



Tengsl tilfinningaerfiðleika við daglegar rútnur barna

Aldís Þorbjörg Ólafsdóttir
Svanhildur Tinna Ólafsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Tengsl tilfinningaerfiðleika við daglegar rútnur barna

Aldís Þorbjörg Ólafsdóttir
Svanhildur Tinna Ólafsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði
Leiðbeinendur: Dr. Urður Njarðvík og Berglind Brynjólfsdóttir

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2010

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Aldís Þorbjörg Ólafsdóttir og Svanhildur Tinna Ólafsdóttir 2010

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2010

Efnisyfirlit

Útdráttur	3
Inngangur	4
1.1 Rútínur.....	5
1.1.1 Skilgreiningar	5
1.1.2 Gagnsemi	7
1.1.3 Fjölskyldur í áhættuhópi.....	8
1.1.4 Rútínur í atferlisfræðilegu samhengi	10
1.2 Almenn um rútínukvarða	12
1.2.1 FRI.....	12
1.2.2 CRQ.....	13
1.3 Tengsl rútína við tilfinningaerfiðleika.....	16
1.4 Geðraskanir barna.....	17
1.4.1 Aðskilnaðarkvíði	18
1.4.2 Óyndi	18
1.4.3 Athyglisbrestur með ofvirkni.....	19
1.4.4 Mótþróaþrjóscuröskun.....	21
1.4.5 Aðlögunarröskun	21
1.5 Orsakir geðraskana	22
1.5.1 Orsakir Kvíðaraskana	22
1.5.2 Orsakir Lyndisraskana	23
1.5.3 Orsakir Hegðunarraskana	25
1.6 Samsláttur.....	25
1.7 Tilgangur rannsóknar	26
Aðferð.....	28
2.1 Þátttakendur	28
2.2 Mælitæki	28
2.3 Framkvæmd	29

Niðurstöður.....	31
Umræða.....	34
Heimildir.....	39
Viðaukar.....	44

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða tengsl rútna við geðraskanir barna. Var Child Routine Questionnaire (CRQ-IS) rútnukvarðinn, sem mælir daglegar rútnur barna, lagður fyrir klínískt úrtak barna á aldrinum 6 til 13 ára. Auk þess var athugað hvort munur væri á rútinum eftir lýðfræðilegum breytum. Tilgátur rannsókna voru að börn í klínísku og stöðlunarúrtaki búi við mismikla rútinu, til þess að meta fjölda rútna var CRQ-IS notaður. Börn í klínísku úrtaki voru talin hafa færri rútnur. Einnig var talið að fjöldi rútna væri ólíkur eftir kyni. Talið var að munur kæmi fram bæði fyrir listann í heild sinni og undirþætti hans. Foreldrar barna sem voru að koma í sitt fyrsta greiningarviðtal á Barna- og unglíngageðdeild Landspítalans voru beðnir um að taka þátt í rannsókninni. Erfitt reyndist að fá þátttakendur og var listinn einungis lagður fyrir níu þátttakendur, tölfræðileg úrvinnsla var því ekki umfangsmikil. Er hér því aðeins um forathugun að ræða. Til að meta tengsl rútna við tilfinningaerfiðleika voru niðurstöður rannsókna bornar saman við stöðlunarúrtak heilbrigðra barna á sama aldri. Var listinn í heild og einstakir undirþættir bornir saman milli úrtaka. Reiknuð var áhrifastærð meðaltala til að meta mun milli úrtaka. Í samræmi við væntingar rannsakenda og fyrri rannsóknir kom fram munur á rútinum milli hópanna. Meðalskor á CRQ-IS listanum var lægra meðal barna í klínísku úrtaki sem gefur til kynna að fjöldi rútna hjá börnum í klínísku úrtaki er lægri en hjá börnum í stöðluðu úrtaki. Einnig leiddu niðurstöður í ljós að börn í klínísku úrtaki skorðu lægra á undirþáttunum *Daglegt líf*, *Samvera fjölskyldu* og *Heimilisskyldur* en hærra á undirþáttinum *Agarútnur*.

Í uppeldisfræðiritum hefur ávallt verið lögð mikil áhersla á rúttínur og festu í lífi barna allt frá fæðingu til fullorðinsára (Sytsma-Jordan, 2003). Rúttínur hafa verið skilgreindar sem athafnir sem eiga sér stað í sömu röð og á um það bil sama tíma á hverjum degi (Sytsma, Kelley og Wymer, 2001).

Fjöldi fræðimanna hafa skrifað um mikilvægi rúttína þrátt fyrir að lengi vel skorti kerfisbundnar rannsóknir til að styðja slíkar fullyrðingar (Sytsma o.fl., 2001). Sérstaklega skorti rök fyrir fullyrðingum um áhrif rúttína á aðlögunarhæfni barna (Fiese o.fl., 2002) og var sambandið milli rúttína og aðlögunarhæfni ekki nægilega vel þekkt og gagnsemi rúttína í klínísku starfi talin frekar óljós. Þennan skort á hlutlægum gögnum má líklega rekja til takmarkana á mælitækjum til að meta rúttínur barna (Henderson og Jordan, 2009). Fyrir tíma Child Routine Questionnaire (CRQ; Sytsma o.fl., 2001) voru engin mælitæki sem mældu rúttínur barna sérstaklega þar sem flest mælitæki skoðuðu rúttínur hjá fjölskyldum í heild. Með tilkomu CRQ listans var hægt að hefja kerfisbundna athugun á rúttínum barna og tengsl þeirra við aðlögunarhæfni.

Rúttínur eru taldar mikilvægur þáttur fjölskyldulífsins þar sem þær veita börnum öryggi með því að auka stöðugleika og fyrirsjáanleika í lífi þeirra. Dæmigerðar rúttínur eru taldar draga úr áhrifum streituvalda og hvetja til jákvæðra svefnvenja (Henderson og Jordan, 2009; Fiese og Wamboldt, 2000). Auk þess eru þær taldar mikilvægar fyrir námsframvindu og sálræna heilsu barna (Fiese o.fl., 2002). Rúttínur breytast eftir því sem börn verða eldri og snúa þær frekar að heimanámi og heimilisverkum þegar börn eru komin á unglingsár (Umansky, 1997). Bossard og Boll (1950) sýndu fram á að rúttínur auðvelduðu skipulagningu fjölskyldulífsins og viðhalda stöðugleika á tímum erfiðleika og breytinga (Fiese o.fl., 2002). Wolin og Bennett (1984) sýndu fram á að rúttínur geta spilað mikilvægt hlutverk í lífi

fjölskylda í áhættuhópi. Rútínur eru taldar verndandi þáttur í slíkum fjölskyldum. Áhugi á rútinum hefur farið vaxandi þar sem þær eru taldar stuðla að bættri líðan og heilsu barna (Fiese og Kline, 1993).

Lagt var upp með að kanna tengsl milli rúttína barna og geðheilsu þeirra. Um er að ræða forathugun þar sem tengslin hafa ekki áður verið könnuð í klínísku úrtaki íslenskra barna. Rannsóknin fólst í að leggja fyrir CRQ-IS rúttínukvarðann fyrir klínískt úrtak barna á aldrinum 6 til 12 ára. Í úrtaki voru börn með Athyglisbrest með ofvirkni, Mótþróaþrjóskuröskun, Aðskilnaðarkvíða og Óyndi. Niðurstöðurnar voru bornar saman við stöðlunarúrtak heilbrigðra barna á sama aldri með þeim tilgangi að athuga hvort daglegar rúttínur barna í klínísku úrtaki væru færri. Tilgátur rannsóknar eru að munur sé á rútinum barna í klínísku- og stöðlunarúrtaki, bæði fyrir CRQ-IS listann í heild og einstaka undirþætti hans. Börn í klínísku úrtaki eru þá talin hafa færri rúttínur auk þess er talið að rúttínur séu mismiklar eftir kyni.

1.1 Rúttínur

1.1.1 Skilgreining

Þar sem hver og einn skilgreinir og skilur rúttínur á ólíkan hátt reyndist erfitt að skilgreina og aðgerðabinda hugtakið þegar rannsóknir á því hófust (Fiese o.fl., 2002). Hver fjölskylda býr við ólíkar rúttínur og venjur auk þess sem mismikil áhersla er lögð á rúttínur milli fjölskyldna (Wolin og Bennett, 1984).

Samkvæmt Cassidy (1992) má skilgreina rúttínur sem athafnir sem eiga sér stað í sömu röð og á um það bil sama tíma á hverjum degi. Þær eru fyrirsjáanleg röð athafna sem fylgt er daglega. Fiese og Kline (1993) skilgreindu rúttínur sem munstur félagslegra samskipta sem fela í sér úthlutun hlutverka og gefur athöfnum sérstaka merkingu. Þær eiga sér stað á fyrirséðum stað og tíma og gefur fólki tilfinningu

fyrir eigin sjálfsvitund innan hópsins. Tveir mikilvægir þættir fjölskyldurútína eru hvar rútinurnar eiga sér stað og hvaða hegðun felst í þeim (Fiese og Kline, 1993). Samkvæmt Fiese og Wamboldt (2000) felst framkvæmd rútína í því að athöfn eigi sér stað reglulega og að hver og einn fjölskyldumeðlimur gegni tilteknu hlutverki. Til að mynda þarf að ákveða hver beri ábyrgð á skipulagningu, framkvæmd eða þátttöku í rútinum. Algengar daglegar rútinur á borð við matartíma, háttatíma og heimanám má líta á sem endurtekin munstur samskipta sem auðvelda skipulagningu daglegs lífs (Wolin og Bennett, 1984).

Daglegar rútinur barna snúa aðallega að morgunverkum, máltíðum, heimanámi, tiltekt, frístundum og háttatíma (Sytsma-Jordan, 2003; Murphy-Wittig, 2005). Mikilvægur þáttur í rútinum er að þær eigi sér stað á svipuðum tíma á hverjum degi, farið sé eftir ákveðinni röð atburða og sömu fyrirmæli gefin. Til að byrja með eru fyrirmæli mikilvæg og þurfa foreldrar að leiðbeina og aðstoða börn við að hefja og ljúka tilteknum rútinum. Með tímanum fara börn að geta fylgt þeim af sjálfsdáðum. Dæmigerð háttatímarúttína barns gæti verið að þvo sér, háttta sig, bursta tennur, segja góða nótt við fjölskyldumeðlimi, lesa sögu og láta breiða yfir sig sængina (Sytsma o.fl., 2001). Eins gæti hefðbundin morgunrúttína hjá barni falið í sér að fara á fætur, þvo sér í framan, bursta tennur, búa um rúm og borða morgunmat (Murphy-Wittig, 2005). Til þess að koma rútinum á er mikilvægt að skilgreina ákveðna röð atburða sem þarf að fylgja, búa til sérstök fyrirmæli fyrir hvert verkefni og gæta þess að samkvæmni sé í viðbrögðum foreldra (Christophersen, 1982).

Rútinur haldast ekki óbreyttar í gegnum árin heldur breytast þær og þróast eftir því sem börn verða eldri (Fiese og Wamboldt, 2000). Tilkoma barns á heimili kallar á aukna reglu og rútinu meðal nýbakaðra foreldra. Með aldrinum fer barn að taka meiri þátt í fjölskyldulífi. Fjölskyldur barna á leikskólaaldri greina frá fleiri rútinum

í tengslum við matartíma og tómstundariðju um helgar (Fiese, Hooker, Kotary, & Schwagler, 1993). Rútínur barna í miðbernsku fara í auknum mæli að snúa að skólagöngu og viðburðum utan heimilisins. Enn fremur dregur úr þátttöku barna í fjölskyldurúttinum þegar börn eru komin á unglingsaldur. Samt sem áður er mikilvægt að barn hafi búið við rúttínur þar sem þær eru taldar stuðla að betri frammistöðu í námi og taldar tengjast félags- og tilfinningahæfni barna (Fiese, 2002).

