



# Sjúkdómsvæðing og skólastarf

*Hvernig kemur kennarinn að í því ferli þegar ákvörðun er tekin  
um að senda barn til greiningar á ADHD?*

**Þórunn Inga Jónatansdóttir**

**Lokaverkefni til M. Ed-gráðu  
Háskóli Íslands  
Menntavísindasvið**

## **Formáli**

Rannsóknarverkefni þetta er 20 eininga lokaritgerð í námi mínu í uppeldis- og menntunarfræðideild til M.-Ed-gráðu við Menntavísindasvið Háskóla Íslands. Rannsóknin var unnin undir handleiðslu Kristjáns Kristjánssonar prófessors í heimspeki við Háskóla Íslands. Hann á miklar þakkir skilið fyrir uppörvun og stuðning meðan á verkefnavinnu stóð og þakka ég honum kærlega fyrir það. Einnig þakka ég Ástríði Stefánsdóttur dósent í siðfræði við Háskóla Íslands fyrir góðar leiðbeiningar og leiðsögn.

Kollegum mínum, þeim Ragnhildi Pálu Ófeigsdóttur, Jóhönnu Guðrúnu Ólafsdóttur og Jóhönnu Kristínu Guðmundsdóttur sem voru með mér í hópverkefni, í Kenningum í félagsfræði og heimspeki menntunar á haustmisseri 2008 og veittu mér leyfi til að nýta hluta úr hópverkefninu, þakka ég kærlega fyrir.

Grunnurinn að meginlegu rannsókninni byggist á niðurstöðum könnunar sem gerð var meðal umsjónarkennara á miðstigi grunnskóla á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni. Þeim þakka ég kærlega fyrir þann tíma sem þeir gáfu sér til að svara könnuninni og eins skólastjórum þessara skóla fyrir ljúfmannlegar viðtökur og eftirfylgni könnunarinnar.

**Reykjavík, 18. maí 2010**

**Þórunn I. Jónatansdóttir**

## Ágrip

Í fræðilegum hlutum ritgerðarinnar er rætt um hugtakið sjúkdómsvæðingu, einkum með tilliti til aðkomu skóla og kennara en einnig almennt í tengslum við þá miklu ummyndun sem orðið hefur á tengslum einstaklingsins við samfélagið á síðustu áratugum, þ.e. einstaklingsvæðingu og nútímavæðingu.

Tilgangur rannsóknarhluta ritgerðarinnar var að kanna hver þáttur kennarans er í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar. Þetta var skoðað í ljósi niðurstaðna erlendra rannsókna um að viðhorf og hlutdeild kennara geti skipt sköpum varðandi það hvort sjúkdómsvæðing sé innan hóflegra marka eða ekki. Úrtakið voru 60 umsjónarkennarar á miðstigi grunnskóla. Spurningalistar voru sendir út í skóla, 5 skóla á höfuðborgarsvæðinu og 7 á landsbyggðinni, samtals voru 30 kennarar á hvoru svæði fyrir sig. Svarhlutfallið skiptist þannig niður að landsbyggðin svaraði 20/30 eða 66,7% og höfuðborgarsvæðið 22/30 eða 73,3%. Sú nálgun sem hér er valin til rannsóknar á hlutverki og aðkomu kennara í greiningarferli grunnskólanema er meginleg, lýsandi rannsóknaraðferð.

Einnig gerði ég samanburð á niðurstöðum rannsóknar minnar og tveimur sambærilegum erlendum rannsóknum, bandarískri könnun þeirra Sax & Kautz (2003) og bresk/kanadískri samanburðarrannsókn Malacrida (2004). Í ljós kom við samanburð á íslensku könnuninni og erlendu könnuninum tveimur að íslenskir kennarar taka meiri þátt í greiningarferlinu en kollegar þeirra erlendis. Greiningarteymin hér eru þverfaglegur hópur sérfræðinga þar sem kennarar og heilbrigðisstéttir vinna saman að lausn. Erlendu rannsóknirnar staðfestu að þrýstingur kennara og foreldra hefur leitt til þess að börn eru stundum greind með ADHD sem ekki eru þannig, kannski einungis haldin kvíðaröskun eða með lága greindarvísitölu. Spyrja má hvort það eigi einnig við hér á landi enda kemur fram í könnun minni að betra aðgengi að sérfræðingum leiði til fleiri greininga og að foreldrar beinlínis þrýsti á að fá greiningu til þess að tryggja að barnið fái betri þjónustu í skólakerfinu. Ætla má að íslenskir foreldrar séu öflugur þrýstihópur sem sækist eftir greiningu barna sinna til að tryggja barninu stuðning í námi. Samband foreldra og kennara hér á landi virðist vera með meiri gagnkvæmum skilningi en erlendis. Skýringin er kannski sú að íslenskir kennarar eru tengdari greiningarferlinu en kollegar þeirra erlendis. Þrýstingur á skólakerfið er mikill og hætta á ofgreiningu er fyrir hendi og þar með óhóflegri sjúkdómsvæðingu. Þetta kemur heim og saman við þær erlendu kannanir sem ég hef borið mig saman við og sýnir að líkur eru á að óhófleg sjúkdómsvæðing sé til staðar í íslenska skólakerfinu.

## **Abstract**

In the theoretical section of the dissertation, the concept of medicalisation is discussed, especially with reference to the intervention of schools and teachers, but also in general terms, with regard to the significant transformation which has occurred in the relationship between the individual and society in the past few decades, i.e. individualisation and modernisation.

The objective of the research-related chapters of the dissertation was to examine the part played by the teacher in submitting a child for diagnosis. This was examined in the light of conclusions from research abroad, to the effect that the teacher's perspective and participation may be decisive with regard to whether medicalisation is within reasonable limits or not. The sample consisted of 60 supervising teachers at the middle level of the primary school. Questionnaires were submitted to schools; 5 schools in the area of the capital and 7 schools in the provinces, involving a total of 30 teachers in each respective area. The response rates were 20 out of 30, or 66.7% in the provinces and 22 out of 30, or 73.3% in the area of the capital.

The approach selected for the examination of teachers' role and intervention in the process of diagnosing primary pupils is a quantitative descriptive analysis. Furthermore, I compared my results with two similarly designed research projects from abroad; an American research undertaking by Sax and Kautz (2003) and a British/Canadian comparative research project by Malacrida (2004). A comparison between the Icelandic research and the two projects from abroad showed that Icelandic teachers are more involved in the diagnostic process than their colleagues outside Iceland. The diagnosis teams here comprise cross-disciplinary groups of experts with teachers and health care staff working together towards a solution. The research from abroad confirmed that pressure from teachers and parents has sometimes caused children to be diagnosed as suffering from ADHD where this is not so; those may in fact be cases of general anxiety disorder or a low IQ. The question might be asked whether this is also the situation in Iceland, especially since my research indicates that improved access to experts results in a larger number of diagnosed cases, and that parents exert direct pressure for a diagnosis in order to obtain improved services for the child within the school system. It is to be expected that Icelandic parents constitute an influential pressure group, seeking a diagnosis for their children to ensure that they are given support in their studies. The relationship between teachers and parents in Iceland appears to be characterised by a higher degree of mutual understanding than abroad. This may be explained in terms of the fact that Icelandic teachers are more involved in the diagnostic process than their

colleagues in other countries. The school system is subjected to strong pressure which leads to a serious risk of excessive medicalisation. This is confirmed by the foreign research projects I have used for comparison.

## Efnisyfirlit

Formáli .....	2
1. Inngangur .....	7
1.2. Markmið og mikilvægi rannsókna .....	8
1.3. Val á rannsóknaraðferð og megin rannsóknarspurning .....	9
2. Fræðilegur bakgrunnur .....	10
2.1. Úrfelling, afturblik og einstaklingsvæðing .....	10
2.1.1. Sjálfskenndin og sjúkdómsvæðingin .....	12
2.1.2. Lífssagan og lífsstíllinn .....	13
2.2. Meðferðarmenning .....	13
2.2.1. Margræðni tilfinningamenningar .....	14
2.2.2. Tilfinningar sem mótmæli við stjórnun .....	15
2.3. Skólamenning .....	17
2.4. Sjúkdómsvæðing .....	19
2.4.1. Íslenskt samfélag og sjúkdómsvæðing .....	22
2.5. Hverjir benda fyrstir á eða stuðla að greiningu á ADHD? .....	23
2.5.1. Nánar um rannsókn Sax og Kautz .....	24
2.5.2. Niðurstöður rannsókna .....	24
2.5.3. Forsendur kennara til að ráðleggja foreldrum að leita til læknis .....	25
2.6. Foreldrar og skólaumhverfi .....	26
2.6.1. Niðurstöður rannsókna .....	26
2.7. Samantekt .....	28
3. Aðferðafræði .....	29
3.1. Rannsóknaraðferð .....	29
3.2. Val á þátttakendum, aðgengi og framkvæmd spurningakönnunar .....	30
3.3. Notagildi .....	31
3.4. Spurningalistinn .....	32
3.4.1. Innihald spurningalista .....	32
3.5. Aðferðafræðilegir erfiðleikar og siðferðileg álitamál .....	33
3.6. Takmarkanir rannsóknarinnar .....	33
4. Innihald spurningalistans .....	34
4.1. Spurningarlisti sem lagður var fyrir umsjónarkennara í miðdeild í grunnskólum á höfuðborgarsvæðinu og grunnskólum utan höfuðborgarinnar og svör við honum .....	34
4.3. Ályktun af niðurstöðum könnunarinnar .....	52
5. Umræður .....	56
6. Lokaorð .....	59
7. Heimildaskrá: .....	60
10. Fylgiskjöl .....	62
10.1. Spurningarlisti sem lagður verður fyrir umsjónarkennara í miðdeild í grunnskólum á höfuðborgarsvæðinu og grunnskólum utan höfuðborgarinnar .....	62

## 1. Inngangur

Í rannsókn þessari leitaðist ég við að rannsaka þátt kennara í því sem ég nefni sjúkdómsvæðingu í skólasamfélaginu. Sjúkdómsvæðing á sér stað þegar persónuleg eða félagsleg vandamál eru gerð að læknisfræðilegum vanda eða þegar atferli sem ekki fylgir venjulegum hegðunarviðmiðum er skilgreint sem sjúkdómur. Samfara meiri áherslu á einstaklinginn í vestrænum samfélögum hefur sjúkdómsvæðing verið að aukast (Furedi, 2004). Orðið sjúkdómsvæðing hefur fengið á sig neikvæðan stimpil. En ekki er öll sjúkdómsvæðing slæm (Kristján Kristjánsson, 2009). Dæmi um góð áhrif sjúkdómsvæðingar er sú uppgötvun að sárasótt veldur geðveiki á síðari stigum sjúkdómsins. Áður en þessi einkenni voru rannsökuð í læknisfræðilegu samhengi var lítið sem ekkert vitað hvað það væri sem ylli þeim og því erfitt að finna leið til að lækna hann. Réttara væri því að tala um óhóflega sjúkdómsvæðingu sem vandamál þó erfitt sé að skilgreina muninn á milli hennar og eðlilegrar. Ein afleiðing af þessari þróun er að fólk er farið að flokka sjálft sig sem sjúklinga og nota lýsa sjálfum sér með því að nota sjúkdómsskilgreiningar eins og ADHD, átfíkill og fleiri. Tilgáta mín er að slík sjúkdómsvæðing sé fyrir hendi í íslensku skólakerfi. Hvort hún telst eðlileg eða óhófleg er svo önnur saga; en ef vill hjálpar þessi ritgerð lesandanum að leggja mat sitt á það. Það er þó ekki meginmarkmið ritgerðarinnar heldur hið þrengra – sem fyrir segir – að varpa ljósi á hlut kennara í greiningar-/sjúkdómsvæðingarferlinu.

Eftir fræðilegt yfirlit í upphafi tekur við úrvinnsla úr meginindlegri rannsókn og er úrtakið umsjónarkennara á miðstigi grunnskólans. Til að ná sem mestri breidd sendi ég spurningalista í 5 grunnskóla á höfuðborgarsvæðinu og í 7 grunnskóla utan höfuðborgarsvæðisins. Skólarnir voru valdir af handahófi. Meginrannsóknarspurningin er: *Hvernig kemur kennarinn að í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar á ADHD?*

Samskonar könnun og hér er kynnt hefur ekki verið gerð hérlendis. Meginindleg rannsókn á vel við þetta verkefni, að leita skilnings á mögulegu inngripi umsjónarkennara á miðstigi í sjúkdómssgreiningum íslenskra skólabarna. Spurningalistinn er sambærilegur þeim spurningalistum sem notaðir voru í erlendu rannsóknunum.

Ritgerðin hefst sem fyrir segir á yfirliti um fræðilegan bakgrunn. Tilgangur þess er að setja umræðuna í vítt félags- og menningarlegt samhengi og kynna nýlegar sambærilegar erlendar rannsóknir sem tengjast viðfangsefninu. Ástæður fyrir vali viðfangs í kafla tvö,

hvernig það tengist innbyrðis og við meginspurningu, verður kynnt á undan hverri umfjöllun fyrir sig. Eins verða helstu hugtök skýrð þar sem ég tel þess þurfa.

## 1.2. Markmið og mikilvægi rannsókna

Í ljósi niðurstaðna tveggja erlendra rannsókna sem til umfjöllunar eru í þessu verkefni þótti mér forvitnilegt að kanna hvernig og hvort sjúkdómsvæðing í skólasamfélaginu birtist í íslensku samfélagi og sérstaklega hver aðkoma kennara er að því máli. Í þessum rannsóknum, sem fjalla báðar um greiningu á ofvirkni með eða án athyglisbrests ADD/ADHD, koma fram sláandi niðurstöður um hlut kennarans í greiningarferlinu. Í rannsókn Sax & Kautz (2003) sem gerð var í Norður-Karólínuríki í Bandaríkjunum kom í ljós að kennarar eru langlíklegastir til að benda foreldrum á nauðsyn þess að fá ADHD sjúkdómsgreiningu fyrir börn sín. En í samanburðarrannsókn Malacrida (2004) sem fór fram í Calgary í Kanada og í Suðaustur-Englandi kom fram að kennarar eru ekki í miklum tengslum við heilbrigðiskerfið og fá litlar sem engar upplýsingar eða fræðslu um sjúkdómsgreininguna. Þessar niðurstöður eru athyglisverðar sérstaklega þegar haft er í huga hversu mikilvægu hlutverki kennarar gegna, sem mótunaraðilar barnanna og sem fagaðilar innan skólans. En kennarinn er sá aðili innan skólans sem fyrstur verður var við afbrigðilega hegðun eða þroskaröskun. Spyrja má hvort kennarinn sé að einhverju leyti kominn út fyrir hlutverk sitt þegar hann óskar eftir sjúkdómsgreiningu fyrir barnið? Er skólinn kannski að „sjúkdómsvæða“ atferli sem hann ræður ekki við innan skólans?

Hérlendis er venjan sú að kennarinn ráðfærir sig við t.d. sérkennara og út úr því getur komið ákvörðun um að fara fram á greiningu. Á þessu stigi kemur skólasálfræðingurinn inn í dæmið og eftir hans tilsögn er ákvörðun tekin um það hvort vísa eigi málinu áfram til taugasálfræðings eða læknis til frekari meðhöndlunar. Tvö greiningarkerfi eru við lýði í dag en það eru evrópskt kerfi sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) lét þróa, „International Classification of Diseases“, eða ICD-10, og bandarískt „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ eða DSM-IV-TR-kerfi sem stutt er af bandarísku geðlæknisfræðisamtökunum. Bæði greiningarkerfin hafa sálfélagslega og líkamlega nálgun.

Markmið þessarar rannsóknar er, eins og fram kom í Inngangi, að kanna hver þáttur kennarans er í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar. Ég tel þetta afar mikilvægt rannsóknarefni þar sem erlendar rannsóknir sýna að víða er farið of geyst í greiningum barna og sér í lagi í greiningum á ofvirkni með eða án athyglisbrests eða



ADD/ADHD, og oft fylgir lyfjagjöf í kjölfarið (Sax & Kautz,2003). Kveikjan að rannsókn þeirra Sax & Kautz var umræða um aukningu á lyfjagjöf við ADHD síðastliðin 10 ár. Á árunum 1991-1999 var rúmlega 500% aukning á notkun og ávísun Rítalíns og Concerta. Í rannsókn þeirra Sax & Kautz kom í ljós að einungis 43% barna sem fengu lyf við ADHD uppfylltu skilyrði DSM-III-R. Þar kom einnig fram sá möguleiki að foreldrar og kennarar reyndu beinlínis að hafa áhrif á lækna með það fyrir augum að fá þá til að ávísa örvandi lyfjum í þeirri von að það hjálpaði börnunum í skólanum, þ.e. gæti bætt námsárangur þeirra.

### 1.3. Val á rannsóknaraðferð og meginrannsóknarspurning

Ég valdi meginlega rannsókn vegna þess að með þeirri aðferð er auðveldara að ná til fleiri aðila. Ég tel einnig þessa rannsóknaraðferð samrýmast betur þeim rannsóknum sem fyrir liggja um efnið.

Í kafla 2 sem hér fer á eftir er ætlunin að skoða þær breytingar sem vestræn nútímasamfélög hafa farið í gegnum undanfarin ár og áratugi, með áherslu á þau áhrif sem þær hafa á einstaklinginn. Ég lít á þessar breytingar sem röklegar og sögulegar forsendur sjúkdómsvæðingarinnar eða a.m.k. tilhneigingarinnar til hennar. Í því samhengi geri ég grein fyrir umfjöllun þeirra samfélagsrýna sem hvað mest hafa skoðað þessa þætti: Anthony Giddens (1991) og Frank Furedi (2004), að ógleymdum Thomas Ziehe (1993) sem beint hefur sjónum sínum að ungmennum og skólamenningu.

Í framhaldi af þeirri umræðu er vert að skoða betur eina af afleiðingum þessara breytinga á samfélaginu, nefnilega sjúkdómsvæðinguna margumræddu. En aukin sjúkdómsvæðing hins vestræna heims er umfjöllunarefni Sigrúnar Ólafsdóttur (2008), sem í doktorsverkefni sínu fjallar um þátt ríkis og markaðar í þeirri þróun sem átt hefur sér stað í sjúkdómsvæðingu geðrænna vandamála í tæknivæddum vestrænum velferðarríkjum hin síðari ár. Í ritröð Siðfræðistofnunar, Siðfræði og samtími, fjalla Ólafur Páll Jónsson og fleiri (2003) einnig um birtingu sjúkdómsvæðingar og þá hugmynd hvort vöxtur heilbrigðiskerfisins valdi skaða í sumum tilvikum og lækningarnar geti valdið tjóni og haft óbeinar aukaverkanir sem birtast þá á allt öðrum sviðum en þeim sem lækningarnar beinast að.

Í lok kafla 2 reyni ég að varpa ljósi á þróun sjúkdómsvæðingar í íslensku samfélagi, einkum innan skólakerfisins, en Ingólfur Ásgeir Jóhannesson (2001) gerir ágætlega grein fyrir henni í umfjöllun sinni um þá tilhneigingu stjórnvalda að reyna að fella alla nemendur í sama mót.

## 2. Fræðilegur bakgrunnur

Eins og við vitum fær ekkert stöðvað tímans þunga nið og erfitt er að meta hvernig hann meitlar steininn. Einn af þeim sem gert hefur tilraun til að skoða það er breski félagsfræðingurinn Anthony Giddens. Ég mun gera hér nokkuð ítarlega grein fyrir hugmyndum og kenningum Giddens og öðru efni er því tengist, einkum til að varpa ljósi á þá miklu ummyndun sem orðið hefur á tengslum einstaklingsins við samtímann og samfélagið. Helstu hugtök Giddens eru úrfelling (e. disembedding), afturblik (e. reflexivity) og einstaklingsvæðing (e. individualism) og verða þau skýrð nánar í umfjöllun. Annað sem tekið er sérstaklega fyrir er upplifun einstaklingsins á sjálfskennd sinni sem er eitt helsta einkenni fyrir það tímabil sem Giddens nefnir nútímavæðingu. Ég tengi þetta efni svo jafnóðum við umræðu um meðferðar- og sjúkdómsvæðingu samfélagsins.

### 2.1. Úrfelling, afturblik og einstaklingsvæðing

Giddens skiptir samtímanum niður í þrjú tímabil. Það fyrsta nefnir hann *snemmnútíma* sem einkenndist af upplausn bændasamfélagsins og útbreiðslu iðnvæðingarinnar, þegar gamlar hefðir tóku að veikjast. *Hánútíminn* fylgdi í kjölfar þjóðfélagsbreytinga snemmnútímans og einkenndist af markaðsvæðingu og átökum milli gilda og menningar „gamla“ tímans og „nútímans“. Þetta tímabil hefst á 19. öldinni og heldur áfram upp að sjöunda áratug 20. aldar. Þá tekur *síðnútíminn* við og ákveðin upplausn hefst á öllum félagslegum og menningarlegum sviðum, ekki síst á siðferðilegum sviðum. Óvissan eykst þar sem öll samskipti einstaklinga leysast úr hefðbundnum farvegum.

Giddens bendir á andstæðurnar milli hefðbundinnar menningar, þar sem val og viðbrögð einstaklingsins eru föst í formi hefða, og þeirrar „óhefðbundnu“ menningar sem einkennir síðnútímann. Í síðnútímanum eru fyrirmyndir og fyrri siðir teknir að dofna og fólk er eingöngu heft af lögunum og því álitum sem að aðrir hafa á viðkomandi. Allar ákvarðanir helgast af persónulegri umhugsun (Giddens, 1991).

Giddens veltir því aðallega fyrir sér hvernig þetta birtist á þremur sviðum, það er á sviði upplifunar einstaklingsins á sjálfskennd, náinnar tengslamyndunar hans og stjórnmalalegra stofnana. Eitt af megininkennum nútímavæðingarinnar samkvæmt Giddens eða síðnútímans er það sem hann kallar *úrfellingu*, þegar samfélagsleg tengsl eða samskipti fólks færast úr sínum fasta og hefðbundna farvegi, oft án þess að aðrir farvegir komi í staðinn.

