

SÁLFRÆÐIRITID

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Hvað felur nafnið í sér?

Samanburður á umfangi og innihaldi HAM hóp- og einstaklingsmeðferðar hjá fólki með endurtekið þunglyndi

Óreiða í heimilislífi og skjáttími

Tengsl óreiðu í heimilislífi og skjáttíma við hegðunarvanda leikskólabarna

Efling foreldrafærni meðal flóttafólks

Er það fýsileg meðferðarnálgun við íslenskar aðstæður?

Titlar lokaritgerða í sálfræði

SÁLFRÆÐINGAFÉLAG
ÍSLANDS



Til greinahöfunda

1. Sálfræðiritið er vettvangur fyrir vandaða og metnaðarfulla fræðilega umræðu um sálfræði og skyldar greinar. Að öllu jöfnu skulu greinar vera á íslensku og áhersla er lögð á að notuð séu íslensk fræðiheiti, sé þess kostur. Í undantekningartilvikum er tekið við greinum á ensku. Þetta á við erlenda fræðimenn sem stunda rannsóknir hérlandis og óska eftir að kynna íslenskum lesendum rannsóknir sínar.
2. Sálfræðiritið kemur út í október ár hvert og þær greinar sem eiga að koma til álita í ritinu þurfa að berast ritstjóra fyrir 1. febrúar sama ár.
3. Sálfræðiritið birtir bæði rannsóknarritgerðir og yfirlitsgreinar. Allt aðsent efni sem tengist sálfræði með einum eða öðrum hætti metur ritnefnd og skoðar með tilliti til útgáfu.
4. Þær kröfur eru gerðar til greinahöfunda að þeir lúti viðteknum venjum um fræðilega framsetningu efnis og vísindaleg vinnubrögð. Greinum sem ekki standast kröfur um framsetningu og efnistök hafnar ritnefnd hvort sem um er að ræða innsendar greinar eða boðsgreinar.
5. Ákvörðun um birtingu byggir á faglegri umsögn um gæði greina og möguleika höfunda til að bregðast við athugasemdum. Innsent efni sem tekið er til ritrýningar fær umsögn þriggja sérfræðinga sem allir skulu vera utan ritnefndar. Umsagnir eru nafnlausar og ritrýnendur fá ekki að vita nöfn höfunda og höfundar fá ekki að vita nöfn ritrýna. Umsögn fylgir ákvörðun um birtingu eða synjun. Algengast er að grein sé samþykkt með fyrirvara um að brugðist sé við ábendingum og tilmælum um breytingar. Eftir að greinarhöfundur hefur brugðist við athugasemdum er grein hans lesin yfir að nýju og honum sendar nýjar ábendingar, fyrri ábendingar ítrekaðar eða hann látinn vita að grein hans sé endanlega samþykkt með áorðnum breytingum.

Framsetning efnis

1. Handrit greina skal senda í tölvupósti til ritstjóra ásamt bréfi frá höfundi. Ef tveir eða fleiri eru höfundar þarf að koma fram í bréfinu hver þeirra verði í forsvari fyrir greinina ásamt yfirlýsingu um að handritið sé sent með samþykki allra höfunda og þeir séu samþykkir röð höfunda eins og hún birtist í handritinu.
2. Innsendar greinar skulu ekki hafa birst í öðrum tímaritum og ekki vera í skoðun hjá öðrum ritnefndum. Undantekning er gerð ef ritnefnd telur greinar sem birst hafa í viðurkenndum erlendum fagtímaritum eftirsóknarverðar til birtingar á íslensku.
3. Miða skal við að framsetning efnis sé í samræmi við nýjustu reglur bandaríska sálfræðingafélagsins (APA) hverju sinni. Greinahöfundar skulu að auki taka mið af fyrri greinum í Sálfræðiritinu varðandi eftirfarandi: Útdráttur skal einnig vera á ensku, og honum fylgir titil greinar og efnisorð á ensku svo og upplýsingar um höfunda á ensku. Athygli er vakin á því að vitna skal til skírnar- og föðurnafns íslensks höfundar en ekki föðurnafns eingöngu eins og gildir um erlenda höfunda. Í Handbók Sálfræðiritsins má finna gagnlegar leiðbeiningar um framsetningu efnis, uppsetningu og fleira.
4. Nauðsynlegt er að höfundar gefi til kynna í handriti hvar þeir vilja að töflur og myndir séu settar. Höfundar skulu takmarka fjölda viðauka og einungis nota neðanmálsgreinar í undantekningartilvikum.
5. Stafabil í texta eiga aldrei að vera fleiri en eitt. Þegar þau þurfa að vera fleiri (t.d. við töflugerð) skal nota dálklykil á lykilorði. Skammstafanir tölfraðiheita skal skáletra. Ensk orð sem höfð eru innan sviga skal einnig skáletra.
6. Greinahöfundar fá senda próförk af uppsettum greinum til skoðunar. Höfundar leiðrétta þá villur en ekki er ætlast til að gerðar séu efnislegar breytingar á próförk. Litið er svo á að þegar höfundar samþykkja að grein fari í umbrot sé hún endanleg frá þeirra hendi. Ritnefnd áskilur sér rétt til að breyta orðalagi eða stafsetningu ef nauðsyn krefur við lokafrágang ritsins.
7. Allar nánari upplýsingar um uppsetningu greina er að finna á heimasíðu Sálfræðingafélags Íslands, www.sal.is

SÁLFRÆÐIRITID

TÍMARIT SÁLFRÆÐINGAFÉLAGS ÍSLANDS

26. ÁRGANGUR

2021

Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands er gefið út einu sinni á ári. Áskrift að tímaritinu er hægt að panta hjá ritstjóra (ritstjorn@sal.is) eða hjá Sálfræðingafélagi Íslands (sal@sal.is, sími 595-5190). Tilkynningum um breytt heimilisföng er hægt að koma áleiðis eftir sömu leiðum.

Upplýsingar um ritið eru á vef Sálfræðingafélags Íslands (www.sal.is).

Efni þessa tímarits má ekki afrita með neinum hætti, svo sem ljósmyndun, ljósritun, prentun, hljóðritun eða á annan sambærilegan hátt, að hluta eða í heild, án skriflegs leyfis höfunda og útgefanda.

Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands

© Sálfræðingafélag Íslands, Borgartúni 6, 105 Reykjavík.

ISSN 1022-8551

Icelandic Journal of Psychology

© Icelandic Psychological Association, Borgartúni 6, 105 Reykjavík, Iceland.

ISSN 1022-8551

For more information see the publisher's website (www.sal.is)

SÁLFRÆÐIRITIÐ

Tímarit Sálfræðingafélags Íslands
26. árgangur, 2021

Ritstjórar: Guðmundur Skarphéðinsson, Sigurður Viðar, Rannveig Sigurvinsdóttir og Brynjar Halldórsson

Efnisyfirlit

Frá ritstjórum

*Guðmundur Skarphéðinsson, Sigurður Viðar,
Rannveig Sigurvinsdóttir og Brynjar Halldórsson* 5

Ritrynt efni

Hvað felur nafnið í sér?
Ragnar P. Ólafsson o.fl. 7

Óreiða í heimilislífi og skjá tími
Liina Björg Laas Sigurðardóttir, Anna Sigríður Jóhannsdóttir og Urður Njarðvík 25

Efning foreldrafærni meðal flóttafólks
Alexía M. Jakobsdóttir, Margrét Sigmarsdóttir og Urður Njarðvík 43

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands
og Háskólann í Reykjavík haust 2020 til haust 2021 57

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Journal of the Icelandic Psychological Association

Volume 26, 2021

Editors: Guðmundur Skarphéðinsson, Sigurður Viðar, Rannveig Sigurvinsdóttir and Brynjar Halldórsson

Content

Editorial

*Guðmundur Skarphéðinsson, Sigurður Viðar,
Rannveig Sigurvinsdóttir and Brynjar Halldórsson* 5

Peer-reviewed content

What's in a name?
Ragnar P. Ólafsson et al. 7

Household chaos and screen time
Liina Björg Laas Sigurðardóttir, Anna Sigríður Jóhannsdóttir and Urður Njarðvík 25

Strengthening parenting among refugees in Europe
Alexia M. Jakobsdóttir, Margrét Sigmarsdóttir and Urður Njarðvík 43

Titles of Master's theses in psychology from the University of Iceland
and Reykjavík University fall 2020 to fall 2021 57

Frá ritstjórum

Þessi útgáfa er 26. árgangur Sálfræðiritsins – Tímarits Sálfræðingafélags Íslands. Í ritinu eru þrjár ritrýndar og vandaðar greinar. Ragnar P. Ólafsson, prófessor og meðhöfundar hans, Anna G. Guðmundsdóttir, Nína B. Arnardóttir, Sigrún E. Arnardóttir, Sólveig A. Daníelsdóttir, Kristín H. Gísladóttir, Styrkár Hallsson, Jóhanna M. Jóhannsdóttir, Páll H. Jónsson, Íris Sverrisdóttir, Sveindís A. Þórhallsdóttir, Halldór Jónsson, Ívar Snorrason og Kristján H. Hjartarson skrifuðu grein sem fjallar um meðferðarsögu fólks með endurtekið þunglyndi með áherslu á umfang og innihald HAM-meðferðar sem fólk hefur tekið. Grein Liinu Bjargar Laas Sigurðardóttur, Önnu Sigríðar Jóhannsdóttur og Urðar Njarðvík kannar tengsl hegðunarvanda hjá íslenskum leikskólabörnum við óreiðu í heimilislífi og skjáttíma. Í grein Alexíu M. Jakobsdóttur, Margrétar Sigmarsdóttur og Urðar Njarðvík er fjallað um úrræði sem styður við foreldrafærni flóttafólks og hvort það sé fýsilegt og árangursríkt hér á landi. Eins og áður eru svo birtir titlar lokaritgerða í sálfræði á framhaldsstigi (bæði masters- og doktorsritgerðir) sem unnar voru við Háskóla Íslands og Háskólann í Reykjavík síðan síðasta hefti ritsins kom út.

Á starfsárinu lét Rannveig Sigurvinsdóttir af störfum í ritstjórn og viljum við þakka henni fyrir vel unnin störf. Brynjar Halldórsson bættist við ritstjórn á árinu. Ritstjórar vilja þakka öllum þeim sem komu að ritinu, hvort það var með því að senda inn grein, ritrýna eða prófarkalesa greinar. Frá upphafi hefur það verið stefna Sálfræðiritsins að leggja áherslu á að fjalla um öll sálfræðileg viðfangsefni. Breidd ritsins átti alltaf að vera mikil og ekki eingöngu að einskorða sig við að birta ritrýndar rannsóknargreinar. Það er okkar mat að í fagtímariti eiga ritrýndar greinar að mynda

mikilvægan kjarna en það útilokar ekki efni á öðru formi. Við teljum að óritrýnt efni eigi að vera hluti af því sem birtist í Sálfræðiritinu. Við hvetjum þess vegna alla félaga að senda inn pistla eða hugrenningar um efni sem tengist sálfræði eða heilbrigðismálum. Við fögnum sérstaklega pistlum eða endurminningum sálfræðinga um starf sitt í fortíð og þeirra þátt í uppbyggingu á þjónustu sem talin er nauðsynleg og sjálfsögð nú en var ekki áður. Eins óskum við eftir fræðilegum greinum þar sem ýmsar kenningar innan sálfræðinnar eru reifaðar og gagnrýndar (t.d. hugrænar kenningar).

Á síðustu árum hafa orðið miklar breytingar á útgáfu vísindagreina og má ætla að stór hluti þeirra vísindagreina sem sálfræðingar lesa í dag séu fengnar á rafrænu formi. Við teljum mikilvægt að efni í Sálfræðiritinu sé eins aðgengilegt og mögulegt er og að auðvelt sé að finna upplýsingar. Því er eðlilegt og mikið framfaraskref að Sálfræðiritið verði gefið út með rafrænum hætti í náninni framtíð. Stjórn Sálfræðingafélagsins er að vinna að því að koma Sálfræðiritinu á rafrænt form og er það von okkar að það gerist snemma á árinu 2022. Þegar hægt verður að birta efni í ritinu á rafrænu formi verður auðveldara að birta efni sem þolir ekki neina útgáfubið. Þetta á til dæmis við um málefni liðandi stundar eins og sálfræðitengdum málum, heilbrigðismálum, stéttabaráttu sálfræðinga og svo framvegis.

Með kveðju,
Guðmundur Skarphéðinsson
Sigurður Viðar
Rannveig Sigurvinsdóttir
Brynjar Halldórsson
Ritstjórar

Hvað felur nafnið í sér?

Samanburður á umfangi og innihaldi HAM hóp- og einstaklingsmeðferðar hjá fólki með endurtekið þunglyndi

Ragnar P. Ólafsson, Anna G. Guðmundsdóttir, Nína B. Arnardóttir, Sigrún E. Arnardóttir,
Sólveig A. Daníelsdóttir, Kristín H. Gísladóttir, Styrkár Hallsson, Jóhanna M. Jóhannsdóttir,
Páll H. Jónsson, Íris Sverrisdóttir, Sveindís A. Þórhallsdóttir
Háskóli Íslands

Halldór Jónsson
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Ívar Snorrason
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School

Kristján H. Hjartarson
Háskóli Íslands

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er kjörmeðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum um meðferð þunglyndis. Þótt meðferðin hafi sýnt gildi sitt í vísindarannsóknum og vísbendingar séu um að ná megi sambærilegum árangri úti á vettvangi þar sem dagleg geðheilbrigðisþjónusta er veitt, er lítið vitað hvernig meðferð er í raun veitt í slíkum náttúrulegum aðstæðum. Upplýsingar um það eru mikilvægar við mat á gæðum þjónustu og hvernig sálfræðingum tekst að veita meðferðina í því umhverfi sem sálfræðimeðferð er búin hér á landi. Markmið rannsóknarinnar var að skoða meðferðarsögu fólks með endurtekið þunglyndi með áherslu á umfang og innihald síðustu HAM-meðferðar sem fólk hafði fengið. Gögn voru greind frá alls 53 þátttakendum (meðalaldur 35,2 ár, Sf=10,0), þar af 45 konur, með endurtekið þunglyndi og höfðu að minnsta kosti þrjár fyrri þunglyndislotur að baki. Innihald síðustu HAM hóp- eða einstaklingsmeðferðar var metið í meðferðarsöguviðtali þar sem m.a. var spurt út í umfang (fjöldi skipta), þéttni (skipti á viku) og innihald meðferðar sem fólst í mati á 14 lykilorðum HAM við þunglyndi. Niðurstöður sýndu að síðasta meðferð fólks var yfirleitt stutt og fór oftast fram vikulega (hópmeðferð) eða aðra hverja viku (einstaklingsmeðferð). Innihald hóp- og einstaklingsmeðferðar var sambærilegt varðandi vissa þætti (t.d. vinna með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, hugrænt endurmat, atferlismarkmið) en aðra ekki (kortlagning vanda og henni deilt með skjólstæðingi, dagskrá sett í tíma, fræðsluefni). Niðurstöðurnar benda til að HAM-meðferð sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur fengið sé ekki í samræmi við klínískar leiðbeiningar og alvarleika. Huga þarf bæði að kostnaðarumhverfi sálfræðimeðferðar og mögulegri þjálfun og fræðslu fagaðila til að tryggja að fólki með þunglyndi standi gagnreynd HAM-meðferð til boða – þeim sem það kjósa.

Lykilorð: hugræn atferlismeðferð; þunglyndi; innihald meðferðar; náttúrulegar aðstæður; klínískar leiðbeiningar.

Þunglyndi er algeng og alvarleg geðröskun með mikilli byrði fyrir þá sem þjást af henni og fyrir samfélagið í heild (Kessler, 2012; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012). Hugræn atferlismeðferð (e. cognitive therapy, cognitive behavioural therapy) eða HAM, hefur átt vaxandi fylgi að fagna eftir að hún

kom fyrst fram á sjöunda áratug síðustu aldar og var það bandaríski geðlæknirinn Aaron T. Beck sem þróaði meðferðina fyrir skjólstæðinga sína

Fyrirspurnum um greinina svarar: Ragnar P. Ólafsson
prófessor, Sálfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið Háskóla
Íslands, ragnarpo@hi.is. 5254502 / 8622245.

með þunglyndi (Beck, 1976; Beck o.fl., 1979). Meðferð hans er kjarninn í hugrænni meðferð við þunglyndi enn þann dag í dag og hefur verið viðfangsefni fjölmargra árangursrannsókna (Butler o.fl., 2006; Cuijpers o.fl., 2014). HAM-meðferð Becks er yfirleitt veitt í einstaklingsviðtölum einu sinni til tvisvar í viku í 15 til 25 skipti þar sem meðferðaraðili og skjólstæðingur leita saman að lausn afmarkaðra og skilgreindra vandamála sem reynast skjólstæðingi fjötur um fót í daglegu lífi (J. Beck, 1995; Beck o.fl., 1979). Meðferðin er því tiltölulega stutt og markviss í eðli sínu þar sem reynt er að efla getu og færni skjólstæðings til að leysa sjálfur úr vanda sínum; gegnir aukið innsæi í samspil aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar þar lykilhlutverki (J. Beck, 1995). Þótt mismunandi afbrigði meðferðarinnar séu til og HAM sé í raun oft notað sem yfirheiti yfir mismunandi tegundir hugrænna nálgana í meðferð (t.d. problem-solving therapy, meta-cognitive therapy, cognitive processing therapy, schema-focused therapy) þá hafa flestar rannsóknir á árangri HAM við alvarlegu þunglyndi stuðst við meðferð Becks sem hann lýsti fyrst fyrir rúmum 40 árum.