1.1.2 Gagnsemi rúttína

Rúttínur í lífi barna eru taldar mikilvægur þáttur í að skapa öryggistilfinningu, fyrirsjáanleika og stöðugleika í lífi barna (Cassidy, 1992; Sytsma o.fl., 2001). Einnig er talið að þær efli traust og sjálfstæði barna með því að skapa tilfinningu fyrir því að þau hafi stjórn á umhverfi sínu. Rúttínur eru til marks um skipulag og eru því taldar mikilvægar fyrir andlega heilsu, aðlögun og vellíðan barna (Fiese o.fl, 2002). Þar sem rúttínur setja börnum mörk og auka fyrirsjáanleika í lífi þeirra eru þær eru taldar draga úr hvatvísi og ofvirkni með því að stuðla að sjálfstjórn hjá börnum á leik- og grunnskólaaldri (Pruitt, 1998). Sjálfstjórn stuðlar að samfélagslega viðurkenndri hegðun og eykur því félagsfærni barna (Boyce, Jensen, James og Peacock , 1983). Auk þessa hafa rannsóknir sýnt fram á að rúttínur á heimili leiði til almennt betri heilsu barna (Keltner, 1990). Börn virðast því eiga auðveldara með að tileinka sér nýja færni og takast á við breytingar í lífinu þegar rúttínur eru þáttur af þeirra daglega lífi.

Samkvæmt rannsóknum stuðla rúttínur að samheldni og veita tilfinningu fyrir því að tilheyra hópnum. Þar af leiðandi eru rúttínur taldar tengjast tilfinningu um nánd (Fiese o.fl, 2002) og hafa áhrif á ánægju fjölskyldunnar (Boyce o.fl., 1983). Rúttínur

kom sér vel fyrir foreldra þar sem þær draga úr spennu, nöldri og togstreitu milli barna og foreldra. Sýnt hefur verið fram á að þær auki jákvæð samskipti (Sytsma o.fl., 2001) og stjórn foreldra á hegðun barna sinna. Þetta stuðlar að aukinni ánægju foreldra með hæfni sína og foreldrastörf (Fiese o.fl., 2002). Hinsvegar hefur verið erfitt að sýna fram á orsakasamband í slíkum rannsóknum. Hæfir foreldrar eiga mögulega auðveldara með að koma á rútinum og rútinur leiða til sjálfsöryggis foreldra (Fiese o.fl., 2002). Sýnt hefur verið fram á neikvæð tengsl rúttína við hegðunarvanda barna, þunglyndi mæðra og streitu meðal foreldra (Sytsma-Jordan, 2003).

Rúttínur eiga þátt í því að viðhalda samböndum á tímum breytinga og geta til að mynda komið í veg fyrir óánægju í hjónabandi nýbakaðra foreldra. Foreldrar sem viðhalda góðum rúttinum við uppeldi barna sinni greina frá meiri ánægju en þeir foreldrar sem gera það ekki (Fiese og Wamboldt, 2000). Rannsóknir benda til þess að rúttínur séu verndandi þáttur í lífi barna sem búa við mikla streitu og álag (Fiese og Wamboldt, 2000). Rúttínur auðvelda börnum að ganga í gegnum breytingar og virka sem verndandi þáttur á tímum erfiðleika hjá fjölskyldum.

1.1.3 Fjölskyldur í áhættuhópi

Streituvaldar geta valdið miklum truflunum á rúttinum og fjölgað daglegum vandamálum í lífi fjölskylda (Wolin og Bennett, 1984). Fyrir 60 árum gerðu Bossard og Boll (1950) viðamikla rannsókn á fjölskylduhefðum (*rituals*). Þeirra niðurstaða var sú að rúttínur auðvelda skipulagningu fjölskyldulífs og viðhalda stöðugleika á tímum erfiðleika og breytinga. Rúttínur eru því sérstaklega mikilvægar hjá fjölskyldum sem búa við fjölda streituvalda eins og fátækt, áfengisvandamál,

skilnað og langvarandi veikindi. Það að halda rútinum við hjá fjölskyldum í áhættuhópi getur verndað börn frá neikvæðum áhrifum streitu (Fiese o.fl., 2002).

Meðal þeirra fyrstu til að staðfesta mikilvægi rúttína fyrir fjölskyldur í áhættuhópi voru Wolin og Bennett (1984). Samkvæmt rannsóknum þeirra, sem byggðu á stöðluðum viðtölum, voru börn áfengissjúklinga í minni áhættu fyrir því að þróa með sér áfengisvandamál ef fjölskyldurúttinum var haldið við. Þeir komust að því að almennt væru börn áfengissjúklinga líklegri til að vegna vel í lífinu ef rúttinum var ekki raskað.

Skilnaður getur haft í för með sér veruleg áhrif á fjölskyldurúttinum. Pett, Lang, og Gander (1992) sýndu fram á að áhrif skilnaðar á rúttinum væru töluverð þrátt fyrir að skilnaður ætti sér ekki stað fyrr en seint á lífsleiðinni. Mest var breyting á hefðum fjölskyldunnar og má þar nefna stórhátíðir, afmæli og sumarfrí. Hins vegar getur það eitt að viðhalda rúttinum í skilnaðarfjölskyldum leitt til betri aðlögunar barna með því að auka öryggistilfinningu og stöðugleika í fjölskyldulífinu (Fiese o.fl., 2002).

Rannsóknir á rúttinum hafa í auknum mæli beinst að fjölskyldum þar sem langvarandi veikindi eru til staðar (Fiese og Wamboldt, 2000). Bush og Pargament (1997) skoðuðu mikilvægi rúttína og hefða fyrir aðlögun fjölskyldna þar sem annað foreldrið bjó við langvarandi verki (*chronic pain*). Samkvæmt þeirra niðurstöðum voru sjúklingar og makar þeirra almennt ánægðari með fjölskyldulíf þegar skipulagðar og þýðingamiklar rúttinum og hefðir voru hluti af daglegu lífi þeirra. Astma er einn algengasti langvarandi sjúkdómur sem hrjáir börn og fullorðna (Fiese og Wamboldt, 2000). Börn sem þjást af astma eru líklegri til að þróa með sér kvíðaraskanir en önnur börn. Fjölskyldur sem skipuleggja og viðhalda daglegum rúttinum eru betur í stakk búnar til að ráða við þær aðstæður sem fylgja slíkum

sjúkdómi. Nauðsynlegt er fyrir börn með astma að fylgst sé með einkennum daglega, að heimili séu reglulega þrífni og að til sé aðgerðaráætlun ef bráðatilfelli koma upp. Einnig er mikilvægt að farið sé eftir leiðbeiningum um reglulegar læknisskoðanir, lyfjaskammtur sé tekinn reglulega og fylgt sé eftir áformum um líkamsrækt (Fiese og Wamboldt, 2000). Rannsóknir hafa sýnt að rútínur skapa betra umhverfi og dragi úr kvíða meðal barna með astma. Þar með stuðla rútínur að betri meðferð við astma og draga úr neikvæðum afleiðingum sjúkdómsins. Greening, Stoppelbein, Konishi, Sytsma-Jordan og Moll (2006) sýndu fram á í rannsókn sinni að draga mætti úr hegðunarvanda og gera börnum auðveldara að fylgja meðferð með því einu að bæta rútínur þeirra.

1.1.4 Rútínur í atferlisfræðilegu samhengi

Gagnsemi rútína er í samræmi við atferlisfræðilegar kenningar. Rútínur skapa fyrirsjáanleika í umhverfinu og er þeim viðhaldið með afleiðingunum sem þeim fylgja (Murphy-Wittig, 2003). Sytsma og félagar (2001) bentu á að rútínur skapa fyrirsjáanleg áreitis-vísbendi á heimilinu, auka aðgreiningu milli ólíkra krafna og stuðla að reglustýrðri (*rule governed*) hegðun og hlýðni meðal barna.

Rannsóknir hafa sýnt fram á að börn leitast eftir fyrirsjáanleika (Sytsma o.fl., 2001). Hefur ein kenning verið lögð fram um að mótþróahegðun barns virki til að koma aftur á fyrirsjáanlegum en neikvæðum viðbrögðum móður. Uppbyggileg rútína getur þá virkað sem undanfari fyrir hlýðni og aukið fyrirsjáanleika sem barnið hefur leitast eftir. Önnur kenning er að rútínur þjóni sem undanfari fyrir hlýðni með því að stuðla að reglustýrðri hegðun (Sytsma o.fl., 2001).

Börn sem búa á heimilum sem einkennast af skipulagsleysi eru líklegri til að sýna mótþróahegðun sem kallar á neikvæð viðbrögð mæðra. Þetta er í samræmi við

kenningu Patterson sem segir að foreldrar með litla stjórn á aðstæðum beita valdi til að ná fram hlýðni barns. Hlýðni barnsins styrkir svo þessi neikvæð viðbrögð foreldra. Hinsvegar er óæskileg hegðun barns styrkt og mótað með neikvæðri athygli foreldris. Því er hegðunarvandi barns talin tengjast neikvæðum samskiptum foreldris og barns. Hegðunarvandi barna hefur svo áhrif á getu barna til að öðlast viðeigandi félags- og aðlögunarhæfni (Murphy-Wittig, 2005).

Foreldraþjálfun sem notuð er í meðferð við hegðunarvanda kennir foreldrum að gefa skýr fyrirmæla, nota jákvæða styrkingu, beita virkri hunsun, setja viðurlög og fleira því um líkt. Að koma á góðum rútinum er mikilvægur þáttur í foreldraþjálfun. Með því að beita ofantöldum aðferðum kerfisbundið má koma á rútinum hjá börnum og kalla fram hlýðni.

Rútinur sem meðferð fyrir afmarkaða vandamálahegðun hefur verið studd af rannsóknum. Þar hafa rútinur einar og sér eða sem hluti af fjölþátta úrræði verið notaðar sem meðferð við vandamálahegðun á matmálstíma, háttatíma og í verslunarferðum. Einnig hefur verið hægt að draga úr svefnvandamálum með sömu aðferðum (Sytsma o.fl., 2001). Til að mynda notuðu Adams og Rickert (1989) rútinur og slokknun til að auka samvinnuþýðni meðal barna á háttatíma. Með rútinum var hægt að laga svefnvenjur barnsins að því marki sem óskast var eftir. Slokknun fór fram með því að hunsu bræðiköst barnsins. Með þessum aðferðum mátti draga úr ósamvinnuþýði barns og fækka bræðisköstum auk þess sem foreldrar greindu frá aukinni ánægju í hjónabandi þegar búið var að koma á góðri háttatímarútinu.

1.2 Almennt um rútínukvarða

Nokkur matstæki hafa verið þróuð til að meta rútínur og heimilisaðstæður. Upphaflega voru stöðluð viðtöl og beinar athuganir notaðar til að meta rútínur. Family Routine Inventory (FRI) og Child Routine Questionnaire (CRQ) matskvarðarnir voru svo þróaðir til að meta rútínur (Sytsma o.fl., 2001). Kostir og gallar fylgja öllum þessum matstækjum. Með viðtölum var hægt að fá ítarlegri upplýsingar. Aftur á móti eru spurningalistar nákvæmari matstæki sem hægt er að nota í endurteknum rannsóknum. Spurningar geta þó verið of þröngar eða ekki rúmað allar þær rútínur sem skipta fólki máli (Fiese o.fl., 2002).

1.2.1 Family Routine Inventory

Family Routine Inventory (FRI) er fyrsti matskvarðinn sem þróaður var sérstaklega til að meta rútínur (Jensen, James, Boyce og Hartnett, 1983). FRI er 28 atriða sjálfsmatskvarði (*self report*) sem mælir tíðni og mikilvægi fjölskyldurútína. Út frá niðurstöðum listans er hægt að meta hversu nán fjölskylda er, samstöðu hennar, skipulag og almenna ánægju með fjölskyldulíf (Sytsma o.fl., 2001). Listinn samanstendur af tveim undirkvörðum: *Tíðni* og *Mikilvægi*. *Tíðnikvarðinn* er metinn út frá 4 punkta Likert kvarða frá 0 (nánast aldrei) upp í 3 (alltaf). Heildarskor á þeim undirkvarða getur verið á bilinu 0 til 84. *Mikilvægiskvarðinn* er metinn út frá 3 punkta Likert kvarða frá 0 (alls ekki mikilvægt) upp í 2 (mjög mikilvægt). Heildarskor undirkvarðans getur verið á bilinu 0 til 56 (Jensen o.fl., 1983). FRI hefur fylgni við undirkvarða Family Environment Scale (FES) og tekur tillit til ólíkra þjóðernishópa og félagsstöðu (Sytsma o.fl., 2001). Áreiðanleiki og réttmæti listans er viðunandi. Innri samkvæmni listans mældist $\alpha = 0,67 - 0,78$ og endurprófunaráreiðanleiki $r = 0,79$ yfir eins mánaða tímabil (Brody og Flor, 1997).