Á síðustu áratugum hafa æ fleiri þættir samfélagstengsla fallið úr þessum grópum án þess að aðrar komi í þeirra stað. Og það eru börnin sem eru fyrst og fremst fórnarlömb þessarar úrfellingar. Í þeirri upplausn sem óhjákvæmilega er afleiðing úrfellingarinnar á flestum eða öllum sviðum fær *afturblik* aukið vægi sem þýðir að mögulegar afleiðingar athafna eða gjörða mannsins eru skoðaðar. Fólk situr á vissan hátt uppi með afleiðingar gerða sinna, bæði mistök og sigra. Sökum úrfellingarinnar eru ákvarðanirnar ekki eins tengdar hefðum eða siðum og áður var, þær eru einstaklingsbundnar. Það gerir líka ábyrgðina og áhættuna af ákvörðunum meiri. Afturblikið getur því oft ýtt undir þunglyndi, vanlíðan eða eftirsjá, ef um mistök er að ræða. Á hinn bóginn getur það ýtt undir sjálfsálit og hroka þegar um sigra er að ræða.

Efi fylgir þessari úrfellingu og afturbliki. Giddens segir um þetta í bók sinni *Modernity and Self-Identity*: „Nútíminn er óhefðbundið fyrirkomulag á hlutunum, en samt ekki þannig að öryggi röklegar þekkingar hafi komið í staðinn fyrir öryggi hefðar og siðvenja. Efinn í gervi heimspekilegrar vitundar, sem gegnsýrir gagnrýna hugsun nútímans, er hluti af daglegu lífi. Nútíminn festi lögmál róttæks efa í sessi og heldur því fram að öll þekking birtist í mynd kenninga, - fullyrðinga sem geta vel verið sannar en samt er hægt að mótmæla og jafnvel hafna“ (Giddens, 1991). Fylgifiskur úrfellingarinnar er því efinn á öllum sviðum.

Efinn er andstaða trausts sem talið er vera nauðsynlegt til að börn brotni ekki niður og lendi í ýmsum innri og ytri vandræðum. Efinn nagar trúartraust fólks, bæði í trúmálum beint en einnig á öllum öðrum sviðum. Fólk efast um hvað sé satt og rétt.

Traustið er þannig nokkuð sem nútímavæðingin hefur felld úr sessi. Samkvæmt Giddens er traustið mjög mikilvægur hlutur í persónuleikaprofna barna og traustið er nauðsynlegt til að þau öðlist tilvistarlegt öryggi. Leiða má líkur að því að mörg þau vandamál sem börn eigi við að stríða verði verri í þessu tilvistaróöryggi. Traustið er mjög mikilvægt fyrir sjálfsöryggi bæði einstaklinga og hópa. Skortur á trausti og öryggi er til dæmis mjög mikilvægur þáttur af andlegri líðan þeirra sem þjást af ofsóknartilfinningu, kvíða og fleiri andlegum kvillum.

Þriðja atriðið sem Giddens telur einkenna nútímavæðinguna og síðnútímanna er einstaklingsvæðingin. *Einstaklingsvæðing* þýðir að einstaklingurinn sjálfur verður viðmið sjálfs sín, það er gerða sinna og viðmiða. Hann verður miðpunktur alls. Þetta viðhorf gegnsýrir þjóðfélagið og að sjálfsögðu líka skólakerfið. Rót einstaklingsvæðingarinnar er í einstaklingsmynduninni, og þróunin eða ferlið frá einstaklingsmyndun til einstaklingsvæðingar er einmitt eitt af aðaleinkennum nútímavæðingarinnar. *Einstaklingsmyndunin* (e. individuation) er það ferli þegar einstaklingurinn greinir sig frá

öðrum, bæði í augum sjálfs sín og annarra. Hann tekur á sig ábyrgð og skyldur og fær réttindi sem einstaklingur (Gestur Guðmundsson, 2008).

### **2.1.1. Sjálfskenndin og sjúkdómsvæðingin**

Nútímavæðingunni, úrfellingu og einstaklingsmyndun fylgja umbreytingar á sjálfskennd. En hugtakið sjálfskennd er mjög mikilvægt í kenningum Giddens og er skilgreint sem „sjálfið eins og það er skilið út frá lífssögu hans” (Giddens, 1991)

Giddens segir að afturblik nútímavæðingarinnar teygi sig inn í kjarna sjálfsins og þannig verði sjálfið að viðfangsefni afturblikisins. Maður fer sem sagt að skapa sjálfan sig. Á öllum aldurskeiðum fer þessi sköpun fram, allt frá barnæsku til elliára. Giddens bendir á að í vaxandi mæli sé félagsmótun barna í höndum sérfræðinga, uppeldisstéttanna. Félagsmótun ungra barna er hætt að byggja á tengslum einnar kynslóðar við aðra. Reynsla kynslóðanna, sérstaklega sú reynsla sem hefur verið miðlað munnlega milli kynslóðanna, fer forgörðum. Ömmuhlutverkið er liðin tíð því að ömmurnar eru nú uppteknar við að skapa sjálfan sig upp á nýtt. (Nú er það líkamsrækt og nýjar gráður í háskólanum). Einstaklingurinn og þá ekki síst barnið er skilið eftir án þess sálfræðilega stuðnings og öryggisnets sem hefðirnar gátu veitt.

Umhverfi óvissu og sjálfsköpunar virðist orsaka ríka þörf fyrir sálfræðinga og hinar ýmsu gerðir meðferða. Einstaklingurinn þarf leiðsögn við að skapa sjálfan sig upp á nýtt. Sálfræðimeðferð hefur leyst skriftastólinn af hólmi.

Þau einkenni sem Giddens tiltekur á siðmenningu síðnútímans gefa tilefni til spurninga um hvort sumar þeirra kennsluaðferða sem náð hafa útbreiðslu í síðnútímanum, svo sem einstaklingsmiðað nám, séu ekki að einhverju marki afsprengi þeirrar úrfellingar sem hann talar um. Einstaklingsmiðað nám er eitt skýrasta dæmið um einstaklingsvæðingu skólakerfisins og einstaklingsmiðaða kennslan er meira í takt við nútímavæðinguna en aðrar kennsluaðferðir. Hlutverk kennarans í slíkri kennslu er meðferðarmiðaðri (e. therapeutic) en í hefðbundnari kennsluaðferðum. Staða nemandans, áhugahvöt hans, námsstíll og líðan er þar í miðpunkti þegar námið er skipulagt. Nemandinn á að fá viðfangsefni við hæfi, hvorki of erfitt né of auðvelt. Sjálfskennd nemandans bíður því ekki þá hnekki sem hún annars gæti gert. Þannig tekur kennslan mið af líðan og sjálfskennd nemenda. Spurningin er hvort þetta afturblik sjálfsins sem teygir arma sína inn á svið kennslu og til nemandans, ekki síst í einstaklingsmiðaðri kennslu, geti einnig boðið upp á sjúkdómsvæðingu innan skólans? Ég kem nánar að því í kafla 2.4.

## 2.1.2. Lífssagan og lífsstíllinn

Giddens talar um að einstaklingurinn búi til og lifi lífssögu sína eða haldi henni gangandi, en lífssagan verður að fela í sér þá hluti sem eiga sér stað í heiminum og setja þá í samhengi við söguna um sjálfið. Lífssaga fólks er auðvitað misjafnlega „sönn“ þar sem til eru þeir sem lifa í heimi sjálfsblekkinga. Einstaklingur með brotna lífssögu eða einstaklingur sem finnst hann ekki eiga neina lífssögu, er ekki heilbrigður á sálinni. Þessu fólki líður oft illa og endar oft með því að leita til einhvers meðferðaraðila, t.d. sálfræðings, geðlæknis eða félagsráðgjafa svo eitthvað sé nefnt.

Við sjálfssköpun er lífsstíllinn nátengdur lífssögunni. Giddens skilgreinir lífsstíl á þann hátt að hann sé samhæfður siður, háttalag eða hegðunarmunstur. Lífssagan og lífsstíllinn haldast hönd í hönd og lífsstíllinn er líka stór þáttur af sjálfskennd einstaklingsins. Upplifunin á tilgangsleysi lífsins er orðið eitt af útbreiddustu sálrænu vandamálum síðnútímans (Giddens, 1991).

Úrfellingin, afturblikið og einstaklingsvæðingin hafa náð að naga af sálrænum og trúarlegum rótum einstaklingsins og skilið hann eftir á berangri. Andleg vanlíðan og skortur á trúarlegri hefð eða fótfestu er orðin sjúkdómsvædd og oft á tíðum meðhöndluð með geðlyfjum. En hvernig bregst samfélagið við einstaklingi á berangri með sálræn vandamál vegna þess að hann upplifir tilgangsleysi? Því reynir Frank Furedi að svara og verða honum gerð skil í næsta kafla.

## 2.2. Meðferðarmenning

Giddens gerir menningu síðnútíma góð skil og leggur áherslu á upplifun einstaklingsins á sjálfskennd sinni sem eitt helsta einkenni nútímavæðingar. Furedi er á svipuðum slóðum í umfjöllun sinni. Hann fjallar um áhrif vaxandi einstaklingsvæðingar á samfélagið sem hann telur að hafi kallað á aukna þörf fyrir inngríp sérfræðinga er fást við manninn sem einstakling fremur en félagsleg vandamál hans í víðari skilningi.

Frank Furedi er prófessor í félagsfræði við háskólann í Kent. Hann er afkastamikill rithöfundur og gríp ég niður í bók hans *Therapy Culture* (2004) sem ég kys að þýða *Meðferðarmenning*. Meðferðarmenning tengist þeirri spurningu hvort vaxandi sjúkdómsvæðing hafi leitt af sér einhverskonar meðferðarmenningu eða hvort því sé öfugt farið, að sjúkdómsvæðing sé afurð meðferðarmenningar. Höfundur notar jöfnum höndum

meðferðarmenning (e. therapeutic culture) og andi meðferðarhyggju (e. therapeutic ethos). Þetta gerir hann til að forðast endurtekningar en ekki vegna þess að hann geri einhvern greinarmun á hugtökunum. Tilgátur eru ekki skipulega settar fram í bókinni né haldbær þéttofinn kenningargrunnur enda er bókin skrifuð fyrir almennan markað fremur en fræðimenn. Furedi virðist fyrst og fremst vilja vekja fólk til umhugsunar um þær samfélagslegu breytingar sem hafa orðið á mannskilningi og menningu. Hann gerir það á einkar ögrandi hátt, dregur upp skýrar myndir af samfélagslegum fyrirbærum og brýtur þær svo niður svo eftir stendur nakinn kjarni.

### 2.2.1. Margræðni tilfinningamenningar

Furedi telur aukna tilhneigingu í samfélaginu í þá átt að nálgast viðfangsefni á persónulegum og tilfinningaþrungnum nótum. Telur hann það hafa færst í vöxt undanfarna áratugi að sjúkdómsgerva mannlega eiginleika og lífern. Um leið og tíðni þeirrar tilhneigingar vex eru félagsleg vandamál að sama skapi einstaklingsvædd. Líðan einstaklings, hvort sem hún er góð eða slæm, fær við það viðhengi margvíslegra tilfinninga.

Í þessu samhengi segir Furedi að æ minni greinarmunur sé gerður á hlutverki og aðkomu stofnana, við lausn mála fyrir einstaklinga andspænis því hvernig einstaklingurinn myndi leysa mál sín sjálfur. Það lítur því út fyrir að dregið hafi úr að gera greinarmun á félagslegu sjálfi og einstaklingsbundnu sjálfi. Samfélagsleg uppbygging eða strúktúr verður þar með að einhvers konar hugmyndafræðilegu líkani fyrir einkalífið. Og vegna þessarar auknu áherslu á einstaklinginn þá eru samfélagsleg vandamál ekki skýrð með rökum heldur byggð á tilfinningum manna. Furedi telur eina skýringu á þessu vera þá að því óáþreifanlegri sem veruleikinn er, markaðir ósýnilegri og/eða hnattvæddari, eftir því vaxi sú þörf mannsins að skýra aðgerðir sínar eða framkvæmd út frá tilfinningu frekar en tala um aðgerðirnar sjálfar.

Til skýringar er vert að rýna í meðferðartungutakið, en það getur eitt og sér verið samfélagslega upplýsandi í tengslum við meðferðarmenningu. Útskýringar á því hvernig okkur líður eru orðnar mikilvægar í þeirri viðleitni að gera heiminn merkingarþæran. Kastljósið er á persónulegt val og fólki er uppálagt að ljá tilveru sinni merkingu. Og þetta persónulega val er falið í hugtaki einstaklingsvæðingar eða einstaklingshyggju. Í þessu samhengi varpar Furedi þeirri spurningu fram hvort að einhver hugsun sé á bak við ákvarðanir okkar og gerðir eða hvort það sé tilfinningin ein sem ráði för.

Hluti af menningu tilfinningaseminnar sem Furedi er tíðrætt um er meðal annars lágt sjálfsálit (e. self-esteem). Það er nú metið til marks um eitt af mörgu sem þjakar samfélagið hversu lágt sjálfsálit manna kann að vera. Til að sporna við því er talað um að hækka þurfi sjálfsálit skólabarna, unglunga og eldri borgara til að efla félags- og samskiptafærni þeirra. Hér er Furedi að vitna í mýtuna sem hann telur eina birtingarmynd meðferðarmenningar, sem felur í sér að efling sjálfsálits sé lykillinn að lausn flestra vandamála.

Ein birtingarmynd vaxandi sjálfshugmynda er að tilfinningagreind þurfi að meta ekki síður en greind mæld á IQ-skala. Hér er Furedi sérstaklega að horfa á tilgátur Daniel Goleman. Þrátt fyrir að Goleman (2000) sé ekki með meðferð í huga þá einblínir hann á sjálfið og hvernig efla meggi hugmyndir er varða sjálfsuppgötvanir og sjálfsvitund manna. Forsenda tilfinningalæsis samkvæmt því er að ná þeim möguleika eða markmiði að vera í tengslum við sjálfan sig og líða vel með sjálfum sér. Sjálfsmyndarþróun verður leit að persónulegu sjálfi í stað þess að falla inn sem þróun er varðar hvaða félagslega hlutverki einstaklingurinn komi til með að gegna.

Furedi bendir einnig á að einstaklingar sem áður töldust hafa að bera lélegt siðferði eru nú sagðir sjúkir og fá samúð. Í stað þess að meta aðgerðir þeirra réttar eða rangar er reynt að telja til ástæður sem rekja megi til æsku einstaklinganna, þeir kunni að hafa verið vanræktir eða hafi lent í einhvers konar áföllum og þurfa því meðferð fyrst og fremst. Félagslegar forsendur eins og efnahagur fólks skipta æ minna máli, þegar félagsleg vandamál eru skoðuð þá er fyrst og fremst horft á einstaklinginn. Hér koma sérfræðingarnir inn. Furedi talar um fagvæðingu daglegs lífs, markmiðið er að efla kunnáttu við dagleg störf, félagsfærni, samskiptafærni og svo framvegis. Og fagaðilum sem sinna þessari þjálfun fjölgar eftir því sem þörfin á einstaklingsbundinni færni eykst.

### **2.2.2. Tilfinningar sem mótmæli við stjórnun**

Furedi ræðir um aukna sjúkdómsvæðingu og nefnir ástæður fyrir henni. Ein ástæða að hans mati fyrir aukinni áherslu á vægi tilfinninga í lífi fólks er að á sjöunda áratugnum fer að bera á auknum áhuga á sálgreiningu og að leitað sé svara í einkalífi fólks, eins lífsstíls og sambanda þess ásamt því hvernig fólk syrgir.

Sú afstaða til sjálfsins að það sé brotið og valdalítið og öðlist ekki merkingu nema í gegnum tilfinningalegar skilgreiningar hefur leitt af sér heilan heim innri veruleika, ýmist heilan eða brotinn. Þennan einstaklingsvædda tilfinningahlaðna persónugerða heim þarf að

skilja og ná tökum á. Persónuleikasálfræðin verður helsta viðfangsefni sálfræðinga sem leggja fullan þunga á að koma greininni á kort hinna viðurkenndu vísinda. Mannúðarsálfræðin er ein þessara stefna sem rýnir í hegðun mannsins og setur undir smásjá og býður upp á ýmis meðferðarform við sálrænum vanda eins og hugræna atferlismeðferð. Heill iðnaður hefur sprottið upp með allskyns kenningar og lausnir sem hefur það að markmiði að hjálpa fólki að skilja tilfinningar sínar og ná um leið stjórn á líðan sinni. Sjálfshjálparbækur og sjálfshjálparhópar hafa það að markmiði að hjálpa fólki að ná viðunandi stjórn.

Viðkvæðið er: Rannsakaðu tilfinningar þínar og náðu stjórn á líðan þinni. Tilfinningar fólks á opinberum vettvangi eru settar fram sem einhvers konar trúarlegar kreddur. Í þessu samhengi hefur einnig verið lögð áhersla á að fólk sé fórnarlömb kringumstæðna. Þetta er allt hluti af meðferðarmenningunni. Og það eru ekki einungis fræðin eða fræðimenn sem leggja dóm á hegðun fólks til að reyna að meta og túlka tilfinningar. Fjölmíðlar taka þátt í þessu og framleiðendur afþreyingarefnis.

Hlutverk stjórnvalda í Bretlandi er ekki síst áhugavert í umræðu Furedi. Hann rekur stefnubreytingu breska Verkamannaflokksins undir forystu Tonys Blair þegar hann tekur upp og kynnir New-Labour stefnu flokksins sem er kynnt árið 1997. Eitt af áformum flokksins í kosningabaráttunni er að efla sjálfstraust meðal kjósenda. Tungutak meðferðarmenningar er greytt í málflutninginn og eru hugmyndir „Þriðju leiðarinnar“<sup>1</sup> kynntar en þær fela meðal annars í sér að það geti verið vænlegri kostur að efla sjálfstraust fólks og mæta tilfinningalegum þörfum þess en að koma til móts við efnahagslegan skort. Þessi málflutningur náði einnig inn í skólana. Kjarni lýðræðis- og þegnskaparmenntunar (e. Education for Citizenship and Teaching of Democracy) skal vera, samkvæmt tilskipun ráðherra menntamála, efling sjálfstrausts meðal nemenda. Íhlutun meðferðarmenningarinnar náði einnig inn á heimilin og var foreldrum boðin aðstoð við að læra aðferðir við uppeldið og um leið bent á hvaða hegðun er ákjósanleg og hvernig er best að viðhalda henni.

Furedi hefur tekið saman hvernig sjúkdómsvæðing og meðferðarmenning kemur inn í marga kima samfélagsins og er orðin eins og eðlilegur hluti af lífi einstaklinga þó margir efist og líti svo á að andi meðferðarmenningarinnar breyti borgurum í sjúklinga. En hvernig kemur þetta við menningu skólanna? Þjóðfélagsrýnirinn Thomas Ziehe hefur sett fram tilgátur er hann tengir með beinum hætti inn í skólamenninguna.

---

<sup>1</sup> Það má geta þess að Anthony Giddens er höfundur bókarinnar *The Third Way* eða *Þriðju leiðarinnar* og var hann sérlegur ráðgjafi Tonys Blair og Verkamannaflokksins á sínum tíma.



### 2.3. Skólamenning

Líkt og Furedi, gerir Ziehe því skil hvernig stofnanir samfélagsins miða æ meir við einstaklinginn. Hann er leystur úr hinu félagslega samhengi og glímir við það að þroska með sér einstaklingseðli. Einstaklingurinn er nútímavæddur. Hann fjallar líkt og Giddens og Furedi um *sjálfið* og *sjálfsskoðun mannsins*, um þekkingarlegan sjóndeildarhring einstaklingsins sem þann ramma sem við hvert og eitt höfum utan um tilveruna og vitundina. Thomas Ziehe (1993) er einna þekktastur í V- Þýskalandi og á Norðurlöndunum fyrir kenningar sínar.

Í bók sinni sem í sænskri þýðingu nefnist: *Kultur analyser: Ungdom et bildning modernitet* fjallar hann um hlut barna og ungmenna innan nútímavæðingar, sérstaklega í skóla- og stofnanaumhverfi hins vestræna tæknivædda heims.

Ziehe nefnir framkvæmdarhyggju sem þá tilhneigingu mannsins að finnast hann geta haft áhrif á eða breytt hlutunum, að álíta að hin ýmsu svið lífsins séu ekki seld undir lögmál náttúrunnar eða séu afleiðing þeirra lögmála. Hvað viðkemur félagsmótun þá þýðir þessi hugmynd til dæmis að uppalandinn innprenti barni sínu ákveðin gildi og menningu. Þessi hugmynd er jákvæð að því leyti að við lítum ekki á félagsmótun og uppvöxt sem náttúrulegt ferli. En á móti kemur að ábyrgð foreldra og uppalenda er mikil, þeir eru ábyrgir fyrir öllu því sem á sér stað í félagsmótuninni og samkvæmt Ziehe leiðir það til stöðugrar spennu og ótta við að mistakast. Hann telur bæði foreldra og kennara vera sér vel meðvitaða um öll þau hugsanlegu mistök sem hægt er að gera í uppeldinu, sem leiði aftur til þess að þeir þora varla lengur að gera nokkurn hlut eða að taka af skarið þegar ástæða er til. Einstaklingshyggjan samkvæmt Ziehe felur í sér sterka meðvitund um að við séum ábyrg fyrir lífi okkar, hvernig við áformum að byggja það upp, hvaða leið við veljum.

