ ereports/early-childhood-intervention/eci_is.pdf](http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/eci_is.pdf).
- Tryggvi Sigurðsson. (2001). Snemmtæk íhlutun: Markmið og leiðir. *Glæður*, 1, 39-44.
- Tryggvi Sigurðsson. (2008). Snemmtæk íhlutun- yfirlit og áherslur. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfssdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson (Ritstj.), *Þroskahömlun barna: Orsakir- eðli- íhlutun* (bls. 119-125). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Yegidis, B. L. og Weinbach, R. W. (2009). *Research methods for social workers* (6. útgáfa). Boston: Pearson.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1: CBCL- spurningalisti fyrir foreldra



Spurningalisti yfir atferli barna á aldrinum 1 1/2 -5 ára

Vinsamlegast skrifaðu greinilega. Útfyllist ekki ID#:

Nafn barns _____		Starf foreldra að jafnaði, jafnvel þótt annað eða bæði séu ekki í starfi um þessar mundir. (Tilgreindu nákvæmlega t.d. bifvélavirki, menntaskólakennari, húsmóðir, o.s.frv.)	
Kyn <input type="checkbox"/> Drengur <input type="checkbox"/> Stúlka	Kennitala barns _____ - _____	Starf föður _____	
Dagurinn í dag Dagur ____ Mán. ____ Ár ____	Gæsla utan heimilis <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Starf móður _____	
Vinsamlegast fylltu út þetta eyðublað eins og barnið kemur þér fyrir sjónir, jafnvel þótt annað fólk sé þér ósammála. Þér er velkomið að skrifa athugasemdir til viðbótar við hvert atriði og eins er rými fyrir athugasemdir á bls. 2.		Þessi skrá er útfyllt af (fullt nafn - prentastafir): _____	
		Tengsl þín við barnið: <input type="checkbox"/> Móðir <input type="checkbox"/> Faðir <input type="checkbox"/> Önnur tengsl (hver)? _____	

Hér á eftir eru atriði sem lýsa börnum. Skoðaðu hvernig atriðin lýsa barninu **núna eða á síðustu 2 mánuðum**. Dragðu hring um **2** ef hegðunin er **dæmigerð eða algeng**. Merktu við **1** ef atriðið á **stundum** við. Ef atriðið á **ekki við** barnið merktu þá við **0**. Best er að þú merkir við öll atriðin eins vel og þú getur, jafnvel þótt þér finnst þau ekki eiga við.

0 = Ekki rétt (svo þú vitir til) 1 = Að einhverju leyti eða stundum rétt 2 = Á mjög vel við eða er oft rétt