FRI matskvarði hefur verið notaður í fjölda rannsókna til að skoða tengsl rúttína við ýmsa þætti er snúa að heilsu, velgengni og aðlögun fjölskyldumeðlima (Sytsma o.fl., 2001). Rannsóknir hafa sýnt fram á jákvætt samband milli fjölskyldurúttína og aðlögun nýbakaðra mæðra (Sprunger, Boyce og Gaines, 1985). Aftur á móti hefur ekki verið sýnt fram á tengsl milli fjölskyldurúttína og þunglyndiseinkenna hjá foreldrum langveikra barna (Sytsma o.fl., 2001). Nýlegar rannsóknir hafa sérstaklega skoðað hlutverk fjölskyldurúttína í fjölþáttalíkani sem snýr að virkni fjölskyldu, sálrænni heilsu mæðra og aðlögun barna (Brody og Flor, 1997). Einnig hefur vandamálahegðun barna frá fjölskyldum með lágur tekjur verið skoðuð í þessu samhengi (Sytsma o.fl., 2001).

Takmarkanir FRI listans eru fyrst og fremst að hann metur rúttínur fjölskyldunnar í heild en ekki rúttínur einstakra barna. Listinn innheldur því atriði sem eiga ekki við fjölskyldur einstæðra foreldra eða tveggja útvinnandi foreldra. Þetta skapar vandamál þar sem mæður hafa í auknum mæli leitað út á vinnumarkað og börn því í umsjá annarra aðila meirihluta dagsins (Sytsma o.fl., 2001). FRI leggur áherslu á atburði sem eiga sér stað á sama tíma á hverjum degi en horfir fram hjá öðrum þáttum sem geta verið jafn mikilvægir. Má þar nefna samkvæmni umönnunaraðila, staðsetningu og röð atburða sem geta allir verið mikilvægir undanfarar hlýðni og jákvæðrar aðlögunar barna. Virk hegðun barna (*child function*) hefur ekki verið metin í tengslum við listann og er því ekki hægt að segja til um samband milli rúttína og aðlögunarhæfni (Sytsma o.fl., 2001).

1.2.2 Child Routine Questionnaire

Child routine questionnaire (CRQ), upphaflega þekkt sem Child Routine Inventory (CRI), er fyrsti matskvarðinn sem mælir rúttínur barna sérstaklega. CRQ var þróaður

af Sytsma (2001) til að bæta fyrir takmarkanir FRI (Sytsma, 2003). Listinn er talin góð viðbót þar sem áður skorti áreiðanleg mælitæki til að meta rútnur barna á skólaaldri.

CRQ er 39 atriða foreldramatskvarði sem ætlaður er til að meta algengi daglegra rútna meðal barna á skólaaldri (5-12 ára). Rútnur eru metnar út frá 5 punkta Likert kvarða frá 0 (aldrei) upp í 4 (næstum alltaf). Þessi atriði voru fengin með því að leggja könnun fyrir foreldra um hvaða rútnur væru dæmigerðar fyrir börn og með því að skoða þau rit sem til er um rútnur. Upphaflega voru atriðin á listanum 80 en með endurteknum prófunum var þeim fækkað niður í 36 atriði. Þessi atriði mæla fjóra þætti sem eru *Daglegt líf (Daily Living Routines)*, *Heimilisskyldur (Household Responsibility)*, *Agarútnur (Discipline Routines)* og *Heimanám (Homework Routines)*. Alls mæla 11 atriði daglegar rútnur og má þar nefna morgun-, háttatíma- og máltíðarútnur. Heimilisskyldur eru mældar af alls 9 atriðum sem varða ábyrgð hvers og eins gagnvart til dæmis heimilisverkum. Agarútnur samanstanda af alls 11 atriðum sem varða reglur, uppeldisaðferðir og skipulagðar fjölskylduathafnir. Loks mæla alls fimm atriði rútnur sem tengjast heimanámi. Auk þessara atriða eru þrjú atriði á listanum sem falla undir þáttinn *Varnarsvörun (Defensive Responding)*. Þessum þætti var bætt við listann til að koma auga á þá foreldra sem hafa tilhneigingu til að láta börn sín líta út fyrir hafa fleiri rútnur en þau raunverulega hafa (Sytsma-Jordan, 2003).

Innri samkvæmni CRQ listans í heild er mjög góð ($\alpha = 0,90$) og fyrir undirþætti hans ($\alpha = 0,79 - 0,83$). Endurprófunaráreiðanleiki listans í heild var 0,86 og á bilinu 0,75 til 0,85 fyrir þættina. Til að skoða réttmæti var listinn borin saman við Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) og Family Routine Inventory (FRI). Fylgni einstakra atriða við heildarskor kvarðans var að meðaltali 0,42 eða á bilinu 0,21 –

0,54. Mælingar á réttmæti voru marktækar og sýndu neikvæða fylgni við hegðunarvanda barna ($r = -0,35$) og jákvæða fylgni við fjölskyldurútínur ($r = 0,54$). Má því sjá að réttmæti CRQ listans er gott. Athyglisvert þótti þó að fylgni milli CRQ listans og félags- og fjárhagslegrar stöðu var ekki marktæk (Sytsma-Jordan, 2003). Þegar CRQ og FRI listarnir eru bornir saman kemur í ljós að próffræðilegir eiginleikar CRQ listans eru betri, þá helst áreiðanleiki. Einnig er hægt að skoða rúttínur einstakra barna í fjölskyldu í stað þess að skoða fjölskyldurúttínur í heild. Með þessum hætti er hægt að skoða fjölskyldur einstæðra foreldra og útvinnandi mæðra (Sytsma o.fl., 2001).

Child Routine Questionnaire-Preschool version (CRQ-P) er breytt útgáfa af CRQ listanum. CRQ-P er 35 atriða listi sem ætlaður er til að mæla algengar rúttínur meðal barna á aldrinum eins til fimm ára. Atriði eru metin út frá 5 punkta Likert kvarða frá 0 (aldrei) upp í 4 (næstum alltaf). Innri samkvæmni listans er góð ($\alpha = 0,89$), endurprófunaráreiðanleiki viðunandi ($r = 0,74$) og sýnt hefur verið fram á réttmæti listans. Jákvætt samband er á milli CRQ-P listans og þátta eins og fjölskyldurúttína og jákvæðra uppeldisaðferða. Neikvætt samband er á milli CRQ-P listans og þátta eins og hegðunarvanda barna, lélegrar aðlögunar, streitu foreldra og þunglyndi meðal mæðra (Murphy-Wittig, 2005).

Í þessari rannsókn var CRQ-IS matskvarðinn notaður en sá listi byggir á upprunalega CRQ listanum sem notaður hefur verið í bandaríkjunum (sjá viðauka 3). CRQ-IS var þýddur og staðfærður af dr. Urði Njarðvík og Ágústu Jónsdóttur. Við staðfærslu listans var atriðinu „les eða hlustar á Biblíuna eða annað trúarrit með fjölskyldunni á hverjum degi“ sleppt til að auka yfirborðsréttmæti listans og fella hann betur að íslenskum venjum. Að auki var einu atriði breytt úr „fer með borðbænir“ í „fer með bænir á kvöldin“ af sömu ástæðu.

CRQ-IS er 38 atriða foreldramatskvarði sem metur hversu oft rútnur eiga sér stað í daglegu lífi barna á aldrinum 5 til 13 ára. Rútnur eru metnar út frá fimm punkta Likert kvarða, frá 0 (aldrei) upp í 4 (næstum alltaf). Atriðin mæla fjóra þætti, alls níu atriði mæla *Heimilisskyldur*, átta atriði mæla *Samvera fjölskyldu*, níu atriði mæla *Agarútnur* og sjö atriði mæla *Daglegt líf* (Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009). *Heimilisskyldur* voru mældar með staðhæfingum sem varða ábyrgð barns á tiltekt, frágangi og umgengni. *Samvera fjölskyldu* inniheldur staðhæfingar sem tengjast samskiptum barns við aðra fjölskyldumeðlimi og heimanámi. Þátturinn *Agarútnur* inniheldur staðhæfingar sem varða umbun, refsingar og reglur á heimili. *Daglegt líf* inniheldur atriði sem tengjast kvöldmatar-, háttatíma- og morgunrútinum. Heildarskor listans getur verið á bilinu 0 til 152 stig. Próffræðilegir eiginleikar CRQ-IS eru sambærilegir upprunalega CRQ listanum. Leiðrétt fylgni atriða við heildarkvarðann er á bilinu 0,16 til 0,51 þegar reiknað er fyrir einstök atriði listans en 0,29 til 0,62 þegar reiknað er eftir þáttum. Þetta bendir til þess að þættirnir séu óháðir þar sem hver þáttur skýrir sjálfstæðan hluta dreifingarinnar. Áreiðanleiki listans mælt með innri samkvæmni er góður fyrir kvarðann í heild ($\alpha = 0,827$) og viðunandi fyrir þættina ($\alpha = 0,672 - 0,811$) (Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009).

1.3 Tengsl rútna við tilfinningaerfiðleika

Í rannsókn Markson og Fiese (2000) á fjölskyldum barna með astma var sýnt fram á mikilvægi rútna í að draga úr kvíða astmaveikra barna. Fram kom neikvæð fylgni á milli fjölskyldurútna og kvíða. Mæður sem töldu rútnur á sínu heimili þýðingamiklar áttu börn með færri kvíðatengd einkenni en mæður sem töldu rútnur hafa litla þýðingu. Einnig kom í ljós þegar horft var til feðra að reglulegar og

fyrirsjáanlegar fjölskyldurútínur tengdust færri kvíðaeinkennum meðal barna þeirra. Fyrirsjáanlegar og þýðingamiklar rútínur í fjölskyldulífi bæta sálræna líðan, auka sjálfstraust barna, draga úr mótlæti og bæta aðlögun (Fiese og Wamboldt, 2000; Markson og Fiese, 2000).

Rannsóknir hafa sýnt fram á neikvætt samband milli rútína og innhverfra raskana meðal barna, til þeirra teljast meðal annars kvíði og þunglyndi (Brody og Flor, 1997; Markson og Fiese, 2000). Þessar rannsóknir benda til þess að rútínur hafi jákvæð áhrif á geðheilsu barna (Fiese o.fl., 2002). Auk þess hafa rannsóknir á streitu í daglegu lífi barna sýnt fram á jákvæð tengsl fjölskyldurútína við sjálfsstjórn (*self regulation*) og jákvæða hegðun barna á skólaaldri (Brody og Flor, 1997). Rannsóknir hafa sýnt að börn með athyglisbrest með ofvirkni (ADHD) hafa færri rútínur en heilbrigðir jafnaldrar þeirra. Mæður barna með ADHD eru líklegri til að þjást af þunglyndi og er streita almennt meiri hjá foreldrum þessa hóps í samanburði við aðra foreldra (Sytsma-Jordan, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að bæta megi daglegar rútínur hjá börnum með ADHD með því að nota myndræn vísbendi (*pictorial cues*) fyrir rútínur og þjálfar foreldra. Með þessum hætti má bæta hegðun og hlýðni barna með ADHD sem og auka líkur á því að þau ljúki verkefnum (Sytsma-Jordan, 2003).

Til að athuga áhrif rútína á geðheilsu barna var CRQ-IS listinn lagður fyrir klínískt úrtak. Í úrtakinu voru börn með ADHD, Kvíða-, Lyndis og Hegðunarraskanir.

1.4 Geðraskanir barna

Geðraskanir skiptast í tvær víddir, eftir því hvort þær séu úthverfar (*externalizing disorder*) eða innhverfar (*internal disorder*). Eins og nafnið bendir til eru úthverfar

raskanir mjög áberandi í hegðun. Dæmi um slíkar raskanir er Athyglisbrestur með ofvirkni (*ADHD*) og Mótþróaþrjóscuröskun. Einkenni innhverfra raskana eru yfirleitt hugræn og því ekki áberandi. Innhverfar raskanir eru til dæmis Kvíðaraskanir og Þunglyndi (Mash og Wolfe, 2009). Talið er að um 12% barna og unglunga eigi við geðræn vandamál að stríða sem hafa hamlandi áhrif á virkni þeirra (Costello, Egger og Angold, 2005).