Vandamál foreldra og kennara virðist því vera fólgið í þessari miklu ábyrgð sem þeim er ætlað að bera á uppeldi ungvíðisins. Oft hefur verið talað um að það þurfi heilt þorp til að ala upp eitt barn, þar sem ábyrgðin sé það mikil og ætti með réttu að dreifast en það er þá samkvæmt Ziehe meira í orði en á borði. Ábyrgðin hvílir að mestu á foreldrum sem standa og falla með uppeldi barna sinna og ef illa fer skrifast það á reikning þeirra. Það hlýtur því að vera mörgum sem að uppeldi koma, huggun harmi gegn ef barn sem ekki „fellur inn í normið“ fær viðurkenndan „sjúkdómsstimpil“ sem auðveldar foreldrum og kennurum að fá viðurkenningu frá kerfinu, að þeir séu ekki að bregðast og fá þar með aukna aðstoð og fyrirgreiðslur. Hér er á engan hátt verið að gera lítið úr eða að draga úr alvarleika þess er barn greinist með sjúkdóm af geðrænum toga heldur fremur verið að benda á þá leið sem fær er til að léttu álaginu og sjálfsásökunum af foreldrum og öðrum uppalendum. Samkvæmt Ziehe og

Giddens má taka þennan þátt með í reikninginn þegar fjallað er um aukna sjúkdómsvæðingu í skólasamfélaginu og tengsl við þá einstaklingshyggju sem ríkjandi hefur verið í vestrænum tæknivæddum samfélögum..

Skólinn er dæmi um stofnun þar sem einstaklingsmiðun er orðin að meginreglu og viðmiði. Honum er gert að miða allt starf sitt að einstaklingnum, einstaklingsmiða kennsluna í skóla án aðgreiningar sem þýðir að skólinn er opinn öllum, óháð kyni, þjóðerni, líkamlegu og andlegu atgervi og heilsu. Þar er einnig gerð sú krafa að nemandinn beri ábyrgð á námi sínu og útbúi sjálfur sína eigin námsáætlun. Foreldrum er svo í þessu sambandi gert að hafa umsjón með námi barna sinna og bera ábyrgðina með þeim.

Ziehe hefur í seinni tíð skoðað skólasamfélagið og þær breytingar sem þar hafa átt sér stað. Breytingar innan skólans virðast eðlilega hafa fylgt breytingum í samfélaginu og breytingum á einstaklingsmynd og viðhorfi til einstaklingsins. Hann tekur fyrir unglinginn og raunveruleikaflóttu hans, þar sem miklu þúðri er varið í að forðast raunveruleg félagstengsl og tengsl við umheiminn. Ungu fólkið upplifir los í breyttu samfélagsumhverfi, það sem áður varðaði leiðina er horfið og áherslan á val og líðan einstaklingsins komið í stað gamalla gilda. Þar sem sjálfið er í aðalhlutverki og setningar á borð við „mér finnst“ „ég tel“ og „það hentar mér“ hljóma æ oftar.

Skólinn samkvæmt Ziehe tekur að fullu þátt í að viðurkenna hina miklu áherslu á hið sjálfhverfa sem gegnsýrir daglegt líf einstaklinganna. Í stað þess að standa sem klettur úti í hafi eða vin í eyðimörk einstaklingsbundinnar sjálfhverfu og leggja áherslu á annað en það sem huglægt er og nemandinn geti samsamað sig við í sínu daglega lífi þá hefur skólinn enga sérstöðu lengur í umhverfi og lífi ungmennisins. Allt kapp er lagt á að gera skólaumhverfið þannig úr garði að það líkist sem mest nánasta umhverfi nemandans og forðast of framandi og ögrandi viðfangsefni. Markmiðið ætti þó að vera að tengja daglegt umhverfi og líf nemandans við framandi viðfangsefni skólans með því augnamiði að skólinn geti virkað sem brú út í lífið með umferð í báðar áttir á þann hátt að nemendur nái að tengja námsefnið við sinn eigin reynsluheim og læri á sama tíma að setja sig í spor og aðstæður annarra (Gestur Guðmundsson, 2008). Skólinn er án efa ein af mikilvægustu stofnunum samfélagsins. Þar starfar fjöldinn allur af sérfræðingum og eru kennarar hluti af fag- og sérfræðingateymi innan skólans. Ýmsir fræðimenn hafa skoðað vald sérfræðinga og áhrif þeirra á þróun sjúkdómsvæðingar og hverjir séu raunverulegir hagsmunaaðilar sjúkdómsvæðingar. Í næsta kafla verður reynt að skoða betur þá þætti.

## 2.4. Sjúkdómsvæðing

Áður en lengra er haldið er mikilvægt að staldra aðeins við og gefa sjúkdómsvæðingu og þróun hennar meira rými. Í því samhengi er vert að skoða doktorsverkefni Sigrúnar Ólafsdóttur sem út kom árið 2008 og nefnist: *Medicalizing mental health: A comparative view of the public, private and professional construction of mental illness*.

Þar skoðar Sigrún þátt ríkis og markaðar í þeirri þróun sem átt hefur sér stað í sjúkdómsvæðingu geðrænna vandamála í tæknivæddum vestrænum velferðarríkjum hin síðari ár. Samkvæmt Sigrúnu endurspeglar tæknivædd vestræn iðnríki, án nokkurs vafa, aukna sjúkdómsvæðingu. Sjúkdómsvæðing verður þó ekki, frekar en samfélagsþróun, til af sjálfu sér heldur þróast í samspili félagsskipulags, menningar og einstaklinga. Sjúkdómsvæðingin á sér vissulega stað meðal einstaklinga en einstaklingarnir eru hluti af pólitísku hagkerfi sem samkvæmt Sigrúnu hafa stýrt, ásamt fleirum samfélagslegum öflum, sjúkdómsvæðingu innan hins vestræna heims. Sá fræðilegi rammi, *the varieties of medicalization* eða margbreytileiki sjúkdómsvæðingar, sem Sigrún leggur til í ritgerð sinni til samanburðar á sjúkdómsvæðingu meðal velferðarríkja, dregur jafnt upp útlínur um virkni sem og form sjúkdómsvæðingar. Þar bendir hún á ýmis sjónarhorn innan sjúkdómsvæðingar sem taka mið af hvernig hinir ýmsu þátttakendur samfélagsins, til dæmis einstaklingar, fagstéttir og samtök, leitast við að auka áhrif sín innan heilbrigðiskerfisins.

Niðurstöður rannsókna benda til aukningar á sjúkdómsvæðingu geðrænna vandamála í hinum tæknivædda vestræna heimi. Það er ekki bara að aukning eigi sér stað, heldur hefur þessi þróun einnig breytt um form undanfarið. Þar er um að ræða breytanleg lögmál og breytt lögun sjúkdómsvæðingar þar sem fræðimenn eru ekki á eitt sáttir um hvort hún sé að víkka út eða hvort birtingarmynd hennar sé að breytast. Í flestum ríkjum er um hvoru tveggja að ræða.

Við upphaf sjúkdómsvæðingar voru eingöngu hin sýnilegustu einkenni, svo sem þau sem tilheyra geðhvarfasýki, geðklofa og Alzheimer-sjúkdómnum talin til geðsjúkdóma. Í dag hefur DSM greiningarlisti bandarísku geðlæknasamtakanna Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders stækkað verulega. Þegar hann var fyrst gefinn út árið 1918, þá innihélt hann 22 flokka. Nýjasta útgáfa DSM hefur að geyma rúmlega 400 flokka. Þessi mikla aukning hefur eðli málsins samkvæmt kallað á heitar umræður um það hvað teljist til geðsjúkdóma og hvað ekki. Á því sviði er tekist á um það hvort konan sem „missir“ sig í búðum og verslar of mikið, karlmaðurinn sem fer ítrekað inn á klámsíður á netinu og barnið sem ómögulega getur setið kyrrt í skólastofunni, þjáist af geðrænum vanda. Það er því ljóst að greining á geðsjúkdómum í samfélaginu hefur aukist til muna og í stað þess að líta á alvarleg

tilfelli sem geðsjúkdóma þá eru hinar ýmsu aðstæður og ástand, allt frá mjög alvarlegum einkennum til vægra einkenna, talin til mögulegra geðrænna vandamála. Spyrja má hvort þessi greiningargleði hafi mögulega færst niður aldursskalann á þann veg að farið sé að greina mun yngri einstaklinga en áður og fleiri skólabörn fái greiningu.

Í ritgerð Sigrúnar kemur einnig fram sá athyglisverði punktur að yfirráðasvæði geðrænna vandamála hefur stækkað. Í stað þess að vera eingöngu á höndum geðlækna eru lyflæknar og heimilislæknar í vaxandi mæli farnir að greina og meðhöndla geðrænan vanda. Ennfremur þurfa sérfræðingar innan læknastéttar að keppa við aðrar sérfræðingastéttir um yfirráð geðsjúkdóma. Þessar breytingar varpa ljósi á þá tilhneigingu að geðræn vandamál séu jafnt og þétt að færast úr höndum sérfræðinga yfir á almennari heilsugæslu eða frá geðlæknum til heimilislækna eða annarra sérfræðinga utan læknastéttar, þar sem greiningar fara í auknum mæli fram.

Sjúkdómsvæðing í sinni einföldustu mynd gengur í raun út á vald, „sá veldur sem á heldur“: Að hafa vald til að greina annan einstakling sjúkan og að hafa umsjón með og stýra því hvaða lausn er í boði til lækningar á þeim sjúkdómi. Slíkt vald fellur undir lögsögu læknavísindanna. En hugtakið sjúkdómsvæðing hefur gjarnan verið notað um það þegar umdæmi læknavísindanna og læknisfræðileg hugmyndafræði víkkar út og verður umfangsmeiri. Samkvæmt þeim skilningi getur sjúkdómsvæðing falið í sér jákvæða tilvísun, þar sem líta má svo á að hún hafi með skynsamlegri og mannúðlegri afstöðu gert börnum og fullorðnum sem ekki falla inn í norm samfélagsins auðveldara um vik. Aftur á móti virðist neikvæð birtingarmynd sjúkdómsvæðingar sýnilegri þar sem ekki er tryggt að hún sé í öllum tilvikum til góðs, sér í lagi þegar hún vex með slíkum ógnahraða.

Hverjir eru þá raunverulegir áhrifavaldar sjúkdómsvæðingar? Hverjir sjá sér hag í sjúkdómsvæðingu innan samfélags? Kristján Kristjánsson (2009), bendir á í grein sinni „Medicalised pupils: The case of ADD/ADHD“ að ekki sé hægt að tala um neinn einn orsakavald né eitthvert eitt fræðilíkan til skýringar á mikilli sjúkdómsvæðingu og að ekki beri að leita að sökudólgum heldur miklu frekar að einbeita sér að því sem hann kallar „*hugmyndaíkona*“ en hugmynda- eða menningaríkonar geta verið sögulegar ímyndir, hlutbundin og/eða persónugerð tákni í nútímanum. Það sé raunverulega ekki neinn sem *búi til* sjúkdómsvæðinguna heldur sé hún „*jafnvægispunktur hins vestræna nútímasjálfs*“. En það að vera áhrifavaldur eða hagsmunaaðili sjúkdómsvæðingar þarf ekki endilega að merkja það sama og að vera orsakavaldur.

Sigrún bendir á þrjá áhrifaþætti eða áhrifavalda í sínu verkefni, þ.e. hnattvæðingu, velferðarríki og sérfræðingavald. Og innan þessara þátta eru ýmsir smærri svo sem stjórnvöld,

neytendur, lyfjafyrirtæki, sérfræðingar innan og utan læknastéttar. Að auki stendur þekkingariðnaðurinn að baki sjúkdómsvæðingar með fjölmiðlum og líftækniðnaði, í tilfelli fjölmiðla sem álitsgjafa sem sjá hagsmunaaðilum og almenningi fyrir upplýsingum og skapa rými til tjáningar og skoðanaskipta.

Líftækniðnaðurinn kemur með lausnir fyrir læknastétt sem nota má sem lausn við geðrænum vanda. Hagsmunaaðilarnir koma því úr ýmsum áttum og á milli þeirra ríkir flókið samspil samsett úr mörgum þáttum. Utan um þessa aðila alla heldur svo ríkið sem hjá flestum þjóðum, utan Bandaríkjana, heldur um tauma heilbrigðiskerfisins og borgar brúsann. Velferðarríkið hefur í sér fólga almenna hugmyndafræði ríkis. Það setur reglur varðandi heilbrigðiskerfið og stéttir innan þess, svo sem læknastétt. Skilgreinir hvaða heilbrigðisþjónustuvernd og heilsugæsla er í boði hverju sinni og hverjir verðskuldi slíka heilbrigðisþjónustu.

Bent hefur verið á vaxandi þátt lyfjaiðnaðarins í sjúkdómsvæðingu geðrænna vandamála þar sem breyting á almenningsviðhorfi gagnvart lyfjum og lyflækningum hefur valdið því að almenningur hefur gjarnan fagnað lyfjum sem lausnum við geðrænum vanda. Þessi breyting á almenningsviðhorfi gagnvart lyfjum hefur haldist í hendur við lyfjavæðingu hins daglega lífs og rannsóknir sýna að þol einstaklinga gagnvart vægum einkennum og þrautum hefur minnkað til muna.

Samkvæmt upplýsingum frá Sameinuðu þjóðunum er áberandi hversu mikil aukning hefur orðið á framleiðslu og notkun Rítalíns. Þar kom fram að Ísland er í þriðja sæti yfir þá sem nota hvað mest af lyfinu, á eftir Bandaríkjunum og Sviss en notkun Rítalíns hefur aukist verulega á undanförunum árum. Í skýrslu SP kemur fram að árið 2001 voru hér um 2,35% barna á aldrinum 5-15 ára sem neyttu Rítalíns en 0,5% árið 1997 (Eggert Sigfússon, 2002).

Samkvæmt upplýsingum frá Eftirlitsstofnun Sameinuðu þjóðanna með ávana- og fíkniefnum (INCB) var notkun methylphenidats (virka efnisins í Rítalíni) hvergi meiri í heiminum en á Íslandi árið 2003. Það ár mældist notkunin 5,27 DDD (skilgreindir dagskammtar) á 1.000 íbúa og hafði þá aukist gríðarlega frá árinu 1999 þegar notkunin mældist 1,21 DDD. Næstmesta notkun árið 2003 var í Bandaríkjunum eða 5,21 DDD en Bandaríkin voru hinsvegar í fyrsta sæti árið 1999. Ef við miðum okkur við Norðurlöndin hafði Ísland algjöra sérstöðu árið 2003 en þá var notkunin 0,40 DDD í Danmörku, 0,29DDD í Finnlandi, 2,13DDD í Noregi og 0,35DDD í Svíþjóð. (Í svari heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Ástu R. Jóhannesdóttur um lyfjanotkun barna, Þskj.1237.)

Þessar niðurstöður eru umhugsunarefni og valda áhyggjum þar sem þróunin er hröð og gefur tilefni til að skoða betur þróun sjúkdómsvæðingar á Íslandi, sér í lagi þá sem snýr að börnum og ungmennum.

### 2.4.1. Íslenskt samfélag og sjúkdómsvæðing

Hvernig hefur þá sjúkdómsvæðingin þróast á Íslandi? Þegar hinar hröðu breytingar sem Giddens talar um að fylgt hafi samtímanum, aðallega snemmnútíma, eru skoðaðar í sögulegu samhengi má sjá að þar hefur Ísland nokkra sérstöðu. Þessar breytingar áttu sér stað mun seinna í hinu rótgróna bændasamfélagi Íslands en til dæmis annars staðar í Vestur-Evrópu og Bandaríkjunum.

En þrátt fyrir síðbúna nútímavæðingu er ekki að sjá að þróun sjúkdómsvæðingarinnar hafi verið með öðrum hætti hérlendis en annars staðar í nútímasamfélögum hins vestræna heims.

Í litlu kveri sem nefnist *Sjúkdómsvæðing* og Siðfræðistofnun gaf út árið 2004 og inniheldur greinar eftir nokkra íslenska fræðimenn kemur meðal annars fram að sjúkdómsgreiningar á Íslandi haldast í hendur við niðurgreiðslu læknis- og lyfjapjónustu líkt og víða í nágrannalöndunum. Til að fá læknis- og lyfjameðferð þarf að liggja fyrir sjúkdómsgreining. Gífurlegrar aukningar á sjúkdómsgreiningu geðræns vanda hefur orðið vart undanfarin ár á Íslandi. Um það vitnar mikil notkun geðdeyfðarlyfja sem aukist hefur hratt hér á landi, mun hraðar en á hinum Norðurlöndunum. Sömu sögu er að segja um notkun Rítalíns við ofvirkni og athyglisbrest. Þetta neyslumynstur Íslendinga líkist því sem tíðkast í Bandaríkjunum.

Í grein Ingólfs Á. Jóhannessonar (2001), í tímaritinu *Glæður*, gerir hann sjúkdómsvæðingu íslenskra barna að umtalsefni. Hann bendir á þann veruleika sem blasir við í skólamállum, þegar börn eru dregin í dilka með „nútímalegum aðferðum klínískrar greiningar og síðan fundin úrlausn“. Ingólfur fjallar þar um þá hugmynd að hægt sé að flokka og greina eiginleika barna, svo sem lestrarörðugleika, einbeitni, fötlun og annað sem tengist getu barna og nýta það í skólastarfinu. Hann spyr hvort markmiðið með þessari miklu greiningu sé að lækna börnin af því að vera „öðruvísi“. Vandinn sem felst í því að horfa á nemendur sem viðfangsefni greiningar telur hann meðal annars birtast í sjúkdómsvæðingu á einstaklingsvanda í aðferðum klínískrar aðferðar fremur en uppeldislegrar og í að forðast að horfast í augu við félags- og menningarlegar aðstæður íslensks nútímasamfélags.

Ingólfur dregur stjórnvöld og orðræðuhefð þeirra til ábyrgðar í umræðunni um skólamála. Þar hefur orðræðan og stefnan um „*sjálfstæða nemendur, sterkari einstaklinga*“ verið í anda þeirrar einstaklingshyggju sem áður er vikið að í þessu verkefni. Sérþarfir nemenda skal meta með öflugri greiningu. Salamanca-hugsjónin sem Ingólfur nefnir svo er einn af hornsteinum íslenskrar skólustefnu<sup>2</sup>.

Þessi hugsjón um skóla fyrir alla án aðgreiningar telur Ingólfur að stuðli fremur að klínískri aðferðarfæði til greiningar og meðferðar en að hún stuðli raunverulega að því að slíkur skóli verði að veruleika í íslensku samfélagi. Hvernig sér svo kennarinn barnið? Er nemandinn í huga kennarans viðfangsefni greiningar á sérþörfum sem gerir alla nemendur að flokkanlegum og flokkuðum nemendum? Þessum spurningum reyni ég að gera skil í næstu köflum.

## 2.5. Hverjir benda fyrstir á eða stuðla að greiningu á ADHD?

Samkvæmt rannsókn Sigrúnar Ólafsdóttur (2008) hefur tvímælalaust orðið aukning á sjúkdómsvæðingu geðrænna vandamála í vestrænum samfélögum hins tæknivædda heims. Greiningarlistar DSM og WHO sem farið hafa stækkandi undanfarin ár vitna um það, lyfjanotkun til meðferðar hefur einnig aukist til muna.

Eins og Ingólfur bendir á eru ýmsar greiningar notaðar til þess að flokka börn og ungmenni sem ekki falla að normi samfélagsins. Ein þessara greininga er mun algengari en aðrar en það er þroskaröskunin athyglisbrestur með ofvirkni. Hefur þessi þroskaröskun þar af leiðandi verið meira til rannsóknar en aðrar. Af þeim sökum valdi ég þær rannsóknir sem reynt verður að gera sem best skil í næstu köflum og fjalla báðar um börn með athyglisbrest með ofvirkni, þátt foreldra og kennara í meðferð og sjúkdómsgreiningu barnanna. Auk þess styðja þær við og falla vel að rannsóknarspurningu minni.

Rannsókn sem þau Leonard Sax og Kathleen J. Kautz gerðu og birtist árið 2003 í *Annals of Family Medicine*, nefnist á frummálinu: „*Who first suggests the diagnosis of attention – deficit/ hyperactivity disorder?*“ Þar reyna þau að svara spurningunni um það hverjir séu fyrstir til að benda á sjúkdómsgreininguna athyglisbrest með ofvirkni (e. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, skammstafað; ADHD). Kveikjan að rannsókn þeirra Sax og Kautz var umræða um aukningu á lyfjagjöf við ADHD síðastliðin 10 ár. Á árunum

---

<sup>2</sup> Nafn sitt dregur hún af Salamanca-yfirlýsingunni frá 1994, þegar UNESCO stóð fyrir alþjóðlegri ráðstefnu um menntun barna með sérþarfir, þar sem hvers konar réttindi sem flokkast undir mannréttindi skuli ekki takmörkuð við ófatlaða og að skólar skuli taka þátt í að brúa bil á milli fatlaðra og ófatlaðra einstaklinga.

1991-1999 var rúmlega 500% aukning á notkun og ávísun Rítalins og Concerta. Þessi mikla aukning kallar á þá mikilvægu spurningu hvort öll þau börn sem fá lyf við ADHD standist greiningu samkvæmt greiningarlista um ADHD.

Fáar rannsóknir sem gerðar hafa verið í tengslum við greiningar á ADHD hafa reynt að skoða hvort kennarar og foreldrar stuðli að greiningu ADHD og lyfjagjöf í kjölfarið. Fleiri börnum er vísað til greininga á ADHD/ADD vegna gruns um að þau hafi þessa röskun. Það er líklegt að aukinn fjöldi sem fer í athugun leiði til aukinna fjölda greininga, hvort sem sú aukning er vegna þess að skilmerki greiningar hefðu breyst eða vegna þess að verið væri að finna tilfelli sem væru annars falin eða dulin í þýðinu og ættu í raun líka rétt á þjónustu.

Mikil þörf er á slíkum rannsóknum til að varpa ljósi á hvað ráði för í greiningu og meðferð við ADHD hjá börnum svo meta megi áhrif ýmissa þátta í greiningarferlinu. Í rannsókn Sax og Kautz var ætlunin að skoða einn þessara þátta í greiningar- og meðferðarferlinu, þátt þeirra sem fyrstir stuðla að eða bendi á greiningu á ADHD: hverjir það séu.