<p>0 1 2 1. Er oft illt, fær verki (aðra en höfuð- og magaverki; án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 2. Hagar sér barnalega miðað við aldur</p> <p>0 1 2 3. Er hrædd(ur) við að reyna eitthvað nýtt</p> <p>0 1 2 4. Forðast að horfast í augu við aðra</p> <p>0 1 2 5. Á erfitt með að einbeita sér, fylgist ekki með nema stutta stund í einu</p> <p>0 1 2 6. Getur ekki verið kyrr, er óróleg(ur)</p> <p>0 1 2 7. Polir illa að hluti séu ekki á sínum stað</p> <p>0 1 2 8. Getur ekki beðið, þarf að fá allt strax</p> <p>0 1 2 9. Nagar hluti sem ekki eru ætíð</p> <p>0 1 2 10. Hangir of mikið í fullorðnum, er of háður þeim</p> <p>0 1 2 11. Leitar stöðugt eftir aðstoð</p> <p>0 1 2 12. Hægðatregða, heldur í sér hægðum (án þess að vera veik(ur))</p> <p>0 1 2 13. Grætur mikið</p> <p>0 1 2 14. Meiðir dýr</p> <p>0 1 2 15. Ögrar</p> <p>0 1 2 16. Vill fá óskir sínar uppfylltar í hvelli</p> <p>0 1 2 17. Eyðileggur eigin hluti</p> <p>0 1 2 18. Eyðileggur eigur fjölskyldunnar eða eignir annarra barna</p> <p>0 1 2 19. Er með niðurgang eða linar hægðir (án þess að vera veik(ur))</p> <p>0 1 2 20. Er óþæg(ur)</p> <p>0 1 2 21. Verður óróleg(ur) þegar vikið er frá daglegum vönjum</p> <p>0 1 2 22. Vill ekki sofa ein(n)</p> <p>0 1 2 23. Svarar ekki þegar talað er við hana/hann</p> <p>0 1 2 24. Borðar ekki nóg (lýstu nánar) _____</p> <p>0 1 2 25. Semur illa við önnur börn</p> <p>0 1 2 26. Kann ekki að hafa gaman af neinu, er eins og lítil(l) fullorðin(n)</p>	<p>0 1 2 27. Virðist ekki fá sektarkennd eftir að hafa gert eitthvað af sér</p> <p>0 1 2 28. Vill ekki fara út úr húsi</p> <p>0 1 2 29. Verður gjarnan pirruð/pirraður</p> <p>0 1 2 30. Verður auðveldlega afbrýðisóm/afbrýðisamur</p> <p>0 1 2 31. Borðar eða drekkur eitthvað sem ekki er matur – ekki meðtalið sælgæti (lýstu nánar) _____</p> <p>0 1 2 32. Hræðist viss dýr, aðstæður eða staði (lýstu nánar) _____</p> <p>0 1 2 33. Sárnar oft</p> <p>0 1 2 34. Meiðir sig oft, er slysgjörn/slysgajarn</p> <p>0 1 2 35. Lendir oft í slagsmálum</p> <p>0 1 2 36. Blandar sér í allt</p> <p>0 1 2 37. Er afar óróleg(ur) þegar foreldrar kveðja</p> <p>0 1 2 38. Á erfitt með að sofna</p> <p>0 1 2 39. Fær höfuðverk (án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 40. Lemur aðra</p> <p>0 1 2 41. Heldur niðri í sér andanum</p> <p>0 1 2 42. Meiðir dýr eða fólk án þess að ætla sér það</p> <p>0 1 2 43. Virðist vansæl(l) án þess að ástæða sé til</p> <p>0 1 2 44. Reiðist oft</p> <p>0 1 2 45. Er oft flöskurt, liður illa (án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 46. Fær taugavíprur eða kæki (lýstu nánar) _____</p> <p>0 1 2 47. Er taugaóstyrk(ur) eða spenn(ur)</p> <p>0 1 2 48. Fær martraðir á næturnar</p> <p>0 1 2 49. Borðar of mikið</p> <p>0 1 2 50. Er óeðlilega þreytt(ur)</p>
--	---

Góðfúslega athugaðu hvort öllum atriðum hefur verið svarað. Flettu svo á næstu síðu.

Höfundaréttur 2000 T. Achenbach & L. Rescorla
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456H
www.ASEBA.org

Öll ljósrítun, afritun eða útgáfudun oneinu nema með leyfi þýðanda.
Íslensk þýðing: ASEBA á Íslandi sf.
www.aseba.nu

7-28-00 Edition - 601
IS-Útg: CBCL 11-2004

MÁLPROSKAKÖNNUN FYRIR ALDURINN 18-35 MÁNAÐA

Nr. _____

Með Málproskakönnuninni eru setningabygging og orðaforði barna metin. Með því að fylla vandlega út Málproskakönnunina, getur þú hjálpað okkur að fá nákvæma mynd af málproska barnsins þíns.

Vinsamlegast skrifaðu svörin með prentstöfum. Gættu þess að svara öllum atriðum.