1.4.1. Aðskilnaðarkvíði

Eitt helsta einkenni Aðskilnaðarkvíða er óhóflegur ótti við aðskilnað frá heimili eða umönnunaraðila. Þessi ótti er umfram það sem telst eðlilegt fyrir aldur og þroska barns. Einkenni verða að vera til staðar í að minnsta kosti fjórar vikur, birtast fyrir 18 ára aldur og valda skertri virkni í félagsaðstæðum, skólaumhverfi eða á öðrum mikilvægum sviðum. Þegar börn eru aðskilin frá foreldrum sínum óttast þau að slys eða veikindi hendi þau eða foreldra þeirra. Börn með Aðskilnaðarkvíða neita oft að fara í skóla eða taka þátt í félagsstörfum. Þau hanga í foreldrum sínum og elta þau hvert sem þau fara. Einnig er algengt að þau kvarti undan líkamlegum einkennum eins og höfuðverkjum, magaverkjum og ógleði þegar þau búast við aðskilnaði frá foreldrum sínum eða heimili (APA, 2000). Röskunin kemur oft í kjölfar áfalls eða breytinga (Mash og Wolfe, 2009). Aðskilnaðarkvíði er algeng röskun og er tíðni talin vera um 4% meðal barna og unglunga (APA, 2000). Röskunin birtist að meðaltali við 11,3 til 12,3 ára aldur (Silverman og Ginsburg, 1998).

1.4.2. Óyndi

Helsta einkenni Óyndis hjá börnum er langvarandi þunglyndi sem er til staðar mestan hluta dagsins flesta daga í eitt ár. Einkenni hjá börnum koma oftast fram

sem pirringur frekar en dapurleiki. Börn mega ekki vera einkennalaus lengur en tvo mánuði á þessu eins árs tímabili. Tvö eftirfarandi einkenna þurfa að vera til staðar: minnkuð eða aukin matarlyst, breytingar á svefnvenjum, orkuleysi eða þreyta, lítið sjálfstraust, vonleysistilfinning og erfiðleikar með einbeitingu eða ákvarðanatöku. Einkennin verða að hamla félagslega virkni, hafa neikvæð áhrif á skólagöngu eða aðra mikilvæga þætti. Börn með Óyndi hafa lágt sjálfsmat, lélega félagsþæfni og eru svartsýn (APA, 2000). Tíðni óyndis meðal barna er um 1% og um 5% meðal unglunga (Birmaher o.fl., 1996). Óyndi byrjar fyrr en þunglyndi, algengast er að börn séu um 11-12 ára þegar einkenni gera vart við sig (Kovacs, Obrosky, Gatsonis, og Richards, 1997).

1.4.3 Athyglisbrestur með ofvirkni

Athyglisbrestur með ofvirkni einkennist af viðvarandi skorti á einbeitingu og/eða hreyfiofirkni/hvatvísi. Athyglisbrestur einkennist meðal annars af því að einstaklingar eiga erfitt með að hafa hugann við það sem þeir eru að gera. Þetta á til dæmis við þegar verið er að vinna endurtekin verkefni sem ekki er áhugi fyrir. Oft virðist sem börn séu ekki að hlusta þótt verið sé að tala beint til þeirra. Þau truflast auðveldlega, eiga erfitt með að klára það sem þau taka sér fyrir hendur og skipta oft úr einu verkefni yfir í annað. Þau eiga í erfiðleikum með að fylgja leiðbeiningum. Einnig eru þau oft gleymín þegar kemur að daglegum athöfnum eins og að taka með sér nesti í skólann (APA, 2000). Hvatvísi/hreyfiofirkni einkennist meðal annars af því að framkvæma án þess að hugsa, grípa fram í, geta ekki stoppað sig af og ryðjast inn í leiki og samræður. Viðkomandi á erfitt með að sitja kyrr, talar mikið, fiktar, hoppar eða hleypur þegar það á ekki við. Einkenni þurfa hafa verið viðvarandi í sex mánuði og koma fram oftár en eðlilegt getur talist miðað við þroska

barnsins. Þó að margir séu greindir með ADHD eftir sjö ára aldur þurfa einkennin að hafa komið fram fyrir þann aldur. Einkenni verða að koma fram á að minnsta kosti tveimur sviðum, til dæmis í námi og félagslegum tengslum. Hamlanir af völdum röskunarinnar verða að hafa áhrif á fleiri en einar aðstæðum, til dæmis heima og í skóla. Nauðsynlegt er að hægt sé að sýna fram á að einkenni valdi hömlun í félagslegum tengslum eða námi.

Samkvæmt DSM-IV-TR er Athyglisbrest með ofvirkni skipt í þrjá undirflokkka: Fyrsti undirflokkur og sá algengasti er sameinuð gerð (*combined type*) og er hún notuð þegar sex eða fleiri einkenni athyglisbrests og sex eða fleiri einkenni hvatvísi/hreyfiofvirkni hafa verið viðvarandi í að minnsta kosti sex mánuði. Annar undirflokkur er athyglisbrestur. Þessi flokkur á við þegar sex eða fleiri einkenni athyglisbrests (en færri en sex einkenni hvatvísi/hreyfiofvirkni) hafa verið viðvarandi í að minnsta kosti sex mánuði. Ofvirkni getur verið til staðar en skortur á athygli er ráðandi einkenni. Þriðji undirflokkurinn er hvatvísi/hreyfiofvirkni. Á sú greining við þegar sex eða fleiri einkenni hvatvísi/hreyfiofvirkni (en færri en sex einkenni athyglisbrests) hafa verið viðvarandi í að minnsta kosti sex mánuði. Skortur á athygli getur samt sem áður verið mikilvægur þáttur í þessari undirgerð (APA, 2000).

ADHD er algeng röskun, talið er að um 3 til 7,8% fólks nái greiningarviðmiðum fyrir röskunina. Allt að 67% tilfella koma upp fyrir 7 ára aldur, yfir 98% þróar röskunina með sér fyrir 16 ára aldur (Smith, Barkley og Shapiro, 2007).

1.4.4 Mótþróaþrjóscuröskun

Helstu einkenni Mótþróaþrjóscuröskunar er mynstur neikvæðrar og andfélagslegrar hegðunar í að minnsta kosti sex mánuði. Fjögur af eftirfarandi einkennum verða að

koma fram: barn missir stjórn á skapi sínu, neita að fylgja fyrirmælum, kennir öðrum um eigin mistök, er viðkvæmt eða lætur aðra fara í taugarnar á sér, verður reitt eða hefnigjarnt. Til þess að ná greiningarskilmerkjum fyrir Mótþróaþrjóscuröskun verður hegðunin að eiga sér stað oftast en eðlilegt getur talist hjá börnum á svipuðu þroskastigi og aldri. Röskunin verður að leiða til hömlunar í félagslegum tengslum eða í námi. Einstaklingar með þessa röskun telja sig ekki vera sýna andfélagslega hegðun heldur réttlæta hegðun sína með ósanngjörnum kröfum eða kringumstæðum. Mótþróaþrjóscuröskun kemur oftast í ljós fyrir átta ára aldur, yfirleitt ekki seinna en snemma á unglingsárum. Algengi er um 2 til 16% (APA, 2000).

1.4.5 Aðlögunarraskanir

Aðlögunarraskanir einkennast af áberandi viðbrögðum við streitu og því að streituvaldar leiða til tilfinninga- eða hegðunarvanda. Einkenni verða að þróast innan þriggja mánaða eftir að streituvaldur hefur átt sér stað. Hvort um óhófleg viðbrögð sé að ræða fer eftir því hvort vanlíðan sé í samræmi við streituvald eða hversu mikil hamlandi áhrif streituvaldurinn hefur á félagslega virkni eða getu til að stunda nám. Einkenni Aðlögunarröskunar mega ekki standa yfir lengur en í sex mánuði eftir að streituvaldi lýkur. Hins vegar geta einkenni verið áfram til staðar ef þau koma í kjölfar viðvarandi streituvalds eins og ólæknandi sjúkdóms eða einhvers sem hefur varanlegar afleiðingar eins og tilfinningaerfiðleikar í kjölfar skilnaðar. Til eru nokkrar gerðir Aðlögunarraskana og eru þær flokkaðar eftir ráðandi einkennum. Aðlögunarröskun með dapurlyndi, kvíða, samblöndu af kvíða og dapurlyndi, hegðunarvanda, samblöndu af tilfinningaerfiðleikum og hegðunarvanda og

ótilgreindum einkennum. Aðlögunarraskanir geta komið fram á öllum aldri. Lífstíðaralgengi er á bilinu 2% til 8% (APA, 2000).

1.5 Orsakir geðraskana

Auk rúttína er mikilvægt að nefna aðra orsakapætti geðraskana meðal barna. Upprunaskýringar geðraskana eru margvíslegar og má þar nefna hugrænar-atferlisskýringar, erfða- og taugafraðilegar skýringar, lunderni barna og tengslakenningar. Eins og á við um flestar kenningar í sálarfræðum er líklegast að ekki sé ein skýring að baki heldur sé um samansafn margra þátta að ræða (Manassis, Hudson, Webb og Albano, 2004). Til einföldunar verður hér fjallað um orsakir Kvíða-, Lyndis- og Hegðunarraskana fremur en að skýra frá orsökum einstakra kvilla.

1.5.1 Orsakir Kvíðaraskana

Erfða- og taugalífraðilegar skýringar skipa stóran sess í kvíða og byggja að miklu leiti á fjölskyldurannsóknum og rannsóknum á hömlun hegðunar (*Behavioral inhibition*) (Silverman og Ginsburg, 1998). Niðurstöður rannsóknar Beidel og Turner leiddu í ljós að börn sem áttu foreldra með geðraskanir voru líklegri til að glíma sjálf við geðraskanir, þar á meðal kvíðaraskanir, í samanburði við börn heilbrigðra foreldra. Einnig hefur verið sýnt fram á gagnkvæm áhrif ýmissa umhverfisþátta (ofverndun, óörugg tengsl og streitu) og lunderni barna. Einkum hafa rannsakendur lagt áherslu á hömlun hegðunar (Manassis, Hudson, Webb og Albano, 2004). Hömlun hegðunar er viðvarandi tilhneiging barna til að vera óþarflega varfærin, hrædd eða forðast nýjar aðstæður, atburði eða ókunnugt fólk (Hirshfield-Becker o.fl., 2008). Þessi tilhneiging barna minnkar oft með tímanum,

nema viðhaldandi þættir eins og ofverndandi foreldrar séu til staðar (Manassis, Hudson, Webb og Albano, 2004).

Rannsóknir gefa til kynna að tengsl séu á milli kvíða og uppeldisaðferða sem einkennast af lítilli umhyggju og hlýju og mikilli stjórnsemi og ofverndun. Rannsóknir sem byggja á beinum athugunum á samskiptum foreldra og barna hafa stutt þá kenningu að tengsl séu á milli kvíða og ofverndandi uppeldishátta (Mash og Wolfe, 2009). Rannsókn Hudson og Rapee (2001) leiddi í ljós að foreldrar kvíðinna barna voru stjórnsamari og afskiptasamari á meðan börn leystu verkefni miðað við mæður barna sem tilheyrðu stöðluðu úrtaki.

Samkvæmt tengslakeningum er líklegt að þau börn sem ekki hafa sterk tengsl við foreldra sína séu líklegri til að þróa með sér kvíða en börn sem hafa sterk tengsl við foreldra sína. Út frá þessu er hægt að áætla að góð tengsl séu verndandi þáttur þegar kemur að kvíða barna. Þróuð hafa verið inn grip sem snúa að því að gera tengsl barns og foreldris sterkari (Manassis, Hudson, Webb og Albano, 2004). Fjöldi rannsókna hafa sýnt fram á að hærri tíðni neikvæðra lífsatburða hjá kvíðnum börnum en þeim sem ekki eru kvíðin. Atburðir eins og aðskilnaður við foreldra, skilnaður, dauði fjölskyldumeðlima, deilur innan fjölskyldunnar og flutningar voru algengari meðal barna sem voru kvíðin (Manassis, Hudson, Webb og Albano, 2004).