### **2.5.1. Nánar um rannsókn Sax og Kautz**

Rannsóknin fór fram meðal lækna á stór-Washington borgarsvæðinu í Bandaríkjunum, í umdæmi Colombiu, í úthverfi Maryland og í Norður-Virginíu. Úrtakið samanstóð af 1089 læknum sem skiptist í 512 heimilislækna; 412 bráðabarnalækna og 165 barnageðlækna. Svörunin frá læknum var um 45% sem er fremur lág og því varla marktæk en á móti kemur að margbreytileiki svaranna var lítill og því óvíst hvort betri svörun hefði breytt einhverju um niðurstöður rannsóknarinnar.

Rannsóknin fór þannig fram að könnunarblað var sent til lækna og þeir beðnir að meta á mælikvarðanum 1 á móti 100 hverjir af eftirfarandi aðilum væru líklegastir til að vera fyrstir til að benda foreldrum á að fá ADHD greiningu fyrir barn sitt: bráðabarnalæknirinn, heimilislæknirinn, kennarar, aðrir starfsmenn skólans, foreldrar, aðrir ættingjar, nágrennar, umönnunaraðilar eða aðrir? Þeir voru beðnir um að rökstyðja svar sitt. Læknarnir voru einnig spurðir að því við hversu hátt hlutfall þeirra barna sem þeir greindu með ADHD mæltu þeir einnig með lyfjagjöf.

### **2.5.2. Niðurstöður rannsókna**



Svörun var eins og áður er getið 45% og við spurningunni um það hversu hátt hlutfall greindra barna með ADHD væri ávísað lyfjum kom fram að læknarnir áætluðu að þeir ávísuðu um 77% sjúklinga með greininguna ADHD lyfjum.

Kennarar voru líklegastir til að fá grun um sjúkdóminn og benda foreldrum á að fá ADHD greiningu fyrir barn sitt eða í um helmingi tilfella samkvæmt niðurstöðu rannsóknarinnar. Læknarnir töldu einnig að í um þriðjungu tilfella væru það foreldrar sem stinga upp á greiningu. Þessi útkoma gefur tilefni til umræðu um breyttar forsendur greininga á ADHD, til dæmis hvort kennarar og foreldrar séu líklegri til að lýsa yfir grun um að sjúkdómurinn sé til staðar hjá börnum núna en fyrir 10 árum síðan? Ef hægt er að svara þessari spurningu játandi þá er áhugavert að skoða í framhaldi, hvað valdi því. Kveikjan að rannsókn þeirra Sax og Kautz var einmitt umræða um 500% aukningu á lyfjagjöf við ADHD síðastliðin 10 ár. Í rannsókninni kom í ljós að einungis 43% barna sem fengu lyf við ADHD/ADD uppfylltu skilyrði DSM-III-R um ADHD.

Hvað er það sem veldur því að 57% barna sem fá lyf við ADHD standast ekki skilyrði DSM-III-R greiningar? Má leiða að því líkur að aukin lyfjaneysla sé afleiðing af auknum þrýstingi frá kennurum og foreldrum um greiningu, er DSM stuðullinn að gefa rangar niðurstöður eða er ástæðan einhver önnur?

### **2.5.3. Forsendur kennara til að ráðleggja foreldrum að leita til læknis**

Takmarkanir rannsóknarinnar liggja helst í því að ómögulegt er að gera sér grein fyrir nákvæmni læknanna í svörum sínum. Einnig er erfitt að átta sig á hversu vel Washingtonborgarsvæðið endurspeglar Bandaríkin. Að lokum mætti svo benda á að svörunin í rannsókninni er fremur lág, einungis 45% alls.

Ef raunin er sú að kennarar séu oftast fyrstir til að setja fram grun um að barnið sé með ADHD/ADD og í framhaldi af því benda foreldrum á að láta athuga með ADHD greiningu á barninu, þá þarf að rannsaka og ákvarða nákvæmlega þær forsendur sem þar liggja að baki, það er að skoða nákvæmni kennara í tilgátum sínum varðandi sjúkdóminn. Höfundar benda hér á rannsókn þar sem gerður var samanburður á kennurum í dreifbýli og þéttbýli. Þar komu kennarar handahófskennt með tilgátu um að um 23% drengja í bekkjum sínum væru með ADHD.

Í umræðum um þessa ótrúlegu háu tíðni, þá telja höfundar að vel geti verið að kennarar rugli saman hegðunareinkennum ADHD og hegðunareinkennum annars konar

vandamála svo sem lágrar greindarvísitölu, hverskyns kvíðaröskunar og ýmissa sálfélagslegra þátta. En til þess að skoða þá þætti betur þurfa fleiri tækar rannsóknir að koma til.

## 2.6. Foreldrar og skólaumhverfi

Rannsókn sem Dr. Claudia Malacrida gerði kom út árið 2004 og heitir „*Medicalization, ambivalence and social control*“, í beinni þýðingu „*sjúkdómsvæðing, margræðni og félagslegt taumhald*“. Rannsóknin beindist að nemendum greindum með ADD/ADHD. Rannsóknin var meginleg samburðarannsókn og fólst í því að fá til samstarfs 34 mæður, 17 frá Calgary í Kanada og 17 frá Suðaustur-Englandi.

Þátttakendur voru valdir af handahófi í gegnum háskóla, samtök, styrkþega, þátttakendur í starfi samtaka o.fl. Rannsóknin var unnin út frá reynslu þessara 34 mæðra sem áttu börn með ADD/ADHD. Mæðurnar sögðu frá reynslu sinni af skóla og skólaumhverfi barnsins. Einnig hverjir fengu fyrstir grun um sjúkdóm hjá barninu og bentu foreldrum á að athuga með ADHD/ADD greiningu fyrir barnið og hvernig skilgreining ADD/ADHD var viðurkennd eða hafnað sem sjúkdómi af starfsfólki skólanna.

### 2.6.1. Niðurstöður rannsókna

Úrtakið þótti ekki nægilega stórt til að draga mætti almennar ályktanir af því, þó virtust viðhorf hafa breyst eftir rannsóknina einkum í Englandi þar sem ADD/ADHD er nú frekar viðurkennt sem sjúkdómur af menntageiranum.

Rannsóknin sýndi að skólakerfið almennt og kennarar hafa mikil áhrif á mat og meðferðarúrræði sem tengjast hegðun barna almennt og þá sérstaklega hjá þeim sem eru taldir með ADD/ADHD.

Í Kanada og Bretlandi voru kennarar þó þeir fagaðilar sem **síst** mæltu með að börn með sérstök hegðunarvandkvæði færu í mat á ADD/ADHD, þrátt fyrir að kennararnir séu þeir sem umgangast barnið daglega í skólanum og ættu því að vera þeir sem fyrstir dragi fram vandamál barnsins ásamt foreldrum. Hluti af útskýringunni í Kanada og Bretlandi er hversu lítið samband er á milli kennara og heilbrigðisgeirans sem leiddi af sér andstöðu innan menntakerfisins við að viðurkenna þetta sem sjúkdóm.

Orsök ADD/ADHD var umdeild og menn almennt ekki sammála hvort um líffræðilega orsök væri að ræða eða ekki. Í rannsókninni kom fram að Kanadamenn nálgúðust

ADD/ADHD út frá hugtakinu „*medicalization*“ (sjúkdómsvæðing) meira en þeir í Bretlandi, einnig að kanadískir kennarar hefðu fá félagsleg úrræði til að fást við ADHD í skólastofum önnur en lyfjaúrræði sem höfðu gefist vel.

Í Bretlandi hafi lyfjagjöf hinsvegar verið takmörkuð og kennarar og sérkennarar hafa sterkari félagsleg úrræði. Bretar skoða einnig barnið meira út frá atferlislegu sjónarmiði og nota því meira fjölskyldumeðferð.

Mismunur á milli Kanada og Bretlands virtist helst vera sá að breska menntakerfið gat þvingað eða sett pressu á börnin sem voru „öðruvísi“ t.d. með því að senda þau heim en samkvæmt breskum lögum geta nemendur verið fjarverandi 45 daga á skólaári. Af 17 manna úrtakinu höfðu því 11 börn verið útilokuð frá skóla mismunandi lengi en breska menntakerfið var jafnframt á móti því að viðurkenna ADD/ADHD sem mögulega greiningu.

Kanadíska kerfið var mun frjálsslegra og umburðarlyndara í garð barna sem áttu við þennan vanda að stríða og ekki eins líkleg til að senda börn heim eða vísa þeim úr skóla. Kanadíska skólakerfið ýtti einnig undir mæður að uppgötva ADD/ADHD í börnum sínum en áhugi á lausn vandans var ekki eins mikill innan kerfisins.

Samkvæmt skýrslum er lyfjagjöf mun meiri í kanadískum skólum en þeim bresku, en árið 1995 notuðu 2,5% barna í Alberta í Kanada Rítalín sem er 400% aukning frá árinu 1987, þó bentu kanadískir lækningar og aðrir sérfræðingar á þessu sviði á að lyfjagjöf væri alls ekki eina leiðin til að fást við ADD/ADHD.

Í þessum 17 manna hóp í Kanada fengu aðeins 2 börn greiningu áður en þau fóru í skólann og aðeins 4 börn fengu greiningu í gegnum skólann sinn og þurftu sum að bíða í allt að 18 mánuði til að fá þessa greiningu. Hin börnin urðu að fara í gegnum barnalækni, héraðsspítala, greiningarstöð fyrir þá sem áttu við námsörðugleika að stríða eða einkareknar sálfræði- eða geðlækningastofur.

Bresku mæðurnar höfðu frá svipaðri reynslu að segja og þær kanadísku. Það var sjaldgæft að börn fengju greiningu innan skólans þrátt fyrir að bæði skólasálfræðingur og sérkennari færi fram á rannsókn. Sjúkdómsgreiningin og meðferð hennar kom frá geðlækni eða sálfræðingi fjölskyldunnar burtséð frá matsferlinu. Bæði kanadískar og breskar mæður kvörtuðu undan því að kennarar hefðu lítinn skilning og áhuga á að setja sig inn í aðstæður barna þeirra. Og má því velta fyrir sér hvort neikvæðni kennaranna um að taka þátt í ferlinu sé að einhverju leyti vegna þess hversu lítið vægi þeir virðast hafa í sjálfu sjúkdómsgreiningarferlinu þrátt fyrir að þeir beri hitann og þungann af námi barnsins og hegðun í skólanum.

## 2.7. Samantekt

Í þessu fræðilega yfirliti hef ég bent á aukna einstaklingsvæðingu og áhersluna á einstaklinginn og einstaklingsbundið nám, samanber Ziehe. Einnig hef ég fjallað að nokkru um kenningar Giddens um síðnútíma og einstaklingshyggjuna þar sem hann undirstrikar þær miklu breytingar sem orðið hafa á einstaklingum í vestrænum tæknivæddum síðnútíma samfélögum, þar sem maðurinn stendur á berangri, í afhelguðu samfélagi með fátt sem varðað getur veginn. Furedi talar um sjúkdómsvædda sjálfið þar sem einstaklingurinn og líf hans allt hefur verið sjúkdómsvætt undanfarna áratugi. Undir það tekur Sigrún Ólafsdóttir sem segir vestræn tæknivædd iðnríki spegla aukna sjúkdómsvæðingu. Hún bendir á að sjúkdómsvæðingin þróist í samspili félagsskipulags, menningar og einstaklinga. Og samkvæmt Kristjáni Kristjánssyni ætti í umræðunni um vaxandi sjúkdómsvæðingu ekki að leita uppi mögulega sökudólga heldur fremur að horfa til hugmyndaþkona eins og þeirra sem Giddens og Ziehe hafa bent á. Þróun sjúkdómsvæðingar á Íslandi er samstíga þeirri þróun sem á sér stað annarsstaðar á Vesturlöndum, þrátt fyrir síðbúna nútímavæðingu.

Einkum þegar hin svokallaða lyfjavæðing er skoðuð, þá virðist Ísland fylgja þeirri þróun sem á sér stað í Bandaríkjunum. Þær niðurstöður eru athyglisverðar í ljósi þess að lyfjalöggjöfin er mun strangari á Íslandi en í Bandaríkjunum, þar sem lyfjaframleiðendur þar hafa leyfi til að auglýsa beint til neytandans eins og fram kemur í rannsókn Sigrúnar.

Aukin sjúkdómsgreining innan skólakerfisins er umfjöllunarefni Ingólfs Á. Jóhannessonar, sem telur skólastefnu stjórnvalda bjóða upp á flokkun og skimun á nemendum.

Í rannsóknum þeirra Sax og Kautz kemur fram að kennarar á Stór-Washington svæðinu eru líklegastir til að benda foreldrum á að fá ADHD greiningu fyrir barnið sitt. Í rannsókn Malacrida kemur aftur á móti fram að kennarar í Kanada og Bretlandi hlutast lítið til um greiningu nemenda. Kennarar í Kanada voru þó líklegri til að benda foreldrum á ADHD heilkennið sem mögulega ástæðu hegðunarvanda barna og að mæla í kjölfarið með lyfjagjöf, sem stemmir við rannsókn þeirra Sax og Kautz. Fróðlegt er að bera saman hvernig kennarar koma að þessu máli hér á Íslandi en empírískur hluti rannsókna minnar hafði það markmið að varpa einhverju ljósi á það.

### 3. Aðferðafræði

Í þessum kafla verður farið yfir aðferðafræðina sem notuð var við framkvæmd meginlegu rannsóknarinnar. Kynnt verður rannsóknaraðferðin, val á þátttakendum og mælitækið. Rætt verður um greiningu gagna og siðferði. Þá er vali á gerð spurningalista lýst, hvernig hann tengist meginspurningu rannsóknarinnar og þeim rannsóknum og kenningum sem liggja til grundvallar rannsókninni.

#### 3.1. Rannsóknaraðferð

Hægt er að notast við tvenns konar meginrannsóknaraðferðir þegar vísindalegum upplýsingum er safnað, meginlegar (quantitative) og eigindlegar (qualitative) aðferðir (Polit og Hunger, 1993).

Sú nálgun sem hér er valin til rannsóknar á hlutverki og aðkomu kennara í greiningarferli grunnskólanema á Stór-Reykjavíkursvæðinu og í dreifbýli er meginleg rannsóknaraðferð. Sú rannsóknaraðferð er byggð á heimspekilegri raunhyggju (empiricism) eða raunspeki (positivism).

Rannsakendur hafa hvorki afskipti né áhrif á rannsóknarverkið til að forðast sveigð (bias). Sveigð er skilgreind sem kerfisbundin björgun á raunverulegum eða „sönnum“ áhrifum tiltekinnar meðferðar þannig að niðurstöðurnar eru sveigðar frá sannleikanum (Burns og Grove, 2001). Fjórar tegundir eru til af meginlegri rannsóknaraðferð, það er að segja lýsandi- (descriptive), fylgni- (correlational), hálftilraunar- (quasi-experimental) og tilraunar- (experimental) aðferðir (Burns og Grove, 2001)

Notast verður við lýsandi rannsóknaraðferð í þessari rannsókn. Tilgangur lýsandi rannsóknaraðferðar er að rannsaka og lýsa fyrirbærum í raunverulegu ástandi. Þessi aðferð er notuð til að gefa af sér nýja þekkingu um hugtök og efni sem fáar eða engar rannsóknir hafa verið gerðar um. Í gegnum lýsandi rannsóknaraðferð er hugtökum lýst og sambönd skilgreind til að búa til grunn fyrir frekari meginlegar rannsóknir og prófun kenninga (Burns og Grove 2001).

Algeng og viðurkennd leið til að finna orsakatengsl með meginlegri rannsóknaraðferð, það er hvaða þættir hafi áhrif á viðhorf og hegðun fólks, er að leggja fyrir spurningalistakönnun á pappír eða á rafrænu formi. Notaður er staðlaður spurningalisti með lokuðum spurningum eða fyrirfram ákveðnum svarmöguleikum.

Einn helsti kostur slíkrar aðferðar er sá að hægt er að kanna á markvissan og fljótlegan hátt viðhorf fjölmenns hóps á sama tíma. Lokaðar spurningar gefa skýr svör við ákveðnum spurningum og auðvelda greiningu á gögnum á tölfræðilegan hátt með aðstoð tölvuforrits eins og SPSS. Með því að allir fá sömu spurningarnar fæst samanburður innan þess hóps sem verið er að rannsaka og hægt er að endurtaka könnunina síðar til að kanna hvort viðhorfin hafi breyst.

Þessi leið er tiltölulega hagkvæm og fljótleg borið saman við aðrar meginlegar rannsóknaraðferðir, eins og stöðluð viðtöl og símakannanir. Með notkun þeirra er meiri hætta á að spyrillinn hafi ómeðvitað áhrif á svör með hegðun sinni og framkomu. Kostur spurningalistakönnunar, ef hún er nafnlaus, er að meiri líkur eru á því að heiðarleg svör fáiist við viðkvæmum spurningum en til dæmis í viðtali.

Ókostur meginlegrar rannsóknaraðferðar er að hegðun fólks er ekki könnuð með beinum hætti eins og gert er t.d. með eigindlegum rannsóknaraðferðum. Spurt er um hugsanlega hegðun og möguleiki er á því að fólk segi eitt en geri annað. Þá eru staðlaðar spurningakannanir fremur ósveigjanlegar þar sem margslungin svör eru útilokuð í þeim. Lágst svarhlutfall spurningakannana getur einnig verið vandamál við túlkun á niðurstöðum.

Ég taldi meginlegt rannsóknarsnið, lýsandi rannsóknir (e. descriptive) henta best þar sem ég er fyrst og fremst að leita eftir upplýsingum um tíðni og magn vandamálsins og hvort samband sé á milli tveggja eða fleiri þátta, frekar en eigindlegt rannsóknarsnið sem þá legði meiri áherslu á viðtöl við kennarana, vettvangsrannsóknir og lýsandi frásagnir af fyrirbærum.

### **3.2. Val á þátttakendum, aðgengi og framkvæmd spurningakönnunar**

Rannsóknin var meginleg samanburðarrannsókn og fólst í því að fá til samstarfs 30 umsjónarkennara miðstigs í grunnskólum á höfuðborgarsvæðinu og 30 umsjónarkennara miðstigs af landsbyggðinni. Til þess að ná fram fjölbreytni í bakgrunni, störfum og viðhorfum kennaranna varð að hafa úrtakið stórt og sem spannað gat allan breytileikann. Skólar voru valdir af handahófi, Leitað var til skólastjóra viðkomandi skóla og þeir beðnir um leyfi fyrir könnuninni. Umsjónakennurum var síðan sendur spurningalisti í vefpósti en það hefur þann kost að vera þægilegur og ódýr máti ásamt því að gefa svarendum nægan tíma til að svara spurningunum. Rannsóknin var síðan unnin út frá reynslu þeirra kennara sem svöruðu.

Álíta má þessa kennara annaðhvort sem þýði umsjónarkennara á miðstigi grunnskóla á höfuðborgarsvæðinu og grunnskóla utan höfuðborgarsvæðis eða sem hentugleikaúrtak úr hópi umsjónarkennara í grunnskólum á miðstigi á Íslandi.

Áður en ég fór af stað með rannsóknina aflaði ég tiltekinna leyfa frá þeim er málið varðaði, svo sem Menntamálaráðuneyti og Persónuvernd. Persónuvernd svaraði því til að þar sem spurningarkönnunin byggir á samþykki þátttakenda, þá væri slík vinna persónuupplýsinga ekki háð leyfi Persónuverndar, enda félli hún ekki að öðru leyti undir aðrar leyfisreglur s.s. um aðgang að sjúkraskrá og heilbrigðisskrám Rannsóknin væri því tilkynningaskyld en ekki leyfisskyld.

Skólarnir á höfuðborgarsvæðinu voru að stærð frá 370 nemendum til 667 nemanda eða samtals 2.436. Á landsbyggðinni voru skólarnir frá 30 nemendum í skóla til 462 eða samtals 1.458 nemendur. Nemendur í miðdeildum á höfuðborgarsvæðinu voru á bilinu 114 - 200 eða samtals 734 nemendur. Á landsbyggðinni voru nemendur í miðdeild á bilinu 3-125 eða samtals 412 nemendur. Umsjónarkennarar miðdeilda á höfuðborgarsvæðinu voru 30 þar af svöruðu 22 en 8 svöruðu ekki eða 73,3%. Á landsbyggðinni voru 30 umsjónarkennarar, 20 svöruðu en 10 ekki eða 66,7%. Við tölfræðilega úrvinnslu rannsóknarinnar var notast við hugbúnaðinn SPSS og töflureikninn Excel.

### 3.3. Notagildi

Notagildi rannsóknarinnar er margþætt en megin notagildi hennar er að svara eftirfarandi meginrannsóknarspurningu: *Hvernig kemur kennarinn að í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar?*

Rannsókn sem þessi hefur ekki verið gerð áður innan Menntavísindasviðs Háskóla Íslands. Hagnýti hennar getur meðal annars falist í því að sjá hvort teljandi munur er á hlutverkum og viðhorfi kennara hér á Íslandi og kennara í reynslurannsóknunum tveimur sem til umfjöllunar voru hér framar. En þar kom fram, sem fyrr segir, munur á þætti kennara í greiningarferlinu. Fólst sá munur helst í því að kennarar frá Bandaríkjunum voru líklegri en kennarar frá Bretlandi og Kanada til að benda foreldrum á að fá ADHD greiningu, þó voru kennarar í Kanada mun líklegri heldur en breskir kennarar til að benda á greininguna ADHD og jafnvel lyfjagjöf í kjölfarið.

Mismunandi greiningarlistar voru einnig notaðir í rannsóknunum, í Kanada var stuðst við DSM –IV greiningarlistann en í Bretlandi var miðað við lista WHO. Mismunur er á þessum greiningarlistum þar sem WHO listinn innheldur færri flokka en DSM-IV.