Í þessari grein er skoðað umfang (meðferðarlengd og þéttni) ásamt innihald síðustu HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur farið í. Notuð eru gögn sem féllu til í stórra rannsókn á næmisþáttum fyrir endurteknu þunglyndi og á áhrifum forvarnarmeðferðar á þá þætti (Ólafsson, 2018). Klínískar leiðbeiningar um meðferð þunglyndis fela í sér stigskipta þjónustu. Samkvæmt klínískum leiðbeiningum National Institute for Health and Care Excellence (NICE) í Englandi er mælt með að vægt til miðlungsalvarlegt þunglyndi sé meðhöndlað með fræðslu og styttri vefmeðferð eða hópmeðferðarúræðum beint að þunglyndi í 10 til 12 skipti á 12 til 16 vikum (NICE, 2009). Sé um miðlungs til alvarlegri vanda að ræða skal beita einstaklingsmeðferð svo sem HAM, lyfjagjöf eða hvoru tveggja og þá einstaklingsmeðferð í 16 til 20 skipti á þremur til fjórum mánuðum, tvisvar í viku fyrstu tvær til þrjár vikurnar, til að afstýra endurteknum vanda (NICE, 2009). Fyrir fólk með endurtekið þunglyndi er mælt með einstaklingsmiðaðri meðferð með þessu sama umfangi til að draga úr líkum á endurkomu. Klínískar leiðbeiningar hér á landi um meðferð þunglyndis eru að

mestu samhljóða leiðbeiningum NICE en ekki er talað um endurtekið þunglyndi sérstaklega (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016). Samkvæmt íslensku leiðbeiningunum skal veita 16 til 20 skipta einstaklingsmeðferð við miðlungs til alvarlegu þunglyndi og minnst er á að hægt sé að veita sex vikna blandaða hópmeðferð við kvíða og þunglyndi hafi fólk væg til miðlungsalvarleg einkenni (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016).

Þótt kerfisbundnar rannsóknir á árangri HAM séu mikilvægar er ekki síður mikilvægt að rannsaka hvernig meðferðin er veitt innan hefðbundinnar geðheilbrigðisþjónustu. Með því fast upplýsingar um gæði meðferðarinnar og hvernig sálfræðingum tekst að veita hana í náttúrulegum aðstæðum. Slíkar upplýsingar er gagnlegt að bera saman við klínískar leiðbeiningar um meðferð þunglyndis til að skoða hversu mikið meðferð á vettvangi vikur frá þeim. Hægt er að nota þessar upplýsingar til að bæta og efla þjónustu við almenning.

Hugrænt líkan og HAM-meðferð Becks um þunglyndi

HAM-meðferð Becks byggir á hugrænni kenningu hans um þunglyndi sem felur í sér að sýn fólks á líf sitt og kringumstæður hverju sinni hafi áhrif á líðan þess og hegðun. Samkvæmt kenningunni kviknar eða viðhelst þunglyndi þegar skekkjur verða í úrvinnslu upplýsinga sem koma meðal annars fram í bjöguðum, órókvísunum og ógagnlegum hugsunum um sjálfan sig, umheiminn og framtíðina, oft kallað hugræn þríund (e. cognitive triad) (Beck o.fl., 1979; DeRubeis o.fl., 2001). Slíkur hugsanagangur kveikir, eykur eða viðheldur depurð og vanlíðan og hefur áhrif á hegðun (Beck o.fl., 1979). Í kenningunni er gert ráð fyrir að þunglyndi komi fram í neikvæðri sýn eða hugmyndum sem endurspegli að minnsta kosti einn af þremur þáttum hugrænnar þríundar. Árangursrík meðferð beinist því að því að vinna með hugsanaskekkjur sem endurspeгла bjagaða úrvinnslu upplýsinga (DeRubeis o.fl., 2001). Beck telur einnig að undirliggjandi þessum skekkjum í upplýsingaúrvinnslu séu neikvæð kjarnaviðhorf (e. negative core beliefs) sem hafa mótast á lífsleiðinni og gera það að verkum að

við tiltekin atvik eða lífsatburði virkjust ógagnleg hugræn skemu (e. cognitive schemas) ef merking atburða og innihald kjarnaviðhorfa fer saman (Beck, 1996; Beck og Haigh, 2014).

Í HAM er mismunandi aðferðum beitt til að hafa áhrif á hugsun og hegðun fólks til að draga úr þunglyndi. Markmið aðferðanna er að auka virkni hegðunar og efla innsæi skjólstæðings í: (a) samhengi aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar; (b) að túlkun á atvikum eða aðstæðum og hversdagslegar neikvæðar hugsanir (e. negative

automatic thoughts) geti verið órökrétt miðað við þekkingu fólks og vitneskju, eða séu ógagnleg; (c) að önnur viðbrögð en þau sem hafa fest sig í sessi í þunglyndinu geti verið árangursríkari til að draga úr vanlíðan og viðkomandi hafi það sjálfur á færi sínu hvernig hann bregst við; (d) hvernig fyrri saga og lífsreynsla hefur mótað undirliggjandi skoðanir og (kjarna)viðhorf viðkomandi sem hafa áhrif á daglegan hugsanagang, hegðun og líðan (Beck o.fl., 1979). Lykilþáttum í HAM-meðferð Becks er lýst í töflu 1.

Tafla 1 Lykilþættir í hugrænni atferlismeðferð Becks við þunglyndi.*

Meðferðarhluti	Tilgangur	Lýsing	Verkefni
Kortlagning vanda og fræðsla	Búa til einstaklingsbundna skilgreiningu á vanda í takt við kenninguna sem er notuð til að móta markmið meðferðarinnar, afmarka hana og stýra henni. Fræðsla um eðli þunglyndis og meðferðar.	Greining og mat á vanda skjólstæðings í samtölum, með notkun spurningalista og matstækja. Getur tekið breytingum meðan á meðferð stendur. Bent á lesefni eða afhent.	Kortlagning oft sett fram á blaði eða í töflu og henni því deilt með skjólstæðingi og hún rædd við hann.
Atferlis-meðferð	Auka daglega virkni, rjúfa einangrun og hafa áhrif á mat á eigin getu og færni. Átta sig á tengslum líðanar og hegðunar.	Atferli skráð innan dags yfir marga daga til að fá yfirlit yfir tíðni hegðunar sem gæti þurft að draga úr eða auka. Ánægja og fyrirhöfn oft skráð samhliða sem getur ýtt undir viðhorfsbreytingar.	Virkniskráning ásamt mati á ánægju og fyrirhöfn. Hægt að nota vikuáætlun til að auka dagskipulag og takast á við verkefni í viðráðanlegum skrefum.
Hugræn meðferð	Auka innsæi í samspil aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar og efla færni skjólstæðings til að telja sjálfum sér hughvarf ef skekkur og neikvæður hugsanaháttur tekur völdin.	Bera kennsl á neikvæð hugsanamynstur skjólstæðings (t.d. endurteknar neikvæðar hugsanir), skoða sannleiksgildi þeirra og gagnsemi sem getur leitt til endurmats, nýrra sjónarhorna og breyttrar hegðunar.	Hugsanaskráning með áherslu á tengsl aðstæðna/atvika, hugsana, tilfinninga og hegðunar ásamt því að skoða rök með og á móti hugsunum sem tengjast vanlíðan.
Form meðferðar	Markviss meðferð með afmörkuðum viðfangsefnum í hverjum tíma sem eru ákveðin í upphafi hans og tekur mið af (heima)verkefnum sem skjólstæðingur fæst við hverju sinni.	Einstaklings- eða hóp-meðferð. Áhersla lögð á samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðings (e. collaborative empiricism). Sókratískri samtalstækni beitt.	Vikuleg viðtöl eða oftari til að byrja með, 15–25 skipti fyrir miðlungs til alvarlegt þunglyndi samkvæmt forskrift. Verkefni unnin milli meðferðartíma.

*Byggir á Beck, Rush, Shaw og Emery (1979), J. Beck (1995), DeRubeis o.fl. (2001).

Markmiðum meðferðarinnar er náð í samræðum milli meðferðaraðila og skjólstæðings í meðferðartímum og með því að setja fyrir heimaverkefni sem skjólstæðingur vinnur milli meðferðartíma til að ýta enn frekar undir lærdóm og í raun auka þann tíma sem skjólstæðingur sinnir meðferðinni (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995). Í upphafi meðferðar er vandi skjólstæðings skoðaður og skilgreindur og fræðsla veitt um þunglyndi, hugræna sýn á eðli þunglyndis og um meðferðina sjálfa. Yfirleitt er unnið með atferli á undan innihaldi hversdagslegra hugsana og með tengsl þeirra við líðan og hegðun en þessi vinna á sér stað á undan endurmati kjarnaviðhorfa sem yfirleitt er tekið til skoðunar í síðari hluta meðferðarinnar. Samvinna meðferðaraðila og skjólstæðings einkennir samstarf þeirra (e. collaborative empiricism) þegar gildi og gagnsemi hugsana og skoðana, hegðunar og viðbragða skjólstæðings eru skoðuð (DeRubeis o.fl., 2001).

Lykilþættir meðferðarinnar eru nokkrir (sjá Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995; DeRubeis o.fl., 2001). Kortlagning vanda fólks (e. case-conceptualization) er yfirleitt gerð í upphafi þar sem vandi er skilgreindur og settur í samhengi í samræmi við kenningarlegan grunn meðferðarinnar. Kortlagning lýsir skilningi meðferðaraðila og skjólstæðings á eðli vandans og hugmyndum um viðhaldandi þætti (Persons, 2008). Upphafleg kortlagning dregur því fram þætti sem meðferðin getur beinst að og er sameiginleg niðurstæða meðferðaraðila og skjólstæðings en getur tekið breytingum meðan á meðferð stendur eftir því sem nýjar upplýsingar koma fram. Fræðsla um eðli þunglyndis og áhrif þess á hugsun og hegðun er yfirleitt veitt í upphafi meðferðar með því að kynna helstu atriði ásamt því að bent er á hentugt fræðsluefni. Hugað er að virkni fólks í upphafi meðferðar með því að skrá niður atferli yfir daginn í nokkra daga ásamt því að fræða fólk um tengsl líðanar og hegðunar og um hvernig vanlíðan getur auðveldlega aukið á einangrun fólks og vanvirkni sem líklega gerir líðan fólks verri. Samhliða virkniskráningu er fólk oft látið skrá niður ánægju sem það upplifir við að taka þátt í eða gera ákveðna hluti og hversu mikil fyrirhófn það er. Hægt er að gera áætlun milli vikna til að auka dagskipulag og virkni á ýmsum

sviðum. Hugræn vinna fylgir svo í kjölfarið. Slík vinna felur í sér fræðslu um tengsl hugsana, tilfinninga og hegðunar ásamt því að fólki er kennt að bera kennsl á neikvæðar og aðstæðubundnar hugsanir með því að nota hugsanaskrá. Síðan er unnið að hugrænu endurmati, meðal annars með notkun hugsanaskrár. Sannleiksgildi og gagnsemi hugsana eru skoðaðar á hólmi með því að vega og meta rök með og á móti þeim, sem getur leitt til annars sjónarhorns og meira jafnvægis í líðan (Beck o.fl., 1979).

Árangur og veiting meðferðar

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri HAM sem byggir á meðferð Becks við þunglyndi og hafa heildargreiningar endurtekið sýnt fram á gildi meðferðarinnar (sjá t.d. Cuijpers o.fl., 2013; Cuijpers o.fl., 2014; Cuijpers o.fl., 2020; Magnús Blöndahl Sighvatsson o.fl., 2011). Sem dæmi um rannsóknir má nefna viðamikla rannsókn DeRubeis og félaga (2005) í Bandaríkjunum en hún var framkvæmd í úrtaki 240 sjúklinga með miðlungs til alvarlegt þunglyndi þar sem árangur HAM-einstaklingsmeðferðar ($n=60$) var borinn saman við lyfjameðferð ($n=120$) og lyfleysu ($n=60$). HAM-meðferðin fylgdi forskrift Becks og félaga (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995) og var markmiðið að veita að lágmarki 20 meðferðartíma, hvern um sig 50 mínútur, yfir samtals 16 vikna tímabil. Var þéttni meðferðarinnar tvisvar í viku fyrstu fjórar vikurnar, einu sinni til tvisvar í viku næstu átta vikur og einu sinni í viku síðustu fjórar vikurnar. Niðurstöður sýndu nokkuð sambærilegan árangur HAM og lyfja þar sem 46% sjúklinga töldust einkennalausir eftir lyfjameðferð en 40% þeirra sem fengu HAM (DeRubeis o.fl., 2005).

Mikill fjöldi vísindarannsókna og staðfestur árangur HAM er ástæða þess að meðferðin er eitt þeirra inngripa sem mælt er með í klínískum leiðbeiningum um meðferð alvarlegs þunglyndis (NICE, 2009). Bæði lyfjameðferð og HAM eru gagnreyndar meðferðir (e. empirically supported treatments) þar sem árangur þeirra (e. treatment efficacy) hefur m.a. verið rannsakaður í samanburðarrannsóknum með slembivali (e.

randomized controlled trials) í vel skilgreindum og oft afmörkuðum sjúklingahópum þar sem meðferð fylgir meðferðarhandbók og er veitt af þjálfuðum meðferðaraðilum ásamt því að árangur er mældur með áreiðanlegum og réttmætum mælitækjum (Spokas o.fl., 2008). Árangur meðferðar í slíkum aðstæðum er þó ekki endilega sambærilegur árangri þegar hún er veitt á vettvangi daglegrar geðheilbrigðisþjónustu, oft í mun fjölbreyttari hópum skjólstæðinga og við mismunandi aðstæður. Langt er síðan fyrst var bent á mikilvægi þess að skoða gagnsemi (e. effectiveness) sálrænna meðferða í náttúrulegum aðstæðum (t.d. Barlow, 1981; Seligman, 1995; Weisz o.fl., 1995). Þótt rannsóknir á gagnsemi HAM hafi verið fyrirferðarlitlar samanborið við hefðbundnar árangursrannsóknir þá eru vísbendingar um að sambærilegum árangri megi ná með HAM úti á vettvangi fyrir fólk með alvarlegt þunglyndi (t.d. Gibbons o.fl., 2010; Minami o.fl., 2008; Peeters o.fl., 2012).

Annað og ekki síður mikilvægt rannsóknar efni er hvers konar sálfræðilega meðferð fólk í raun sækir sér og hvernig hún er útfærð eða veitt úti á vettvangi. Í fyrsta lagi benda rannsóknir til að tiltölulega fáir þeirra sem þurfa meðferð við einhverjum geðrænum vanda fái hana í raun, eða innan við þriðjungur (Alonso o.fl., 2017; Kazdin, 2017; Kessler o.fl., 2007; Shafran o.fl., 2009; Thornicroft o.fl., 2017). Vísbendingar eru líka um að fá fólk meðferð sé hún oft stutt, sér í lagi ef um samtalsmeðferð er að ræða (Hansen o.fl., 2002; Puyat o.fl., 2016; Thornicroft o.fl., 2017). Til dæmis sýndi rannsókn Thornicrofts og félaga (2017) á hópum fólks með þunglyndi í 21 Evrópulandi að af þeim sem uppfylltu greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi síðustu 12 mánuði höfðu einungis 16,5% fengið meðferð sem mætti viðmiðum rannsakennda um ásættanlega lágmarksmeðferð sem var átta skipti eða oftar hjá einhverjum fagaðila. Vel þekkt er að þunglyndum sem leita sér meðferðar sé oftast boðin lyfjameðferð (Olfson og Marcus, 2010) og á það einnig við hér á landi (Hafrún Kristjánsdóttir o.fl., 2016; Kristbjörg Þórisdóttir, 2011).

Engar erlendar rannsóknir eru til á innihaldi

HAM-meðferðar sem fólk með þunglyndi hefur fengið á vettvangi. Bresk rannsókn í hópi 57 einstaklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun sýndi að einungis 43% þeirra hafði fengið HAM-meðferð, sem er kjörmeðferð við þeim vanda, og að fæstir þeirra virtust hafa fengið meðferð sem innihélt alla lykilþætti sem slík meðferð á að innihalda (Stobie o.fl., 2007). Önnur bresk rannsókn sýndi að innihald HAM í hópi 157 einstaklinga með átröskunarvanda var mjög breytilegt og vék í mörgum tilvikum frá því sem gagnreynd meðferð við þeim vanda á að innihalda (Cowdrey og Waller, 2015). Þessar niðurstöður sýna að þegar skjólstæðingar sjálfir eru spurðir er ekki víst að sú meðferð sem þeir fá úti á vettvangi sé sambærileg þeirri meðferð sem sannað hefur gildi sitt í árangursrannsóknum.

Engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á innihaldi meðferðar þar sem skjólstæðingar sjálfir hafa veitt upplýsingar. Hins vegar hafa nokkrar rannsóknir verið gerðar á eðli og inn-taki meðferðar í könnunum á starfi sálfræðinga. Rannsókn Ástrósar E. Sigmarsdóttur og félaga (2019) í úrtaki 50 sálfræðinga sem höfðu meðhöndlað börn og unglinga með berskjöldun vegna kvíðaröskunar (almennrar kvíðaröskunar, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða) sýndi að langflestir þeirra notuðu HAM og berskjöldun í sinni meðferð, eða 94%. Niðurstöður þessa sama rannsóknarhóps á notkun berskjöldunar hjá 26 sálfræðingum sem höfðu meðhöndlað börn eða unglinga með áráttu- og þráhyggjuröskun sýndu að allir beittu þeirri aðferð í meðferð þótt 43% þeirra útfærðu hana ekki á þann hátt sem er líklegust til að hámarka árangur (Aron E. Sigurðarson o.fl., 2019). Rannsókn Maríu Guðmundsdóttur (2019) var framkvæmd í úrtaki 107 sálfræðinga þar sem skoðað var hvernig kortlagning er notuð í HAM-meðferð. Niðurstöður sýndu að sálfræðingar mátu færni sína í HAM vera góða, töldu sig hafa miðlungsfærni í að útfæra hana í meðferð en töldu kortlagningu samt sem áður vera mikilvæga. Þeir sögðust oft deila upphaflegri kortlagningu sinni með skjólstæðingi og þá oftast í öðrum meðferðartíma og sögðust oft breyta henni eftir því sem nýjar upplýsingar kæmu fram meðan á meðferð stæði.

Í rannsókn Búa B. Aðalsteinssonar (2011) svöruðu á bilinu 179 til 232 sálfræðingar spurningalista um störf sín sem á þeim tíma voru á bilinu 56% til 72% skráðra sálfræðinga í Sálfræðingafélagi Íslands. Úrtakið tók bæði til sálfræðinga sem störfuðu með börnum og unglingum og þeirra sem störfuðu með fullorðnum. Meirihluti svarenda taldi að meira en ein fræðileg nálgun ætti við um meðferðarstarf sitt þótt flestir, eða 79% þeirra sem svöruðu, töldu sig best eiga heima í hugrænni atferlismeðferð.

Samantekið þá gefa niðurstöður íslenskra rannsókna vísbendingu um að HAM sé oft notuð í sálfræðilegri meðferð hér á landi ef miðað er við mat sálfræðinga sjálfra á eigin störfum. Þessar rannsóknir hafa þó ekki beinst að meðferð þunglyndis sérstaklega. Engar rannsóknir hafa enn verið framkvæmdar í úrtökum skjólstæðinga sem hafa þegið sálfræðimeðferð sem hluta af geðheilbrigðisþjónustu sem er veitt hér á landi.