I. Fæddist barnið þitt fyrir lok hins venjulega 9 mánaða meðgöngutíma?

Nei Já - hversu mörgum vikum fyrir? _____ vikum fyrir

II. Hver var þyngd barnsins við fæðingu? _____ grömm

III. Hve oft fékk barnið eyrnabólgu áður en það varð 24 mánaða gamalt?

0-2 sinnum 3-5 sinnum 6-8 sinnum 9 sinnum eða oftar

IV. Er eitthvert annað tungumál en íslenska talað á heimilinu?

Nei Já - vinsamlega skráið tungumálin: _____

V. Hefur einhver ættingi barnsins verið seinn að læra að tala?

Nei Já - vinsamlega skráðu skyldleika þeirra við barnið, t.d. bróðir, faðir

VI. Hefur þú áhyggjur af málproska barnsins?

Nei Já - hvers vegna? _____

VII. Segir barnið einhver orð af eigin hvötum (ekki er átt við að það hermi elfir eða skilji orð)?

Já - ef svo er vinsamlegast fyllið út lið VIII og síðu 4. Nei

VIII. Tengir barnið saman 2 eða fleiri orð og myndar setningar? Til dæmis: „meira kex“, „amma taka“.

Nei Já - vinsamlegast skrifaðu með prentstöfum 5 lengstu og bestu setningar barnsins. Sé setningin ekki á íslensku, góðfúslega skrifaðu nafn tungumálsins hjá setningunni.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Fullvissaðu þig um að þú hafir svarað öllum liðum. Flettu síðan yfir á næstu síðu.


CBCL/16-5, bls. 3

Vinsamlega dragðu hring um hvert orð sem barn þitt segir AF EIGIN HVÖTUM (ekki bara hermir eftir eða skilur). Ef barnið þitt segir orð af listanum á öðru tungumáli en íslensku, dragðu þá hring um íslenska orðið og skrifaðu upphafsstafi tungumálsins (t.d. Sæ fyrir sænsku). Merktu við orðin þó þau séu ekki borin skýrt fram eða séu á „barnamáli“ (t.d. „baba“ fyrir pabbi).