### **3.4. Spurningalistinn**

Góður og vandaður spurningalisti er lykilatriði til að könnun nái tilætluðum árangri. Mikilvægt er að huga að ýmsum þáttum við gerð hans eins og innihaldi, uppsetningu og leiðbeiningum sem fylgja.

Hér verður greint frá innihaldi spurningalistans og hvernig hann tengist meginspurningunni og rannsóknunum sem liggja til grundvallar.

Við gerð spurningalista var stuðst við spurningalista sem tengjast þeim erlendu rannsóknum sem ég hef til grundvallar þessarar rannsóknar. Þær gefa vonandi sem gleggsta mynd af hlutverki kennarans í þróun sjúkdómsvæðingar innan skólanna þar sem rannsóknarspurningin er: *Hvernig kemur kennarinn að í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar?*

#### **3.4.1. Innihald spurningalista**

Spurningalistinn sem notaður var í könnuninni tók til ýmissa þátta er varðar getur þátt umsjónarkennara á miðstigi í grunnskólum í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar.

Bakgrunnsspurningar voru fjórar og vörðuðu lífaldur, starfsaldur, kyn og menntun. Aðrar spurningar voru annars vegar fimm viðhorfsspurningar og hins vegar fjórar staðreyndaspurningar. Í lok spurningalistans kom ég með eina opna spurningu sem gaf kennurum kost á að koma sjónarmiðum sínum á framfæri. Með því veittust kennurum tækifæri til að tjá sig um mál sem þeir höfðu ekki náð að gera í sjálfri könnuninni ásamt því að bæta upp þann ósveigjanleika sem lokaðar spurningar hafa.

Viðhorfs- og staðreyndaspurningarnar vildi ég tengja sem best við meginspurningu og þeim rannsóknum sem lágu til grundvallar: Hvort heilsufarslegir, félagslegir eða fjárhagslegir erfiðleikar hafi áhrif á hvort barnið er sent til greiningar. Hvort kennarar telji að foreldrar sækist eftir greiningu fyrir barnið sitt vegna þess stuðnings eða aðstoðar sem kerfið veitir



barninu og hvort að kennarar séu sáttir við það fyrirkomulag sem er á greiningu barna í grunnskóla.

### **3.5. Aðferðafræðilegir erfiðleikar og siðferðileg álitamál**

Einn aðalvandi rannsakenda sem eru að rannsaka fyrirbæri í íslensku samfélagi er smæð þess og fámenni. Þessi staðreynd kemur fram á ýmsan hátt og getur verið erfitt að fyrirbyggja að þátttakendur í rannsókn þekkist ekki. Þegar um viðkvæmar upplýsingar er að ræða getur þurft að breyta staðreyndum eins og nafni, kyni viðmælenda eða búsetu. Í þessari rannsókn var ekki þörf á slíku enda kom hvergi fram nöfn þátttakenda eða nöfn skóla. Eingöngu kom fram að þátttakendur væru af höfuðborgarsvæðinu eða af landsbyggðinni.

Aðalvandi minn í rannsókninni var að fá næga svörun, nokkrir kennarana svöruðu strax um hæl en of fáir þannig að ég sendi út ítrekun. Þar sem skólastjórar eða aðstoðarskólastjórar gengu sjálfir í málið og ýttu á kennarana að svara var 90-100% svörun. En það var í þeim tilfellum þar sem ég þekkti skólastjórana persónulega.

### **3.6. Takmarkanir rannsóknarinnar**

Hér er því ekki haldið fram að hægt sé að alhæfa um það sem greina má út frá niðurstöðum könnunarinnar. Þó má segja að tiltölulega góð svörun styrki marktækni könnunarinnar en á höfuðborgarsvæðinu svöruðu 73,3% kennaranna og á landsbyggðinni 66,7%.

Einnig styrkti gildi þess sem kom fram í svörunum að mikill samhljómur var á milli kennara á höfuðborgarsvæðinu annars vegar og kennara á landsbyggðinni hins vegar með þeirri undantekningu að stærri skólar á landsbyggðinni höfðu tiltekna samsvörun við skólana á höfuðborgarsvæðinu, svo að ætla má að niðurstöðurnar gefi góða hugmynd um á hvern hátt kennarar koma að því ferli þegar barn er sent til greiningar.

## 4. Innihald spurningalistans og niðurstöður

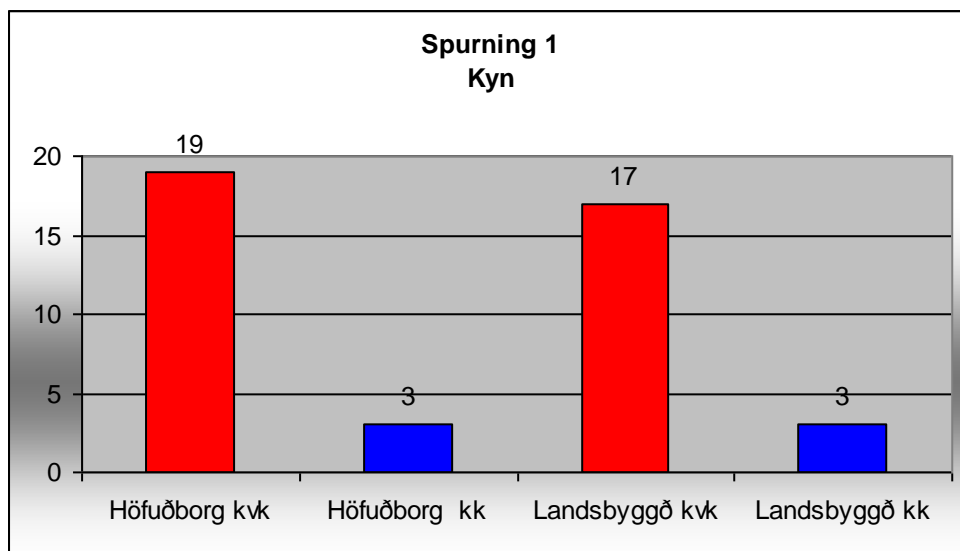
Fjórar meginspurningar lágu að baki rannsókninni.

1. Telja kennarar að aukin einstaklingsvæðing í námi hafi leitt til aukinnar greiningar á börnum?
2. Hafa heilsufarslegir, félagslegir eða fjárhagslegir erfiðleikar haft áhrif á hvort barnið væri sent í greiningu?
3. Telja kennarar að foreldrar sæki eftir greiningu fyrir barnið sitt vegna þess stuðnings eða aðstoðar sem kerfið veitir barninu?
4. Eru kennarar sáttir við það fyrirkomulag sem er á greiningu barna og ef ekki er það út af of miklum, of litlum eða röngum greiningum?

**4.1 Spurningarlisti sem lagður var fyrir umsjónarkennara í miðdeild í grunnskólum á höfuðborgarsvæðinu og grunnskólum utan höfuðborgarinnar og svör við honum.**

### 1. Kyn

- Kk
- Kvk

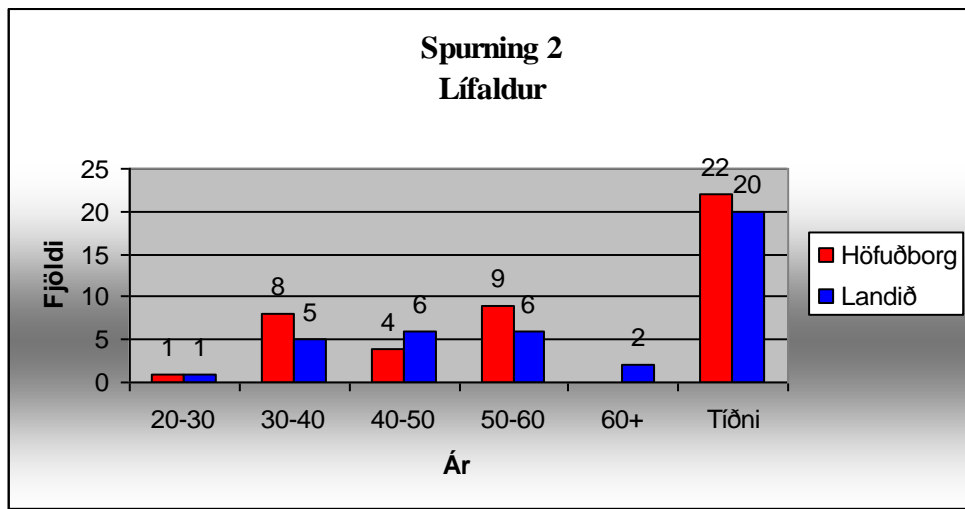


Fyrstu 4 spurningarnar á listanum eru bakgrunnsupplýsingar um svarendur s.s. kyn, aldur, starfsaldur og menntun. Kynjaskiptin eru þannig að kennarar eru flest allir konur eða 19 á höfuðborgarsvæðinu og 17 af landsbyggðinni og aðeins 6 karlar, það er 3 á

höfuðborgarsvæðinu og 3 á landsbyggðinni. Þetta er kannski nokkuð lýsandi fyrir skólakerfið okkar.

## 2. Lífaldur

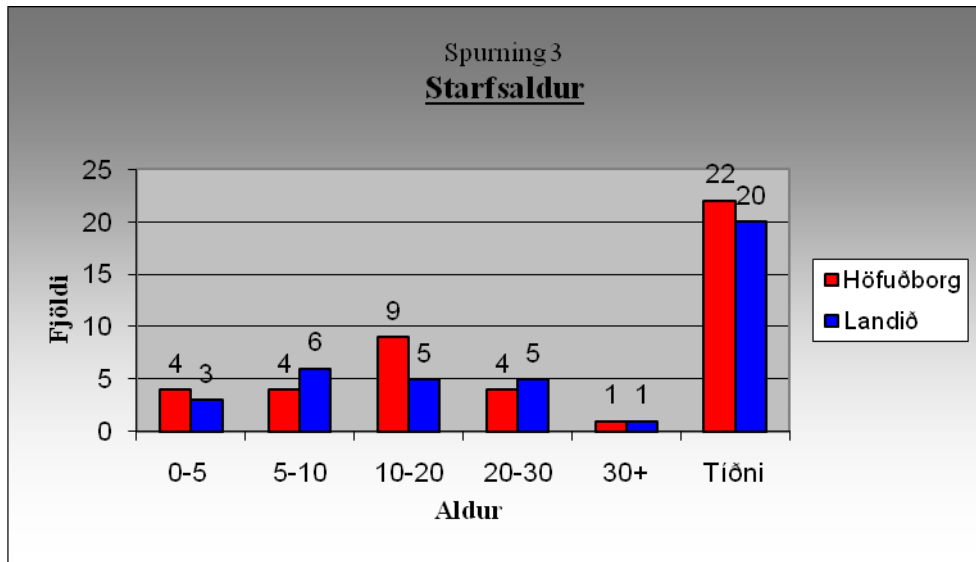
- 20-30 ára
- 30-40 ára
- 40-50 ára
- 50-60 ára
- 60-70 ára
- 70+



Af kennurum 20-30 ára var 1 af höfuðborgarsvæðinu og 1 af landsbyggðinni. Í hópnum 30-40 ára voru 8 af á höfuðborgarsvæðinu og 5 á landsbyggðinni. Kennarar 40-50 ára voru 4 á höfuðborgarsvæðinu en 6 af landsbyggðinni. Á aldrinum 50-60 ára voru 9 af höfuðborgarsvæðinu og 6 af landsbyggðinni. Enginn kennari var 60 ára eða eldri á höfuðborgarsvæðinu en 2 á landsbyggðinni.

### 3. Starfsaldur

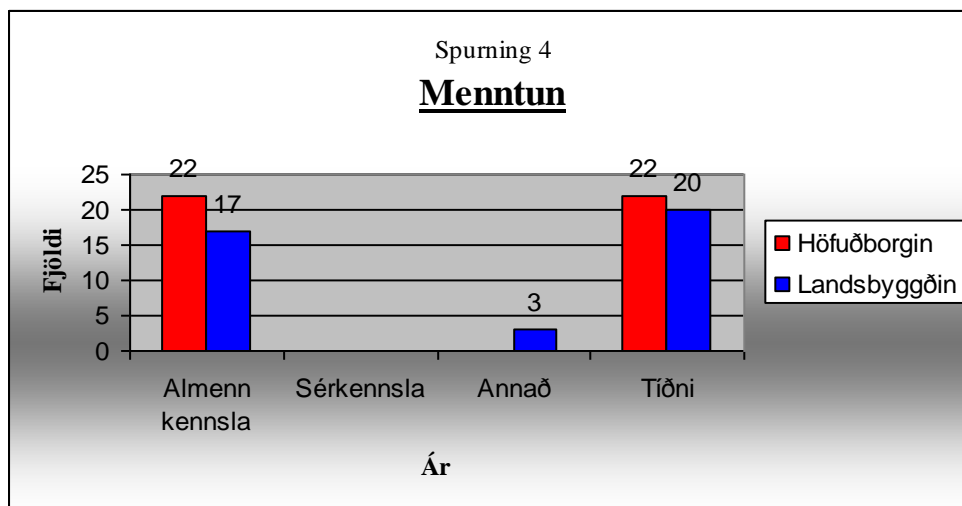
- 1-5 ára
- 5-10 ára
- 10-20 ára
- 20-30 ára
- 30+



Starfsaldur kennara 0-5 ár voru 4 á höfuðborgarsvæðinu og 3 á landsbyggðinni. Á bilinu 5-10 ár voru 4 á höfuðborgarsvæðinu og 6 á landsbyggðinni. Í hópnunum 10-20 ár voru 9 á höfuðborgarsvæðinu og 5 á landsbyggðinni. Í hóp 20-30 ár voru 4 á höfuðborgarsvæðinu og 5 af landsbyggðinni. 30+ var 1 á höfuðborgarsvæðinu og 1 af landsbyggðinni.

#### 4. Menntun

- Almennur kennari
- Sérkennari
- Annað



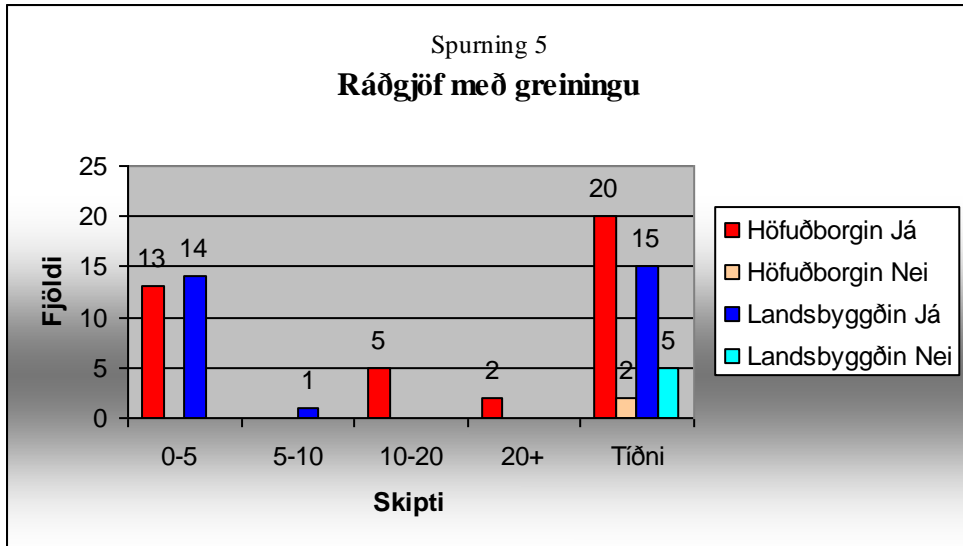
Kennararnir eru flest allir almennir kennarar eða allir 22 af höfuðborgarsvæðinu og 17 á landsbyggðinni, auk þess eru 3 kennarar réttindalausir eða með aðra menntun á landsbyggðinni. Þannig að umsjónarkennarar miðeilda þessara skóla eru að mestu leyti menntaðir kennarar með góða starfsreynslu.

## 5. Hafa foreldrar leitað til þín með ráðgjöf um hvort senda eigi barn í greiningu?

Já

Nei

Ef já hversu oft \_\_\_\_\_



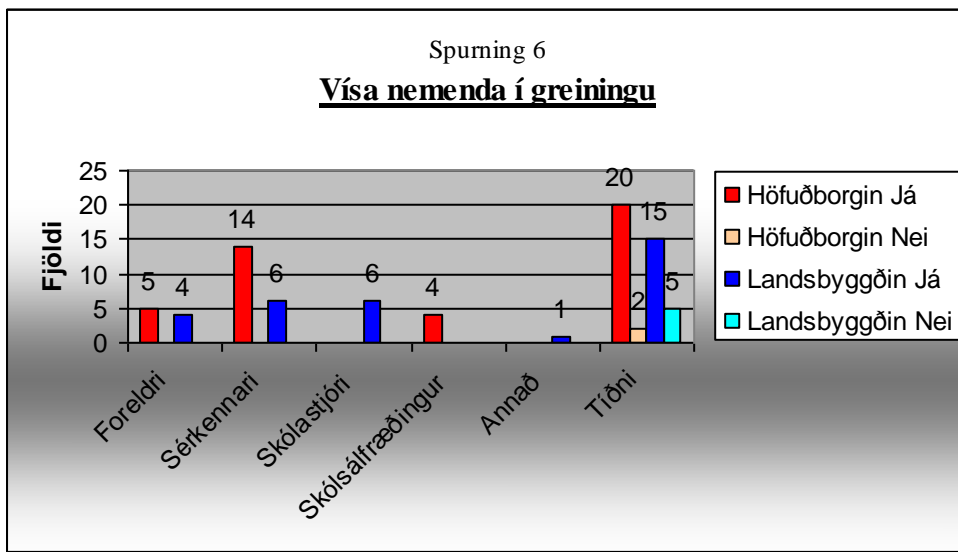
Nei sögðu 2 af höfuðborgarsvæðinu og 5 af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu sögðu 13 kennarar að foreldrar hefðu leitað til þeirra 1-5 sinnum og 14 af landsbyggðinni. Á bilinu 5-10 skipti var enginn af höfuðborgarsvæðinu en 1 af landsbyggðinni. Í 10-20 skipti voru 5 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni. Í hópnum 20 skipti og meira voru 2 af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni.

## 6. Hefur þú sem kennari vísað nemanda til greiningar?

- Já
- Nei

Ef já, við hvern talaðir þú fyrst við?

- Foreldri
- Sérkennara
- Skólastjóra
- Skólasálfræðing
- Annað \_\_\_\_\_



Nei sögðu 2 af höfuðborgarsvæðinu en 5 af landsbyggðinni. Já sögðu 20 á höfuðborgarsvæðinu og 15 á landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu töluðu 5 kennarar við foreldra en 4 kennarar af landsbyggðinni. Við sérkennara töluðu 14 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en 6 á landsbyggðinni. Við skólastjóra töluðu 6 af landsbyggðinni en enginn af höfuðborgarsvæðinu. Við skólasálfræðing töluðu 4 af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni. Í liðnum annað var 1 kennari af landsbyggðinni.

## 7. Hefur þú viljað senda nemanda í greiningu og því verið hafnað?

Já

Nei

**Ef já, þá hafnað af**

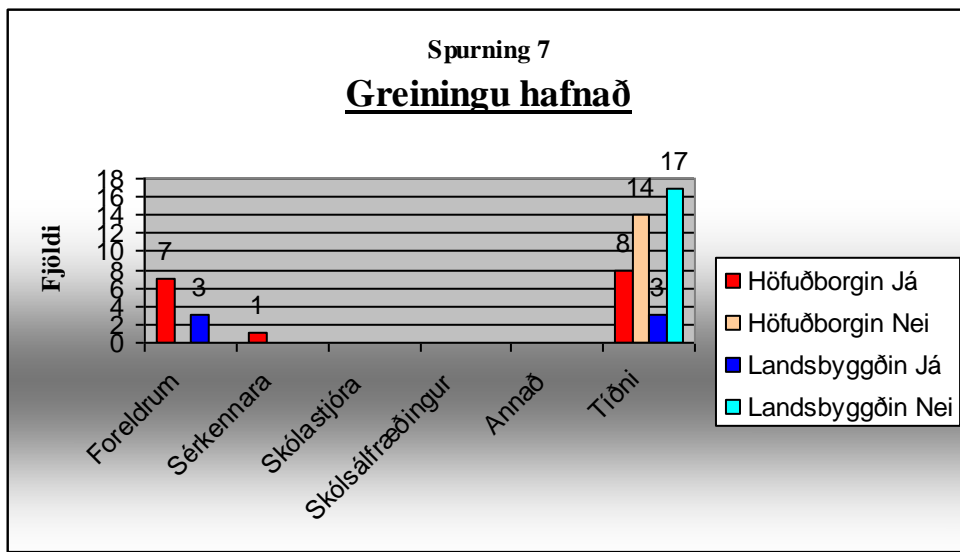
Foreldrum

Sérkennara

Skólastjóra

Skólasálfræðingi

Annað \_\_\_\_\_

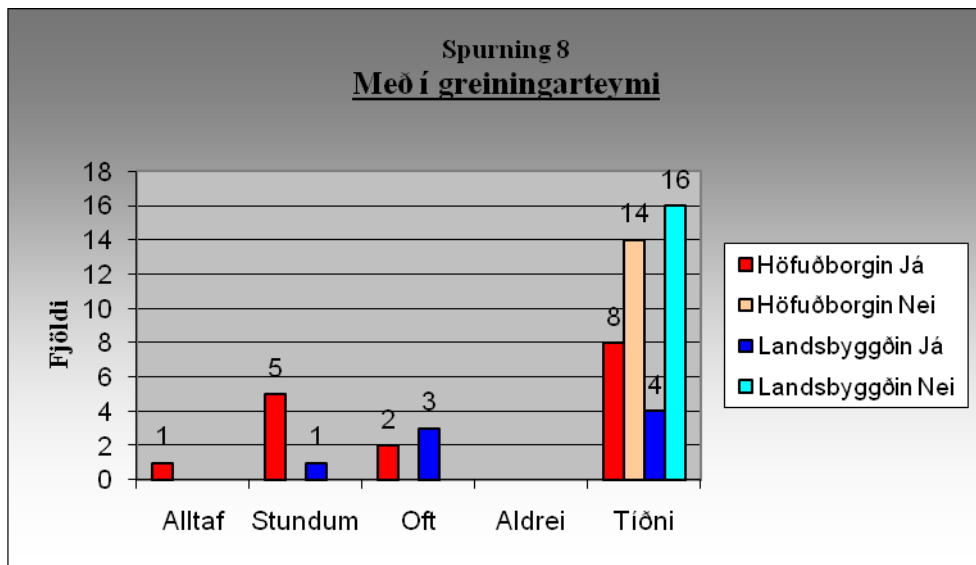


Nei sögðu 14 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en 17 kennarar af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu höfðu 7 kennarar viljað senda barn í greiningu en fengið höfnun frá foreldrum en 3 af landsbyggðinni. 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu hafði fengið höfnun frá sérkennara en enginn af landsbyggðinni. Enginn kennari hafði fengið höfnun frá skólastjóra, skólasálfræðingi eða öðrum.