1.5.2 Orsakir Lyndisraskana

Orsakir Lyndisraskana geta verið margvíslegar og er nauðsynlegt að skoða fleiri en einn orsakapátt. Þær orsakir sem helst verður fjallað um hér tengjast fjölskylduumhverfi, tengslum barna við foreldra og lunderni barna (Mash og Wolfe, 2009). Það er alltaf að koma meira og meira í ljós að þunglyndiseinkenni tengjast

gæðum fjölskyldusamskipta. Þær niðurstöður sem einna helst hefur verið sýnt fram á er að þunglyndi tengist því hversu mikinn stuðning barn hlýtur, hvernig tengslum er háttað og hvort unglingar upplifi að þau séu samþykkt innan fjölskyldunnar. Einnig hafa fundist tengsl milli þunglyndis og frásagna barna og foreldra um átök innan fjölskyldunnar (Sheeber, Hops, Alpert, Davis og Andrews, 1997). Sheeber og félagar (1997) gerðu langtímarannsókn með úrtaki 231 stúlkna og 189 drengja á unglingsaldri og mæðrum þeirra. Skoðað var samband milli stuðnings frá fjölskyldu, deilur innan fjölskyldu og einkenni þunglyndis hjá unglingunum. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að í þeim fjölskyldum sem var lítil stuðningu og meira um átök var meira um þunglyndiseinkenni yfir eins árs tímabil.

Upprunaskýringar hafa lagt til að afbrigðileiki í tilfinningakerfi sé áhrifaþáttur í þróun Lyndisraskana meðal barna. Einn meginþáttur þunglyndis virðast vera erfiðleikar með að hafa stjórn á tilfinningum sínum. Gögn sem sýnt hafa fram á afbrigðileika í tilfinningakerfum hafa meðal annars komið úr taugafræðilegum rannsóknum, þróunarsálfræði og persónuleikasálfræði (Durbin og Shafir, 2008).

Tilfinningatemprun (*emotional regulation*) vísar til þess hversu vel börnum tekst að hafa áhrif á og stjórna tilfinningum sínum. Hversu mikla stjórn börn hafa á tilfinningum sínum hefur að gera með aðlögunarfærni þeirra og hversu góðu jafnvægi þau eru í (Cole og Hall, 2008). Ung börn sem upplifa löng tímabil tilfinningaerfiðleika og dapurlyndis eru líklegri en önnur til þess að hafa ekki stjórn á neikvæðum tilfinningum og eru því viðkvæm fyrir þunglyndi (Durbin og Shafir, 2008).

1.5.3 Orsakir Hegðunarraskana

Helstu orsakapættir Athyglisbrests með ofvirkni eru erfða- og taugafræðilegir, umhverfisþættir sem og fjölskylduþættir. Tvíburarannsóknir hafa endurtekið sýnt fram á sterkan erfðapátt meðal barna með ADHD og eru líkur á kvillanum taldar tvö- til áttfaldast þegar foreldri eða systkini barns greinist með hann (Biederman, 2005). Nýlegar rannsóknir benda til þess að umhverfisþættir líkt og reykingar eða áfengisneysla á meðgöngu og lág fæðingarþyngd barns auki líkur á þróun ADHD (Mash og Wolfe, 2009). Einnig hafa þættir sem snúa að erfiðleikum í fæðingu sem og heilsa og aldur mæðra verið skoðuð í þessu samhengi og talin auka líkur á að barn þrói með sér röskunina. Þó svo að fjölskylduþættir einir og sér eru ekki taldir orsaka ADHD þá eru þeir áhættuþættir. Í einni rannsókn á áhrifum fjölskylduþátta kom í ljós að ágreiningur innan fjölskyldu, minni samheldni og geðraskanir meðal foreldra voru algengari hjá börnum með ADHD miðað við heilbrigð börn í samanburðahópi (Biederman, 2005).

1.6 Samsláttur geðraskana

Samsláttur milli geðraskana barna og unglunga virðist frekar vera regla en undantekning. Hugsanlegt er að þetta komi til vegna aðferðafræðilegra vandamála eða að börn og unglingar nái greiningarskilmerkjum fyrir fleiri en eina röskun. Samsláttur getur haft áhrif á bæði flokkun og upprunaskýringar geðraskana (Marmorstein, 2007; Lilienfeld, 2003). Klínískar rannsóknir benda til þess allt að helmingur barna með geðraskanir hafi samslátt við fleiri en eina röskun. Í klínísku úrtaki 73 barna með Kvíðaraskanir náðu 56 greiningarviðmiðum fjögurra stórra greinarflokka, Aðskilnaðarkvíða, Félagsfælni, Ofkvíðaröskun og Þunglyndi (Silverman og Goldstein, 1998). Rannsóknarniðurstöður gefa til kynna að í 15,9%

til 61,9% tilvika sé um samslátt milli kvíð og þunglyndis að ræða og er því mikil fylgni á milli mælinga á kvíða og þunglyndi (Brady og Kendall, 1992). Rannsakendur eru því ósammála hvort þunglyndi og kvíði séu tvær aðskildar raskanir eða hvort flokka megi þær undir einn sameiginlegan flokk (Brady og Kendall, 1992).

Flest börn sem greinast með ADHD ná einnig greiningarskilmerkjum fyrir aðra geðröskun. Algengastur er samsláttur við Mótþróaþrjúskuröskun, Hegðunarröskun, Kvíða- og Lyndisraskanir (Biederman, 2005). Yfir helmingur barna með ADHD, þá aðallega drengir, ná greiningarviðmiðum fyrir Mótþróaþrjúskuröskun (Biederman, 2005; Jarret og Ollendick, 2008) og hafa langtímarannsóknir bent til þess að ADHD leiði til Mótþróaþrjúskuröskunar frekar en öfugt (Mash og Wolfe, 2009). Að auki greinast um 15% barna með ADHD með hegðunarröskun, um 25% greinast með kvíða og yfir 20% með þunglyndi (Biederman, 2005). Mikill samsláttur er milli Mótþróaþrjúskuröskunar og Hegðunarröskunar, auk þess ná yfir 50% barna sem greind eru með Mótþróaþrjúskuröskun einnig greiningaviðmiðum fyrir kvíða eða þunglyndi (Wolff og Ollendick, 2006).

1.7 Tilgangur rannsókna

Eldri rannsóknir benda til þess að rútnur hafi jákvæð áhrif á geðheilsu barna. Hafa þær meðal annars sýnt fram á neikvætt samband milli rútna og innhverfra raskana meðal barna (Brody og Flor, 1997; Markson og Fiese, 2000). Rannsóknir hafa í auknum mæli sýnt fram á mikilvægi rútna fyrir vellíðan og velgengi barna. Til að hægt sé að staðfesta notagildi rútna sem hluta af meðferð við ýmsum geðrænum vandamálum þarf að skoða mun á rútinum barna í klínísku og stöðlunarúrtaki. Með því er hægt að skoða tengsl rútna við ýmsar geðraskanir meðal barna. Tilgangur

Þessarar frumrannsóknar var að skoða tengsl daglegra rútna barna við geðheilsu þeirra. Til þess að skoða þessi tengsl var CRQ-IS listinn, sem mælir daglegar rútnur barna, lagður fyrir klínískt úrtak. Niðurstöður rannsóknar voru bornar saman við stöðlunarúrtak heilbrigðra barna á sama aldri. Auk þessa var skoðað hvort munur væri á rútnum eftir kyni barna, aldri barna, kyni, aldri, menntun og hjúskapastöðu þess foreldris sem fyllti út listann, fjölda barna á heimili og fjölda heimila sem barn á. Tilgátur voru að munur væri á rútnum barna í klínísku- og stöðlunarúrtaki, þar sem börn í klínísku úrtaki eru talin búa við færri rútnur. Talið er að þessi munur komi fram fyrir listann í heild og einstaka undirþætti hans.

Aðferð

2.1 Þátttakendur

Í úrtaki voru alls níu foreldrar barna á aldrinum 6 til 13 ára sem voru að mæta í sitt fyrsta greiningarviðal á Barna- og unglíngageðdeild Landspítalans. Alls svöruðu foreldrar fimm stúlkna (55%) og fjögurra drengja (45%) CRQ-IS listanum. Meðalaldur barnanna var 10,11 ár. Af þeim foreldrum sem fylltu út listann voru sjö mæður, einn faðir og í eitt skipti svöruðu báðir foreldrar. Foreldrar voru á aldrinum 20 til 50 ára. Bakgrunnsbreytur sem lagðar voru fyrir samhliða CRQ-IS spurningalista sýndu að 33% foreldra höfðu lokið grunnskóla prófi, 22% höfðu lokið stúdentsprófi eða sambærilegu prófi og 44% höfðu lokið háskólaprófi. Hjúskapastaða flestra eða um 67% voru giftir eða í sambúð á meðan 33% voru einstæðir. Fjöldi barna á heimili var frá einu upp í fjögur börn. Tvö börn (um 22%) áttu fleiri en eitt heimili og dvöldu þau bæði aðra hvora helgi á öðru heimili. Greining fyrir hvert barn var sótt í sjúkraskrá þess eftir að greiningaviðtal fór fram. Drengir í úrtaki voru með eftirfarandi greiningu: einn með Athyglisbrest með ofvirkni, tveir með Athyglisbrest með ofvirkni og Mótþróaþrjóscuröskun og einn með Athyglisbrest og Óyndi. Stúlkur í úrtaki voru með eftirfarandi greiningar: tvær með Athyglisbrest með ofvirkni, ein með Athyglisbrest með ofvirkni, Mótþróaþrjóscuröskun og Aðskilnaðarkvíða, og ein með Aðskilnaðarkvíða.

2.2 Mælitæki

Child Routines Questionnaire (CRQ) er 39 atriða foreldramatskvarði sem notaður hefur verið í Bandaríkjunum til að meta algengi daglegra rúttina meðal barna á skólaaldri (Sytsma-Jordan, 2003). Atriði listans mæla fjóra þætti sem eru *Daglegt líf*, *Heimilisskyldur*, *Agarúttínur* og *Heimanám*. Innri samkvæmni CRQ listans í heild er mjög góð ($\alpha = 0,90$) og fyrir undirþætti hans ($\alpha = 0,79 - 0,83$).

Endurprófunaráreiðanleiki listans í heild var 0,86 og á bilinu 0,75 til 0,85 fyrir þættina. Til að skoða réttmæti var listinn var borin saman við Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) og Family Routine Inventory (FRI). Fylgni einstakra atriða við heildarskor kvarðans var að meðaltali 0,42 eða á bilinu 0,21 – 0,54. Mælingar á réttmæti voru marktækar og sýndu neikvæða fylgni við hegðunarvanda barna ($r = -0,35$) og jákvæða fylgni við fjölskyldurútnur ($r = 0,54$).

CRQ-IS er þýdd og staðfærð útgáfa af Child Routine Questionnaire listanum. CRQ-IS er 38 atriða foreldramatskvarði sem metur hve oft rútnur eiga sér stað í daglegu lífi barna á aldrinum 5 til 12 ára. Atriðin eru metin á 5 punkta Likert kvarða og getur heildarskor verið á bilinu 0-152 stig. Listanum fylgja eftirfarandi leiðbeiningar: „Vinsamlegast svaraðu hve oft barnið þitt fylgir hverri rútnu með því að setja hring utan um viðeigandi svarmöguleika frá 0 (aldrei) til 4 (næstum alltaf). Miðaðu svör þín við hve oft barnið hefur fylgt hverri rútnu síðastliðinn mánuð. Ef eitthvað atriði á ekki við um barnið þitt, vinsamlegast merktu við 0“. Atriðin mæla fjóra þætti, alls nýu atriði mæla *Heimilisskyldur*, átta atriði mæla *Samvera fjölskyldu*, nýu atriði mæla *Agarútnur* og sjö atriði mæla *Daglegt líf*. Áreiðanleiki listans mælt með innri samkvæmni er góður fyrir kvarðann í heild ($\alpha = 0,827$) og viðunandi fyrir þættina ($\alpha = 0,672 - 0,811$). Próffræðilegir eiginleikar CRQ-IS listans eru sambærilegir upprunalega CRQ listanum sem bendir til þess að listinn sé áreiðanlegt mælitæki fyrir rútnur barna (Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009).