FÆÐA	DÝR	ATHAFNIR	INNANHÚSS	TIL ÁHERSLU	ANNAÐ
1. epli	55. úlfur	107. baða	163. bað	216. allt búið	264. e-r bókstafur
2. banani	56. fluga	108. morgunmatur	164. rúm	217. allt í lagi	265. burt
3. brauð	57. fugl (bí-bí)	109. fara með	165. teppi	218. vont (ái, ó-ó)	266. má ekki
4. smjör	58. padda	110. grípa	166. snuð (snudda)	219. stórt	267. bless (bæ-bæ)
5. terta	59. kanína	111. klappa	167. skál	220. svart	268. fyrirgefðu
6. nammi (sælæti)	60. kisa	112. loka	168. stóll	221. blátt	269. hér
7. grauttur (seríós)	61. kjúklingur	113. koma	169. klukka	222. brotið	270. hæ, halló
8. ostur	62. kýr (kusa)	114. hósta	170. barnarúm	223. hreint	271. í
9. kaffi	63. hundur (voffi)	115. skera	171. bolli	224. kalt	272. ég
10. kaka	64. önd	116. dansa	172. hurð	225. dimmt	273. mjá
11. kex	65. fill	117. kvöldmatur	173. gólf	226. skítugt	274. mitt
12. drekka	66. fiskur	118. kúka	174. gaffall	227. þurrt	275. ég sjálf (-ur)
13. egg	67. froskur	119. niður	175. glas	228. gott	276. góða nótt
14. matur	68. hestur	120. borða	176. hnífur	229. glatt (ánægt)	277. nei
15. vínber	69. api	121. mata	177. ljós	230. þungt	278. frá
16. tyggjó	70. svín	122. ljúka við (klára)	178. spegill	231. heitt	279. á
17. hamborgari	71. hvölpur	123. gera við (laga)	179. koddi	232. svangt	280. út
18. pylsa	72. slanga	124. ná í	180. diskur	233. lítið	281. gjörðu svo vel
19. ís	73. tígrisdýr (tígur)	125. gefa	181. koppur	234. mín	282. Stundin okkar
20. safi (djús)	74. kalkúni	126. fara	182. útvarp	235. meira	283. þegiðu
21. kjöt	75. skjaldbaka	127. hafa	183. herbergi	236. sætt	284. takk
22. mjólk		128. hjálpa	184. vaskur	237. fallett	285. þarna
23. appelsína	LÍKAMINN	129. slá (berja)	185. sápa	238. rautt	286. undir
24. pizza	76. handleggur	130. faðma (knúsa),	186. skeið	239. fýla	287. velkomin
25. saltstóng (snakk)	77. nafla	131. hoppa	187. stigi	240. þessi	288. hvað
26. rúsinur	78. rass	132. sparka	188. borð	241. þetta	289. hvar
27. gos	79. haka	133. kyssa	189. sími	242. þreytt	290. hversvegna
28. súpa	80. eyra	134. banka	190. handklæði	243. blautt	291. voff voff
29. spaghettí	81. olnbogi	135. skoða	191. rusl	244. hvítt	292. já
30. te	82. auga	136. elska	192. sjónvarp	245. gult	293. þú
31. ristað brauð	83. andlit	137. hádegismatur	193. gluggi	246. klístra (káma)	294. namminamm
32. vatn	84. fingur (putti)	138. búa til			295. e-r tala (t.d. tveir)
	85. fótur	139. lúra	YMSAR EIGUR	FÓT	FÓLK
LEIKFÖNG	86. hárl	140. opna	194. bursti	247. beini	296. frænka
33. bolti	87. hönd (hendi)	141. úti	195. greiða	248. stígvél	297. barn
34. blaðra	88. hné	142. „Klappa saman lófunum“	196. gleraugu	249. úpa	298. strákur
35. kubbar	89. fótleggur	143. „Gjugg!“	197. lykkill	250. bleyja	299. pabbi
36. bók	90. munnur	144. pissa	198. peningar	251. kjóll	300. lækur
37. litir	91. háls	145. ýta	199. pappír (blað)	252. hanskar	301. stelpa
38. dúkka (brúða)	92. nef	146. lesa	200. penni	253. húfa (hattur)	302. amma
39. mynd	93. tennur	147. keyra	201. blýantur	254. jakki	303. afi
40. pakki	94. þumalfinger	148. hlaupa	202. hundraðkall	255. vettlingar	304. kona
41. rennibraut	95. tá	149. sjá	203. peningaveski	256. náttfót	305. maður
42. róla	96. magi (bumba)	150. sýna	204. bréf (þurka)	257. buxur	306. mamma
43. bangsi		151. skella	205. tannbursti	258. bolur (skyrta)	307. eigið nafn
UTANDYRA	FARARTÆKI	152. syngja	206. regnhlíf	259. skór	308. nafn gæludýrs
44. blóm	97. hjól	153. sitja	207. úr	260. inniskór	309. frændi
45. hús	98. bátur	154. sofa (lúlla)	STADIR	261. strígaskór	310. nafn persónu
46. tungl	99. strætó	155. stoppa	208. kirkja	262. sokkar	úr sjónvarpi
47. rigning	100. bíll (jeppi)	156. taka	209. heima	263. peysa	eða sögu.
48. gangstétt	101. mótorhjól	157. henda	210. sjúkrahús		
49. himinn	102. flugvél	158. kitla	211. bókasafn		
50. snjór	103. kerra	159. upp	212. garður		
51. stjarna	104. lest	160. ganga	213. skóli		
52. gata	105. rúta	161. vilja	214. búð		
53. sól	106. vörubíll	162. þvo	215. dýragarður		
54. tré					

Önnur orð sem barnið segir (líka orð á öðru máli en íslensku):