Markmið rannsóknarinnar

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða meðferðarsögu fólks með endurtekið þunglyndi með áherslu á umfang og innihald síðustu HAM-meðferðar. Rannsóknin eru hluti af stærra verkefni sem er rannsókn á hugrænum næmisþáttum, t.d. þunglyndisþönkum (e. depressive rumination), fyrir endurteknu þunglyndi og áhrifum forvarnar-meðferðar á þá. Meðferðarsaga þátttakenda sem höfðu upplifað þrjár þunglyndislotur eða fleiri en höfðu jafnað sig á síðustu lotu var skoðuð í meðferðarsöguviðtali sem var tekið við alla þátttakendur. Í þessari grein er sjónum beint að formi (hópmeðferð eða einstaklingsmeðferð), umfangi (fjöldi meðferðartíma og hversu þétt þeir voru sóttir) og innihaldi HAM. Einnig var lyfjameðferð þátttakenda skoðuð og er fjallað um hana annars staðar (sjá Ragnar P. Ólafsson o.fl., 2021). Innihald síðustu meðferðar var skoðað með hliðsjón af lykilþáttum HAM sem eru birtir í töflu 1.

Höfundar vita ekki til þess að sambærileg rannsókn á innihaldi meðferðar hafi verið gerð áður hér á landi. Slíkar upplýsingar eru mjög mikilvægar við mat á gæðum meðferðar og á því

hvernig sálfræðingum tekst að veita meðferðina utan veggja rannsóknastofunnar. Niðurstöður rannsóknarinnar geta því gefið vísbendingu um að hve miklu leyti HAM-meðferð á vettvangi fylgir þeirri útgáfu meðferðar sem mest hefur verið skoðuð í árangursrannsóknum og er undirstaða klínískra leiðbeininga sem mæla með notkun meðferðarinnar á vettvangi.

Aðferð

Þátttakendur

Alls voru tekin viðtöl við 101 þátttakanda með fyrri þunglyndissögu. Einungis gögn þeirra sem höfðu reynslu af HAM-meðferð við þunglyndi eru greind hér og voru það alls 53 þátttakendur. Upplýsingar um bakgrunn þessa hóps eru birtar í töflu 2. Upplýsingarnar úr erlendum rannsóknum í úrtökum fólks með að minnsta kosti þrjár fyrri þunglyndislotur að baki sýna að meðalaldur í úrtaki þessarar rannsóknar er um fimm árum lægri en sýna jafnframt að aldur við upphaf fyrstu lotu er sambærilegur svo og atvinnuþátttaka (t.d. Williams o.fl., 2014).

Auglýst var eftir þátttakendum í rannsóknina á meðal almennings, bæði í dagblöðum, útvarpi og á samfélagsmiðlum. Einnig var rannsóknin kynnt fagaðilum í Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og voru þeir hvattir til að vekja athygli skjólstæðinga sinna á rannsókninni. Helstu inntöku- og útilokunarskilyrðum fyrir þátttöku í rannsókninni er lýst annars staðar (Ólafsson, 2018) en þau fólu meðal annars í sér að þátttakendur væru á aldrinum 18–65 ára og hefðu upplifað að minnsta kosti þrjár þunglyndislotur, þar af tvær á síðustu fimm árum og aðra þeirra á síðustu tveimur árum. Að minnsta kosti tveir mánuðir skyldu vera frá því að síðasta lota tók enda. Fólk með virkan áfengis- eða vímuefnavanda, geðhvarfasjúkdóm eða geðrofssjúkdóm var útilokað frá þátttöku. Virk lyfjameðferð var leyfð ef tegund og skammtastærð hafði verið stöðug síðustu tvo mánuði. Fólk í yfirstandandi sálfræðimeðferð var útilokað frá þátttöku þar sem tilgangur rannsóknarverkefnisins var að athuga áhrif

Tafla 2 Bakgrunnur þátttakenda sem höfðu reynslu af HAM-meðferð við þunglyndi (N=53).

Aldur, <i>M</i> (Sf)	35,2	(10,0)
Kyn, <i>n</i> konur (%)	45	(84,9)
Hjúskaparstaða, <i>n</i> (%)		
– gift/kvæntur	19	(35,8)
– einleyp(ur)	14	(26,4)
– í föstu sambandi	4	(7,5)
– í sambúð	14	(26,4)
– annað	2	(3,8)
Menntun lokið, <i>n</i> (%)		
– grunnskólapróf	4	(7,5)
– framhaldsskóli eða sambærilegt nám	21	(39,6)
– grunnnám í háskóla (BS eða sambærilegt)	17	(32,1)
– framhaldsnám í háskóla (MA/M.Sc, Ph.D eða sambærilegt)	11	(20,8)
Atvinnuþátttaka, <i>n</i> (%)		
– í námi	21	(39,6)
– í vinnu	38	(71,7)
Fjöldi fyrri þunglyndislota, <i>M</i> (Sf)	7,0	(4,1)
Aldur við upphaf fyrstu lotu, <i>M</i> (Sf)	19,9	(9,2)
Legið inni á geðdeild vegna þunglyndis, <i>n</i> (%)	9	(17,0)

forvarnarmiðaðrar meðferðar á næmisþætti fyrir endurteknu þunglyndi.

Mælitæki

Bakgrunnur. Upplýsingar um bakgrunn þátttakenda voru fengnar með spurningalista með spurningum um kyn, aldur, menntun, hjúskaparstöðu, atvinnuþátttöku og kynþátt.

Meðferðarsöguviðtal. Rannsakendur útbjuggu matstæki fyrir þessa rannsókn til að afla upplýsinga um meðferðarsögu þátttakenda en viðtalið byggir á frumgerð sem notuð var í fyrri rannsókn höfunda (Ólafsson o.fl., 2020). Matstækið skiptist í fjóra hluta. Hluti I inniheldur fimm almennar spurningar um þekkingu fólks á hvað teljist vera virk meðferð við þunglyndi, um viðhorf þeirra til slíkrar meðferðar og almennt þekkingu þeirra á lyfjameðferð og HAM við þunglyndi sérstaklega. Hluti II er viðtal með fjórum spurningum í nokkrum liðum þar sem spurt er út í meðferðarsögu fólks með áherslu á tegund og form,

sérstaklega lyfja- og HAM-meðferðar, hvort slík meðferð sé fyrirhuguð á næstunni og hvort viðkomandi hafi dvalið á sjúkrahúsi vegna geðrænna vandamála. Hluti III er viðtal þar sem spurt er út í umfang, innihald og ástundum meðferðar með áherslu á lyfja- og HAM-meðferð og eru alls 13 spurningar í nokkrum liðum í þessum hluta (sjá viðauka). Hluti IV er spurningalisti með alls 13 spurningum þar sem safnað er upplýsingum um viðhorf þátttakenda til gagnsemi lyfja- og sálfræðimeðferðar (t.d. HAM) til að draga úr og koma í veg fyrir þunglyndi. Einnig er spurt hvort fólki telji sig hafa fengið fullnægjandi fræðslu um þunglyndi frá meðferðaraðilum, upplýsingar um innihald og virkni lyfja- og HAM-meðferðar og um aukaverkanir slíkra meðferða.

Geðgreiningarviðtal. MINI 5.0 (MINI International Neuropsychiatric Interview; Sheehan o.fl., 1998) var notað til að meta greiningarviðmið helstu geðraskana samkvæmt DSM-IV-TR geðgreiningarkerfinu (APA, 2000).

Meistaránemar í klínískri sálfræði, sem hlotið höfðu þjálfun í notkun MINI, tóku viðtölin undir handleiðslu fyrsta og síðasta höfundar. Við mat á þunglyndissögu fólks var notuð aðlögun á MINI-PLUS-útgáfu viðtalsins þar sem spurt var út í fjölda fyrri þunglyndislota, aldur við upphaf fyrstu lotu ásamt viðbótarspurningum um stöðugleika bata eftir síðustu lotu (sjá Hjartarson o.fl., 2021 June 13; Ólafsson o.fl., 2020). Fyrri rannsóknir renna stoðum undir réttmæti íslenskrar gerðar MINI 5.0 (Baldur H. Sigurðsson, 2008; Kristjánisdóttir o.fl., 2015).

Framkvæmd

Eins og fram hefur komið eru gögn þessara rannsókna hluti af viðameiri gagnasöfnun í meðferðarrannsókn. Hér er unnið með gögn sem féllu til í mælingum og mati sem fór fram áður en til meðferðar kom. Haft var samband við áhugasama þátttakendur í gegnum síma þar sem spurt var út í helstu inntöku- og útlökunarskilyrði rannsóknarinnar. Þátttakendum var því næst boðið í geðgreiningar- og meðferðarsöguviðtal strax þar á eftir. Geðgreiningarviðtal og mat á meðferðarsögu var alltaf tekið af sama aðila sem var meistaránemi í klínískri sálfræði og hafði hlotið þjálfun í notkun mælitækjanna og framkvæmd rannsóknarinnar. Þeir sem uppfylltu viðmið fyrir frekari þátttöku heimsóttu rannsakendur í tvö skipti í viðbót á um tveggja vikna tímabili þar sem frekari mælingar fóru fram auk þess sem þeir tóku þátt í mælingum í gegnum snjallsíma á milli heimsókna. Vísindasiðanefnd veitti samþykki fyrir framkvæmd rannsóknarinnar (VSN-17-235) og framkvæmd hennar var tilkynnt til Persónuverndar auk þess sem Vísindasiðanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins veitti samþykki fyrir framkvæmd hennar.

Tölfræðileg úrvinnsla

Kí-kvaðrat-próf voru notuð þegar innihaldspættir hóp- og einstaklingsmeðferðar voru bornir saman. Marktektarmörk voru aðlöguð með hliðsjón af fjölda samanburða og var það gert fyrir innihaldspætti sem tilheyrðu undirbúningi meðferðar (alls fjórir þættir, þ.e. kortlagning vanda, kortlagningu deilt með skjólstæðingi, fræðsla

um þunglyndi og fræðsla um meðferð; marktektarmörk voru því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125), skipulagi meðferðar (tveir þættir, þ.e. dagskrá sett í upphafi tíma og farið yfir heimaverkefni í tíma; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/2$ eða 0,0250), viðfangsefni meðferðar (fjórir þættir, þ.e. unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga, hugrænt endurmat og atferlismörkun; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125) og notkun heimaverkefna (alls fjórir þættir, þ.e. lesefni, virkniskráning, vikuáætlun og hugsanaskráning; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125).

Niðurstöður

Tegund meðferðar og meðferðarsaga

Alls höfðu 28 (52,8%) farið í einstaklingsmeðferð, 17 (32,1%) í hópmeðferð og átta (15,1%) höfðu reynslu af báðum meðferðarformunum. Þátttakendur voru spurðir sérstaklega út í síðustu HAM-meðferð sem þeir höfðu farið í. Í töflu 3 eru upplýsingar um hvernig sú meðferð var veitt, skipt eftir því hvort um hópmeðferð ($n=21$) eða einstaklingsmeðferð ($n=32$) var að ræða.

Meðallengd einstaklingsmeðferðar var lengri en hópmeðferðar í úrtaki rannsóknarinnar. T-próf fyrir óháða hópa sýndi hins vegar að munurinn var ekki marktækur, $t(36,385) = -1,362$; $p = 0,181$. Sé miðað við hlutfall þátttakenda sem voru í styttri meðferð en átta skipti, sem er það viðmið sem hefur verið notað fyrir lágmarksmeðferð í sumum erlendum rannsóknum (t.d. Thornicroft o.fl., 2017), þá er það í allt að helmingi tilvika þegar um einstaklingsmeðferð (53,3%) er að ræða en aðeins lægra þegar um hópmeðferð er að ræða (42,9%). Engin hópmeðferð er svo löng að ná neðri mörkum tímafjölda samkvæmt meðferðarhandbók fyrir HAM-einstaklingsmeðferð, sem eru 15 skipti, en einstaklingsmeðferð var það löng í aðeins 16,6% tilvika. Langalgengast er að hópmeðferð sé veitt einu sinni í viku. Einstaklingsmeðferð var oftast veitt einu sinni í viku en þó var einnig algengt að einstaklingstímar væru aðra hverja viku. Báðar meðferðir voru oftast veittar af sálfræðingum.

Tafla 3 Upplýsingar um síðustu HAM-meðferð við þunglyndi.

	Einstaklingsmeðferð (n=32) ¹	Hópmeðferð (n=21)
Fjöldi meðferðarskipta, <i>M</i> (Sf)	9,0 (7,2)	7,1 (2,2)
Meðferð styttri en 8 skipti, <i>n</i> (%)	16 (53,3)	12 (42,9)
Meðferð 15 skipti eða lengri, <i>n</i> (%)	5 (16,6)	0 (0)
Meðferðarþéttni, <i>n</i> (%)		
– tvisvar í viku	0 (0)	3 (14,3)
– einu sinni í viku	17 (56,7)	18 (85,7)
– þrisvar í mánuði	1 (3,3)	0 (0)
– tvisvar í mánuði	10 (33,3)	0 (0)
– sjaldnar	3 (10,0)	0 (0)
Meðferðaraðili, <i>n</i> (%)		
– sálfræðingur	28 (87,5)	17 (81,0)
– hjúkrunarfræðingur	1 (3,1)	1 (4,8)
– heimilislæknir	1 (3,1)	0 (0)
– annar	2 (6,3)	0 (0)

¹ Upplýsingar um fjölda skipta og meðferðarlengd byggja á 30 þátttakendum en upplýsingar um meðferðaraðila og meðferðarþéttni byggja á 32 þátttakendum. *M* = meðaltal; *Sf* = staðalfrávik; *n* = fjöldi.

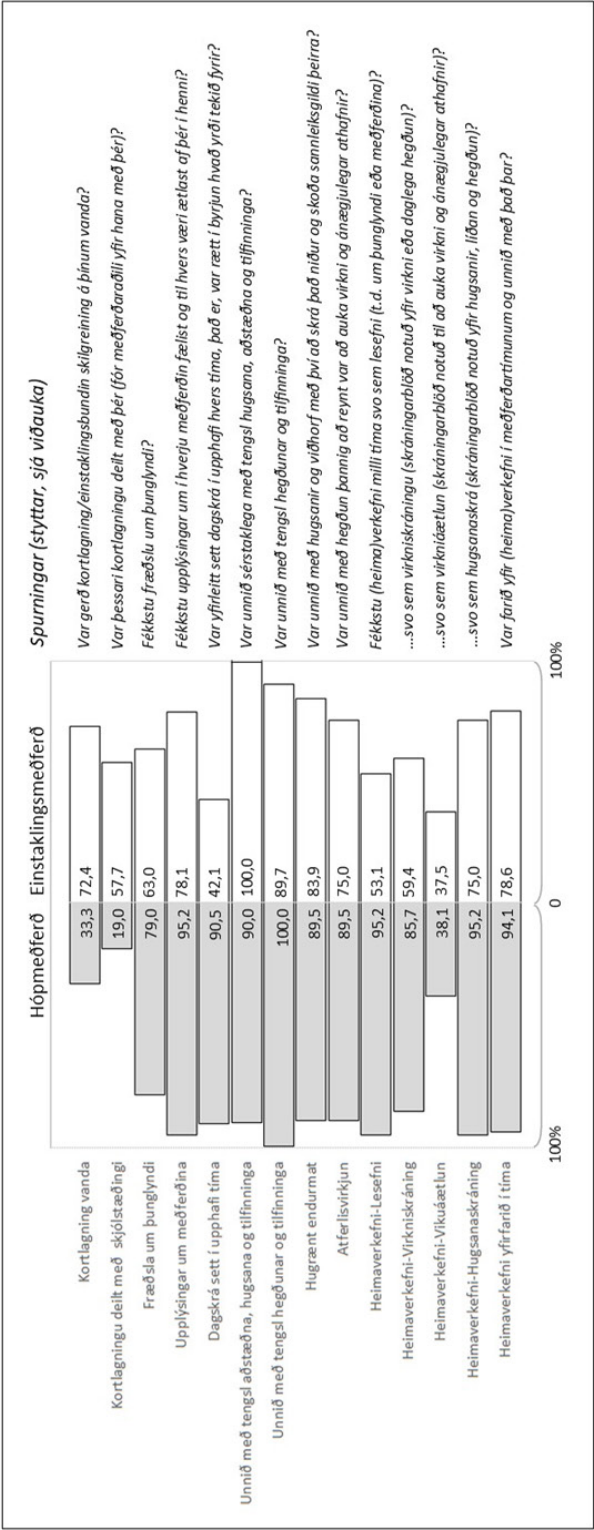
Samanburður á innihaldi hóp- og einstaklingsmeðferðar

Innihald HAM-meðferðar var skoðað eftir því hvort síðasta meðferð viðkomandi var hópmeðferð eða einstaklingsmeðferð. Hlutfall þeirra sem töldu tiltekinn lykilþátt HAM-meðferðar hafa verið hluta af þeirri meðferð sem þeir fengu síðast er birt í mynd 1. Fjöldi þeirra sem gátu gefið upplýsingar um hvern þátt er breytilegur því að þátttakendur voru ekki alltaf vissir um hvort tiltekið viðfangsefni hefði verið á dagskrá eða ekki (sjá töflu í viðauka).

Samanburður á meðferðarformunum tveimur hjá þátttakendum rannsóknarinnar sýnir að kortlagning vanda var sjaldnar framkvæmd í hópmeðferð (33,3%) en í einstaklingsmeðferð þar sem 72,4% þátttakenda sögðu það hafa verið gert. Athygli vekur að af þeim sem síðast höfðu farið í einstaklingsmeðferð, töldu mun færri að kortlagningu hefði verið deilt með sér, eða

57,7%. Dagskrá var sett í upphafi hvers tíma í minni hluta einstaklingsmeðferða (42,1%) á meðan nær allir sem höfðu farið í hópmeðferð töldu það hafa verið gert (90,5%). Þegar viðfangsefni í meðferð eru skoðuð sést að yfirleitt, eða alltaf, hefur meðferðin snúist um tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, tengsl hegðunar og tilfinninga, hugrænt endurmat og atferlismarkmið. Þótt þessir þættir einkenni almennt betur hópmeðferð heldur en einstaklingsmeðferð miðað við svör þátttakenda í úrtaki rannsóknarinnar. Sömu sögu má segja um notkun heimaverkefna, svo sem skráningu atferlis og hugsana, og er oftast farið yfir heimaverkefni í tímum til að vinna úr þeim. Athygli vekur að gerð virkniáætlana eða vikuáætlunar er sjaldgæf í báðum meðferðarformum og lesefni er sett fyrir í einungis um helmingi einstaklingsmeðferða eða 53,1%.