2.3 Framkvæmd

Sótt var um leyfi frá Siðanefnd Landspítalans og Persónuvernd áður en rannsókn hófst. Í samráði við sálfræðinga á Barna- og unglingageðdeild Landspítalans (BUGL) var CRQ-IS spurningalistinn lagður fyrir foreldra barna sem voru að koma

Í sitt fyrsta greiningarviðtal. Þátttakendur fengu kynningarblað þar sem rannsókn var kynnt ásamt tilgangi verkefnis og upplýsingum um hvernig gögn yrðu meðhöndluð. Einnig voru þátttakendur beðnir að staðfesta upplýst samþykki með því að skrifa undir á þar til gerðu blaði. Tekið var skýrt fram réttur forráðamanna til að hætta þátttöku sem og að ekki yrði hægt að rekja svör til þátttakenda. Þar að auki var fengið leyfi fyrir því að sálfræðingur á BUGL myndi sækja greiningu barnsins í sjúkraskrá þess, tekið var fram að aðeins yrði greining barnsins skráð á listann en hvorki nafn né kennitala. Auk þess að svara CRQ-IS listanum voru foreldrar beðnir um að svara nokkrum bakgrunnsbreytum sem notaðar voru til að vinna úr gögnum. Þær voru: aldur og kyn barns, aldur, kyn, hjúskaparstaða og menntun foreldris, fjöldi barna á heimili, hvort barn ætti fleiri en eitt heimili og ef svo væri hvernig umgengni væri háttað.

Úrtak rannsóknar var borið saman við staðlað úrtak 634 foreldra barna á aldrinum 6 til 13 ára. Kynjahlutfall úrtaksins og stöðlunarúrtaks var sambærilegt þar sem foreldrar svöruðu CRQ-IS listanum fyrir 334 (52,6%) stúlkur og 296 (46,6%) drengi. Meðalaldur barnanna var 9 ár, en upplýsingar vantaði frá sex þátttakendum (Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009).

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði eftir lýðfræðilegum breytum má sjá í töflu 1.

Tafla 1. Meðaltöl og staðalfrávik fyrir heildarskor á CRQ-IS eftir lýðfræðilegum breytum

	<i>Fjöldi</i>	<i>Meðaltal</i>	<i>Staðalfrávik</i>
Kyn			
Stúlka	5	89.20	14.96
Drengur	4	95.50	13.92
Aldur			
6	1	106.00	-
7	-	-	-
8	-	-	-
9	2	102.00	5.66
10	2	81.50	3.54
11	2	96.00	18.39
12	1	94.00	-
13	1	69.00	-
Kyn foreldris			
Móðir	7	87.57	12.53
Faðir	1	109.00	-
Bæði	1	106.00	-
Aldur foreldris			
20-29	1	84.00	-
30-39	5	97.40	9.58
40-49	3	85.67	20.82
50-59	-	-	-
60+	-	-	-
Hjúskaparstaða			
Gift/Sambúð	6	97.00	12.65
Einstæð(ur)	3	82.00	12.53
Menntun foreldris			
Grunnskólapróf	3	86.00	18.68
Stúdentspróf	2	96.50	17.68
Háskólapróf	4	94.25	11.33
Fjöldi Barna á heimili			
1	2	100.00	8.49
2	3	77.33	7.64
3	3	95.67	11.68
4	1	109.00	-
Á barn annað heimili?			
Já	2	101.50	10.61
Nei	7	89.29	17.26
Hvernig er umgengi háttað?			
Önnur hver helgi	2	101.50	10.61

Athugið: Hærra meðaltal er merki um meiri rútínur.

Tafla 2 sýnir meðaltöl og staðalfrávik fyrir undirþætti (CRQ-IS) listans og listann í heild. Birt eru heildarmeðaltöl og staðalfrávik auk þess sem skipt er eftir kyni. Að auki var áhrifastærð (d) reiknuð til að meta mun á meðaltölum stúlkna og drengja. Áhrifastærð má skilgreina sem mat á stærð mismunar meðaltala miðað við staðalfrávik þeirra. Samkvæmt viðmiðum Cohens (1988) merkir áhrifastærð 0,20 lítinn mun, 0,50 miðlungs og 0,80 mikinn mun á meðaltölum.

Tafla 2. Meðaltöl (M) og staðalfrávik (sf) skipt eftir kyni

	Stúlkur			Drengir			Heild			Áhrifastærð
	n	M	Sf	n	M	Sf	n	M	Sf	d
Þáttur 1	5	10,60	6,47	4	17,00	3,56	9	13,44	6,09	-1,23
Þáttur 2	5	23,00	3,54	4	19,25	5,38	9	21,33	4,58	0,82
Þáttur 3	5	26,80	4,49	4	30,25	3,40	9	28,33	4,21	-0,87
Þáttur 4	5	19,40	3,65	4	19,50	1,29	9	19,44	2,70	-0,04
CRQ-IS	5	89,20	14,96	4	95,50	13,92	9	92,00	13,98	-0,44

M= Meðaltal, sf= staðalfrávik, n =fjöldi. Þáttur 1- heimilisskyldur, þáttur 2- Samvera fjölskyldur, þáttur 3- daglegt líf, þáttur 4- agarútínur.

Þegar áhrifastærð var reiknuð fyrir meðaltöl stúlkna og drengja kom í ljós að áhrifastærð allra þáttanna nema fyrir þátt 2 var yfir 0,2. Samt sem áður er áhrifastærðin mismikil eftir þáttum og fyrir listann í heild. Mest var munur á meðaltölum stúlkna og drengja ($d = 1,23$) þegar það kom að rútinum sem tengjast *Heimilisskyldum*, þáttur 1. Áhrifastærð fyrir mun á rútinum sem snúa að *Samveru fjölskyldu*, þáttur 2, sýnir mun milli kynja ($d = 0,82$). Einnig kom fram munur milli kynja ($d = 0,87$) á þætti 3, *Daglegt líf*. Enginn munur var *Agarútínunum*, þætti 4, milli stúlkna og drengja ($d = 0,04$). Fyrir listann í heild má sjá mun á stúlkum og drengjum ($d = 0,44$).

Næst var gerður samanburður á úrtaki rannsóknar við stöðlunarúrtak úr fyrri rannsókn Birnu Krístrúnar Halldórsdóttur og Huldar Óskarsdóttur (2009). Niðurstöður má sjá í töflu 3. Reiknuð voru meðaltöl (M) og staðalfrávik (sf) fyrir báða hópa ásamt áhrifastærð (d).

Tafla 3. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir fyrir úrtak í rannsókn og stöðlunarúrtak

	Klínískt úrtak		Stöðlunarúrtak		Áhrifastærð d
	M	Sf	M	Sf	
Þáttur 1	13,44	6,09	19,36	6,5	-0,94
Þáttur 2	21,33	4,58	26,77	3,6	-1,32
Þáttur 3	28,33	4,21	34,56	2,0	-1,89
Þáttur 4	19,44	2,70	17,89	4,9	0,38
CRQ-IS	92,00	13,98	98,43	12,0	-0,49

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, d = áhrifastærð. Þáttur 1- heimilisskyldur, þáttur 2- Samvera fjölskyldur, þáttur 3- daglegt líf, þáttur 4- agarútínur.

Áhrifastærðir voru reiknaðar til að meta mun milli þáttanna og listans í heild milli úrtaka. Líkt og sjá má í töflu 3 er áhrifastærð yfir 0,2 fyrir alla þætti listans og listans í heild. Munur er á milli rannsóknarúrtaks og stöðlunarúrtaks, hann er þó mismikill eftir undirþáttum. Mestur er munur milli úrtakanna þegar kemur að rúttinum sem mæla *Daglegt líf*, þáttur 3 (d = 1,89). Þar á eftir má sjá mestan mun á *Samveru fjölskyldu* (d = 1,32), *Heimilisskyldum* (0,94), loks má sjá að munurinn er minnstur þegar kemur að *Agarúttinum* (d = 0,38). Heildarmeðaltal fyrir CRQ-IS listann er lægra í úrtaki rannsóknar (M = 92) en stöðlunarúrtaki (M = 98,43) og sýnir áhrifastærð að börn í klíníska úrtakinu skoruðu að meðaltali 0,49 staðalfrávikum lægra en börn í stöðlunarúrtaki á listanum. Bendir þetta til þess að börn í klínísku úrtaki séu með færri rúttinum en börn í stöðlunarúrtaki.

Umræða

Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman rútnur barna í klínísku úrtaki við rútnur barna í stöðlunarúrtaki. Upphaflega var ætlun rannsakenda að skoða sérstaklega tengsl rútna við tilfinningaerfiðleika en þar sem erfitt reyndist að fá þátttakendur í rannsókn var CRQ-IS listinn lagður fyrir öll börn á aldrinum 6 til 13 ára yfir nokkurra vikna tímabil. Skilyrði til þátttöku var að barnið væri að mæta í sitt fyrsta greiningarviðtal á barna og unglingageðdeild Landspítalans (BUGL). Meirihluti barnanna var greindur með Athyglisbrest með ofvirkni en þar að auki voru börn með Mótþróaþrjóscuröskun, Óyndi og Aðskilnaðarkvíða. Þar sem um frumrannsókn var að ræða og fjöldi þátttakenda aðeins níu manns var tölfræðileg úrvinnsla ekki umfangsmikil en borin voru saman meðaltöl og staðalfrávik hópa og reiknaðar áhrifastærðir þeirra.

Niðurstöður voru bornar saman eftir kyni og aldri barns sem og kyni, menntun, hjúskaparstöðu foreldra, fjölda barna á heimili og hvort barn ætti fleiri en eitt heimili. Erfitt var að segja til um áhrif lýðfræðilegra breyta vegna smæðar úrtaks. Kom fyrir að aðeins eitt barn tilheyrði tilteknum hópi. Þó kom í ljós að þau börn sem áttu foreldra á aldrinum 30 til 39 ára höfðu flestar rútnur. Einnig mátti sjá að meðalfjöldi rútna hjá börnum foreldra sem voru gift eða í sambúð var meiri, kemur það ekki á óvart þar sem erfiðara getur reynst fyrir einstæða foreldra að halda rútnum á heimili. Börn foreldra sem höfðu minnsta menntun, einungis lokið grunnskólaprófi, höfðu færri rútnur borið saman við börn foreldra sem lokið höfðu frekari menntun (Sjá töflu 1). Áhugavert væri að skoða áhrif lýðfræðilegra breyta í stærra klínísku úrtaki, myndi það sennilega varpa frekara ljósi á áhrif þeirra á rútnur.

Fæstir þátttakenda lentu í vandræðum með að svara spurningum listans en tjáði móðir einnar stúlku þátttakendum að verið væri að vinna með svefnrútínur stúlkunnar og fannst henni því erfitt að svara spurningunni sem var um háttatíma barnsins. Við úrvinnslu gagna kom í ljós að tvö svör vantaði fyrir eitt barn. Þar sem þátttakendur voru fáir og brottfall eins þátttakenda gæti haft umtalsverð áhrif á niðurstöður var ákveðið að halda gögnum hans inni.

Niðurstöður þessarar frumrannsóknar benda til þess að sú tilgáta að börn sem greind eru með geðraskanir hafi færri rúttínur en önnur börn. Munur kom fram á klínísku úrtaki rannsóknarinnar og stöðlunarúrtaki úr rannsókn Birnu Krístrúnar Halldórsdóttur og Huldar Óskarsdóttur (2009), þessar niðurstöður eru í samræmi við tilgátur rannsakenda. Bæði mátti sjá mun á einstökum þáttum listans og listans í heild. Mestan mun var að finna milli hópanna þegar kemur að rúttinum er snúa að daglegu lífi barna. Þar á eftir er munur á *Samveru fjölskyldu*, *Heimilisskyldum* og loks má sjá að minnstur munur er á *Agarúttinum*. Athyglisvert er að samkvæmt niðurstöðum eru fleiri agarúttínur hjá börnum í klínísku úrtaki en stöðlunarúrtaki (sjá Töflu 3). Hugsanleg skýring á þessum mun á agarúttinum er sú að erfið hegðun barna kallar oft fram neikvæðari uppeldishætti og meiri aga af hálfu foreldra. Samkvæmt líkani Patterson er líklegt að foreldrar sem eiga erfitt með að hafa stjórn á hegðun barna sinna grípi frekar til valdbeitingar en þeir foreldrar sem hafa stjórn. Hlýðni barnsins styrkir svo þessa óæskilegu uppeldishætti og er neikvæðu samskiptamynstri haldið við. Talið er að þetta óæskilega hegðunarmynstur milli barns og foreldra þess stuðli að hegðunarerfiðleikum sem hafa svo neikvæð áhrif á félags- og aðlögunarfærni barnsins (Systema-Jordan, 2003; Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009). Við það að leggja mikla áherslu á aga gætu kröfur minnkað gagnvart öðrum rúttinum eins og þegar kemur að daglegu lífi.