## 8. Hefur þú verið með í greiningarteymi?

- Já
- Nei
- Ef já,**
  - Stundum
  - Oft
  - Alltaf
  - Aldrei

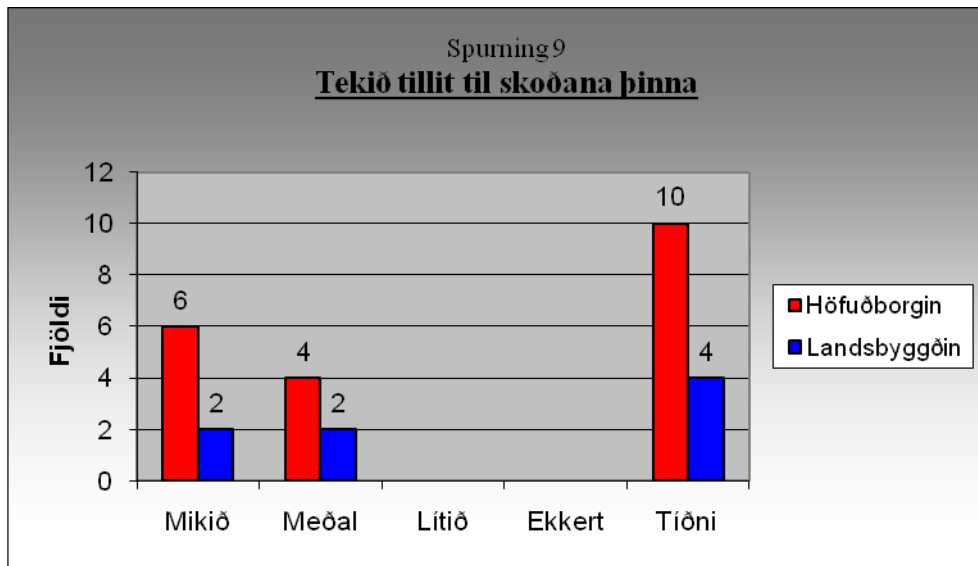


Nei sögðu 14 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en 16 af landsbyggðinni.

Af höfuðborgarsvæðinu sögðu 5 kennarar já stundum en 1 kennari af landsbyggðinni. Já oft sögðu 2 af höfuðborgarsvæðinu en 3 af landsbyggðinni. Já alltaf sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni.

**9. Ef þú ert í greiningarteymi með öðru fagfólki, finnst þér vera tekið tillit til skoðana þinna?**

- Mikið
- Í meðallagi
- Lítið
- Ekkert



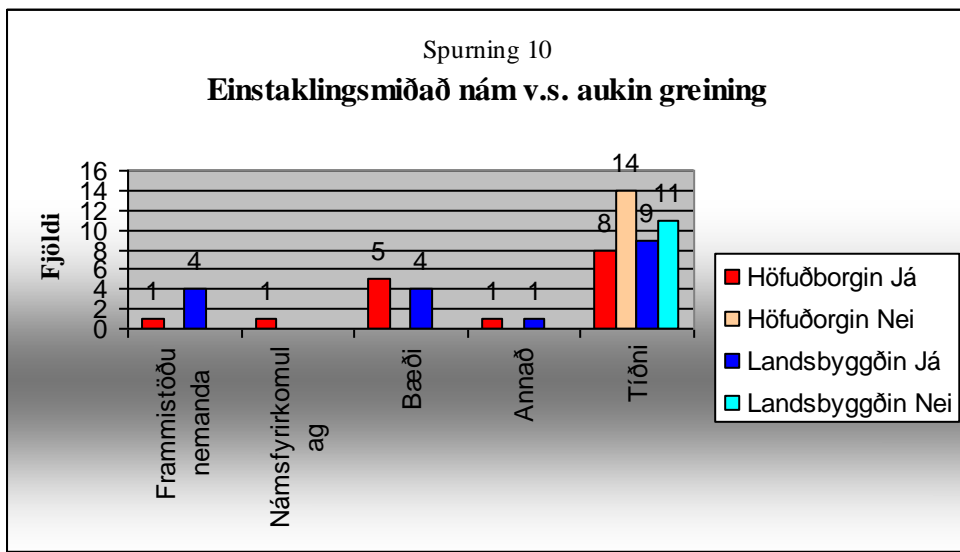
Af höfuðborgarsvæðinu sögðu 6 kennarar að það væri mikið tekið tillit til skoðana þeirra á móti 2 á landsbyggðinni. 4 kennarar af höfuðborgarsvæðinu töldu það vera í meðallagi og 2 af landsbyggðinni. Enginn kennari sagði það vera lítið eða ekkert. Þannig að kennurum finnst almennt að sé tekið mark á skoðunum þeirra.

## 10. Telur þú að aukin áhersla á einstaklingsmiðað nám hafi leitt til aukinnar greiningar á börnum?

- Já
- Nei

Ef já, telur þú að það sé vegna

- Frammistöðu nemanda
- Námsfyrirkomulags
- Bæði
- Annað \_\_\_\_\_



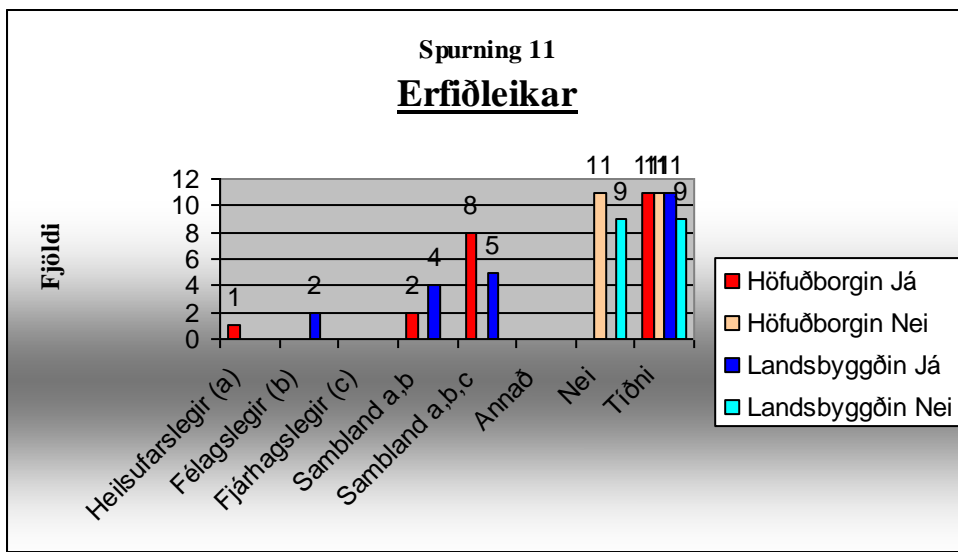
Nei sögðu 14 kennarar á höfuðborgarsvæðinu en 11 á landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu sagði 1 kennari að áhersla á einstaklingsmiðað nám væri vegna frammistöðu nemanda og 4 kennarar á landsbyggðinni. Áherslan væri bara vegna námsfyrirkomulags sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu töldu 5 kennarar ástæðuna vera báða þessa þætti og 4 kennarar af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu taldi 1 kennari það vera vegna annarra þátta og 1 af landsbyggðinni.

## 11. Telur þú að heilsufarslegir, félagslegir eða fjárhagslegir erfiðleikar barnanna hafi áhrif á hvort barnið er sent í greiningu?

- Já
- Nei

Ef já, telur þú að ástæðan sé

- Heilsufarslegir erfiðleikar
- Félagslegir erfiðleikar
- Fjárhagslegir erfiðleikar í fjölskyldunni
- Sambland þessara þátta
- Annað \_\_\_\_\_



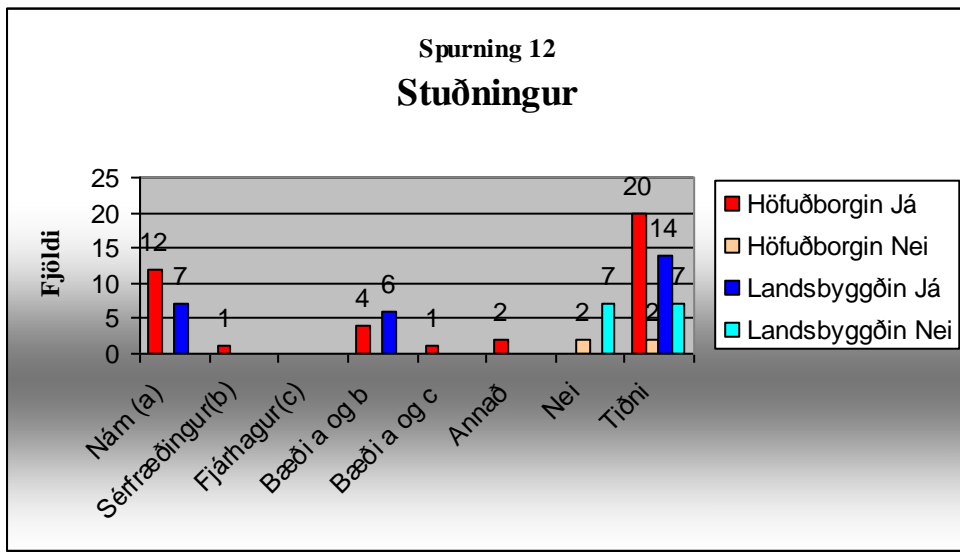
Nei sögðu 11 af höfuðborgarsvæðinu en 9 af landsbyggðinni. Já sögðu 11 af höfuðborgarsvæðinu og einnig 11 af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu taldi 1 kennari að heilsufarslegir erfiðleikar barnanna hefðu áhrif en enginn af landsbyggðinni. Félagsleg áhrif sögðu 2 af landsbyggðinni en enginn af höfuðborgarsvæðinu. Vegna fjárhagslegra erfiðleika merkti enginn við. Sambland af heilsufarslegum og félagslegum erfiðleikum merktu 2 við af höfuðborgarsvæðinu og 4 af landsbyggðinni. Sambland allra þessara þátta töldu 8 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en 5 af landsbyggðinni. Enginn merkti við aðra möguleika.

## 12. Telur þú að foreldrar sæki eftir greiningu fyrir barnið sitt vegna þess stuðnings eða aðstoðar sem kerfið veitir barninu?

- Já
- Nei

### Ef já, er orsök þá

- Aukinn stuðningur í námi
- Aðgangur að sérfræðingum og sérfræðistofnunum
- Fjárhagslegur stuðningur
- Annað \_\_\_\_\_



Nei sögðu 2 kennarar af höfuðborgarsvæðinu en 7 af landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu töldu 12 kennarar að aukinn stuðningur í námi hefði áhrif á hvort barnið væri sent í greiningu en 7 kennarar af landsbyggðinni. Aðgangur að sérfræðingum sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni. Enginn kennari merkti við að ástæðan væri fjárhagslegur stuðningur. Bæði aukinn námsstuðningur og aðgangur að sérfræðingum sögðu 4 kennarar af höfuðborginni og 6 af landsbyggðinni. Bæði aukinn námsstuðningur og fjárhagslegur stuðningur sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu en enginn af landsbyggðinni. Við liðinn annað merktu 2 kennarar af höfuðborgarsvæðinu.

### 13. Ert þú sem kennari sáttur við það fyrirkomulag sem er á greiningu barna í grunnskóla?

Já

Nei

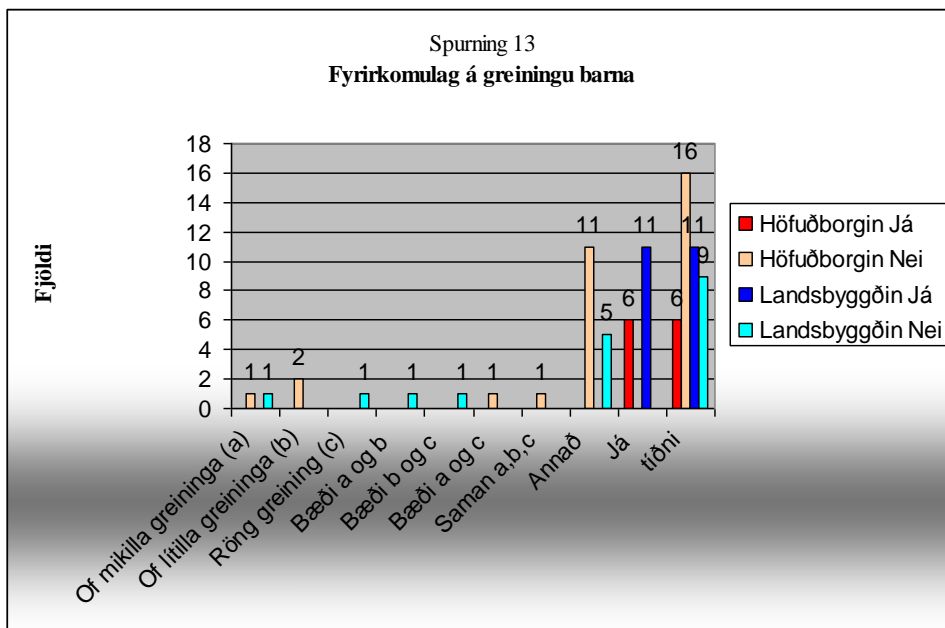
#### Ef nei, þá vegna

Of mikilla greiningar

Of lítilla greiningar

Rangra greininga

Annað \_\_\_\_\_



Á höfuðborgarsvæðinu voru 6 kennarar sáttir við fyrirkomulag á greiningu barna og 11 kennarar af landsbyggðinni. Óánægðir vegna of mikilla greininga sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu og 1 af landsbyggðinni. Óánægðir vegna of lítilla greininga sögðu 2 kennarar af höfuðborgarsvæðinu. Óánægður vegna rangrar greiningar var 1 kennari af landsbyggðinni. Óánægður vegna of mikilla og of lítilla greininga sagði 1 kennari af landsbyggðinni. Óánægður vegna of lítilla og rangra greininga sagði 1 kennari af landsbyggðinni. Óánægður vegna of mikilla og rangra greininga sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu. Óánægður vegna of mikilla, of lítilla og rangra greininga sagði 1 kennari af höfuðborgarsvæðinu. Óánægðir vegna annarra þátta sögðu 11 af höfuðborgarsvæðinu en 5 af landsbyggðinni.

## 14. Er eitthvað annað sem þú vilt tiltaka er þú telur mikilvægt að komi fram og tengist þessari rannsókn?

Kennarar voru yfirhöfuð ekki sáttir við það fyrirkomulag sem er um greiningu í skólum. Á höfuðborgarsvæðinu kvörtuðu kennarar aðallega undan því að eftirfylgnin sé ekki í samræmi við greiningar, sjá eftirfarandi; „Eftir að barnið kemur úr greiningu þarf kennarinn meiri stuðning, ekki er nóg að greina barn og gera svo ekkert með það”.....„Greiningin hefur lítið að segja nema eftirfylgni sé í boði sem oftast en ekki sé reyndin“.....„Er til lítills að greina barn ef því fylgja ekki nein úrræði”.....„Oft á tíðum eru börn send til greiningar og þá vantar eftirfylgni í skólanum. Í dag eru þetta orðin 4 – 9 börn í bekk sem hafa greiningar og það stendur enginn kennari undir því að veita hverju og einu barni þá einstaklingsþjónustu sem hann þarf, fyrir utan öll hin sem eru í bekknum”.....„Það vantar úrræði fyrir börn í dag í skólakerfinu”.....„Það vantar úrræði fyrir börn sem eru að eyðileggja heilu bekkina – hver er réttur þeirra barna sem haga sér vel í skólanum og vinna sína vinnu”.....„Lítið unnið eftir greiningunum og sveigjanleiki enginn”.....„Set stórt spurningamerki við þann lista sem okkur kennurum er gert að fylgja út varðandi greiningar”.....„Kennarar fá of lítinn stuðning varðandi sérkennslu og sérkennsluúrræði eftir að barn hefur verið greint”.....„Greiningar ganga seint og niðurstöður skila litlu”.... „Úrræði í skólum mjög lítil, það er eins og þegar barn sé komið með greiningu þá sé komið nóg og ekkert meira gert, kennarinn á að bjarga þessu”.....„Vantar tilfinnanlega úrræði og peninga til að koma til móts við þarfir þessara barna”.

Landsbyggðin segir, sjá eftirfarandi; „Að greiningarferlið taki of langan tíma og komi ekki nógu snemma,.....„Löng bið til að komast í greiningu og oft fáist ekki þau úrræði sem þörf er á”.....„Ferlið tekur of langan tíma og er því erfitt bæði fyrir foreldra og börnin”.....„Ef barnið er sent í greiningu tekur ferlið of langan tíma”....„Ferlið tekur of langan tíma”.....„Í stórum bekkjum vantar kennurum meiri hjálp og stuðning, erfitt er að vera með börn sem eru með greiningu og jafnvel börn af erlendu bergi sem hafa ekki vald á íslensku”.....„Tekur of langan tím”.

## 4.2. Meira um niðurstöður könnunar

Úrtakið voru sjö skólar á landsbyggðinni og fimm skólar á höfuðborgarsvæðinu, á hvoru svæði fyrir sig voru þrjátíu umsjónarkennarar eða samtals sextíu umsjónarkennarar miðstigs. Svarhlutfall var þannig að landsbyggðin svaraði 20/30 eða 66,7% og höfuðborgarsvæðið 22/30 eða 73,3%.

Hlutfall kynja á landsbyggðinni og höfuðborgarsvæðinu er svipað eða 14-15% karlar og 84-85 % konur, þó eru ívið fleiri karlar hlutfallslega úti á landi en á höfuðborgarsvæðinu sem svara, en sá munur er vart marktækur.

Aldursdreifing úrtaks umsjónarkennara miðstigs á landsbyggðinni er ólík þeirri á höfuðborgarsvæðinu. Rúmlega 40% kennara á höfuðborgarsvæðinu er yngri en fertugt en aðeins 30% á landsbyggðinni. Aldursdreifing hópa er þó jafnari á landsbyggðinni, ef miðað er við þrjátíu ára og eldri. Það er einnig eftirtektarvert að um 10% svarenda eru eldri en sextugt á landsbyggðinni meðan enginn finnst í þessum flokki svarenda á höfuðborgarsvæðinu.

Dreifing starfsaldurs innan úrtaksins vekur nokkra athygli þar sem 45% þeirra sem svöruðu á landsbyggðinni hefur minni starfsreynslu en 10 ár en samsvarandi hópur á höfuðborgarsvæðinu er 36%. Munurinn er þó enn meiri ef borinn er saman starfsaldur þeirra sem hafa tíu til tuttugu ár. 41% svarenda á höfuðborgarsvæðinu er í þessum hóp en einungis 25% á landsbyggðinni, þetta snýst svo við þegar næsti hópur, það er tuttugu til þrjátíu ára, er skoðaður, þá er 25% þeirra sem svöruðu á landsbyggðinni í þessum hóp en einungis 18% á höfuðborgarsvæðinu. Það væri fróðlegt að kanna orsakasamhengið milli þessara aldurskiptingar, þ.e. aldur og starfsaldur versus íbúa- og atvinnuþróunar síðastliðin þrjátíu ár.

Hvað varðar menntun þá hefur þorri svarenda í samanburðarhópunum svipaða menntun eða almenna kennaramenntun. Það er einungis úti á landi sem svarað er að viðkomandi hafi aðra menntun en kennaramenntun, eru það um 15%. Er skýringa á því líklegast að leita í hversu treglega hefur gengið að ráða kennaramenntað fólk við grunnskóla landsbyggðarinnar á undanförunum árum.

Það er athyglisvert að skoða hvernig kennarar á landsbyggðinni svara því hvort foreldrar leiti til þeirra til að fá greiningu og svo svör við sömu spurningu frá kennurum höfuðborgarsvæðisins. Greinilega virtist vera stærra hlutfall foreldra á höfuðborgarsvæðinu sem leituðu til kennara til að fá ráðleggingu um hvort eða hvert beri að snúa sér til að fá aðstoð fyrir barnið, hugsanlega sjúkdómsgreiningu, en á landsbyggðinni. Þar sem 91% kennara svara þessari spurningu játandi en sami hópur úti á landi er 75%. Nú skal ekkert fullyrt hvort börn á miðstigi úti á landi séu heilbrigðari en jafnaldrar þeirra á



höfuðborgarsvæðinu. Það er ekki ósennilegt að nærsamfélagið úti á landi sé erfiðara viðfangs en á höfuðborgarsvæðinu, þú ert meira áberandi þar sem færri búa, fordómar eru fyrir hendi o.s.frv. Hvað varða áhrif tekna og fjárhagslegrar afkomu á tíðni greininga má segja að hún hafi lítil áhrif ef skoðaðar eru meðaltekjur á landsbyggðinni versus höfuðborgarsvæðið. Meðaltekjur á landsbyggðinni eru yfirleitt lægri en á höfuðborgarsvæðinu, samt er beiðni um greiningu hlutfallslega sjaldgæfari þar.