Fylgiskjal 2: C-TRF- spurningalisti fyrir kennara

 Upplýsingar frá kennara barna á aldrinum 1 1/2-5 ára		Útfyllist ekki ID#:
Nafn barns _____		Starf foreldra að jafnaði, jafnvel þótt annað eða bæði séu ekki í starfi um þessar mundir. (Tilgreindu nákvæmlega t.d. bifvélavirki, menntaskólakennari, húsmóðir o.s.frv.) Starf föður: _____ Starf móður: _____
Kyn <input type="checkbox"/> Drengur <input type="checkbox"/> Stúlka	Kennitala barns _____	
Dagsetning Dagur _____ Mán. _____ Ár _____	Tungumál barnsins _____	Þessi skrá er útfyllt af (skrifaðu fullt nafn): _____ Starf þitt: <input type="checkbox"/> Leikskólastjóri <input type="checkbox"/> Leikskólakennari <input type="checkbox"/> Dagmóðir (-faðir) <input type="checkbox"/> Sérkennari <input type="checkbox"/> Proskapjálfi <input type="checkbox"/> Leiðbeinandi <input type="checkbox"/> Annað Hvað? _____
Vinsamlegast fylltu út þetta eyðublað eins og barnið kemur þér fyrir sjónir, jafnvel þótt annað fólk sé þér ósammála. Þér er velkomni að skrifa athugasemdir til viðbótar við hvert atriði og eins er rými fyrir athugasemdir á bls. 2.		
Nafn og heimilisfang leikskóla/dagforeldris _____		Reynsla af starfi með börnum 5 ára og yngri: _____ ár
I. Hvernig stofnun er um að ræða (t.d. einkarekinn leikskóla, heimili dagmóður)? _____ II. Fjöldi barna á deild/í hópi barnsins. _____ III. Hve margar klukkustundir á dag er barnið á staðnum? _____ IV. Hve lengi (vikur, mánuði eða ár) hefur þú þekkt barnið? _____ V. Hversu vel þekkir þú barnið? <input type="checkbox"/> 1. Ekki vel <input type="checkbox"/> 2. Nokkuð vel <input type="checkbox"/> 3. Mjög vel VI. Hefur barnið verið metið áður og/eða fengið einhvers konar sérþjónustu eða úrræði? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei Ef já, þá hvernig og hvenær? _____		
Hér á eftir eru atriði sem lýsa börnum. Skoðaðu hvernig atriðin lýsa barninu núna eða á síðustu 2 mánuðum . Dragðu hring um 2 ef hegðunin er dæmigerð eða algeng . Merktu við 1 ef atriðið á stundum við. Ef atriðið á ekki við barnið merktu þá við 0 . Best er að þú merkir við öll atriðin eins vel og þú getur jafnvel þótt þér finnst þau ekki eiga við.		
0 = Ekki rétt (svo þú vitir til) 1 = Að einhverju leyti eða stundum rétt 2 = Á mjög vel við eða er oft rétt		