Talið er að uppbyggilegar rútínur geti virkað sem undanfari fyrir hlýðni og aukið þann fyrirsjáanleika sem barnið hefur leitast eftir (Sytsma, Kelley og Wymer, 2001). Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar kom í ljós að fleiri daglegar rútínur voru meðal heilbrigðra barna sem gæti gefið til kynna að þær skipti meira máli en agarútínur. Færri rútínur gætu endurspeglad meiri óreiðu í lífi þessara fjölskyldna. Börn sem búa á heimilum sem einkennast af skipulagsleysi eru líklegri til að sýna mótþróahegðun sem kallar á neikvæð viðbrögð mæðra (Wittig, 2005). Erfitt er að segja til umhvort þessi óreiða skapist vegna vanda barnsins, þreytu foreldra eða skertra tengsla milli barns og foreldra eða hvort það sé óreiðan sem á þátt í að viðhalda vanda barnsins.

Þegar niðurstöður fyrir hvern þátt listans voru skoðaðar eftir kyni barns sýndu þær mun á meðaltölum stúlkna og drengja í þremur af fjórum undirþáttum listans, *Heimilisskyldur*, *Samvera fjölskyldu* og *Daglegt líf* (sjá töflu 2). Stúlkur í úrtaki hafa fleiri rútínur sem tengjast *Samveru fjölskyldu* en drengir eru með fleiri rútínur sem tengjast þáttunum *Heimilisskyldum* og *Daglegu lífi* (sjá Töflu 2). Koma þessar niðurstöður nokkuð á óvart þar sem þær eru ekki í samræmi við þær staðalmyndir kynja sem oft eru til staðar. Hafa verður þó í huga að þar sem úrtakið var lítið er ekki hægt að vera viss um að gögnin endurspegli hvernig rútínum er háttað meðal barna með geðraskanir. Þessar niðurstöður eru ekki í samræmi við niðurstöður stöðlunarúrtaks þar sem stúlkur höfðu fleiri rútínur sem snúa að heimilisskyldum og samveru fjölskyldu en drengir höfðu fleiri agarútínur (Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir, 2009). Því eru niðurstöður núverandi rannsóknar aðeins að hluta til í samræmi við fyrri rannsókn. Hugsanlegt er að þessi munur sé tilkominn vegna þess að í öðrum hópnum voru börn sem ekki höfðu geðraskanir en í hinum hópnum voru börn með geðræna kvilla. Fjölskyldur stúlkna með geðræn einkenni

veita þeim hugsanlega meiri samveru vegna vandamála sinna en leggja minni áherslu á rútínur í daglegu lífi og aga. Hugsanlegt er að þær fái meira tilfinningalegt atlæti vegna geðranna einkenna sinna og má velta fyrir sér hvort rekja megi hluta vanda þeirra til skorts á aga og rútínum í daglegu lífi.

Rannsóknir hafa sýnt fram á að tengsl rútína við Athyglisbrest með ofvirkni og Hegðunarvanda. Mikil tengsl eru á milli ADHD og Lyndisraskana eins og Þunglyndis og Kvíða. Börn með ADHD mæta sífellt mótlæti frá umhverfi sínu, í skóla, frá foreldrum og öðrum í kringum þau. Þau standa ekki undir þeim kröfum og væntingum sem þeim eru settar og er líklegt að þetta dragi úr sjálfstrausti þeirra og valdi vanlíðan. Þar sem rútínur setja börnum mörk og auka fyrirsjáanleika í lífi þeirra eru þær eru taldar draga úr hvatvísi og ofvirkni með því að stuðla að sjálfstjórn hjá börnum á leik- og grunnskólaaldri (Pruitt, 1998). Með því að auka rútínur barna með ADHD og hafa þannig áhrif á hvatvísi þeirra og ofvirkni er hugsanlega hægt að draga úr líkum þess að þau þrói með sér tilfinningaerfiðleika eins og Þunglyndi og Kvíða.

Þrátt fyrir að fjöldi fræðimanna hafi skrifað um mikilvægi rútína eru ekki nægilega margar kerfisbundnar rannsóknir sem styðja slíkar fullyrðingar (Sytsma, Kelley og Wymer, 2001). Þennan skort á hlutlægum gögnum má líklega rekja til takmarkana á mælitækjum til að meta rútínur barna. Með tilkomu matstækja eins og CRQ-IS má hugsanlega bæta úr þessum annmörkum. Próffræðilegir eiginleikar CRQ-IS listans reyndust góðir og sú forathugun sem hér var gerð gefur vísbendingu um að hægt sé að nota listann við samanburð á klínísku- og stöðlunarúrtaki. Í framtíðarrannsóknum myndi koma sér vel að hafa stærra úrtak og hafa greiningar barna afmarkaðari. Einnig gæti verið áhugavert að skoða hvort munur væri á rútínum eftir einstökum geðröskunum.

Í samræmi við eldri rannsóknir og niðurstöður rannsóknar má segja að tengsl séu milli rútína og geðheilsu barna. Líkt og Markson og Fiese (2000) bentu á geta rútínur dregið úr kvíða barna með astma og má gera ráð fyrir sambærilegum áhrifum meðal barna með geðraskanir í klínísku úrtaki sem þessu. Með því að sýna fram á að tengsl séu á milli fjölda rútína og geðraskana barna má í framhaldi af því byrja að skoða rútínur sem inn grip í meðferð við geðröskunum. Verður þá hægt að þróa inn grip sem byggja á rannsóknum í stað þess að menn gefi sér forsenduna um gagnsemi rútína.

Heimildir

- Adams, L. A. og Rickert, V. I. (1989). Reducing bedtime tantrums: Comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics*, 84, 756-761.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4. Útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beidel, D. C. og Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1215-1220.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D.E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R.E., o.fl. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years: Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Birna Krístrún Halldórsdóttir og Huld Óskarsdóttir. (2009). Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu Child Routines Questionnaire. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.
- Bossard, J. H. S. og Boll, E.S. (1950). *Ritual in Family Living*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Boyce, W. T., Jensen, E. W., James, S. A. og Peacock, J. L. (1983). The Family Routines Inventory: Theoretical origins. *Social Science and Medicine*, 17, 193-200.
- Brady, E. og Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brody, G. H. og Flor, D. L. (1997). Maternal psychological functioning, family processes, and child adjustment in rural, single-parent, African American families. *Developmental Psychology*, 33, 1000-1011.
- Bush, E. G. og Pargament, K. I. (1997). Family coping with chronic pain. *Families, Systems, & Health*, 15, 147-160.
- Cassidy A. (1992). When, why, and how to get your baby into a routine. *Working Mother*, 15 (56), 59-60.

- Christophersen, E. R. (1982). Incorporating behavioral pediatrics into primary care. *Pediatric Clinics of North America*, 29, 261-296
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. útgáfa). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cole, P.M. og Hall, S.E. (2008). Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. Í T.P. Beauchaine og S.P. Hinshaw (ritstjórar), *Child and adolescent psychopathology*. Hoboken, N.J: Wiley.
- Costello, E.J., Egger, H.L. og Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders. Phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648
- Durbin, C.E. og Shafir, D.M. (2008). Emotion regulation and risk for depression. Í J.R.Z. Abela og B.L. Hankin (ritstjórar), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Fiese, B. H. (2002). Routines of daily living and rituals in family life: A glimpse at stability and change during the early child-raising years. *Zero to Three*, 22(4), 10-13.
- Fiese, B. H., Hooker, K. A., Kotary, L. og Schwagler, J. (1993). Family rituals in the early stages of parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 633-642.
- Fiese, B. H. og Kline, C. A. (1993). Development of the Family Ritual Questionnaire: Initial reliability and validation studies. *Journal of Family Psychology*, 6(3), 290-299.
- Fiese, B.H., Tomcho, T.J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S. og Baker, T. (2002). A Review of 50 Years of Research on Naturally Occurring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration? *Journal of Family Psychology*, 16(4), 381-390.
- Fiese, B.H. og Wamboldt, F.S. (2000). Family routines, rituals, and asthma management: A proposal for family-based strategies to increase treatment adherence. *Families, Systems, & Health*, 18 (4), 405- 418.
- Greening, L., Stoppelbein, L., Konishi, C., Jordan, S. S., & Moll, G. (2007). Child routines and youths' adherence to treatment for Type I Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 437-447.

- Hanna, G. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(1), 19-27.
- Henderson, J. og Jordan, S. S. (2009). Development and preliminary evaluation of the Bedtime Routines Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 271–280.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B. og Hart, E. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31–39.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. og Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and anxiety*, 25(4), 357-367.
- Hudson, J. L. og Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Jarrett, M. A. og Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of ADHD and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28, 1266-1280.
- Jensen, E. W., James, S. A., Boyce, W. T. og Hartnett, S. A. (1983). The family routines inventory: Development and validation. *Social Science and Medicine*, 17(4), 201-211.
- Keltner, B. (1990). Family characteristics of preschool social competence among Black children in a Head Start program. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(2), 95-108.
- Kovacs, M., Obrosky, D.S., Gatsonis, C. og Richards, C. (1997). First- episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and sociodemographic factors in recovery. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 777-784.
- Lilienfeld, S.O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 285-291.

- Manassis, K., Hudson, J. L., Webb, A. og Albano, A. M. (2004). Beyond behavioral inhibition: etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice 11*, 3-12.
- Markson, S. og Fiese, B. H. (2000). Family rituals as a protective factor for children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(7), 471-480.
- Marmorstein, N.R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: The influence of age and gender. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 420-432.
- Mash, E. J. og Wolfe, D. A. (2009). *Abnormal child psychology (4. útgáfa)*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Murphy-Wittig, M. (2005). *Development and validation of the Child Routines Questionnaire: Preschool*. Óbirt doktorsritgerð, Louisiana State University.
- Pett, M. A., Lang, N. og Gander, A. (1992). Late-life divorce: Its impact on family rituals. *Journal of Family Issues*, 13, 526–552.
- Pruitt, D. B. (1998). *Your child: What every parent needs to know*. New York: Harper Collins.
- Sheeber, L. B., Hops, H., Alpert, A., Davis, B. og Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.
- Silverman, W. K., og Ginsburg, G. S. (1998). Anxiety disorders. Í T. H. Ollendick og M. Hersen (ritstjórar), *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum.
- Smith, B., Barkley, R. A. og Shapiro, C. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstjórar), *Assessment of Childhood Disorders (4.útgáfa)*. New York: Guilford.
- Sprunger, L. W., Boyce, W. T. og Gaines, J. A. (1985). Family/infant congruence: Routines and rhythmicity in family adaptations to a young infant. *Child Development*, 56, 564–572.
- Sytsma, S. E. (2001). Assessing the relationship between daily routines and child behavior problems: Development and initial validation of the Child Routines Inventory. Óbirt mastersritgerð, Louisiana State University.

- Sytsma, S.E., Kelley, M.L., og Wymer, J.H. (2001). Development and initial validation of the Child Routines Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 241-251.
- Sytsma-Jordan, S. E. (2003). *Further validation of the Child Routines Questionnaire (CRQ): Relationship to parenting practices, maternal distress, and child externalizing behavior*. Óbirt doktorsritgerð, Louisiana State University.
- Umansky, D. (1997). Test-taking know-how: Skills and secrets to improve comprehension and raise scores. *Working Mother*, 20, 42-44.
- Wolff, J.A. og Ollendick, T.H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 201-220.
- Wolin, S.J. og Bennett, L.A. (1984). Family Rituals. *Family Process*, 23, 401-420.