Hlutfall þátttakenda sem töldu tiltekinn



Mynd 1 Samanburður á innihaldi HAM hóp- (n = 17 til 21) og einstaklingsmæðferðar (n = 26 til 32) hjá fólki með endurtekið þunglyndi miðað við síðustu mæðferð sem það fór í (fjöldi þeirra sem veittu upplýsingar um hvern innihaldspátt var breytilegur, sjá töflu í viðauka).

innihaldspátt hafa verið til staðar í síðustu meðferð þeirra var borið saman milli meðferðarformanna tveggja með Kí-kvaðrat-prófi fyrir hvern innihaldspátt. Niðurstöðurnar sýndu að varðandi þá innihaldspætti sem felldir voru undir undirbúning meðferðar sögðu marktækt fleiri í hópmeðferð að kortlagning hefði verið gerð af vanda þeirra ($\chi^2(1) = 7,55$; $p = 0,006$) og að henni hefði verið deilt með sér ($\chi^2(1) = 7,20$; $p = 0,007$). Ekki reyndist vera marktækur munur þegar kom að fræðslu um þunglyndi eða upplýsingum um meðferð. Varðandi skipulag marktækt voru fleiri sem töldu dagskrá hafa verið setta í upphafi hvers tíma í hópmeðferð ($\chi^2(1) = 11,68$; $p = 0,001$). Ekki var munur á svörum þátttakenda eftir meðferðarformum þegar spurt var hvort farið hafi verið yfir heimaverkefni í tímum. Ekki reyndist heldur vera marktækur munur á svörum þátttakenda eftir meðferðarformi hvað varðar viðfangsefni meðferðar og notkun heimaverkefna, eftir að leiðrétt hafði verið fyrir fjölda samanburða (sjá niðurstöður allra prófa fyrir hvern innihaldspátt í töflu í viðauka).

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að lengd og form HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur farið í íslensku viki í sumum tilvikum frá því sem klínískar leiðbeiningar kveða á um. Rúmlega tveir þriðju þátttakenda með reynslu af HAM fengu einstaklingsmeðferð. Sé aftur á móti miðað við alla sem tóku þátt í rannsókninni er það ekki nema um þriðjungur. Einstaklingsmeðferð var einnig tiltölulega stutt, eða 9 meðferðartímar að meðaltali. Meðallengd hópmeðferðar var um 7 tímar sem er styttra en erlendar leiðbeiningar kveða á um (NICE, 2009). Hjá einungis fimm aðilum var einstaklingsmeðferð 15 skipti eða lengri í samræmi við klínískar leiðbeiningar og um helmingur þátttakenda hafði lagt að baki meðferð sem var styttri en átta tímar. Þéttni einstaklingsmeðferðar var sjaldan meiri en einu sinni í viku og í um þriðjungu tilvika var hún veitt aðra hverja viku. Til samanburðar felur forskrift Becks í sér 15 til 25 meðferðartíma þar sem fyrstu fjórar vikurnar er ráðlagt að hafa meðferðina tvisvar í viku sé um miðlungs til

alvarlegt þunglyndi að ræða (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995). Klínískar leiðbeiningar um meðferð fólks með endurtekið þunglyndi kveða á um að veita skuli meðferð sem er sambærileg að umfangi (NICE, 2009).

Rétt er þó að nefna að samkvæmt íslenskum leiðbeiningum getur verið rétt að beita sex skipta blandaðri hópmeðferð við þunglyndis- og kvíða-einkennum sé vandinn vægur til miðlungs alvarlegur (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016). Ekki er sagt hvort það sé viðeigandi ef um endurtekinn þunglyndisvanda er að ræða. Hér víkja íslenskar leiðbeiningar frá þeim erlendu (NICE, 2009). Það er skoðun höfunda þessarar greinar að ekki eigi að mæta endurteknum þunglyndisvanda með almennu og stuttu hópmeðferðarúrreði nema því aðeins að um væg þunglyndiseinkenni sé að ræða og að meðferðin beinist að þunglyndi sérstaklega. Höfundar telja að endurskoða skuli þessi tilmæli í íslensku leiðbeiningunum ásamt því að gera skýrar hvernig haga eigi meðferð við endurteknum veikindum. Endurtekið þunglyndi er alvarlegur og þrálátur vandi þar sem líkur á þunglyndislotu aukast með hverri nýrri lotu (Bircusa og Iacono, 2007; Moffitt o.fl., 2010; Ragnar P. Ólafsson, 2020). Einkennaleifar við lok meðferðar eru einn áreiðanlegasti forspárþátturinn um endurkomu nýrrar lotu (Bockting o.fl., 2015). Því er mikilvægt að sálfræðimeðferð sé nægilega löng til að ná fram fullri rénun einkenna og að lengd meðferðar sé ákveðin út frá því. Það getur aukið lífsgæði og lagt grunn að langvarandi bata.

Kostnaður ræður líklega talsverðu um hversu umfangsmikla HAM-meðferð er hægt að veita fullorðnu fólki með þunglyndi. Kostnaður við meðferð á stofum sjálfstætt starfandi sálfræðinga er ekki niðurgreiddur af sjúkratryggingum enn sem komið er (<https://www.sjukra.is/heilbrigd-isthjonusta/salfrædithjonusta-vid-born/>) og því getur HAM, sambærileg þeirri meðferð sem veitt er í árangursrannsóknunum, verið kostnaðarsöm. Slíkur kostnaður getur verið hindrun og getur sú hindrun verið óyffirstíganleg mörgum, sér í lagi þeim efnaminni og ungu fólki. Sálfræðimeðferð er veitt í auknum mæli á heilsugæslustöðvum en stöðugildi sálfræðinga eru enn fá og svigrúm fyrir vikið minna til að veita einstaklingsmiðaða

meðferð. Hópmeðferð getur hentað þegar vandi er vægur til miðlungs alvarlegur (NICE, 2009). Hins vegar er það varhugavert ef fólki sem endurtekið lendir í vanda vegna þunglyndis stendur aðeins hópmeðferð til boða. Hópmeðferð er yfirleitt tiltölulega stutt, eða innan við tíu tímar, og ekki hægt að sníða hana að þörfum hvers og eins, sem er mikilvægt að reynt sé þegar um jafn alvarlegan vanda er að ræða og endurtekið þunglyndi. Mikilvægt er að þunglyndissaga fólks sé skoðuð gaumgæfilega þegar vandi er greindur og metinn í upphafi því að þannig fást upplýsingar um líkur á endurkomu þunglyndis sem hafa þarf í huga við ákvörðun um meðferð og þörf á áframhaldandi eftirfylgd (Ragnar P. Ólafsson, 2020). Hugsanlegt er að ítarlegt mat á þunglyndissögu fái minna vægi en það ætti að fá þegar tími er knappur eða kostnaður mikill. Meðferð sem er ekki í samræmi við eðli og umfang vanda fólks er ólíkleg til að skila þeim árangri sem gæti náðst (sjá t.d. Bockting o.fl., 2015). Vel er hugsanlegt að slíkt geti haft þær afleiðingar að vilji fólks til að leita sér aftur aðstoðar minnkar ef það telur að það fái ekki bót meina sinna í sálfræðimeðferð sem sögð er hvað árangursríkust. Að veita takmarkaða meðferð getur verið kostnaðarsamara fyrir samfélagið þegar til lengdar lætur.

Erlendar rannsóknir sýna að líklega fær minnihluti fólks með geðrænan vanda meðferð og er sú meðferð oft stutt (Hansen o.fl., 2002; Kazdin, 2017; Puyat o.fl., 2016; Shafran o.fl., 2009; Thornicroft o.fl., 2017). Rannsóknir sýna líka að tiltölulega fáir fá gagnreynda meðferð sem klínískar leiðbeiningar kveða á um, jafnvel rétt um 5% (Layard og Clark, 2014). Miðað við þetta þá er bilið mikið á milli þess árangurs sem HAM-meðferð við þunglyndi getur skilað og því sem raunverulega næst með henni þar sem þjónustan fer fram. Í þessari rannsókn var innihald síðustu HAM-meðferðar mismunandi eftir meðferðarformi en einnig milli einstaklinga innan hvors meðferðarforms fyrir sig. Fáir töldu að vandi þeirra hefði verið kortlagður í hópmeðferð og þótt tæplega þrír af hverjum fjórum teldu að það hefði verið gert í einstaklingsmeðferð var kortlagningu sjaldnar deilt með skjólstæðingi, eða í um helmingi meðferða. Kortlagning er

mikilvæg í HAM og ekki síður að henni sé deilt og hún rædd við skjólstæðing til að efla áhuga og sameiginlegan skilning á eðli vanda og meðferðarmarkmiðum. Slík vinnubrögð ýta undir samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðings sem er grunnur að árangursríkri meðferð (J. Beck, 1995). Rannsóknir sýna m.a. að færni og öryggi meðferðaraðila í að kortleggja vanda skjólstæðinga með þunglyndi geta skýrt umtalsverðan hluta lækkunar sem verður í mælingum á þunglyndiseinkennum á meðan HAM-meðferð stendur (Easden og Fletchers, 2020) en sýna einnig að gæði kortlagninga eru misjöfn og að hluta til háð klínískri reynslu og þjálfun (Kuyken o.fl., 2005). Íslenskar rannsóknir sína að sálfræðingar hér á landi telja kortlagningu vera mjög mikilvægan hluta meðferðar (María Guðmundsdóttir, 2019). Líklega er kortlagning enn mikilvægari þegar kemur að því að velja markmið meðferðar þegar meðferðartími er stuttur og forgangsraða þarf verkefnum.

Þótt kostnaðarsjónarmið skipti líklega talsverðu máli við útfærslu á eðli og umfangi sálfræðimeðferðar hafa aðrir þættir líka áhrif. Samkvæmt Shafran og félögum (2009) benda erlendar rannsóknir til að það sé oft skoðun meðferðaraðila að niðurstöður árangursrannsókna þar sem handbókarmeðferð hefur verið beitt, eigi ekki við um meðferð á vettvangi vegna þess að fyrrnefndu rannsóknirnar séu gerðar í stöðluðum aðstæðum og einsleitari sjúklingahópum heldur en sálfræðingar sjá í sínum daglega starfi. Meðferðaraðilar telja einnig að almennir eða ósértækir þættir tengdir meðferðaraðila og meðferðarsambandinu séu þeir þættir sem skipti mestu varðandi árangur frekar en meðferðin sjálf. Meðferðaraðilar hafi oft þá skoðun að meðferð samkvæmt handbók sé takmarkandi og ósveigjanleg og þess vegna árangursminni í náttúrulegum aðstæðum. Samkvæmt Shafran og félögum (2009) eru þessi rök að hluta til byggð á misskilningi. Að minnsta kosti réttlæta þau ekki að handbókardrifinni meðferð sé hafnað. Til dæmis eru vísbendingar um að sambærilegum árangri og næst í árangursrannsóknum megi ná með handbókarmiðaðri HAM í náttúrulegum aðstæðum (t.d. Gibbons o.fl., 2010; Minami o.fl., 2008; Peeters o.fl., 2012). Þó er mikilvægt að

til séu sveigjanlegir meðferðarvísar. Almennari inngríp, sem eru ekki bundin við einn skilgreindan vanda heldur flokk vandamála (sk. „transdiagnostic“ meðferð), hafa einnig rutt sér til rúms að undanfögnu. Slík inngríp eru þó auðvitað líka handbókardrifin. Líklegt er að menntun og þjálfun sálfræðinga skipti miklu um það hvernig meðferðarvísar og handbækur eru notaðir í daglegu klínísku starfi.

Mikilvægt er að hafa helstu takmarkanir þessarar rannsóknar í huga þegar niðurstöðurnar eru metnar. Rannsóknin beindist að HAM fyrir fullorðna en ekki börn og unglinga. Þátttakendur höfðu endurtekna þunglyndissögu og þeir brugðust við auglýsingum í fjölmiðlum og samfélagsmiðlum eða ábendingum starfsfólks á heilsugæslustöðvum og höfðu samband við rannsakendur með hugsanlega þátttöku í forvarnarmeðferð við endurteknu þunglyndi í huga. Um hentugleikaúrtak er því að ræða með konum í miklum meirihluta. Fólk með virkan áfengis- eða vímuefnavanda var útilokað frá þátttöku auk fólks með geðhvarfasjúkdóm eða geðrofsjúkdóm. Þátttakendur þurftu líka að hafa sögu um minnst þrjár þunglyndislotur og máttu ekki vera í yfirstandandi lotu eða virkri HAM-meðferð. Því er óljóst hversu lýsandi niðurstöðurnar eru fyrir karla, fólk með færri þunglyndislotur að baki og annan vanda sem var útilokaður í þessari rannsókn. Einnig er mikilvægt að hafa í huga að meðferðarsaga fólks var metin með viðtali sem búið var að hluta til fyrir þessa rannsókn og prófræðilegir eiginleikar þess því óþekktir. Í viðtalinu er aðeins tekið mið af því hvort tilteknir þættir hafi verið til skoðunar í meðferðinni eða ekki en ekki hvernig meðferðin var útfærð að öðru leyti eða hversu vel það var gert. Ekki var spurt út í meðferðarsambandið, til dæmis hvort samband meðferðaraðila og skjólstæðings hafi haft á sér yfirbragð jafnræðis og samvinnu í því að kanna sannleiksgildi hugsana og viðhorfa (e. collaborative empiricism) eða hvort sókratískri samtaltækni hafi verið beitt. Þessa þætti er þó erfitt að meta nema út frá upptökum af meðferðarviðtölum. Innihald HAM-meðferðar sem skjólstæðingar hafa fengið hefur ekki verið rannsakað áður hér á landi. Þó er mikilvægt að hafa í huga að

frásögn skjólstæðinga er sýn þeirra sjálfra á það sem fram fer í meðferð og ekki víst að hún sé sú sama og sýn sálfræðings. Skekkjur eru líklega í mati beggja aðila. Mat skjólstæðings byggir á minningum og skilningi á meðferðinni og getur litast af ávinningnum sem meðferðin hefur skilað viðkomandi eða hversu langt er liðið frá meðferð. Mat sálfræðinga á sínu eigin klínísku starfi er líklega almenns eðlis og endurspeglar ef til vill líka væntingar um árangur og eigin hugmyndir um fagmennsku. Rannsóknir hér á landi þurfa að beinast að báðum þessum þáttum og er þessi rannsókn skref í þá átt. Að lokum þarf að hafa í huga að HAM-meðferð sem var metin gat verið hluti af heildstæðari stuðningi sem viðkomandi fékk samhliða og var ekki metinn í þessari rannsókn þótt upplýsingum hafi verið aflað um eðli og inntak lyfjameðferðar við þunglyndi. Alvarleiki fyrri þunglyndislotu var ekki metinn að öðru leyti en því að gengið var úr skugga um að um afmarkaða þunglyndislotu væri að ræða sem hafði hamlandi áhrif á daglegt líf.

Þrátt fyrir að þessi atriði takmarki alhæfingargildi niðurstöðnanna teljum við að upplýsingarnar sem fást með rannsókninni séu mikilvægar. Niðurstöðurnar sýna að umfang HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi fær vikur talsvert frá því sem klínískar leiðbeiningar kveða á um ásamt því að innihald meðferðar getur verið mismunandi. Niðurstöðurnar undirstrika meðal annars mikilvægi þess að bæta aðgengi fólks að gagnreyndri HAM-meðferð. Efla þarf skilning stjórnenda á mikilvægi þess að meðferðin sé veitt eins og hún getur gagnast best. Samhliða því þarf að huga að menntun, endurmenntun, þjálfun og handleiðslu sálfræðinga til að efla þekkingu þeirra og færni sem er undirstaða faglegra vinnubragða. Niðurgreiðsla sjúkratrygginga á sálfræðimeðferð getur verið liður í þessu en dugar ekki ein og sér. Með bættu aðgengi fólks að HAM og þjálfun fagfólks í að veita hana í þeirri mynd sem hún hefur sannað gildi sitt er hægt að bæta lífsgæði fólks með þunglyndi, draga úr samfélagslegum kostnaði og byrði sem þessi algengi og oft þráláti vandi hefur í för með sér.

What's in a name?

Comparing the length and content of group and individual CBT that people with recurrent depression have received

According to clinical-guidelines, cognitive-behavioural therapy (CBT) is recommended as a first line psychological treatment for people with major depression. Although efficacy of CBT for depression is well supported and effectiveness studies indicate that comparable outcomes may be obtained in natural settings, the way CBT is delivered in natural settings has been a neglected topic in research. The objective of the present study was to explore treatment length and content of CBT in a group of people with recurrent depression that were taking part in a research project on preventive treatment for recurrent depression in Iceland. Participants' treatment history was assessed in a treatment history interview focusing on CBT and pharmacological treatment for depression. Of the initial participant pool, 53 formerly depressed participants (Mean age 35.2 years, Sd = 10.0), including 45 females, reported a history of either group CBT or individual CBT for their depression. Results showed that the last CBT completed was short, with a mean of 7 sessions for group CBT ($n = 21$) and 9 sessions for individual CBT ($n = 32$). CBT was frequently delivered once per week (both formats) and every other week (individual format). Content comparisons revealed some differences between the two formats in the 14 key features of CBT that were assessed, that is constructing case-conceptualization, case-conceptualization shared with patient and agenda setting, while the formats were comparable in content regarding others, including working with thoughts, behaviours and emotions, cognitive restructuring and activity-monitoring. The results of the study indicate that CBT for depression that people with recurrent depression receive in Iceland may in some cases be suboptimal and deviates from clinical guidelines and the protocol that has gained support in randomized controlled trials. Content of CBT delivered differed by treatment format. Access to empirically supported forms of CBT needs to be improved in Iceland by integrating it into the standard mental health care system to make it available to those in need. The results also suggest that more attention should be given to training of psychologists in CBT and the implementation of the treatment in the natural setting to maximize the effectiveness that CBT may have for people suffering from depression.

Keywords: cognitive-behavioural therapy, depression, application, clinical setting, clinical guidelines.