Þá er nær 100% samband milli þess að kennari biður um greiningu og þess að foreldrar hafi leitað til kennara sömu erinda. Það virðist a.m.k. í þessu tilfelli að sé gott samband og samstarf milli kennara og heimilis. Ekki verður annað séð en að það eigi einnig við innan skólans því nær undantekningalaust gerir skólinn ekki athugasemd. Í þessum efnun fylgjast landsbyggðin og höfuðborgarsvæðið að. Það er athyglisvert að skoða muninn á því hvert kennari leitar þegar beðið er um greiningu. Á landsbyggðinni leita um 30% til skólastjóra eða sérkennara en á höfuðborgarsvæðinu leita 64% til sérkennara og um 23% til foreldra sem er svipað hlutfall og er á landsbyggðinni. Skýringin er trúlega sú að skólar úti á landi eru smærri og aðgangur að sérfræðingum er ekki jafn góður og í stærri skólum.

Þetta staðfestist þegar stóru skólarnir úti á landi eru bornir saman við skóla höfuðborgarsvæðisins. En þar kemur meiri skyldleiki við höfuðborgarsvæðið en landsbyggðina eða um 67% stærri skólar á landsbyggðinni hafa fyrst samband við sérkennara. Af þessu má hugsanlega álykta að ef sérfræðingarnir eru fyrir hendi þá séu hlutfallslega fleiri greindir. Samkvæmt minni könnun þá svara rúmlega 90% (spurning 6 sjá niðurstöður í meðfylgjandi súluriti) kennara við skóla höfuðborgarsvæðisins því til að þeir hafi vísað nemendum til greiningar. Af því dreg ég þá ályktun að vísun til greiningar sé algengari þar en í smærri skólum þar sem einungis 64% kennara svara þessari spurningu játandi. Stærri skólarnir hafa yfirleitt á að skipa sérhæfðu starfsfólki sem sinnir þessum málaflokki (skólasálfræðingar, sérkennarar). Þarna byrjar greiningarferlið. Kennarinn er sá aðili innan skólans sem fyrstur verður við afbrigðilega hegðun eða þroskaröskun, hann ráðfærir sig við t.d. sérkennara út úr því getur komið ákvörðun um að fara fram á greiningu, á þessu stigi kemur skólasálfræðingurinn inn í dæmið og eftir hans tilsögn er ákvörðun tekin hvort vísa eigi málinu áfram til taugasálfræðings eða læknis til frekari meðhöndlunar.

Þá vaknar sú spurning hvort það sé nóg að gert, því að ljóst er að ef við skoðum svör kennara hvernig beiðnum þeirra reiðir af í spurningu 7 (hefur þú viljað vísa nemanda til greiningar en því verið hafnað?), þá er marktækur munur á landsbyggðinni og höfuðborgarsvæðinu þar sem 36% kennara af höfuðborgarsvæðinu segja að beiðnum frá þeim hafi verið hafnað en 15% kennarar úti á landi og þá eru það kennarar við stóru skólana þar en

kennarar smærri skólanna svara þessu neitandi. Það sem þessi svæði eiga þó sameiginlegt er að í nær 100% tilfella stoppar málið á foreldrum ef það stoppar á annað borð og stærri skólarnir úti á landi eru með yfir 94% samsvörun við höfuðborgarsvæðið í þessum málum. Það virðist því vera að stærra hlutfall þeirra nemenda sem taldir eru þurfa greiningu í smærri skólum fái hana. Það að hærra hlutfall, eða um 80% foreldra úti á landi á móti 64% á höfuðborgarsvæðinu, samþykki tillögur kennarans eða skólans um greiningu bendir til að smærri skólar á landsbyggðinni séu tengdari samfélaginu sem þeir starfa í fremur en að fólk úti á landi lúti frekar kennivaldi kennarans en þeir sem búa á höfuðborgarsvæðinu.

Hvort kennarar höfðu verið í greiningarteymi (vinnuteymi) og tekið þannig beinan þátt í greiningu nemenda var misjafnt. En þó er ljóst að hærra hlutfall kennara á höfuðborgarsvæðinu hefur tekið þátt eða um 36% á móti 20% landsbyggðarinnar; en séu tölur frá landsbyggðinni skoðaðar betur kemur í ljós að stærri skólarnir þar samsama sig betur við höfuðborgina en aðra hluta landsbyggðarinnar með um 93% samsvörun við höfuðborgarsvæðið. Þegar hér er talað um greiningarteymi er átt við hóp þeirra sérfræðinga skólans sem vinna með nemandann. Í fyrsta lagi er það kennarinn sem fyrst bendir á afbrigðilega hegðun eða þroskaröskun og grunur vaknar um ADHD. Þá koma kennari, sérkennari og skólasálfræðingur að greiningu (ýmissa félagslegra og námslegra þátta). Skólasálfræðingurinn kemur inn á sömu svið og sérkennarinn auk þess að greina atferlisleg vandamál nánar og þá meðal annars að skera úr um hvort viðkomandi þurfi á frekar greiningu að halda. Þetta er það sem ég kalla greiningarteymi, „vinnuteymi“ sem kemur að nemandanum á fyrstu stigum greiningar og síðan heldur utan um eftirfylgni innan skólans. Ef ástæða þykir til er barnið sent í sérfræðigreiningu hvort um sé að ræða ADHD eða ekki, er það er að sjálfsögðu grundvallað á greiningu taugasálfræðinga eða lækna. Á þessu stigi er mörkuð stefna um víðtækari meðferð og aðstoð.

Samkvæmt könnuninni eru menn ekki sammála um hvort einstaklingsmiðað nám leiði til aukinnar greiningar á börnum. Af þeim sem svöruðu sögðu um 48% að hún hefði áhrif, landsbyggðin sker sig töluvert úr og eru þar allir landsbyggðaskólarnir á sömu línu, já hún hefur áhrif sögðu 45% en engin áhrif sögðu 55%. Á höfuðborgarsvæðinu telja flestir að einstaklingsmiðað nám hafi engin áhrif eða um 73%. Þannig er afgerandi skoðun á höfuðborgarsvæðinu að einstaklingsmiðað nám hafi engin áhrif á greiningu. Af þeim sem sögðu já virðast flestir sammála því að það sem leiði til greiningar sé frammistaða nemanda og svo hvert námsfyrirkomulagið er í skólanum. Nú gæti maður ætlað að einstaklingsmiðað nám væri námsframboð sem sniðið væri að getu hvers nemanda og væri því í eðli sínu hvetjandi til greiningar áður en námskrá nemandans væri samin, til þess að tryggja að hver

nemandi fengi nám við hæfi. Og við slíka greiningu kæmi oft í ljós þeir einstaklingar sem ekki uppfylltu norm samfélagsins. Það mætti álykta sem svo að landsbyggðin sé nær því að taka undir þessa tilgátu en höfuðborgin.

Aðrir þættir sem hafa áhrif á greiningu, heilsufarslegir, félagslegir eða fjárhagslegir, um það eru 48% svarenda sammála. Kennarar á höfuðborgarsvæðinu eru því meira sammála eða 50% en kennarar á landsbyggðinni 45%. Það er athyglisvert að 67% stóru skólanna úti á landi telja að þessir þættir hafi áhrif til greiningar. Þeir skólar á landsbyggðinni sem svara já telja að sá einstaki þáttur sem mestu ráði sé af félagslegum toga, þó að flestir kennarar sem svöruðu séu sammála um að þetta sé sambland þessara þátta. Vægið á félagslegan og heilsufarslegan þátt er mest. Þessi niðurstaða staðfestir það sem fram hefur komið áður að vægi fjárhagslegrar afkomu fólks hefur ekki bein áhrif á greiningu barns heldur eru það þættir sem tengjast heilsufari, félagslegri stöðu, námsframmistöðu og námsfyrirkomulagi.

Svör kennara um þátt foreldra í því hvort barn fari í greiningu eða ekki og ef svo þá hvers vegna, kemur mér á óvart. Stærsti hluti kennara hafa lent í því að foreldrar hafi leitað til þeirra um beiðni í greiningu, jafnframt eru það foreldrar sem eru stærsti orsakavaldurinn í því að koma í veg fyrir greiningu, telji kennari barns þörf á því. Hver er skýringin á því? Getur hún legið í því að algengast er að kennari hafi fyrst samband við sérkennara en ekki foreldri? (Foreldrar fyrstast við eða þá foreldrum er samt að halda að ekkert sé að barninu sínu?). Þótt í þessu felist nokkur þversögn eru þeir foreldrar til sem sækjast eftir því að barnið fái greiningu, þetta gera þeir til að fá aukinn stuðning í námi og að hluta til betri aðgang að sérfræðingum og sérfræðistofnunum. Þetta er niðurstaða um og yfir 78% kennara sem töldu að foreldrar sæktust eftir greiningu til að fá stuðning við barnið sitt í námi. Höfuðborgarsvæðið var öllu afdráttarlausara í sinni afstöðu þar sem 91% svarenda var á þessari skoðun en einungis 65% á landsbyggðinni. Landsbyggðarsvörin vekja samt athygli þar sem allir stóru skólarnir eru sammála um að foreldrar sækist eftir greiningu til að fá betri þjónustu, en um 82% smærri skólanna telja að þetta sé ekki tilfellið. Hver er ástæðan? Enn kemur fram í hugann sú tilgáta að eftir því sem aðgengi að sérfræðiþjónustu er auðveldara sé eftirspurnin meiri, þ.e. auðveldara aðgengi að sérfræðingum leiðir til að fleiri fái greiningu.

Meirihluti kennara sem þátt tók í könnuninni (um 60% að meðaltali) eru ósáttir við það fyrirkomulag sem er á greiningu ADHD hjá börnum í grunnskólum. Landsbyggðin sker sig nokkuð úr þar sem um helmingur skólanna er sáttur, en ef stóru skólarnir á landsbyggðinni eru skoðaðir sérstaklega fylgja þeir í megindráttum skólum höfuðborgarsvæðisins í þessu efni, en rúmlega 70% þeirra er ósáttur við fyrirkomulag greiningar. Ástæður þessara óánægju kennaranna er að þeim finnst ferlið taka of langan tíma og að eftirfylgnin sé ekki næg. Kvarta

þeir undan því að vandinn sé greindur, síðan sitji þeir uppi með vandamál sem engin úrræði fylgi og ef þau fylgi, sé það oft þannig að enginn sé til að framfylgja þeim þar sem þeir séu svo uppteknir í að reyna að sinna bekk sem sé alltof fjölmennur. Það bitni á fjöldanum, sinni þeir þeim sem þurfa aukinn stuðning, sveigjanleikinn sé mjög takmarkaður, þetta sé aðeins spurningin um að velja og hafna í stórum hópi þar sem allir eigi að vera jafnir en eru það ekki.

### 4.3. Ályktanir af niðurstöðum könnunarinnar

Betra aðgengi að sérfræðiaðstoð virðist leiða til aukinna greiningar tilvísana á ADHD/ADD sbr. svör við spurningum 5 og 6 og meðfylgjandi súlurítum. Við spurningu 5 hvort foreldrar hefðu leitað til kennara með ráðgjöf um hvort ætti að senda barn til greiningar svöruðu því 91% kennara á höfuðborgarsvæðinu játandi og 75% kennara af landsbyggðinni. Og við spurningu 6 hvort kennarar hefðu stungið upp á að senda barn í greiningu játuðu því 90% kennarar af höfuðborgarsvæðinu og 64 % kennara af landsbyggðinni. Þegar stóru skólarnir úti á landi eru síðan bornir saman við höfuðborgarsvæðið voru þeir með meiri samsvörun við skólana á höfuðborgarsvæðinu en litlu skólana á landsbyggðinni. Það má draga af því ályktanir að þar sem stærri skólarnir hafa á að skipa sérhæfðu starfsfólki sem sinnir forathugun þar sé tilhneiging til fleiri tilvísana til greiningar heldur en í smærri skólum sem hafa það ekki, frekar en börn úti á landi séu heilbrigðari en jafnaldrar þeirra í höfuðborginni. En einnig gætu verið aðrar orsakir sem ekki koma fram og þyrfti að skoða þá nánar, svo sem að foreldrar sem ættu börn í litlum skóla og fengu ekki fullnægjandi úrræði hafi þurft að flytjast búferlum.

Kennarar telja að heilsufarslegir og félagslegir þættir leiði til aukinnar greiningar frekar en fjárhagslegir. 48% kennarar telja að heilsufarslegir og félagslegir þættir leiði til aukinnar greiningar, 50% af kennurum á höfuðborgarsvæðinu og 45% af landsbyggðinni. En 67% af stóru skólunum á landsbyggðinni telja að þessir þættir hafi áhrif til greiningar. Þessi niðurstaða gefur til kynna að vægi fjárhagslegrar afkomu hafi ekki bein áhrif á greiningu barns heldur eru það þeir þættir sem tengjast heilsufari, félagslegri stöðu, námsframmistöðu og námsfyrirkomulagi

Foreldrar eru öflugur þrýstihópur þegar kemur að því að senda barn í greiningu, Ástæður eru fyrst og fremst þær að mati kennara að foreldrar sækist eftir betri þjónustu fyrir barnið. Kennarar voru spurðir að því hvort þeir teldu að foreldrar sæktu eftir greiningu fyrir barnið sitt vegna þess stuðnings eða aðstoðar sem kerfið veitir barninu. Um og yfir 78%

kennara töldu að foreldrar sæktust eftir greiningu til að fá stuðning við barnið sitt í námi eða 91% á höfuðborgarsvæðinu og 65% á landsbyggðinni. Landsbyggðasvörin vekja athygli þar sem allir stóru skólarnir segja að foreldrar sækist eftir greiningu til að fá betri þjónustu en 82% af smærri skólunum telja það ekki vera tilfallið. Það leiðir enn og aftur hugann að þeirri tilgátu að eftir því sem betra aðgengi er að sérfræðiþjónustu, sé eftirspurnin meiri

### **4.3. Samanburður á könnun minni og tveimur sambærilegum erlendum könnunum, þeirra Sax og Kautz (2003) og Malacrida (2004)**

Samkvæmt bandarísku rannsókninni hefur orðið gríðarleg aukning á alls konar greiningum og flokkun nemenda á grunnskólastigi. Í rannsókninni kom í ljós að einungis 43 % barna sem fengu lyf við ADHD uppfylltu skilyrði DSM-III-R um ADHD (Sax & Kautz, 2003) En kveikjan að rannsókn þeirra var umræða um aukningu á lyfjagjöf við ADHD síðastliðin 10 ár. Á árunum 1991-1999 var rúmlega 500% aukning á notkun og ávísun Rítalins og Concerta. Fáir efast lengur um að sjúkdómurinn ADHD/ADD sé til og samkvæmt tilkynningu frá INCB (International Narcotics Control Board (1995) voru 10-12% drengja á aldrinum 6-14 ára í USA greindir ofvirkir og á lyfinu Rítalín. Samkvæmt INCB hafa vaknað áhyggjur í Bandaríkjunum á undanförunum árum vegna hugsanlegra ofgreininga á athyglisbresti með ofvirkni og ofnotkunar Rítalíns sem aðallega þar er talin stafa af auglýsingaherferðum sem m.a. hafa beinst að sjúklingum og almenningi.

Samkvæmt erlendu könnunum tveimur er greining 20x líklegri í Bandaríkjunum en Bretlandi og Kanada er þar mitt á milli. Ísland fylgir þróuninni í Bandaríkjunum varðandi Rítalín-notkun. Árið 2001 voru Bandaríkin í 1. sæti þeirra ríkja sem notuðu mest af Rítalíni með 5,11 DDD (áætlaða dagskammta) en Ísland í 3 sæti með 2,35 dagskammta. En árið 2003 er Ísland komið í fyrsta sæti með 5,27 dagskammta en Bandaríkin í 2 sæti með 5,21. Notkun Rítalíns hér á landi miðað við notkun annarra þjóða svo sem Norðurlandanna hlýtur að vekja áleitir spurningar sem svara verður.

Þróunin hérlendis í greiningartilvísunum virðist vera í svipuðum dúr og þekkist í Bandaríkjunum. Það kom fram í einu spurningunni sem var „opin“ og kennarar gátu tjáð sig um þá hluti sem þeim fannst mikilvægt að kæmi fram og tengdist rannsókninni. Þá nefndu kennarar að það hefði orðið gífurleg aukning á greiningartilvísun innan skólans.

Það má kalla þessa tilhneigingu „normaliseringu“, að finna alla þá sem eru öðruvísi, flokka þá, finna fyrir þá úrræði og leiðir til að verða „normal“ falla í hópinn. Kennarar benda á að þetta eigi við um atriði eins og ADHD, misproska, lesblindu o.s.v.fr.

Samkvæmt rannsókn Sax og Kautz (2003) eru það kennarar sem eru líklegastir til að benda foreldrum á að fá greiningu eða um helming tilfella og foreldrar sjálfir í um þriðjung tilfella. Samkvæmt niðurstöðum þessarar könnunar sem ég lagði fyrir umsjónakennara miðstigs, eru það líka kennarar sem í flestum tilfellum stinga upp á greiningu. Það er eins og fyrir er getið í samræmi við könnun Sax og Kautz og kemur heim og saman við rannsókn Claudiu Malacrida meðal kennara í Calgary í Kanada 2004 en í Bretlandi voru það kennarar sem síst bentu á greiningu.

Það kom hinsvegar fram í erlendu könnunum að foreldrum fannst kennarar sýna greiningarferlinu og niðurstöðum þess lítinn skilning, skýringin gæti verið sú að kennarar koma lítið beint að greiningarferlinu sjálfu, enda fer þessi vinna fram á stofnunum utan skólanna. Þessu er öðru vísi farið hér á landi, hér fer ákveðin forvinna fram inni í skólunum sem kennarar koma að ásamt sérkennara og skólasálfræðingi áður en barnið er sent til greiningar til lækna eða taugasálfræðinga.

Samkvæmt könnun Malacrida þá þrýstu kanadískir kennarar mjög á foreldra að fá greiningu á börnum sínum, sérstaklega á þetta við um hegðunarfrávik er varða ofvirkni og athyglisbrest. Erlendar rannsóknir benda einnig til að þrýstingur kennara og foreldra hafi leitt til aukningar á greiningartilvísunum og þess að börn séu greind með ADHD sem ekki eru þannig, kannski einungis haldin kvíðaröskun eða eru með lága greindarvísitölu. Ekki er ósennilegt að það eigi einnig við hér á landi ef miðað er við aukningu á ADHD greiningum og notkun Rítalíns.

Það má álykta svo af könnun minni að betra aðgengi að sérfræðingum leiði til fleiri greininga, einkum ef bornir eru saman litlir skólar á landsbyggðinni og stórir skólar sem hafa fleiri sérfræðingum á að skipa, þar eru hlutfallslega fleiri nemendur sendir í greiningu. 91% kennara á höfuðborgarsvæðinu og 75% kennara af landsbyggðinni (stærsti hlutinn úr stóru skólunum á landsbyggðinni) sögðu að foreldrar hefðu leitað til þeirra og viljað fá greiningu fyrir barnið sitt og að foreldrar ýti á að fá greiningu til þess að tryggja að barnið fái betri þjónustu í skólakerfinu. Í rannsókn Malacrida kom fram að kanadískir kennarar hefðu fá félagsleg úrræði til að fást við ADHD í skólastofum önnur en lyfjaúrræði sem höfðu gefist vel. Í Bretlandi hafi lyfjagjöf hinsvegar verið takmörkuð og kennarar og sérkennarar hafi sterkari félagsleg úrræði.

Mismunur á milli Kanada og Bretlands var einnig sá að breska menntakerfið gat þvingað eða sett pressu á börnin sem voru „öðruvísi“ t.d. með því að senda þau heim en samkvæmt breskum lögum geta nemendur verið fjarverandi 45 daga á skólaári. Kanadíska kerfið var mun frjálsslegra og umburðarlyndara heldur en það Breska í garð barna sem áttu við þennan vanda að stríða og ekki eins líkleg til að senda börn heim eða vísa þeim úr skóla. Kanadíska skólakerfið ýtti einnig undir mæður að uppgötva ADD/ADHD í börnum sínum en áhugi á lausn vandans var ekki eins mikill innan kerfisins.

Í könnun minni kom fram að 90% kennara í þéttbýli og 75% í strjálbýli segja að foreldrar leiti til þeirra til að fá ráðleggingar um greiningu, þetta er ekki ólíkt og kemur fram í rannsókn þeirra Sax og Kautz, þó virðist hlutfall foreldra sem leita til kennara og biðja um ráðgjöf um hvort greina eigi barnið töluvert hærrí í minni könnun en hjá Sax og Kautz. Íslenskir kennarar telja samkvæmt könnuninni að grunnforsendur eða ástæður greiningar á ADHD/ADD í íslensku skólakerfi séu af heilsufars- eða félagslegum toga. Erlendar rannsóknir sem ég hef borið mig saman við eru nokkuð sammála mér hvað þetta varðar.

Kennarar taka líka meiri þátt í greiningarferlinu heldur en kollegar þeirra erlendis. Eins og fram kemur t.d. í könnun þeirra Sax og Kautz standa kennarar frekar á hliðarlínunni meðan á greiningarferlinu stendur (þó þeir hafi vissulega áhrif) en eru síðan í aðalhlutverkum þegar kemur að meðferðarvinnunni, einnig að kanadískir kennarar hefðu fá félagsleg úrræði til að fást við ADHD í skólastofum önnur en lyfjáúrræði sem höfðu gefist vel. Í Bretlandi hafi lyfjagjöf hinsvegar verið takmörkuð og kennarar og sérkennarar hafi sterkari félagsleg úrræði. Við á hinn bóginn nálgumst viðfangsefnið út frá báðum þessum forsendum. Í þessari „íslensku aðferð“ felst ef til vill styrkur okkar í því að kennarar eru meðvitaðri um einstök atriði, og hafa þar af leiðandi meiri skilning á niðurstöðunum, greiningarteymin eru þverfaglegur hópur sérfræðinga þar sem kennarar og heilbrigðisstéttir vinna saman að lausn.