0 1 2 1. Er oft illt, fær verki (aðra en höfuð- og magaverki) án læknisfræðilegra skýringa 0 1 2 2. Hagar sér barnalega miðað við aldur 0 1 2 3. Er hrædd(ur) við að reyna eitthvað nýtt 0 1 2 4. Forðast að horfast í augu við aðra 0 1 2 5. Á erfitt með að einbeita sér, fylgist ekki með nema stutta stund í einu 0 1 2 6. Getur ekki verið kyrr, er óróleg(ur) 0 1 2 7. Polir illa að hlutir séu ekki á sínum stað 0 1 2 8. Getur ekki beðið, þarf að fá allt strax 0 1 2 9. Nagar hluti sem ekki eru ætir 0 1 2 10. Hangir of mikið í fullorðnum, er of háð(ur) þeim 0 1 2 11. Leitar stöðugt eftir aðstoð 0 1 2 12. Er daufi(ur) og áhugalaus 0 1 2 13. Grætur mikið 0 1 2 14. Meiðir dýr 0 1 2 15. Ógrar 0 1 2 16. Vill fá óskir sínar uppfylltar í hvelli 0 1 2 17. Eyðileggur eigin hluti 0 1 2 18. Eyðileggur eigur annarra 0 1 2 19. Dreymir dagdrauma, gleymir sér í eigin hugarheimi 0 1 2 20. Er óþæg(ur)	0 1 2 21. Verður þöleg(ur) þegar vikið er frá daglegum venjum 0 1 2 22. Sýnir gnímd, yfirgang og illkvittni 0 1 2 23. Svarar ekki þegar talað er við hana/hann 0 1 2 24. Fylgir illa leiðbeiningum 0 1 2 25. Semur illa við önnur börn 0 1 2 26. Kann ekki að hafa gaman af neinu, er eins og lítil(l) fullorðin(n) 0 1 2 27. Virðist ekki fá sektarkennd eftir að hafa gert eitthvað af sér 0 1 2 28. Truflar önnur börn 0 1 2 29. Verður gjarnan pirruð/pirraður 0 1 2 30. Verður auðveldlega afbrýðisöm/afbrýðisamur 0 1 2 31. Borðar eða drekkur eitthvað sem ekki er matur – ekki meðtalið sælgæti (lýstu nánar) 0 1 2 32. Hræðist viss dýr, aðstæður eða staði, aðra en leikskólann (lýstu nánar) _____ 0 1 2 33. Sárnar oft 0 1 2 34. Meiðir sig oft, er slysgjörn/slysgjarn 0 1 2 35. Lendir oft í slagsmálum 0 1 2 36. Blandar sér í allt	
Góðfúslega athugaðu hvort öllum atriðum hefur verið svarað. Flettu svo á næstu síðu.		
Höfundaréttur 2000 T. Achenbach & L. Rescorla ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 www.ASEBA.org		Öll ljósrítun, afritun eða fjölföldun óheimil nema með leyfi þýðanda. Íslensk þýðing: Helga Hannesdóttir, barna- og unglingagæðlæknir. Guðrún Bjarnadóttir, sálfr. Miðstöð heilsuverndar barna, o.fl.
		7-28-00 Edition - 901 IS-Útg: C-TRF 11-2004