Heimildir

- Agnes S. Agnarsdóttir, Ásdís Eyþórsdóttir, Emil Einarsson, Guðbjörg Daníelsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Katrín Sverrisdóttir, Pétur Tyrfinngsson, Sólveig E. Jónsdóttir, Þórey E. Heiðarsdóttir, Jón F. Sigurðsson, Þórgunnur Ársælsdóttir og Halldóra Ólafsdóttir. (2016). *Klínískar leiðbeiningar um þunglyndi*. Landspítalinn. Sótt þann 6.9.2021 https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/thunglyndi-og-kvidi/clin_leidb_%c3%beunglyndi.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fjórða og endurbætt textaútgáfa). Höfundur.
- Aron E. Sigurðarson, Sindri Lárusson, Ástrós Elma Sigmarsdóttir, Hrafnkatla Agnarsdóttir og Guðmundur Skarphéðinsson (2019). Notkun berskjöldunar meðal sálfræðinga á Íslandi fyrir börn með áráttu- og þráhyggjuröskun. *Sálfræðiritið*, 24, 63–72.
- Ástrós E. Sigmarsdóttir, Hrafnkatla Agnarsdóttir, Aron Eydal Sigurðarson, Sindri Lárusson og Guðmundur Skarphéðinsson (2019). Berskjöldun fyrir börn með kvíðaraskanir: Könnun meðal íslenskra sálfræðinga um notkun berskjöldunar í meðhöndlun kvíðaraskana hjá börnum og unglingum. *Sálfræðiritið*, 24, 73–83.
- Baldur H. Sigurðsson (2008). *Samanburður á tveimur stöðluðum geðgreiningarviðtölum og tveimur sjálfsmatskvörðum: MINI, CIDI, PHQ og DASS* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. Í P.M. Salkovskis (ritstjóri), *Frontiers of cognitive therapy* (bls. 1–25). Guilford Press.
- Beck, A. T. og Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. og Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bockting, C. L. H., Smid, N. H., Koeter, M. W. J., Spinhoven, P., Beck, A. T. og Schene, A. H. (2015). Enduring effects of preventive cognitive therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.048>

- Burcusa, S. L. og Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Búi B. Aðalsteinsson (2011). *Störf sálfræðinga á Íslandi* (óbirt BS-ritgerð). Háskóli Íslands.
- Cowdrey, N. D. og Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorder? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.009>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Berking, M., Bockting, C. L. H. og Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy?: A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, e002542. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. og van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A. og Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. og Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z. og Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. Í K. S. Dobson (ritstjóri), *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (bls. 349–392). : Guilford Press.
- Easden, M. H. og Fletchers, R. B. (2020). Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychotherapy Research*, 30(2), 151–169. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1540895>
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.030>
- Hafrún Kristjánsdóttir, Þóra Sigfríður Einarsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson. (2016). Getum við hjálpað fólki og sparað fjármuni með auknu aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð? *Sálfræðiritið*, 20–21, 93–102.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. og Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Hjartarson, K. H., Snorrason, Í., Bringmann, L.B. og Ólafsson, R. P. (2021 June 13). Automaticity as a vulnerability: Daily mood-reactive rumination and early-life stress in people with- and without depression history. Daily mood fluctuations activate habitual rumination as a function of maltreatment during childhood and adolescence: Results from an experience sampling study by formerly depressed patients (handrit í ritrýningu).
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 7–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.004>
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
- Kristbjörg Þórisdóttir (2011). *The relevance of emotional disorders in primary care in Iceland: A survey among patients and general practitioners* (óbirt meistara-ritgerð). Aarhus University.
- Kristjánsdóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P. M., Ólason, D. T., Sigurðsson, E., Evans, C., Gylfadóttir, E. D. og Sigurðsson, J. F. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Icelandic version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, its transdiagnostic utility and cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/cpp.1874>
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M. og Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1187–1201. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.007>
- Layard, R. og Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713>
- Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*, 97(11), 613–619. <https://doi.org/10.17992/ibl.2011.11.398>

- María Guðmundsdóttir (2019). *CBT formulation in practice: A survey amongst Icelandic psychologists* (óþirt meisttararitgerð). Háskólinn í Reykjavík.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E. G., Brown, G. S. og Kircher, J. C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 116–124. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.116>
- NICE. (2009). Depression in adults: Recognition and management. Höfundur. Sótt þann 26. apríl 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Recommendations>
- Ólfson, M. og Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848–856. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.81>
- Ólafsson, R. P. (2018, 19. febrúar). ISRCTN registry [vefur]. BMC. ISRCTN92714827, The Icelandic depression vulnerability and mindfulness study: A randomized controlled trial. Sótt þann 12. október 2021 <https://www.isrctn.com/ISRCTN92714827>
- Ólafsson, R. P., Guðmundsdóttir, S., Björnsdóttir, T.D. og Snorrason, Í. (2020). A test of the habit-goal framework of depressive rumination and its relevance to cognitive reactivity. *Behavior Therapy*, 51(3), 474–487. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.005>
- Peeters, F., Huibers, M., Roelofs, J., van Breukelen, G., Hollon, S. D., Markowitz, J. C., van Os, J. og Arntz, A. (2013). The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders*, 145, 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.022>
- Persons, J. (2008). *A case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
- Puyat, J. H., Kazanjian, A., Goldner, E. M. og Wong, H. (2016). How often do individuals with major depression receive minimally adequate treatment? A population-based, data linkage study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(7), 394–404. <https://doi.org/10.1177/0706743716640288>
- Ragnar P. Ólafsson (2020). Endurtekið þunglyndi: Hvað einkennir það og hversu árangursrík er meðferð og forvörn gegn því? *Sálfræðiritið*, 25, 7–23.
- Ragnar P. Ólafsson, Anna G. Guðmundsdóttir, Ívar Snorrason, Halldór Jónsson og Kristján H. Hjartarson (2021). Hvernig meðferð er veitt við endurteknu þunglyndi á Íslandi?: Samanburður á lyfjameðferð og hugrænni atferlismeðferð [handrit í undirbúningi].
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Shafraan, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M. Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J. M. G. og Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(119), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. og Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Spokas, M. E., Rodebaugh, T. L. og Heimberg, R. G. (2008). Treatment outcome research. Í D. McKay (ritstjóri), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (bls. 513–530). Sage.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. og Salkovskis, P. M. (2007). 'Contents may vary': A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 273–282. <https://doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). *How mental illness looses out in the NHS*. Centre for Economic Performance, LSE.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., K., ... Kessler, R. C.. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119–24. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. og Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 688–701. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.688>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silvertown, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D. og Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

Viðauki

Tafla V.1 Samanburður á innihaldi HAM hóp- (n = 17 til 21) og einstaklingsmeðferðar (n = 26 til 32) hjá fólki með endurtekið þunglyndi miðað við síðustu meðferð sem það fór í.

	Hópmeðferð			Einstaklingsmeðferð			Samanburður
	Fjöldi svara	Fjöldi Já	Hlutfall (%)	Fjöldi svara	Fjöldi Já	Hlutfall (%)	Kí-kvaðrat-próf
Kortlagning vanda	21	7	33,3	29	21	72,4	$\chi^2 = 7,55$; p = 0,006
Kortlagningu deilt með skjólstæðingi	21	4	19,0	26	15	57,7	$\chi^2 = 7,20$; p = 0,007
Fræðsla um þunglyndi	19	15	79,0	27	17	63,0	$\chi^2 = 1,35$; p = 0,246
Upplýsingar um meðferðina	21	20	95,2	32	25	78,1	$\chi^2 = 2,90$; p = 0,089
Dagskrá sett í upphafi tíma	21	19	90,5	26	11	42,3	$\chi^2 = 11,68$; p = 0,001
Unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga	20	18	90,0	30	30	100,0	$\chi^2 = 3,13$; p = 0,077
Unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga	21	20	100,0	29	26	89,7	$\chi^2 = 2,20$; p = 0,138
Hugrænt endurmat	19	17	89,5	31	26	83,9	$\chi^2 = 0,31$; p = 0,579
Atferlismarkun	19	17	89,5	28	21	75,0	$\chi^2 = 1,53$; p = 0,216
Heimaverkefni – Lesefni	21	20	95,2	32	17	53,1	$\chi^2 = 10,67$; p = 0,001
Heimaverkefni – Virkniskráning	21	18	85,7	32	19	59,4	$\chi^2 = 4,17$; p = 0,041
Heimaverkefni – Vikuáætlun	21	8	38,1	32	12	37,5	$\chi^2 = 0,002$; p = 0,965
Heimaverkefni – Hugsanaskráning	21	20	95,2	32	24	75,0	$\chi^2 = 3,68$; p = 0,055
Heimaverkefni yfirfarið í tíma	17	16	94,1	28	22	78,6	$\chi^2 = 1,95$; p = 0,163

Tafla V. 2 Spurningar úr meðferðarsöguviðtali um innihald síðustu HAM-meðferðar.

Innihaldspáttur	Spurning
Kortlagning vanda	<i>Var gerð kortlagning eða einstaklingsbundin skilgreining (case conceptualization) á þínum vanda þar sem vanlíðan þín eða vandi var settur í samhengi við fyrri sögu þína, núverandi aðstæður, hugsanir þínar, skoðanir eða viðhorf og eigin hegðun?</i>
Kortlagningu deilt með skjólstæðingi	<i>Var þessari skilgreiningu deilt með þér, það er, fór meðferðaraðili yfir hana með þér, t.d. á blaði eða á töflu?</i>
Fræðsla um þunglyndi	<i>Fékkstu fræðslu um þunglyndi?</i>
Upplýsingar um meðferðina	<i>Fékkstu upplýsingar um í hverju meðferðin fælist og til hvers væri ætlast af þér í henni?</i>
Dagskrá sett í upphafi tíma	<i>Var yfirleitt sett dagskrá í upphafi hvers meðferðartíma, það er, var rætt í byrjun hvers tíma hvað yrði tekið fyrir?</i>
Unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga	<i>Var unnið sérstaklega með tengsl hugsana, aðstæðna og tilfinninga þannig að skoðað var hvaða hugsanir tengdust líðan þinni og aðstæðum hverju sinni?</i>
Unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga	<i>Var unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga þannig að skoðað var hvernig vanlíðan getur haft áhrif á hegðun og virkni en einnig hvernig virkni getur haft áhrif á líðan?</i>
Hugrænt endurmat	<i>Var unnið með hugsanir og viðhorf með því að skrá það niður, skoða sannleiksgildi þeirra og skora þær á hólmi (finna rök með og á móti)?</i>
Atferlismarkun	<i>Var unnið með hegðun þannig að reynt var að auka virkni og ánægjulegar athafnir?</i>
Heimaverkefni – Lesefni	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Lesefni (t.d. um þunglyndi eða meðferðina)?</i>
Heimaverkefni – Virkniskráning	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika)– Virkniskráning (skráningarblöð notuð yfir virkni eða daglega hegðun)?</i>
Heimaverkefni – Vikuáætlun	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Vikuáætlun (skráningarblöð notuð til að auka virkni og ánægjulegar athafnir)?</i>
Heimaverkefni – Hugsanaskráning	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Hugsanaskrá (skráningarblöð notuð yfir hugsanir, líðan og hegðun)?</i>
Heimaverkefni yfirfarið í tíma	<i>Var farið yfir (heima)verkefni í meðferðartímum og unnið með það þar?</i>

Tengsl óreiðu í heimilislífi og skjátíma við hegðunarvanda leikskólabarna

Liina Björg Laas Sigurðardóttir, Anna Sigríður Jóhannsdóttir og Urður Njarðvík
Háskóli Íslands

Rannsóknir hafa sýnt að breytur tengdar heimilisumhverfi barna geta haft neikvæð áhrif á þroska og hegðun barna á leikskólaaldri, m.a. skjánotkun og óreiða í heimilislífi (sjá t.d. Evans, 2006; Parkes o.fl., 2013). Tilgangur þessarar rannsóknar var að athuga tengsl hegðunarvanda hjá íslenskum leikskólabörnum við óreiðu í heimilislífi og skjátíma. Þátttakendur voru foreldrar 822 barna (4-6 ára; 410 drengir og 411 stúlkur) af öllu landinu sem svöruðu *Spurningum um styrk og vanda* (SDQ) og *Spurningalista um óreiðu* (CHAOS), auk spurninga um skjátíma og bakgrunnsbreytur. Niðurstöður sýndu að 7,7% barnanna mældust yfir klínískum mörkum fyrir hegðunarvanda og reyndist ekki marktækur munur milli kynja. Skjátími barnanna var að meðaltali ein klukkustund á dag á virkum dögum en tvær um helgar. Óreiða var marktækt meiri í heimilislífi barna með hegðunarvanda ($U = 31130,5$, $p < 0,01$), en ekki reyndist munur á skjátíma hópanna. Þrepaskipt marghliða aðfallsgreining sýndi að hjúskaparstaða foreldra, kyn barns og fjöldi barna á heimili hafði marktæk heildaráhrif á hegðunarvanda en skýrihlutfall var lítið ($F(3,807) = 3,66$, $p < 0,05$; $R^2 = 0,01$). Þegar óreiðu í heimilislífi var bætt við líkanið jókst skýrihlutfall líkansins upp í 11% ($R^2 = 0,11$). Í annarri aðfallsgreiningu voru marktæk heildaráhrif þegar skjátíma var bætt við bakgrunnsbreyturnar ($F(4,806) = 3,82$, $p < 0,05$; $R^2 = 0,02$). Í þriðju aðfallsgreiningunni sýndu niðurstöður hins vegar að þegar stjórnað var fyrir áhrifum óreiðu og bakgrunnsbreytanna spáði skjátími ekki lengur fyrir um hegðunarvanda. Niðurstöður benda til þess að óreiða í heimilislífi hafi sterkari tengsl við hegðunarvanda íslenskra leikskólabarna en skjátími.

Efnisorð: hegðunarvandi, börn, leikskóli, óreiða í heimilislífi, skjátími.

Hegðunarvandi er ein algengasta ástæða þess að börnum er vísað til fagfólks innan geðheilbrigðisþjónustunnar (McMahon og Frick, 2019). Á leikskólaaldri sýna flest börn af og til einkenni hegðunarvanda og er það sjaldnast áhyggjuefni þar sem slík hegðun getur talist eðlileg á þessu þroskastigi (Bongers o.fl., 2003; Lochman o.fl., 2008; Wakschlag o.fl., 2007). Hluti leikskólabarna sýnir þó mikinn hegðunarvanda sem viðhelst með aldrinum og spáir fyrir um annars konar vanda seinna, þar á meðal afbrotahegðun, vímuefnaneyslu og brottfall úr skóla (Boylan o.fl., 2017; Campbell o.fl., 2010; Côté o.fl., 2006). Jafnframt eru börn sem sýna hegðunarvanda á leikskólaárunum líklegri til þess að uppfylla greiningarskilmærki raskana á borð við hegðunarröskun, mótþráðþrjóskuröskun og athyglisbrest með ofvirkni á grunnskólaaldri og snemma á unglingarárum (Emond o.fl., 2007;

Harvey o.fl., 2009). Ásamt því að eiga á hættu að þróa með sér alvarlegri vanda síðar meir benda rannsóknir til þess að börn með hegðunarvanda eigi erfiðar uppdráttar strax í leikskóla (Keane og Calkins, 2004; Winsler og Wallace, 2002). Hegðunarvandinn hefur áhrif á félagslega hæfni og frammistöðu barnanna í leikskólanum en hegðun þeirra leiðir til þess að þau lenda oft í árekstrum í samskiptum sínum við foreldra, jafnaldra, kennara og aðra í kringum sig (Kimonis o.fl., 2014; Wood o.fl., 2009).

Liina Björg Laas Sigurðardóttir er með BS-gráðu í sálfræði frá Sálfræðideild Háskóla Íslands og stundar nú framhaldsnám í þroskasálfræði. Anna Sigríður Jóhannsdóttir er með BS.-gráðu í sálfræði frá Sálfræðideild Háskóla Íslands og stundar nú nám í læknisfræði við sama skóla. Urður Njarðvík, Ph.D., er prófessor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Urðar Njarðvík, prófessors við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýja Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: urdu@hi.is.

Í ljósi þessara neikvæðu afleiðinga hafa rannsóknir í auknum mæli beinst að því að auka skilning á þróun hegðunarvanda ungra barna, áhrifaþáttum og því sem viðheldur vandanum (Berkovits o.fl., 2010). Meðal áhættuþátta má nefna erfiða skapgerð (Frick og Morris, 2004; Gartstein o.fl., 2012; Janson og Mathiesen, 2008) og kyn barns en drengir eru líklegri en stúlkur til að sýna erfiða hegðun (Côté o.fl., 2006; Kaiser o.fl., 2000; Kupersmidt o.fl., 2000; Miner og Clarke-Stewart, 2008). Þá hafa ýmsir fjölskylduþættir sýnt tengsl við hegðunarvanda, þar á meðal fjölskyldusaga um geðræna kvilla (Shaw o.fl., 2005), álag á fjölskyldunni (Barry o.fl., 2005; Campbell o.fl., 2000; Huaqing Qi og Kaiser, 2003; Mackler o.fl., 2015) og það að alast upp hjá einstæðu foreldri (Campbell o.fl., 2010) eða í fátaekt (Côté o.fl., 2006; Kupersmidt o.fl., 2000). Rannsóknir hafa einnig athugað heimilisumhverfið sem umhverfi sem getur annað hvort stuðlað að eða hindrað farsælan þroska barna (Evans, 2006). Slíkar rannsóknir hafa skoðað efnislega þætti heimilisumhverfisins líkt og hvaða hlutir eru til á heimilinu en líka óefnislega þætti á borð við umhverfishljóð sem einkenna heimilið (Corapci og Wachs, 2002).

Óreiða (e. *chaos*) er einn slíkra óefnislegra þátta sem talinn er hafa neikvæð áhrif á þroska barna á ýmsum sviðum (Marsh o.fl., 2020). Hún hefur verið skilgreind sem ringulreið innan heimilis sem einkennist meðal annars af hávaða, þrengslum (e. *crowding*), óskipulagi, tímaþröng og skorti á rútínum (Dumas o.fl., 2005; Evans, 2006; Marsh o.fl., 2020; Matheny o.fl., 1995). Á heimilum þar sem mikil óreiða ríkir er lítil regla í samskiptum og erfitt er að einbeita sér. Óreiða hefur tengsl við lága þjóðfélagsstöðu (Evans o.fl., 2005) en niðurstöður rannsókna hafa þó sýnt að óreiða er sjálfstæður áhrifaþáttur sem veitir forspá um þroska barna umfram þjóðfélagsstöðu fjölskyldunnar (Dumas o.fl., 2005; Shamama-tus-Sabah o.fl., 2011). Þar sem óreiðukennd heimili geta einkennst af stöðugum hávaða er talið að börn í slíkum aðstæðum þrói með sér aðferðir til að síá út óæskileg og truflandi áreiti í umhverfinu (Coldwell o.fl., 2006). Áhrif óreiðu á þroska barna stafa þannig mögulega af því að börnin síá einnig út önnur

jákvæð áreiti sem kunna að vera mikilvæg fyrir þroska þeirra (Evans o.fl., 1991).