Íslenskir foreldrar eru öflugur þrýstihópur, sem sækist eftir greiningu barna sinna meðal annars til að tryggja barninu stuðning í námi. Samband foreldra og kennara hér á landi virðist vera með meiri gagnkvæmum skilningi heldur en erlendis ef lesið er í rannsóknir, Sax og Kautz og rannsókn Malacrida. Skýringin er kannski sú að íslenskir kennarar eru tengdari greiningarferlinu en kollegar þeirra erlendis.

## 5. Umræður

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hver þáttur kennarans er í því ferli þegar ákvörðun er tekin um að senda barn til greiningar á ADHD/ADD. Eins og að framan er getið þá er þetta mikilvæg spurning fyrir íslenskt skólakerfi og samfélag. Í ljósi hraðra og síbreytilegra samfélagsaðstæðna er mikilvægt að velta fyrir sér hvaða áhrif þær breytingar hafi haft á skólasamfélagið og hvernig þeim breytingum sé mætt innan veggja skólans. Ýmsir fræðimenn sem fjallað var um í ritgerðinni hafa haldið því fram að ákveðnar samfélagsbreytingar hafi stuðlað að óhóflegri sjúkdómsvæðingu innan skólakerfisins.

Könnunin sýndi fram á að foreldrar eru öflugur þrýstihópur þegar kemur að greiningu barns, ástæðan gæti verið fyrst og fremst sú að þeir séu að sækjast eftir betri þjónustu fyrir barnið. Einnig virðast foreldrar leita fyrst til skólanna um vandamál barna sinna og umsjónarkennararnir tala almennt við foreldra, ásamt sérkennara barnsins ef þeir telja að þurfi að senda barnið í greiningu. Vandamál foreldra og kennara er samkvæmt Ziehe sú mikla ábyrgð sem þeim er ætlað að bera við uppeldi barnanna. Oft hefur verið talað um að það þurfi heilt þorp til að ala upp eitt barn þar sem ábyrgðin er það mikil að hún ætti að dreifast. Samkvæmt Ziehe þá axla foreldrar að mestu leyti þessa ábyrgð einir. Því hlýtur það að vera mörgum uppalendum ákveðinn léttir þegar barn sem „fellur ekki inn í normið“ fær viðurkenndan „sjúkdómsstimpil“, sem auðveldar foreldrum og kennurum að fá viðurkenningu frá kerfinu að þeir séu ekki að bregðast, fá aukna aðstoð og fyrirgreiðslur, þeir fá dreifða ábyrgð. Hér er á engan máta ætlað að gera lítið úr uppalendum eða sjúkdómi af geðrænum toga heldur að minna á að taka þennan þátt með í reikninginn þegar fjallað er um aukna sjúkdómsvæðingu í skólasamfélaginu og tengsl við einstaklingshyggju sem ríkjandi er í vestrænum tæknivæddum samfélögum samkvæmt Ziehe, Giddens og Beck. Það hefur einnig hefur oft verið sagt bæði í ræðu og riti að íslenska þjóðfélagið væri ekki fjölskylduvænt og margar ástæður nefndar til, fólki væri gert að vinna langan vinnudag, álag á foreldra, líttill tími fyrir börnin og fjölskyldugerðin breytt, svo eitthvað sé nefnt.

Hvernig hefur svo sjúkdómsvæðingin þróast hér á landi. Umræðan um sjúkdómsvæðingu hefur orðið æ háværi í hinum vestræna heimi undanfarið að sögn Jóhanns Ágústss Sigurðssonar, prófessors í heimilislækningum við Háskóla Íslands (2004). „Víða er komið að þeim mörkum að ekki verður meiri fjármunum bætt í heilbrigðisþjónustuna og í sumum tilfellum er hún jafnvel farin að gera meiri skaða en gagn sem er alvarlegur hlutur. Skaðsemin er fólgin í að valda óþarfa áhyggjum og ónauðsynlegum inngrípum.“ Síðan má



leiða hugann að ástæðum þessarar aukningar. Samkvæmt Landlæknisembættinu hefur íslenska þjóðin aldrei verið hraustari, þó hefur aldrei verið leitað jafn mikið til lækna og nú og lyfjaneysla fer vaxandi. Fólki er kennt að gera kröfur um fullkomna vellíðan og að minnsta frávík frá því veki grun um vanheilsu eða sjúkdóm sem þarf að lækna.

Gretar L. Marinósson segir m.a. í ágripri á kynningu á langtíma ethnografískri könnun í einum af grunnskólanum (2003). „Hér er því haldið fram að reglur um hvernig sérþarfir eru flokkaðar og hvernig einstaklingum er raðað í flokkana verði til í skólakerfinu og sérfræðiþjónustu þess fremur en í einstaklingunum sem taldir eru hafa sérþarfir. Reglurnar einkennast af því að vandamál skólakerfisins eru gerð að vanda nemenda og foreldra þeirra með því að „sjúkdómsvæða“ atferli sem skólinn á í erfiðleikum með og búa til sérstakt kerfi til að hafa stjórn á þeim nemendum sem almenna bekkjarkerfið kann ekki að bregðast við. Þetta gerir skólakerfið í nauðvörn þess sem falið er erfitt verkefni án nauðsynlegra bjarga til að leysa það vel af hendi“. Enn fremur bætir hann við: „Skólakerfið sem mótað var fyrir 150 árum síðan var byggt á hópkenndufyrirkomulagi og einstefnumiðlun þekkingar. Í ljósi þess að við búum við gamalt og úrelt skólakerfi þó svo að oft á tíðum sé reynd að bæta það og breyta er spurning hvort ekki þurfi að ráðast að sjálfum undirstöðunum, ekki bara námsefni, fyrirkomulagi eða menntun kennaranna. Skólinn er án efa ein af mikilvægustu stofnun samfélagsins. Þar starfar fjöldinn allur af sérfræðingum og eru kennarar hluti af fag- og sérfræðingateymi innan skólans.“

Í könnuninni kom fram að kennarar kvarta sáran undan því að skólakerfið sé alls ekki nógu skilvirkt, úrræðaleysi og sveigjanleiki lítill, sem dæmi sögðu þeir að: „*Oft á tíðum eru börn send til greiningar og þá vantar eftirfylgni í skólanum. Í dag eru orðin þetta 4 – 9 börn í bekk sem hafa greiningar og það stendur enginn kennari undir því að veita hverju og einu barni þá einstaklingsþjónustu sem hann þarf, fyrir utan öll hin sem eru í bekknum*“.... „*Það vantar úrræði fyrir börn í dag í skólakerfinu*“.... „*Það vantar úrræði fyrir börn sem eru að eyðileggja heilu bekkina – hver er réttur þeirra barna sem haga sér vel í skólanum og vinna sína vinnu*“.

Það er nokkuð ljóst að kennarar þurfa meiri stuðning. Eftirfylgni eftir greiningu barnsins þarf að vera markviss og ekki bara „í orði heldur á borði“. Þróunin hérlandis í greiningartilvísun virðist vera í svipuðum dúr og þekkist í Bandaríkjunum. Kennarar virðast vera þeir sem oftast setja fram grun um að barnið sé með ADHD og í framhaldi af því vísa foreldrum áfram að láta athuga með greiningu á ADHD.

Því fer fjarri að sé verið að gera lítið úr veikindum barna með þennan sjúkdóm eða foreldrum þeirra heldur er verið að benda á að ef kennarar eru þeir sem oftast eru fyrstir til að

setja fram þennan grun þarf að athuga og rannsaka nákvæmlega þær forsendur sem liggja að baki. Það er að skoða nákvæmni kennara í tilgátum sínum varðandi sjúkdóminn. En til þess að skoða þá þætti betur þurfa fleiri marktækar rannsóknir að koma til.

Tilgátan um að óhófleg sjúkdómsvæðing sé í íslensku skólakerfi er í reynd óstaðfest. Erfitt er að staðfesta slíka tilgátu þó að leiða megí að því líkur að svo sé ef miðað er við niðurstöður könnunar minnar, niðurstöður erlendu kannananna tveggja, ekki síst bandarísku könnunarinnar, og doktorsritgerðar Sigrúnar Ólafsdóttur svo eitthvað sé nefnt. Einnig þegar skoðuð er aukning Rítalíns notkunar (en samkvæmt síðustu könnun frá árinu 2003 erum við komin í fyrsta sæti í heiminum) og enn fremur þegar höfð er í huga þróun nútímavæðingarinnar, en allt er þetta umdeilanlegt og efni í frekari rannsóknir.

## 6. Lokaorð

Kennarar kvörtuðu sáran undan skólakerfinu, sögðu að eftir að barn væri komið úr greiningu fengju þeir ekki þann stuðning sem þeir þyrftu, barnið kæmi inn í bekkinn með greininguna og þeir ættu síðan sjálfir að „leysa málið“.

Ég tel það afar mikilvægt að koma til móts við kennarahópinn og gera nýja rannsókn í framhaldi af þessari, til að athuga á hvern hátt er hægt að styðja betur við börnin, foreldra þeirra og kennarana. Vinnuheiti hennar mætti vera: Greining-hvað svo? Að sögn Kristjáns Kristjánssonar (2009) þá er enginn sökudólgur sem býr til sjúkdómsvæðinguna heldur er hún jafnvægispunktur hins vestræna nútímasjálfs. Ef svo er þá væri einnig verðugt verkefni að greina betur hvert þetta vestræna nútímasjálfi raunverulega er og hvort það hafi náð fótfestu í sálarlífi íslenskra grunnskólanema, kennara og foreldra. En það er efni í mun heimspekilegri ritgerð en hér hefur verið á borð borin.

## 7. Heimildaskrá

- Bell, D. (1974). *The coming of post-industrial society*. New York: Harper Colophon Books.
- Baumann, Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Baumann, Z. (2005). *Liquid life*, Cambridge: Polity Press.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization..* Philadelphia: Saunders.
- Conrad P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Tempel: Tempel University Press.
- Eggert Sigfússon. (2002). Kostnaður og lyfjaneysla á Íslandi. *Læknablaðið*, 88, 68.
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London: Routledge.
- Furedi, F. (2005). *Our unhealthy obsession with sickness*. London: Routledge.
- Furr, L. A. (2004). Medicalization in Nepal: A study of the influence of Westernization on defining deviant and illness behavior in a developing country. *International Journal of Comparative Sociology*, 45 (1-2), 131-142.
- Gestur Guðmundsson. (2008). *Inngangur að félagsfræði menntunar*. Kennslubók fyrir háskólastig. Kafli 6. Óbirt handrit.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (2000). *The consequences of modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Goleman, D. (2002). *Tilfinningargreind*. Reykjavík: Iðunn.
- Gretar L. Marinósson (2003). Hvernig verða flokkar sérþarfa til í grunnskólum? Í Rannveig Traustadóttir (ritstj.), *Fötlunarfræði* (bls. 195-208). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medicinal nemesis: The expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2001). Salamancahugsjónin, einstaklingshyggja og sjúkdómsvæðing: Nemendur sem viðfangsefni greiningar á sérþörfum. *Glæður* 11 (2), 13–20.
- Jóhann Á. Sigurðsson. (2004). Viðbrögð við óhamingju. Í Ólafur Páll Jónsson og Andrea Ósk Jónasdóttir (ritstjórar), *Sjúkdómsvæðing* (bls. 21-29). Reykjavík: Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan.

Kristján Kristjánsson. (2003). Hugtakagreining. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 201-217). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Kristján Kristjánsson. (2009). Medicalised pupils: The case of ADD/ADHD. *Oxford Review of Education*, 35 (1), 111-127.

Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: Mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (1), 61–80.

Ólafur Páll Jónsson & Andrea Ósk Jónsdóttir (ritstj.) (2004). *Sjúkdómsvæðing*. Reykjavík: Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan

Polit, D. F. & Hunger, B. P.(1993). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Searight, H. R. & McLaren, A. L. (1998). Attention- deficit hyperactivity disorder: The medicalization of misbehavior. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (4), 467-494.

Sigrún Ólafsdóttir. (2008). *Medicalizing mental health: A comparative view of the public private, and professional construction of mental illness*. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Services.

Sax, L. & Kautz, K. J. (2003). ,Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, 1, 171-174.

Þskj.1237. 671 mál...131. löggjafarþing 2004-2005.

Ziehe, T. (1993). *Kultur analyser, ungdom utbildning, modernitet*. Stockholm: Symposion Bibliotek.

# Fylgiskjöl

**Spurningarlisti sem lagður var fyrir umsjónarkennara í miðdeild í grunnskólum á höfuðborgarsvæðinu og grunnskólum utan höfuðborgarinnar.**

## 1.Kyn

- Kk
- Kvk

## 2.Aldur

- 20-30 ára
- 30-40 ára
- 50-60 ára
- 70+

## 3.Starfsaldur

- 1-5 ára
- 5-10 ára
- 10-20 ára
- 20-30 ára
- 30+

## 4.Menntun

- Almennur kennari
- Sérkennari
- Annað

## 5. Hafa foreldrar leitað til þín með ráðgjöf um hvort senda eigi barn í greiningu?

- Já
- Nei

Ef já hversu oft \_\_\_\_\_

## 6. Hefur þú sem kennari vísað nemanda til greiningar?

- Já
- Nei

Ef já, við hvern talaðir þú fyrst við?

- Foreldri
- Sérkennara
- Skólastjóra
- Skólasálfræðing

Annað \_\_\_\_\_

**7. Hefur þú viljað senda nemanda í greiningu og því verið hafnað?**

Já

Nei

Ef já, þá hafnað af

Foreldrum

Sérkennara

Skólastjóra

Skólasálfræðingi

Annað \_\_\_\_\_

**8. Hefur þú verið með í greiningarteymi?**

Já

Nei

Ef já,

Stundum

Oft

Alltaf

Aldrei

**9. Ef þú ert í greiningarteymi með öðru fagfólki, finnst þér vera tekið tillit til skoðana þinna?**

Mikið

Í meðallagi

Lítið

Ekkert

**10. Telur þú að aukin áhersla á einstaklingsmiðað nám hafi leitt til aukinnar greiningar á börnum?**

Já

Nei

Ef já, telur þú að það sé vegna

Frammistöðu nemanda

Námsfyrirkomulags

Bæði

Annað \_\_\_\_\_

**11. Telur þú að heilsufarslegir, félagslegir eða fjárhagslegir erfiðleikar barnanna hafi áhrif á hvort barnið er sent í greiningu?**

- Já
- Nei

Ef já, telur þú að ástæðan sé

- Heilsufarslegir erfiðleikar
- Félagslegir erfiðleikar
- Fjárhagslegir erfiðleikar í fjölskyldunni
- Sambland þessara þátta
- Annað \_\_\_\_\_

**12. Telur þú að foreldrar sæki eftir greiningu fyrir barnið sitt vegna þess stuðnings eða aðstoðar sem kerfið veitir barninu?**

- Já
- Nei

Ef já er orsök þá

- Aukinn stuðningur í námi
- Aðgangur að sérfræðingum og sérfræðistofnunum
- Fjárhagslegur stuðningur
- Annað \_\_\_\_\_

**13. Ert þú sem kennari sáttur við það fyrirkomulag sem er á greiningu barna í grunnskóla?**

- Já
- Nei

Ef nei, þá vegna

- Of mikilla greiningar
- Of lítilla greiningar
- Rangra greininga
- Annað \_\_\_\_\_

**14. Er eitthvað annað sem þú vilt tiltaka er þú telur mikilvægt að komi fram og tengist þessari rannsókn?**

---

---

---

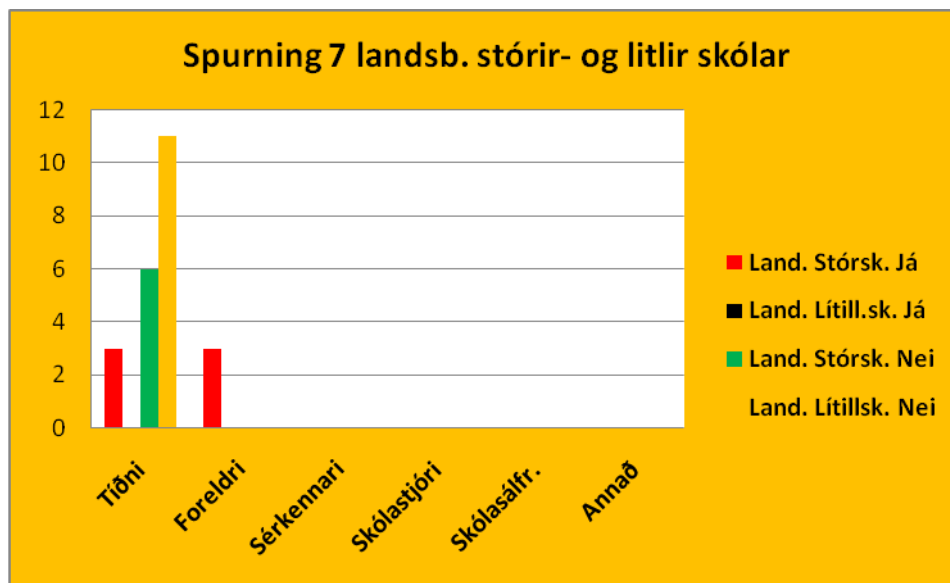
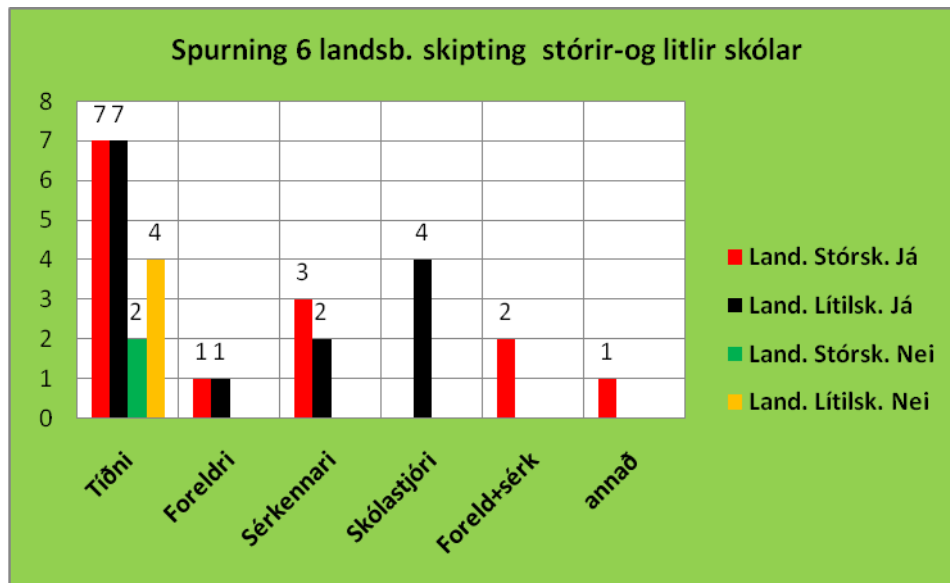
---

---

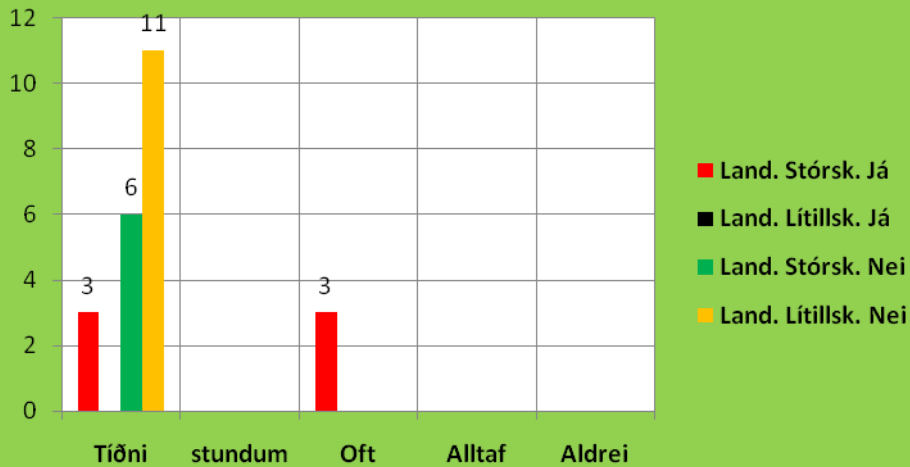
---



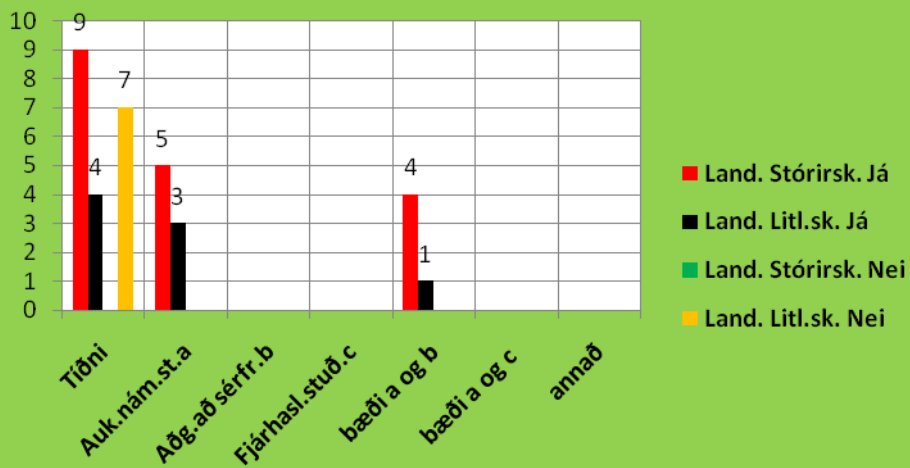
## Samanburður, litlir og stórir skólar á landsbyggðinni



### Spurning 8 landsb. stórir- og litlir skólar



### Spurning 12 landsb stórir-og litlir skólar



### Spurning 13 landsb. stórir- og litlir skólar