Vinsamlegast skrifaðu greinilega.

0 = Ekki rétt (svo þú vitir til) 1 = Að einhverju leyti eða stundum rétt 2 = Á mjög vel við eða er oft rétt

<p>0 1 2 37. Er afar óróleg(ur) þegar foreldrar kveðja</p> <p>0 1 2 38. Sýnir ofsafengna, óvænta hegðun</p> <p>0 1 2 39. Fær höfuðverk (án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 40. Lemur aðra</p> <p>0 1 2 41. Heldur niðri í sér andanum</p> <p>0 1 2 42. Meiðir dýr eða fólk án þess að ætla sér það</p> <p>0 1 2 43. Virðist vansæl(l) án þess að ástæða sé til</p> <p>0 1 2 44. Reiðist oft</p> <p>0 1 2 45. Er oft flökurt, líður illa (án læknisfræðil. skýringa)</p> <p>0 1 2 46. Fær taugavipurur eða kæki (lýstu nánar)</p> <hr/> <p>0 1 2 47. Er taugaóstyrk(ur) eða spenn(ur)</p> <p>0 1 2 48. Tekst ekki að gera það sem á að gera</p> <p>0 1 2 49. Hraðist leikskólann/skólann</p> <p>0 1 2 50. Er óeðlilega þreytt(ur)</p> <p>0 1 2 51. Eirðarlausa</p> <p>0 1 2 52. Er strítt af öðrum börnum</p> <p>0 1 2 53. Ræðst á aðra með því að slá og sparka</p> <p>0 1 2 54. Kroppar í nef, húð eða aðra líkamshluta (lýstu)</p> <hr/> <p>0 1 2 55. Fiktur of mikið í eigin kynfærum</p> <p>0 1 2 56. Er klaufaleg(ur) eða illa líkamlega samhæf(ur)</p> <p>0 1 2 57. Vandamál með augu (án læknisfræðilegra skýringa) (lýstu nánar)</p> <hr/> <p>0 1 2 58. Refsingar breyta ekki hegðun barnsins</p> <p>0 1 2 59. Veður úr einu í annað</p> <p>0 1 2 60. Er með útbrot eða aðra húðkvilla (án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 61. Neitar að borða</p> <p>0 1 2 62. Neitar að taka þátt í hreyfileikjum</p> <p>0 1 2 63. Rær sér oft eða veltir höfði fram og aftur</p> <p>0 1 2 64. Tekur illa eftir, truflast auðveldlega</p> <p>0 1 2 65. Segir ósatt eða svindlar</p> <p>0 1 2 66. Öskrar mikið</p> <p>0 1 2 67. Virðist ómóttækileg(ur) fyrir bliðu</p> <p>0 1 2 68. Verður auðveldlega feimin(n) eða fer hjá sér</p> <p>0 1 2 69. Er eigingjörn/eigingjarn eða vill ekki deila með öðrum</p> <p>0 1 2 70. Sýnir fólk litla bliðu</p>	<p>0 1 2 71. Sýnir hlutum í umhverfinu lítinn áhuga</p> <p>0 1 2 72. Er óhrædd(ur) við að meiða sig</p> <p>0 1 2 73. Er feimin(n) eða óframfærin(n)</p> <p>0 1 2 74. Er óvinsæl(l) hjá öðrum börnum</p> <p>0 1 2 75. Er ofvirk(ur)</p> <p>0 1 2 76. Málörðugleikar (lýstu nánar)</p> <hr/> <p>0 1 2 77. Starir út í bláinn eða er í eigin heimi</p> <p>0 1 2 78. Fær magaverki eða magakrampa (án læknisfræðilegra skýringa)</p> <p>0 1 2 79. Er óþarflaga annt um að brjóta ekki reglur</p> <p>0 1 2 80. Hegðar sér sérkennilega (lýstu nánar)</p> <hr/> <p>0 1 2 81. Er þrjós(ur), ónug(ur), pirruð/pirraður</p> <p>0 1 2 82. Sýnir skyndilegar sveiflur í skapi eða tilfinningum</p> <p>0 1 2 83. Fer oft í fylu</p> <p>0 1 2 84. Stríðir gjarnan öðrum</p> <p>0 1 2 85. Fær frekjuköst, er skapmikill(l)</p> <p>0 1 2 86. Er of upptekin(n) af hreinlæti og hirðusemi</p> <p>0 1 2 87. Er óeðlilega hrædd(ur) eða kvíðafull(ur)</p> <p>0 1 2 88. Er ósamvinnuþýð(ur)</p> <p>0 1 2 89. Orkulítill(l), hægfara, framtakslaus</p> <p>0 1 2 90. Er óhamingjusöm/óhamingjusamur, leið(ur) eða þunglynd(ur)</p> <p>0 1 2 91. Er óvenju hávær</p> <p>0 1 2 92. Verður óróleg(ur) nálægt okunnu fólk eða í nýjum aðstæðum (lýstu nánar)</p> <hr/> <p>0 1 2 93. Kúgast, kastar upp (án læknisfræðil. skýringa)</p> <p>0 1 2 94. Er óhrein(n), lítur ósnyrtilega út</p> <p>0 1 2 95. Ráfar í burtu</p> <p>0 1 2 96. Krefst mikillar athygli</p> <p>0 1 2 97. Er vælin(n)</p> <p>0 1 2 98. Fer inn í sig, vill ekki hafa samskipti við aðra</p> <p>0 1 2 99. Hefur áhyggjur</p> <p>100. Vinsamlegast skýrðu frá öðru sem barnið á við að stríða og er ekki á þessum lista</p> <p>0 1 2 _____</p> <p>0 1 2 _____</p> <p>0 1 2 _____</p>
--	---

Góðfúslega athugaðu hvort öllum atriðum hefur verið svarað. Strikaðu undir það sem veldur þér áhyggjum.

Er barnið með einhvern sjúkdóm eða fötlun (líkamlega(n) eða geðræna(n))? Nei Já - lýstu

Hvað í fari barnsins veldur þér mestum áhyggjum?

Hverjir eru helstu kostir barnsins?