Rannsóknir á áhrifum óreiðu hafa leitt í ljós að óreiða spáir fyrir um slakari hugræna getu og málþroska (Corapci og Wachs, 2002; Pike o.fl., 2006) auk verri frammistöðu í skóla (Hanscombe o.fl., 2011). Jafnframt hefur óreiða verið tengd við slakari félags- og tilfinningaþroska (Evans, 2006) og erfiðari skapgerð hjá ungum börnum (Corapci og Wachs, 2002). Börn sem búa við óreiðukenndar heimilisaðstæður virðast síður hlýða fyrirmælum (Wachs o.fl., 2004), hafa slakari sjálfsstjórn (Evans, 2006) og vera líklegri til að sýna áhættusama hegðun (Corapci og Wachs, 2002). Rannsóknir benda til þess að óreiðu í heimilislífi megi tengja við hegðunarvanda hjá börnum (Coldwell o.fl., 2006; Dumas o.fl., 2005; Jaffee o.fl., 2012; Panico o.fl., 2014; Valiente o.fl., 2007; Volckaert og Noël, 2018) og tengslin virðast vera til staðar hjá börnum á öllum aldri (Dumas o.fl., 2005; Evans o.fl., 2005; Shamama-tus-Sabah o.fl., 2011; Volckaert og Noël, 2018).

Ýmsar skýringar á tengslum óreiðu og hegðunarvanda hafa verið settar fram. Á heimilum sem skortir skipulag og rútínur er ef til vill erfiðara fyrir foreldra að hafa hemil á og stjórna erfiðri hegðun barna (Dumas o.fl., 2005; Vilsaint o.fl., 2013). Óreiðukenndar heimilisaðstæður einkennast af ófyrirsjáanleika sem getur gert það erfitt fyrir börn að læra sambandið á milli orsaka og afleiðinga og því haft áhrif á getu þeirra til að tileinka sér ýmsar reglur (Hur o.fl., 2015). Óreiða hefur verið tengd við slakari sjálfsstjórn og færri áhrifarík bjargráð hjá börnum (Evans, 2006) og getur því mögulega leitt til verri stjórnar á tilfinningum og hegðun (Jaffee o.fl., 2012). Niðurstöður rannsókna virðast styðja þetta en þær hafa gefið til kynna að sjálfsstjórn miðli áhrifum óreiðu á hegðunarvanda leikskólabarna (Hardaway o.fl., 2012). Einnig er mögulegt að samband óreiðu og hegðunarvanda stafi af því að börn sem eru erfið og óhlýðin skapi heimilisaðstæður sem einkennast af óskipulagi og hávaða (Jaffee o.fl., 2012). Niðurstöður fjölda rannsókna virðast þó benda til þess að óreiða í heimilislífi fyrir á ævinni veiti forspá fyrir hegðunarvanda seinna meir (Deater-Deckard o.fl., 2009; Jaffee o.fl., 2012; Pike o.fl., 2006; Supplee o.fl., 2007).

Sýnt hefur verið fram á að óreiða spái fyrir um hegðunarvanda jafnvel þótt búið sé að leiðrétta fyrir mögulegum áhrifaþáttum í fari foreldra. Foreldrar sem búa við óreiðukenndar heimilisaðstæður eru líklegri til að beita óæskilegum uppeldisaðferðum og líkamlegum refsingum og eru ólíklegri til að fylgjast með eða bregðast við þörfum barnsins (Corapci og Wachs, 2002; Pike o.fl., 2006; Wachs, 2000). Heimilisaðstæðurnar trufla mögulega getu foreldra til að hafa auga með og hlusta eftir barninu eða geta skapað streitu sem hefur áhrif á uppeldið (Matheny o.fl., 1995) en óreiða hefur verið tengd við streitu hjá foreldrum (Corapci og Wachs, 2002; Martin o.fl., 2012; Pike o.fl., 2006). Rannsóknir hafa engu að síður sýnt að óreiða ein og sér veitir forspá um hegðun barna óháð áhrifum uppeldisaðferða foreldra (Coldwell o.fl., 2006; Marsh o.fl., 2020). Í langtímarannsókn Deater-Deckard og félaga (2009) svöruðu foreldrar spurningalistanum CHAOS sem metur óreiðu í heimilislífi auk þess sem þeir voru beðnir um að meta hegðunarvanda barna sinna. Tengsl óreiðu við hegðunarvanda voru skoðuð þegar búið var að stjórna fyrir þjóðfélagsstöðu og menntun ásamt þáttum í fari foreldra. Niðurstöður þeirra bentu til þess að óreiða í heimilislífi, álag á fjölskyldunni, neikvæðni foreldra og minni hlýja frá þeim hefðu tengsl við hegðunarvanda barna. Í rannsókninni kom engu að síður fram að þegar stjórnað hafði verið fyrir þessum þáttum þá spáði óreiða fyrir um núverandi hegðunarvanda barna og hegðunarvanda þeirra tveimur árum seinna. Niðurstöður þessara rannsókna, ásamt því að óreiða í heimilislífi virðist vera stöðug yfir tíma (Deater-Deckard o.fl., 2009), benda því til þess að óreiða sé sjálfstæður áhrifaþáttur fyrir hegðunarvanda barna sem mikilvægt er að skoða.

Eins og komið hefur fram einkennist óreiðukennt heimilislíf af hávaða, tímaþröng og óskipulagi (Dumas o.fl., 2005; Evans, 2006; Marsh o.fl., 2020; Matheny o.fl., 1995). Á slíkum heimilum virðast síður skapast rútínur í kringum þætti eins og skjánotkun barna en rannsóknir benda til þess að börn sem búa við mikla óreiðu verji meiri tíma fyrir framan skjáinn (Emond o.fl., 2018). Í rannsókn Martin og félaga (2012) voru skoðuð tengsl einstakra þátta sem einkenna óreiðukennd heimili við hegðun barna en í ljós

kom að sjónvarpsnotkun á heimilinu var eini þátturinn sem sýndi samband við ýgi. Sjónvarpið hefur jafnan verið skjátækið sem ung börn nota mest en skjánotkun barna hefur tekið miklum breytingum síðustu ár og notkun snjallsíma einna helst aukist á kostnað annarra skjátækja (Rideout, 2017). Miklar framfarir hafa orðið í þróun skjátækja á stuttum tíma og eru snjalltæki nú til á flestum heimilum (Kabali o.fl., 2015; Rideout, 2017). Í bandarískri rannsókn kom fram að snjallsímar voru til á 95% heimila fjölskyldna barna á aldrinum 0 til 8 ára (Rideout, 2017) og rannsókn á skjánotkun íslenskra barna árið 2017 sýndi að 71% barna á aldrinum 2 til 4 ára notar spjaldtölvu en 92% barna á aldrinum 5 til 8 ára (Steingerður Ólafsdóttir, 2017). Sífellt algengara er að ung börn eigi sitt eigið snjalltæki (Rideout, 2017) og að foreldrar og börn sitji þá hvert í sínu tæki í stað þess að deila þeim (Domoff o.fl., 2018). Í ljósi aukinnar notkunar hafa stofnanir á borð við Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina (World Health Organization, WHO) og Bandarísku barnalæknasamtökin (American Academy of Pediatrics, AAP) gefið út viðmið þar sem mælt er með því að leikskólabörn eyði að meðaltali ekki meira en klukkustund á dag fyrir framan skjá (Reid Chassiakos o.fl., 2016; World Health Organization, 2019). Rannsóknir benda aftur á móti til þess að skjáttími barna á aldrinum 3 til 5 ára sé að meðaltali um tvær klukkustundir á dag (Downing o.fl., 2017; Määttä o.fl., 2017).

Þar sem skjánotkun barna virðist vera umfram það sem ráðlagt er hafa rannsóknir beinst að áhrifum þessarar notkunar á börn og fjölskyldur þeirra. Flestar rannsóknir á skjánotkun barna og afleiðingum hennar hafa verið gerðar á grunnskólabörnum og þar af leiðandi er minna vitað um skjánotkun leikskólabarna (Tamana o.fl., 2019). Aukning í skjánotkun hefur þó einna helst átt sér stað hjá þessum aldurshópi. Könnun á skjánotkun barna í Bandaríkjunum sýndi að á einungis tveimur árum, frá 2011 til 2013, jókst hlutfall barna á aldrinum 2 til 4 ára sem notuðu snjalltæki frá 38% upp í 80% (Rideout, 2017). Að auki hafa rannsóknir gefið til kynna að því fyrr sem barn kemst í kynni við skjátæki því meiri líkur eru á að skjánotkun verði of mikil síðar meir (Kaur o.fl., 2019). Rannsóknir hafa bent til þess

að óhófleg skjánotkun snemma í barnæsku geti haft áhrif á heilsu og þroska barna. Í ljós hafa komið tengsl skjátíma við þætti á borð við offitu (Cox o.fl., 2012), óreglulegan svefn (Thompson og Christakis, 2005) og slakari hugræna getu (Zimmerman og Christakis, 2005).

Niðurstöður rannsókna á tengslum skjátíma og hegðunar barna hafa reynst óljósari (Stiglic og Viner, 2019; Tremblay o.fl., 2011). Margar rannsóknir hafa skoðað áhrif skjátækja, einkum sjónvarps og tölvuleikja, á árásgjarna hegðun, sem og vandræðahegðun barna og unglunga. Slíkar rannsóknir hafa þó gjarnan frekar beinst að innihaldi efnisins heldur en skjátíma og skoðað þá áhrif ofbeldisfulls efnis á hegðunarvanda barna (Thakkar o.fl., 2006). Minna hefur verið um rannsóknir á því hvort almenn skjánotkun hafi áhrif á hegðunarvanda. Niðurstöður nokkurra rannsókna á tengslum hegðunarvanda leikskólabarna og skjátíma virðast þó benda til þess að aukinn skjátími geti spáð fyrir um hegðunarvanda seinna meir (McNeill o.fl., 2019; Parkes o.fl., 2013; Verlinden o.fl., 2012). Rannsókn Wu og félaga frá 2016 á börnum á aldrinum 3 til 6 ára sýndi til að mynda að börn sem eyddu meira en tveimur tímum á dag fyrir framan skjá voru líklegri til að sýna merki um hegðunarvanda, félagsvanda, tilfinningavanda og athyglisbrest.

Skjátími hefur mögulega neikvæð áhrif á hegðun barna því að hann kemur í stað mikilvægra athafna (t.d. lestur og leikur með foreldrum) sem auka sjálfsstjórn, samkennd og hæfni í félagslegum samskiptum (Radesky o.fl., 2015). Slök færni í þessum þáttum hefur verið tengd við hegðunarvanda barna (Eisenberg o.fl., 2010; Hill o.fl., 2006; Trentacosta og Shaw, 2009). Að sama skapi benda rannsóknir til þess að svefn sé annar mikilvægur þáttur sem óhóflegur skjátími geti haft neikvæð áhrif á. Of mikill skjátími getur raskað svefnmynstri barna og orðið til þess að þau sofni minna (Hale og Guan, 2015; Strasburger, 2011; Zimmerman, 2008). Litill svefn hefur verið tengdur við hegðunarvanda leikskólabarna (Scharf o.fl., 2013; Sivertsen o.fl., 2015) og þá hafa rannsóknir bent til þess að aukinn skjátími hafi tengsl við svefntruflanir sem hafa síðan tengsl við aukinn hegðunarvanda (Parent o.fl., 2016). Niðurstöður rannsókna Guerrero og

félaga frá 2019 styðja við þetta en þær sýndu að aukinn skjátími hafði tengsl við aukinn hegðunarvanda hjá börnum en svefn var miðlunarbreyta. Sambandið á milli hegðunarvanda og skjátíma gæti á hinn bóginn einnig verkað í hina áttina, þ.e. að börn með hegðunarvanda noti skjátæki meira en önnur börn (Verlinden o.fl., 2012). Þá er mögulegt að aukin skjánotkun stafi af því að foreldrar sem eiga börn með hegðunarvanda grípi oftar til þess að nota skjátæki til að halda börnunum góðum (Radesky o.fl., 2015; Verlinden o.fl., 2012). Algengt er að foreldrar noti skjátæki til að róa börn niður eða halda þeim uppteknum til dæmis meðan á bílferð stendur eða á veitingastöðum (Radesky o.fl., 2014). Þótt það virki til skamms tíma er mögulegt að það hafi áhrif á þróun sjálfsstjórnar sem er mikilvæg fyrir hegðun ungra barna (Radesky o.fl., 2015).

Þrátt fyrir að margt bendi til þess að það séu tengsl á milli hegðunarvanda og skjátíma hafa þó ekki allar rannsóknir stutt við það (Stiglic og Viner, 2019). Rannsókn Tansriratanawong og félaga (2017) á 2 til 5 ára börnum skoðaði tengsl skjátíma við hegðunarvanda en niðurstöður hennar gáfu ekki til kynna að börn sem eyddu meiri tíma fyrir framan skjá sýndu fleiri einkenni hegðunarvanda. Einnig eru ekki allir á einu máli um að sambandið á milli skjátíma og neikvæðra áhrifa sé línulegt, að lengri skjátími leiði til aukinna neikvæðra afleiðinga. Því hefur verið haldið fram að skjánotkun í hófi hafi engin eða jafnvel jákvæð áhrif á börn og að neikvæðra áhrifa gæti einungis þegar skjánotkunin er orðin óhófleg (Ferguson, 2017; Przybylski og Weinstein, 2017). Líklegt er að sambandið á milli breytanna sé flókið og að áhrif skjánotkunar fari eftir ýmsum þáttum á borð við eðli og tímasetningu notkunarinnar, innihaldi efnisins og jafnvel skapgerð barnsins (Przybylski og Weinstein, 2017; Radesky o.fl., 2015). Þörf er á fleiri rannsóknum sem skýra tengslin á milli skjánotkunar og hegðunarvanda og einkum meðal yngri barna þar sem aukning á skjánotkun er einna mest (Rideout, 2017).

Markmið þessarar rannsóknar var að athuga samband hegðunarvanda leikskólabarna hjá íslenskum leikskólabörnum við annars vegar óreiðu í heimilislífi þeirra og hins vegar skjátíma. Í ljósi niðurstaðna fyrri erlendra rannsókna

var búist við að börn sem búa við meiri óreiðu myndu sýna fleiri einkenni hegðunarvanda (Deater-Deckard o.fl., 2009; Dumas o.fl., 2005; Panico o.fl., 2014; Valiente o.fl., 2007; Volckaert og Noël, 2018) og að börn sem notuðu skjátæki mikið myndu mælast með fleiri einkenni hegðunarvanda (McNeill o.fl., 2019; Parkes o.fl., 2013; Wu o.fl., 2016).

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru foreldrar/forráðamenn leikskólabarna af öllu landinu sem fædd voru á árunum 2008 og 2009. Börn þátttakenda voru 4 til 6 ára þegar rannsóknin fór fram og kynjahlutfall þeirra var nánast jafnt. Alls tóku 916 manns þátt í upphaflegu rannsókninni en í þessari rannsókn var einungis notast við svör þátttakenda sem svöruðu öllum spurningum CHAOS listans og þess undirvarða spurningalistans SDQ sem metur hegðunarvanda. Að því loknu stóðu eftir 822 manns en nánari upplýsingar um þá má sjá í töflu 1. Ekki var greitt fyrir þátttöku í rannsókninni en þátttakendum var boðið að taka þátt í happdrætti þar sem 20 þátttakendur áttu kost á að vinna gjafakort að andvirði 5000 kr.

Mælitæki

Í rannsókninni voru spurningalistar lagðir fyrir foreldra/forráðamenn. Einkenni hegðunarvanda voru metin með listanum Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*). Þá svöruðu þátttakendur spurningalista um óreiðu í heimilislífi (e. *The Confusion, Hubbub and Order Scale*) og spurt var um skjátíma barnanna og bakgrunn þátttakenda. Unnið var upp úr gögnum úr stærri rannsókn á heilsu og líðan þar sem fleiri spurningalistar voru lagðir fyrir heldur en hér er fjallað um.

Spurningar um styrk og vanda

Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*) er kvarði sem ætlað er að skima eftir hegðunar- og tilfinningavanda 4 til 16 ára barna. Listinn er til í nokkrum útgáfum, þar á meðal foreldra- og kennaralisti.

Kvarðinn, sem inniheldur 25 atriði, telst stuttur miðað við aðra kvarða sem ætlað er að mæla það sama. Atriði kvarðans mynda fimm undirþætti en þeir eru hegðunarvandi, ofvirkni/athyglisbrestur, tilfinningavandi, samskiptavandi og félags hæfni. Fyrstu fjórir þættirnir flokkast sem erfiðleikaþættir en sá síðasti sem styrkleikaþáttur. Hver þáttur inniheldur fimm atriði í formi staðhæfinga um tilfinningar og hegðun barna sem svarendur taka afstöðu til á þriggja punkta kvarða: „Ekki rétt“ (0), „Að nokkru rétt“ (1) og „Örugglega rétt“ (2). Hrástigum fyrir heildarskor á hverjum undirþætti SDQ er gjarnan breytt yfir í staðlað t-gildi með meðaltalið 50 og staðalfráviknið 10. Skor yfir 65 eru talin yfir klínískum mörkum.

Í þessari rannsókn var aðeins notast við svör þátttakenda á þeim undirþætti SDQ sem metur hegðunarvanda. Atriðin sem mynda þáttinn eru tekin upp úr lýsingum DSM-IV á hegðunarröskun og móttþróaprjóscuröskun. Þrjú atriði koma frá greiningarviðmiðum fyrir hegðunarröskun. Það eru atriðin „Flýgst stöðugt á eða leggur önnur börn í einelti“, „Lýgur oft eða svindlar“ og „Stelur heima, í skóla eða annars staðar“. Tvö atriði eiga við um börn með móttþróaprjóscuröskun en þau eru: „Fær oft skapofsaköst eða er uppstökkur“ og „Almennt hlýðin/n, gerir yfirleitt eins og fullorðnir óska“.