Viðaukar

1. Bakgrunnsbreytur sem lagðar voru fyrir þátttakendur.
2. Upplýst samþykkisblað til foreldra.
3. CRQ-IS spurningalisti.

Viðauki 1

Kyn barns:

- Kvk
- Kk

Aldur barns: _____ ára

Fyllt út af:

- Móðir
- Faðir
- Annar (hvernig tengdur): _____

Aldur svaranda:

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+

Hjúskaparstaða:

- Gift/ur / í sambúð
- Einstæð/ur

Menntun:

- Lokið grunnskólaprófi
- Lokið stúdentsprófi eða öðru sambærilegu
- Lokið háskólaprófi

Fjöldi barna á heimilinu: _____

Á barnið fleiri en eitt heimili?

- Já
- Nei

ef „já“ hvernig er umgengni háttað?

- Vika og vika
- Önnur hver helgi á öðru heimilinu
- Annað (hvað): _____

Viðauki 2

Reykjavík, apríl 2010

Kæra foreldri og forráðamaður,

Samstarfshópur á vegum Barna-og unglingageðdeildar Landspítala Háskólasjúkrahúss (BUGL) og Háskóla Íslands er að hefja rannsókn á tengslum tilfinningaerfiðleika við rútínur barna. Foreldrar/forráðamenn allra barna á aldrinum 6-12 ára sem koma í fyrsta viðtal á Barna- og unglingageðdeild landspítalans (*BUGL*) eru beðnir um að taka þátt í þessari rannsókn. Markmið rannsóknarinnar er að skoða rútínur barna sem vísað er á *BUGL* vegna tilfinningaerfiðleika. Niðurstöður rannsóknarinnar mun bæta þekkingu í þessum efnum og hugsanlega nýtast við þróun meðferðarúræða og forvarnarverkefna fyrir börn með tilfinningaerfiðleika.

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er:

Berglind Brynjólfsdóttir, sálfræðingur

Barna-og unglingageðdeild Landspítala (*BUGL*)

Dalbraut 12, 105 Reykjavík, Sími: 543-4300, netfang: bergibr@landspitali.is

Rannsóknin er unnin af Aldísi Þorbjörgu Ólafsdóttur og Svanhildi Tinnu Ólafsdóttur nemum í sálfræði og er hluti af lokaverkefni þeirra til BS prófs við Háskóla Íslands.

Leiðbeinandi er Dr. Urður Njarðvík, Lektor við Sálfræðideild Háskóla Íslands

Þátttaka í rannsókninni felur í sér að foreldri svarar (það er nóg að annað foreldri svari listunum) stuttum spurningalista sem tekur ca. 10 mín að svara sem mælir daglegar venjur barna. Foreldri verður einnig beðið um að svara stuttum lista sem inniheldur spurningar um bakgrunnsbreytur s.s. aldur, kyn, hjúskaparstaða og menntun svaranda, aldur og kyn barnsins sem svarað er fyrir, fjöldi barna á heimilinu og hvort barnið eigi fleiri en eitt heimili.

Ekki er beðið um neinar persónuupplýsingar þar sem listinn er hvorki merktur forráðamanni né barni. Einungis er spurt um venjur í daglegu lífi barnsins s.s. hvort barnið fari alltaf að sofa á sama tíma eða hvernig heimanámi barnsins er sinnt. Svör eru því ekki rekjanleg til einstakra þátttakenda. Rannsóknin er gerð með leyfi síðanefndar Landspítalans og með leyfi Persónuverndar.

Þér ber að sjálfsögðu *engin skylda* til að taka þátt í þessari rannsókn og þú getur hætt þátttöku hvenær sem er. Þér er einnig frjálst að sleppa því að svara einstaka spurningum á listanum. Samþykkir þú þátttöku ert þú beðin um að undirrita meðfylgjandi samþykkiseyðublað. Blaðið verður geymt hjá Berglind Brynjólfsdóttur, sálfræðingi á *BUGL* og munu aðrir

rannsóknaraðilar ekki hafa aðgang að upplýsingum um nöfn þátttakenda. Svör þín verða ekki geymd með þessu blaði og því eru svörin ekki rekjanleg til þín.

Við öflun upplýsinga verður einnig farið í sjúkraskrá barnsins á BUGL til að fá nánari upplýsingar um greiningu barnsins. Einungis verður notast við upplýsingar úr spurningalistunum og greiningu í sjúkraskrá. Aðrar upplýsingar verða ekki notaðar. Ekki verður hægt að rekja niðurstöður til einstakra þátttakenda. Berglind Brynjólfsdóttir sálfræðingur á BUGL og ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er eini aðilinn sem mun fara í sjúkraskrár. Farið verður með öll gögn sem trúnaðarmál.

Ef spurningar vakna eða þú óskar eftir frekari upplýsingum um rannsóknina vinsamlegast hafið samband við ábyrgðarmann rannsóknar, Berglind Brynjólfsdóttur, í síma 543-4300 eða í gegnum tölvupóst (bergibr@landspitali.is).

Ég staðfesti hér með undirskrift minni að ég hef lesið upplýsingarnar um rannsóknina sem mér voru afhentar, hef fengið tækifæri til að spyrja spurninga um rannsóknina og fengið fullnægjandi svör og útskýringar á atriðum sem mér voru óljós. Ég hef af fúsum og frjálsum vilja ákveðið að taka þátt í rannsókninni. Mér er ljóst, að þó ég hafi skrifað undir þessa samstarfsyfirlýsingu, get ég stöðvað þátttöku mína hvenær sem er án útskýringa og án áhrifa á þá heilbrigðisþjónustu sem ég/við og barn mitt eigum rétt á í framtíðinni.

Vinsamlegast haltu eftir einu eintaki af upplýsta samþykkinu fyrir þig. Þegar þú hefur lokið við að fylla út listana, seturðu þá í meðfylgjandi umslag, lokar því og lætur rannsakendur hafa.

Dagsetning

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Undirritaður, starfsmaður Barna- og unglingageðdeildar landspítalans (*BUGL*), staðfestir hér með að hafa veitt upplýsingar um eðli og tilgang rannsóknarinnar, í samræmi við lög og reglur um vísindarannsóknir.

Nafn þess sem leggur samþykkisyfirlýsinguna fyrir

Viðauki 3

CHILD ROUTINES QUESTIONNAIRE -IS

Kyn barns: _____ Aldur barns: _____

Fyllt út af: _____ Móður _____ Föður _____ Annar: _____

Rútinur eru atburðir sem gerast á svipuðum tíma, í sömu röð, eða á sama hátt í hvert skipti. **Vinsamlegast svaraðu hve oft barnið þitt fylgir hverri rútinu með því að setja hring utan um viðeigandi svarmöguleika frá 0 (aldrei) til 4 (næstum alltaf). Miðaðu svör þín við hve oft barnið hefur fylgt hverri rútinu síðast liðinn mánuð. Ef eitthvað atriði á ekki við um barnið þitt, vinsamlegast merktu við 0.**

Barnið mitt...	Hve oft gerist þetta á næstum sama tíma eða næstum sama hátt? 0 = Aldrei 1 = Sjaldan 2 = Stundum 3 = Oft 4 = Næstum alltaf
1) ... hefur fasta rútinu með morgunverkin (t.d. bursta tennur, þvo sér, greiða sér og klæða sig)	0 1 2 3 4
2) ... veit hvað gerist ef hann eða hún fylgir ekki reglum eða fyrirmælum foreldra	0 1 2 3 4
3) ... segir öðrum fjölskyldumeðlimum frá deginum sínum	0 1 2 3 4
4) ... á að sinna húsverkum reglulega (t.d. fara út með ruslið, hjálpa til við þvottinn, sinna gæludýri fjölskyldunnar)	0 1 2 3 4
5) ... snyrtir herbergið sitt daglega	0 1 2 3 4
6) ... borðar máltíðir með fjölskyldunni við matarborðið á hverjum degi	0 1 2 3 4
7) ... faðmar / kyssir foreldri á háttatíma	0 1 2 3 4
8) ... gengur frá eftir sig þegar hann/hún fær sér snarl	0 1 2 3 4
9) ... eyðir sérstökum tíma til að spjalla við foreldur (t.d. hún er með hún tinn á hverjum degi)	0 1 2 3 4
10) ... æfir sig fyrir tíma s.s. þanó rttir á m hna hverjum degi	0 1 2 3 4
11) ... gerir sönnu á kv á le hann/hún fer að háttá (t.d. bursta tennur, lesa sögu, fara með bænir og re þóða tt)	0 1 2 3 4
12) ... á heimili sttar r ur s.s. "Bannað að blóta" "Ekki tala með fullan munninn" eða "Ekki hlaupa inni"	0 1 2 3 4
13) ... vaknar á svipuðum tíma á virkum dögum	0 1 2 3 4
14) ... verður að ljúka skyldustörfum (t.d. heimanám eða húsverk) áður en hann/hún má leika sér	0 1 2 3 4
15) ... fær verðlaun eða sérstök friðindi fyrir að standa sig vel við ákveðin verkefni (t.d. klára heimanám eða klára húsverk)	0 1 2 3 4
16) ... borðar kvöldmat á svipuðum tíma á hverjum degi	0 1 2 3 4
17) ... burstar tennur áður en hann/hún fer að sofa	0 1 2 3 4
18) ... tinnir upp óhrein fót eftir að hafa skipt um fót	0 1 2 3 4
19) ... þvær sér um hendur fyrir matartíma	0 1 2 3 4
20) ... fer í háttinn á svipuðum tíma á virkum dögum	0 1 2 3 4
21) ... hjálpar til við að ganga frá eftir máltíðir	0 1 2 3 4
22) ... hefur tímamörk á afþreyingu (t.d. leiktími utandyra, sjónvarp, tölvuleikir eða símanotkun)	0 1 2 3 4
23) ... þvær sér um hendur eftir að hafa notað salernið	0 1 2 3 4
24) ... er refsað fyrir óþekkt (t.d. skammarkrókur eða missir friðindi eins og sjónvarp eða tölvu)	0 1 2 3 4
25) ... hjálpar til við að ákveða og undirbúa fjölskylduskemmtanir eða atburði	0 1 2 3 4
26) ... hlýtur vægari refsingu fyrir minniháttar óþekkt (t.d. að fylgja ekki fyrirmælum) og harðari refsingu fyrir alvarlega óþekkt (t.d. slagsmál)	0 1 2 3 4

CHILD ROUTINES QUESTIONNAIRE -IS

Barnið mitt...	Hve oft gerist þetta á næstum sama tíma eða næstum sama hátt? 0 = Aldrei 1 = Sjaldan 2 = Stundum 3 = Oft 4 = Næstum alltaf
27) ... tínir upp leikföng og gengur frá þeim þegar hann/hún er hættur að leika sér	0 1 2 3 4
28) ... borðar morgunmat á svipuðum og á sama stað (t.d. við eldhúsborðið eða í skólanum) á hverjum morgni	0 1 2 3 4
29) ... býr um rúmið sitt á morgnanna	0 1 2 3 4
30) ... hjálpar til við að ganga frá eftir matarinnkaun	0 1 2 3 4
31) ... fær hrós eða verðlaun (t.d. stafróg, bóttur, gull) og er ánægð(ur) með hvemig þú gekkst frá dóttinu þínu")	0 1 2 3 4
32) ... fer með bænir á kl...	0 1 2 3 4
33) ... tekur þátt í "fjölskyldu tíma" í hverri viku þar sem fjölskyldan skipuleggur samveru (e.g., "kósý kvöld", spila spil, horfa á bíómynd, fara út að borða)	0 1 2 3 4
34) ... sýnir foreldri verkefni eftir skóla (t.d. listaverk eða stafsetningarpróf)	0 1 2 3 4
35) ... byrjar á heimavinnu á svipuðum tíma dagsins og á sama stað (t.d. við eldhúsborðið) á virkum dögum	0 1 2 3 4
36) ... nýtur handleiðslu foreldris sem aðstoðar barnið við heimanám, með því að útskýra verkefni, sýna dæmi og/eða athuga rétt svör þegar verkefninu er lokið.	0 1 2 3 4
37) ... lýkur heimanámi	0 1 2 3 4
38) ... lærir fyrir próf (t.d. vikuleg stafsetningarpróf)	0 1 2 3 4