Prófræðilegir eiginleikar listans hafa almennt reynst ásætlanlegir og hefur hann verið þýddur yfir á tugi tungumála (Goodman, 2001; Stone o.fl., 2010). Þátttakendur þessarar rannsóknar voru foreldrar/forráðamenn barna á leikskólaaldri en rannsóknir benda til þess að prófræðilegir eiginleikar listans séu viðunandi hjá þessum aldurshópi (Croft o.fl., 2015; Ezpelleta o.fl., 2013; Gustafsson o.fl., 2016). Notast var við íslenska þýðingu á foreldralistanum en áreiðanleiki og réttmæti hennar virðast almennt vera viðunandi (Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008). Í þessu úrtaki var innra samræmi listans viðunandi fyrir heildarlistann ($\alpha=0,73$) en heldur lægra fyrir undirþáttinn hegðunarvanda ($\alpha=0,61$). Báðar niðurstöður eru í góðu samræmi við fyrri rannsóknir á prófræðilegum athugunum listans meðal 5 ára barna á Íslandi (Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008).

Spurningalisti um óreiðu í heimilislífi

Spurningalisti um óreiðu í heimilislífi (e. *The Confusion, Hubbub and Order Scale, CHAOS*) samanstendur af 15 fullyrðingum um óskipulag, hávaða og tímaþröng í heimilisaðstæðum. Þar af eru sjö atriði sem meta rútínu og skipulag heimilisins og átta atriði sem meta ringulreið og skipulagsleysi (Matheny o.fl., 1995). Í þessari rannsókn var notast við útgáfu af listanum þar sem þátttakendur meta hversu vel hvert atriði á við um heimili þeirra á sex punkta Likertkvarta sem nær frá „Mjög sammála“ (1) upp í „Mjög ósammála“ (6). Listinn gefur heildarskor á bilinu 15 til 90 stig þar sem hærra skor gefur til kynna meiri óreiðu í heimilislífinu. Dæmi um fullyrðingar af listanum eru: „Við virðumst alltaf vera að flýta okkur“, „Þú getur ekki heyrt sjálfan þig hugsa heima hjá okkur“ og „Sama hvað fjölskyldan okkar skipuleggur, þá virðist það ekki ganga upp“. Spurningalistinn hefur sýnt fram á góða próffræðilega eiginleika í rannsóknnum (Matheny o.fl., 1995). Í rannsókninni var notast við íslenska þýðingu listans en innri áreiðanleiki listans í þessu úrtaki var metinn með Cronbach's alpha og reyndist ásættanlegur ($\alpha = 0,87$).

Spurningar um skjátíma

Notast var við tvær spurningar til þess að meta skjátíma barnanna. Spurt var „Hversu margar klukkustundir horfir barnið á sjónvarp, er í tölvuleik, í spjaldtölvu (e. ípad) eða öðru slíku?“ annars vegar á virkum degi og hins vegar á dag um helgar. Atriðin eru metin á sex punkta skala með svarmöguleikunum „Aldrei“, „Minna en 1 klst á dag“, „1 klst á dag“, „2 klst á dag“, „3-4 klst á dag“ og „5 klst eða fleiri á dag“.

Bakgrunnsupplýsingar

Þátttakendur voru spurðir um aldur, kyn, hæð, þyngd og heilsufar barnsins síns. Einnig voru þeir spurðir um tengsl við barn, hjúskaparstöðu, búsetu, menntun, atvinnustöðu og fjölda barna á heimilinu.

Framkvæmd

Þessi rannsókn notaðist við fyrirbyggjandi gögn úr stærri rannsókn á heilsu og líðan leikskólabarna. Fengið var leyfi fyrir rannsókninni frá Vísindasiðanefnd (VSNb2014010017/03.07) og

framkvæmd hennar tilkynnt til Persónuverndar. Gagnasöfnun fór fram árið 2014 í 57 leikskólum sem valdir voru með hentugleika af landinu öllu. Spurningalistum var dreift í hólfi barnanna og foreldrar beðnir um að svara og skila spurningalistunum, ásamt eyðublaði með undirrituðu upplýstu samþykki, aftur í leikskólann þar sem rannsakendur söfnuðu þeim saman.

Tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr gögnunum í 26. útgáfu tölfræðiforritsins SPSS (Statistical Package for Social Science). Lýsandi tölfræði var reiknuð fyrir helstu lýðfræðilegu breytur sem tengdust barni og foreldrum. Út frá hráskori fyrir hegðunarfanda á SDQ höfðu áður verið reiknuð stöðluð t-gildi með meðaltalið 50 og staðalfrávik 10. Á undirkvörðum SDQ er miðað við að klínísk mörk séu 65 þannig að stig yfir 65 voru túlkuð sem hegðunarfandi. Fyrir CHAOS var aftur á móti notast við hráskor. Ný breyta fyrir skjátíma á viku hjá barninu var búin til með því að leggja saman stig þátttakenda fyrir skjátíma á virkum dögum og um helgar. Lýsandi tölfræði var reiknuð fyrir breytur og hlutfall barnanna sem skoruðu yfir klínískum mörkum fyrir hegðunarfanda athugað.

Framkvæmdar voru tvær þrepaskiptar marghliða aðfallsgreiningar til að meta tengsl annars vegar óreiðu í heimilislífi og hins vegar skjátíma við hegðunarfanda þar sem stjórnað var fyrir bakgrunnsbreytunum kyn barns, fjöldi barna á heimili og hjúskaparstaða foreldra. Auk þess var framkvæmd þrepaskipt marghliða aðfallsgreining í þremur þrepum þar sem óreiðu var bætt við bakgrunnsbreytur á öðru þrepi og skjátíma á því þriðja. Börnunum var að lokum skipt í tvo hópa eftir því hvort þau greindust yfir eða undir klínískum mörkum fyrir hegðunarfanda. Meðaltöl hópanna tveggja fyrir skjátíma og óreiðu voru borin saman með Mann-Whitney U-prófi vegna ójafns fjölda barna í hópunum.

Niðurstöður

Helstu bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur rannsóknarinnar má sjá í töflu 1. Þátttakendur voru á aldrinum 22 til 63 ára og meðalaldur þeirra var 35,5 ár ($SD = 5,6$). Meirihluti þátttakenda voru

Tafla 1 Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur

	Fjöldi	Hlutfall (%)
Heildarfjöldi	822	100
Kyn barns	821	100
Karlkyns	410	49,9
Kvenkyns	411	50,1
Tenging við barn	818	100
Móðir	737	90,1
Faðir	74	9
Stjúpmóðir/Stjúpfaðir	4	0,4
Forsjáarmaður	2	0,2
Amma	1	0,1
Upprunaþjóðerni	804	100
Íslenskt	783	97,4
Annað	21	2,6
Búseta	799	100
Höfuðborgarsvæðið	527	66
Þéttbýli annað en Reykjavík	243	30,4
Dreifbýli/sveit	29	3,6
Hjúskaparstaða	819	100
Gift/ur/Sambúð	709	86,6
Einstæð	61	7,4
Fráskilin/n	25	3,1
Í nýju sambandi	23	2,8
Annað	1	0,1
Hæsta menntunarstig	817	100
Grunnskólapróf	94	11,5
Stúdentspróf	103	12,6
Iðnskólapróf	61	7,5
Háskólagráða (BA/BSc)	348	42,6
Meistaragráða (MA/MSc)	157	19,2
Doktorsgráða (PhD)	8	1
Annað	46	5,6

mæður barnanna og að staðaldri bjuggu 2,4 börn á heimilum þeirra. Börn þátttakenda voru á aldrinum 4 til 6 ára og meðalaldur þeirra var 4,7 ár (SF = 0,6).

Þar sem svörum þátttakenda á undirkvarða SDQ fyrir hegðunarvanda var breytt yfir í t-gildi var meðalskor þátttakenda 50 og staðalfrávik 10. Meirihluti barnanna skoraði undir klínískum mörkum fyrir hegðunarvanda en 759 (92,3%)

börn voru undir mörkunum og 63 (7,7%) börn yfir þeim (>65). Meðalskor þátttakenda á CHA-OS listanum var 34,5 (SF = 9,4). Í töflu 2 má sjá hvernig svör þátttakenda við spurningum um skjáttíma barna dreifðust. Skjáttími barnanna var meiri um helgar en á virkum dögum og meðalskor þátttakenda fyrir daglegan skjáttíma yfir vikuna var 7,4 (SF = 1,4).

Tafla 2 Dreifing svara þátttakenda fyrir skjátíma barna

Fjöldi klst. á dag	Virkir dagar		Helgar	
	Fjöldi	Hlutfall (%)	Fjöldi	Hlutfall (%)
Aldrei	5	6	1	0,1
Minna en 1 klst.	197	24	19	2,3
1 klst.	369	44,9	89	10,8
2 klst.	222	27	382	46,5
Meira en 3 klst.	29	3,5	331	40,3

Tafla 3 Fylgni hegðunarvanda, óreiðu, skjátíma og helstu bakgrunnsbreyta

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Hegðunarvandi	1,00	0,00	-0,10**	-0,07	0,30**	0,08*
2. Kyn barns		1,00	0,01	-0,02	0,05	-0,01
3. Sambúð foreldra			1,00	0,13**	0,01	0,01
4. Fjöldi barna á heimili				1,00	0,20**	0,03
5. Óreiða					1,00	0,16**
6. Skjátími						1,00

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Í töflu 3 má sjá fylgni milli hegðunarvanda, óreiðu, skjátíma og þeirra bakgrunnsbreyta sem notaðar voru í aðfallsgreiningu (kyn barns, sambúð foreldra og fjöldi barna á heimili).

Framkvæmdar voru tvær þrepaskiptar marghliða aðfallsgreiningar. Í töflu 4 sjást niðurstöður þeirrar fyrstu þar sem á fyrsta þrepi var hegðunarvandi skýrður út frá bakgrunnsbreytunum kyn barns, hjúskaparstaða og fjöldi barna á heimili og óreiðu var bætt við líkanið á öðru þrepi. Líkanið reyndist marktækt í heildina og skýra mátti 1% af dreifingu hegðunarvanda með þessum bakgrunnsbreytum, $F(3,807) = 3,66$, $p < 0,05$, $R^2 = 0,01$. Hjúskaparstaða foreldra sýndi marktæk tengsl við hegðunarvanda barna en börn þeirra sem voru giftir eða í sambúð skoruðu lægra á hegðunarvanda. Kyn barns og fjöldi barna á heimilinu veittu aftur á móti ekki forspá um hegðunarvanda.

Á öðru þrepi var óreiðu í heimilislífi bætt við líkanið og reyndist það marktækt í heildina, $F(4,806) = 25,66$, $p < 0,01$. Í töflu 4 má sjá að breyturnar hjúskaparstaða, fjöldi barna á heimilinu og óreiða höfðu allar tengsl við hegðunarvanda. Með hverju barni sem bættist við á heimilið lækkaði skor á hegðunarvanda en hækkaði

með aukinni óreiðu. Óreiða veitti mesta forspá um hegðunarvanda en tengslin voru þó nokkuð veik. Skýringarhlutfall líkansins jókst marktækt þegar óreiðu var bætt við og gat líkanið skýrt um 11% af dreifingu hegðunarvanda.

Önnur þrepaskipt marghliða aðfallsgreining var framkvæmd til þess að meta tengsl skjátíma við hegðunarvanda (sjá töflu 5). Sömu bakgrunnsbreytur voru notaðar á fyrsta þrepi og í fyrri aðfallsgreiningunni og því voru niðurstöður þær sömu. Á öðru þrepi var skjátíma bætt við líkanið og reyndist líkanið marktækt í heildina, $F(4,806) = 3,82$, $p < 0,05$. Einungis hjúskaparstaða og skjátími spáðu fyrir um hegðunarvanda en hjúskaparstaða hafði svipuð áhrif og í fyrri aðfallsgreiningunni. Skor á hegðunarvanda hækkuðu þegar skjátími jókst en áhrifin voru þó minni en áhrif hjúskaparstöðu. Þegar skjátíma var bætt við líkanið á öðru þrepi jókst skýringarhlutfallið örlítið en gat þó einungis skýrt 2% af dreifingu hegðunarvanda.

Í framhaldi var ákveðið að skoða nánar áhrif skjátíma og óreiðu og var því fyrsta þrepaskipta marghliða aðfallsgreiningin endurtekin með viðbótarþrepi, þar sem bakgrunnsbreytur voru í líkaninu á fyrsta þrepi, óreiðu var bætt við á öðru

Tafla 4 Niðurstöður þrepaskiptrar marghliða aðfallsgreiningar þar sem hegðunarvandi er skýrður út frá bakgrunnsbreytum, óreiðu og skjátíma

Þrep	Frumbreytur	Hegðunarvandi				
		R^2	ΔR^2	B	Staðalvilla	β
1		0,01				
	Kyn barns			-0,02	0,15	-0,01
	Sambúð foreldra			-2,51**	0,94	-0,10
	Fjöldi barna á heimili			-0,57	0,36	-0,06
2		0,11	0,10***			
	Kyn barns			-0,09	0,14	-0,02
	Sambúð foreldra			-2,39**	0,89	-0,09
	Fjöldi barna á heimili			-1,24***	0,35	-0,12
	Óreiða í heimilislífi			0,31***	0,03	0,32
3		0,11	0,00			
	Kyn barns			-0,09	0,14	0,03
	Sambúð foreldra			-2,40**	0,89	-0,09
	Fjöldi barna á heimili			-1,24***	0,35	-0,12
	Óreiða í heimilislífi			0,31***	0,03	0,32
	Skjátími barns			0,17	0,22	0,03

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ **Tafla 5** Niðurstöður þrepaskiptrar marghliða aðfallsgreiningar þar sem hegðunarvandi er skýrður út frá bakgrunnsbreytum og skjátíma

Þrep	Frumbreytur	Hegðunarvandi				
		R^2	ΔR^2	B	Staðalvilla	β
1		0,01				
	Kyn barns			-0,02	0,15	-0,01
	Sambúð foreldra			-2,51**	0,94	-0,10
	Fjöldi barna á heimili			-0,57	0,36	-0,06
2		0,02	0,01*			
	Kyn barns			-0,02	0,15	0,07
	Sambúð foreldra			-2,53**	0,94	-0,10
	Fjöldi barna á heimili			-0,59	0,36	-0,06
	Skjátími barns			0,47*	0,23	0,07

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

og loks skjátíma á því þriðja. Niðurstöður fyrsta og annars þreps voru þær sömu og áður en þegar búið var að leiðrétta fyrir áhrifum bakgrunnsbreytnanna og óreiðu á þriðja þrepi veitti skjátími ekki lengur forspá um hegðunarvanda (sjá töflu 4). Einu breytturnar sem höfðu áhrif voru óreiða, hjúskaparstaða og fjöldi barna og áhrif þeirra

breyttust ekki frá öðru þrepi. Líkanið í heildina var marktækt og gat skýrt um 11% af dreifingu hegðunarvanda, $F(5,805) = 20,64$, $p < 0,01$.

Þátttakendum var loks skipt í tvennt eftir því hvort börn þeirra voru yfir eða undir klínískum mörkum fyrir hegðunarvanda. Óreiða var marktækt meiri hjá börnunum sem voru yfir

klínískum mörkum heldur en hjá þeim sem voru undir mörkunum, $U = 31130,5$, $p < 0,01$. Börn undir mörkunum fengu að meðaltali 34,0 (SF= 9,2) stig á CHAOS listanum en hjá börnum yfir mörkunum var meðaltalið 39,6 (SF= 10,9). Það reyndist hvorki vera munur á meðaltölum hópanna tveggja fyrir daglegan skjátíma á viku né þegar skjátími var aðgreindur í virka daga og helgar. Báðir hóparnir fengu að meðaltali 7,4 stig af 12 stigum fyrir daglegan skjátíma á viku en að meðaltali 3,1 stig af 6 mögulegum fyrir virka daga og 4,3 stig fyrir helgar.

Umræða

Markmið þessarar rannsóknar var að skima fyrir einkennum hegðunarvanda meðal íslenskra leikskólabarna og athuga hvort tengsl væru við óreiðu í heimilislífi þeirra og skjátíma. Fyrri rannsóknir hafa bent til þess að óreiða og óhófleg skjánotkun séu mögulegir áhrifaþættir fyrir hegðunarvanda barna en báðir þættir hafa verið lítið rannsakaðir hér á landi. Erlendar rannsóknir hafa gefið til kynna að aukin óreiða í heimilislífi spái fyrir um hegðunarvanda (Coldwell o.fl., 2006; Dumas o.fl., 2005; Jaffe o.fl., 2012; Panico o.fl., 2014; Volckaert og Noël, 2018) en rannsóknir á tengslum skjátíma og hegðunarvanda hafa gefið óljósari niðurstöður. Vísbendingar eru þó um að aukinn skjátími hafi tengsl við hegðunarvanda barna (McNeill o.fl., 2019; Parkes o.fl., 2013; Wu o.fl., 2016).

Meirihluti barnanna var undir klínískum viðmiðum fyrir hegðunarvanda en einungis 7,7% barnanna skimuðust yfir klínískum mörkum. Rannsóknir hér á landi og annars staðar á Norðurlöndum hafa sýnt að grunntíðni mótþróaþrjóscuröskunar meðal leikskólabarna er um 2-3% í almennu þýði (Gudmundsson o.fl., 2012; Wichstrøm o.fl., 2011). Hærra hlutfall barna fékkst því í þessari rannsókn en það má skýra með því að skimað var fyrir almennum einkennum hegðunarvanda en ekki miðað við greiningu. Engin klínísk viðmið eru til fyrir óreiðu í heimilislífi en niðurstöður rannsóknarinnar gáfu til kynna að almennt ríki ekki mikil óreiða í heimilislífi fólks. Börnin vörðu að meðaltali um klukkustund á dag fyrir framan skjá á

virikum dögum en um tvo tíma á dag um helgar. Skjátími barnanna um helgar var því almennt umfram það sem ráðlagt er fyrir þennan aldurshóp en samkvæmt viðmiðum ætti skjátími leikskólabarna ekki að vera meiri en klukkustund á dag (WHO, 2019).

Þegar áhrif bakgrunnsbreytna voru athuguð reyndist kyn barnsins ekki veita forspá um hegðunarvanda en fyrri rannsóknir hafa almennt sýnt að drengir séu líklegri en stúlkur til þess að sýna hegðunarvanda á þessum aldri (Côté o.fl., 2006; Kaiser o.fl., 2000; Kupersmidt o.fl., 2000; Miner og Clarke-Stewart, 2008). Sumar rannsóknir hafa þó bent til þess að kynjamunur á hegðunarvanda komi ekki fram fyrir en eftir 6 ára aldur (Loeber o.fl., 2000). Þegar áhrif hjúskaparstöðu voru skoðuð komu í ljós tengsl við hegðunarvanda barna. Þá voru foreldrar sem voru ekki giftir eða í sambúð líklegri til þess að eiga börn sem sýna fleiri einkenni hegðunarvanda en það samræmist niðurstöðum fyrri rannsókna (Campbell o.fl., 2010). Fjöldi barna á heimilinu spáði einungis fyrir um hegðunarvanda þegar búið var að leiðrétta fyrir áhrifum óreiðu. Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl óreiðu við aukinn fjölda systkina (Corapci og Wachs, 2002) en gefið óljósar niðurstöður varðandi tengsl fjölda systkina og hegðunarvanda þar sem það virðist skipta máli hvort systkinin séu yngri eða eldri (Mesman o.fl., 2009).

Í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna var búist við því að börn með meiri hegðunarvanda byggju við meiri óreiðu (Deater-Deckard o.fl., 2009; Dumas o.fl., 2005; Jaffee o.fl., 2012; Volckaert og Noël, 2018). Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að óreiða hafði tengsl við aukinn hegðunarvanda jafnvel þótt búið væri að stjórna fyrir áhrifum bakgrunnsbreytna eins og kyns barns, hjúskaparstöðu foreldra og fjölda barna á heimilinu. Óreiða í heimilislífi gat ásamt bakgrunnsbreytum skýrt um 11% af dreifingu hegðunarvanda sem samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna. Niðurstöðurnar styðja einnig við fyrri rannsóknir sem sýna að óreiða í heimilislífi er sjálfstæður þáttur sem spáir fyrir um hegðunarvanda þegar búið er að leiðrétta fyrir áhrifum annarra þátta (Coldwell o.fl., 2006; Deater-Deckard o.fl., 2009). Þegar þátttakendum var

skipt í hópa eftir því hvort börn þeirra skimuðust yfir eða undir klínískum viðmiðum fyrir hegðunarvanda kom í ljós að óreiða var marktækt meiri í heimilislífi barna sem voru yfir klínísku mörkunum. Niðurstöður samanburðarins styðja því einnig við það að aukin óreiða í heimilislífi virðist haldast í hendur við hegðunarvanda barna á þessum aldri (Dumas o.fl., 2005; Volckaert og Noël, 2018).

Þar sem rannsóknin er þversniðsrannsókn er þó ekki hægt að segja til um í hvora áttina sambandið virkar. Þegar hegðun barna er krefjandi gæti reynst erfiðara að viðhalda rútínu á heimilinu og aðstæður einkennast þá af óskipulagi og hávaða (Jaffee o.fl., 2012). Á hinn bóginn gæti ringulreið á heimilum ýtt undir hegðunarvanda barna. Erlendar langtímarannsóknir hafa þó gefið vísbendingar um að sambandið sé í þá átt að óreiða hafi áhrif á hegðunarvanda (Deater-Deckard o.fl., 2009; Jaffee o.fl., 2012; Pike o.fl., 2006). Hugsanlega er hægt að hafa áhrif á hegðunarvanda með því að draga úr óreiðu í heimilislífi. Óreiða hefur meðal annars verið skilgreind sem skortur á rútínum (Coldwell o.fl., 2006; Deater-Deckard o.fl., 2009) og rútínur á heimilum hafa verið tengdar við minni hegðunarvanda barna (Bater og Jordan, 2017). Nýlegar rannsóknir hafa einnig bent til þess að notkun rútína gæti verið hagkvæm leið til þess að draga úr hegðunarvanda barna sem alast upp á óreiðukenndum heimilum (Larsen og Jordan, 2019).

Búið var við því að aukinn skjátími hefði tengsl við aukin einkenni hegðunarvanda í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna (McNeill o.fl., 2019; Parkes o.fl., 2013; Wu o.fl., 2016). Í ljós komu veik tengsl á milli hegðunarvanda og aukins skjátíma þegar stjórnað hafði verið fyrir áhrifum bakgrunnsbreytna. Þetta er í samræmi við fyrri rannsóknir sem hafa sýnt fram á veik tengsl þarna á milli (McNeill o.fl., 2019; Parkes o.fl., 2013). Þar að auki kom ekki fram munur á hópunum þegar skjátími barna sem náðu klínískum mörkum hegðunarvanda var borinn saman við skjátíma barna sem skimuðust ekki með hegðunarvanda. Niðurstöður samanburðarins styðja því við niðurstöður aðfallsgreiningarinnar um að það séu ekki sterk bein tengsl á milli skjátíma og hegðunarvanda barna.

Þegar leiðrétt var fyrir áhrifum óreiðu kom í ljós að skjátími spáði ekki fyrir um hegðunarvanda. Niðurstöðurnar undirstrika því enn frekar að það virðast ekki vera sterk bein tengsl á milli skjátíma og hegðunarvanda en að óreiða veiti aftur á móti forspá um hegðun barna. Fyrri rannsóknir hafa gefið til kynna mögulegt samband á milli skjátíma og óreiðu en rannsókn Emond og félaga (2018) sýndi tengsl á milli aukinnar óreiðu og vikulegrar skjánotkunar bandarískra leikskólabarna. Þar kom fram að börn sem bjuggu við mestu óreiðuna eyddu að meðaltali 14 fleiri tímum á viku fyrir framan skjá en börn á heimilum með minnstu óreiðuna. Foreldrar á óreiðukenndum heimilum eru ef til vill síður líklegir til að ná að fylgjast með og takmarka skjánotkun barna sinna. Einnig gæti verið að börn á slíkum heimilum leiti frekar í skjátæki vegna óreiðu og hávaðans á heimilinu eða að foreldrar sem búa við mikla óreiðu séu líklegri til að nota skjátæki til að halda barninu uppteknu (Emond o.fl., 2018).

Óháð því hvort óreiða skýri möguleg tengsl skjátíma við hegðunarvanda þá virðast niðurstöður rannsóknarinnar renna stöðum undir fyrri rannsóknir sem hafa bent til þess að skjánotkun ein og sér sé ekki skaðleg heldur kunni aðrir þættir að koma við sögu sem hafa áhrif á sambandið. Samband skjátíma og hegðunarvanda er líklegast flókið og er gjarnan einfaldað í rannsóknum (Przybylski og Weinstein, 2017). Þá hefur verið bent á að þörf sé á að taka þætti á borð við aðstæður skjánotkunarinnar eða innihald efnisins með í reikninginn (Stiglic og Viner, 2019) auk þess sem mögulega er um óbeint samband að ræða þar sem svefn miðlar áhrifum skjátíma á hegðunarvanda (Guerrero o.fl., 2019; Parent o.fl., 2016). Sumar rannsóknir hafa þar að auki gefið til kynna að samband skjátíma og hegðunarvanda sé ekki línulegt og að skjátími geti í vissum aðstæðum eða magni jafnvel haft jákvæð áhrif á börn (Przybylski og Weinstein, 2017). Þörf er því á frekari rannsóknum til að skýra betur samband skjánotkunar og hegðunarvanda.

Einn helsti annmarki rannsóknarinnar lýtur að því að ekki er hægt að fullyrða um orsakasamband í tengslum óreiðu og hegðunarvanda þar sem um er að ræða þversniðsrannsókn. Mat

á hegðunarvanda var einnig einungis byggt á svörum foreldra en rannsóknir hafa sýnt að þættir á borð við þunglyndi foreldra geti haft áhrif á hvernig þeir meta hegðunarvanda barna (De Los Reyes og Kazdin, 2005). Því hefði mátt stjórna fyrir slíkum þáttum auk þess sem hægt hefði verið að safna svörum leikskólastarfsmanna til viðbótar við svör foreldra þar sem munur getur verið á mati foreldra og kennara á hegðunarvanda barna (Korsch og Petermann, 2014; Strickland o.fl., 2012; Winsler og Wallace, 2002). Einnig er bent á að áreiðanleiki þess undirkrvarða SDQ sem notaður var til að meta hegðunarvanda er lágur fyrir þennan aldurshóp og mikilvægt að hafa það í huga við túlkun niðurstæðna. Til að meta óreiðu var notast við íslenska útgáfu CHAOS listans en próffræðilegir eiginleikar hennar hafa ekki verið athugaðir. Þörf er á frekari rannsóknnum á eiginleikum íslensku þýðingarinnar en innri áreiðanleiki listans í þessu úrtaki var þó metinn og reyndist góður. Í rannsókninni var skjátími metinn með því að spyrja foreldra út í almenna lengd skjánotkunar barnsins annars vegar á virkum dögum og hins vegar um helgar. Það telst kostur að tímasetning notkunarinnar hafi verið aðgreind á þann hátt, þar sem rannsóknir hafa gefið til kynna að mismunandi áhrifa skjátíma gætir fyrir virka daga og helgar (Przybylski og Weinstein, 2017). Spurningarnar hefðu engu að síður mátt vera ítarlegri. Fyrri rannsóknir hafa bent til þess að samband skjátíma og hegðunarvanda sé flókið og að fleiri þættir hafi mögulega áhrif á sambandið (Przybylski og Weinstein, 2017; Stiglic og Viner, 2019). Því hefðu spurningarnar mátt spyrja út í fleiri atriði, til að mynda hvers konar skjátæki barnið notaði, hvort foreldri notaði tækið með barninu og undir hvaða kringumstæðum barnið notaði tækið.

Styrkleiki rannsóknarinnar felst einna helst í því hve lýsandi úrtakið var. Úrtakið var stórt, 822 þátttakendur, og náði rannsóknin bæði til dreifbýlis og þéttbýlis en algengt er að rannsóknir af þessu tagi á Íslandi séu einungis gerðar í þéttbýli. Annar styrkleiki rannsóknarinnar er að kynjahlutfall barnanna var nánast jafnt, en rannsóknir hafa sýnt að það geti haft áhrif á hegðunarvanda (Côté o.fl., 2006; Kaiser o.fl.,

2000; Kupersmidt o.fl., 2000; Miner og Clarke-Stewart, 2008). Úrtakið var þar að auki úr almennu þýði en algengt er að sambærilegar rannsóknir notist við klínískt úrtak barna.

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu fram á jákvæð tengsl óreiðu í heimilislífi við hegðunarvanda íslenskra leikskólabarna og styðja þar með við fyrri erlendar rannsóknir (Deater-Deckard o.fl., 2009; Dumas o.fl., 2005; Jaffee o.fl., 2012; Panico o.fl., 2014; Volckaert og Noël, 2018). Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu ekki fram á sterk tengsl milli skjátíma og hegðunarvanda barna en þar sem sjö ár eru liðin síðan að gögnunum var safnað er mögulegt að sterkari áhrif fengjust ef rannsóknin væri endurtekin. Útbreiðsla og notkun skjátækja hefur aukist og breyst á síðustu árum, einkum meðal aldurshópsins sem skoðaður var í þessari rannsókn (Rideout, 2017). Mikilvægt er að auka skilning á áhættuþáttum hegðunarvanda þessa aldurshóps svo að hægt sé að bregðast við vandanum og grípa snemma inn í. Æskilegt væri því að kanna nánar áhrif notkunar skjátækja meðal leikskólabarna og athuga fleira heldur en einungis fjölda klukkustunda fyrir framan skjá þar sem sambandið virðist flókið (Przybylski og Weinstein, 2017; Stiglic og Viner, 2019). Athyglisverðast við niðurstöður þessarar rannsóknar voru þó tengsl skjátíma við óreiðu í heimilislífi því þegar stjórnað var fyrir áhrifum óreiðu kom í ljós að skjátími spáði ekki fyrir um hegðunarvanda. Niðurstöðurnar benda því enn frekar til þess að ekki séu sterk bein tengsl á milli skjátíma og hegðunarvanda en að óreiða í heimilislífi veiti hins vegar forspá um hegðun barna. Þessar upplýsingar mætti hugsanlega nýta í ráðgjöf til foreldra sem hafa áhyggjur af skjátíma barna sinna í tengslum við hegðunarvanda. Næstu skref í rannsóknnum gætu því falið í sér að athuga hvort unnt sé að hafa áhrif á óreiðu með inngripum og ef svo er, hvort breyting á óreiðu leiði mögulega til minni hegðunarvanda barna.

Household chaos and screen time in relation to behavior problems in preschoolers

Research has shown that variables related to children's home environment can negatively affect development and behavior of pre-school age children, i.e. screen time and household chaos (e.g. Evans, 2006; Parkes et al., 2013). The purpose of this study was to assess the relationship between behavior problems, screen time and household chaos among Icelandic preschoolers. Participants were parents of 822 children (aged 4-6 years; 410 boys and 411 girls) from all over the country, who answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Chaos, Hubbub, and Order Scale (CHAOS), as well as questions about screen time and background variables. Results showed that 7.7% of the children scored above the clinical cut-off for behavior problems and there was no significant gender difference. The children's screen time was on average one hour on weekdays and two hours on weekends. There was significantly more chaos in the homes of children with behavior problems ($U=31130$, 5, $p<0,01$), but no significant difference in screen time. A hierarchical multiple regression showed that marital status, child gender and number of children in the home had significant main effect on behavior problems but explained only a small proportion of the variance ($F(3,807)=3,66$, $p<0,05$; $R^2=0,01$). When household chaos was added to the model the proportion of explained variance increased to 11% ($R^2=0,11$). In another regression a significant main effect was found when screen time was added to the same background variables ($F(4,806)=3,82$, $p<0,05$; $R^2=0,02$). However, results from a third regression analysis showed that when controlling for household chaos and the background variables, screen time no longer predicted behavior problems. Results indicate that household chaos has a stronger relation to behavior problems of pre-school aged children than screen time.

Key words: behavior problem, pre-school, children, household chaos, screen time.

Liina Björg Laas Sigurðardóttir has a B.Sc. in psychology from the Faculty of Psychology, University of Iceland and is a graduate student in developmental psychology. Anna Sigríður Jóhannsdóttir has a B.Sc. in psychology from the Faculty of Psychology, University of Iceland and is currently studying medicine at the same university. Urður Njarðvík is a Professor at the Faculty of Psychology, University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Urður Njarðvík, Professor, Faculty of Psychology, University of Iceland, Nýi garður, Sæmundargata 12, 102 Reykjavík. E-mail: urdurn@hi.is.

Heimildir

- Barry, T. D., Dunlap, S. T., Cotten, S. J., Lochman, J. E. og Wells, K. C. (2005). The Influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 265–273. <https://doi.org/10.1097/00004583-200503000-00011>
- Bater, L.R. og Jordan, S.S. (2017). Child routines and self-regulation serially mediate parenting practices and externalizing problems in preschool children. *Child Youth Care Forum*, 46, 243–259. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9377-7>
- Berkovits, M. D., O'Brien, K. A., Carter, C. G. og Eyberg, S. M. (2010). Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of parent-child interaction therapy. *Behavior Therapy*, 41(3), 375–387. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.002>
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van der Ende, J. og Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179–192. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.112.2.179>
- Boylan, K., Rowe, R., Duku, E., Waldman, I., Stepp, S., Hipwell, A. og Burke, J. (2017). Longitudinal profiles of girls' irritable, defiant and antagonistic oppositional symptoms: Evidence for group based differences in symptom severity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1133–1145. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0231-z>
- Campbell, S. B., Shaw, D. og Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12(3), 467–88. <https://doi.org/10.1017/s0954579400003114>
- Campbell, S. B., Spieker, S., Vandergrift, N., Belsky, J. og Burchinal, M. (2010). Predictors and sequelae of trajectories of physical aggression in school-age boys and girls. *Development and Psychopathology*, 22(1), 133–150. <https://doi.org/10.1017/s0954579409990319>
- Coldwell, J., Pike, A. og Dunn, J. (2006). Household chaos - links with parenting and child behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1116–1122. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01655.x>
- Côté, S., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S. og Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 68–82. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9001-z>

- Corapci, F. og Wachs, T. D. (2002). Does parental mood or efficacy mediate the influence of environmental chaos upon parenting behavior? *Merrill-Palmer Quarterly*, 48(2), 182–201. <https://doi.org/10.1353/mpq.2002.0006>
- Cox, R., Skouteris, H., Rutherford, L., Fuller-Tyszkiewicz, M., Dell' Aquilla, D. og Hardy, L. L. (2012). Television viewing, television content, food intake, physical activity and body mass index: A cross-sectional study of preschool children aged 2-6 years. *Health Promotion Journal of Australia*, 23(1), 58–62. <https://doi.org/10.1071/he12058>
- Croft, S., Stride, C., Maughan, B. og Rowe, R. (2015). Validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics*, 135(5), e1210–1219. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2920>
- Deater-Deckard, K., Mullineaux, P. Y., Beekman, C., Petrill, S. A., Schatschneider, C. og Thompson, L. A. (2009). Conduct problems, IQ, and household chaos: A longitudinal multi-informant study. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1301–1308. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02108.x>
- De Los Reyes, A. og Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- Domoff, S. E., Radesky, J. S., Harrison, K., Riley, H., Lumeng, J. C. og Miller, A. L. (2018). A naturalistic study of child and family screen media and mobile device use. *Journal of Child and Family Studies*, 28(2), 401–410. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10826-018-1275-1>
- Downing, K. L., Hinkley, T., Salmon, J., Hnatiuk, J. A. og Hesketh, K. D. (2017). Do the correlates of screen time and sedentary time differ in preschool children? *BMC Public Health*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4195-x>
- Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J. og Levine, D. W. (2005). Home chaos: Sociodemographic, parenting, interactional, and child correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 93–104. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_9
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. og Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 495–525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Emond, A., Ormel, J., Veenstra, R. og Oldehinkel, A. J. (2007). Preschool behavioral and social-cognitive problems as predictors of (pre)adolescent disruptive behavior. *Child Psychiatry and Human Development*, 38, 221–236.
- Emond, J. A., Tantum, L. K., Gilbert-Diamond, D., Kim, S. J., Lansigan, R. K. og Neelon, S. B. (2018). Household chaos and screen media use among preschool-aged children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18, 1210. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6113-2>
- Evans, G. (2006). Child development and the physical environment. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 423–451. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190057>
- Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gentile, L. og Salpekar, N. (2005). The role of chaos and poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychological Science*, 16(7), 560–565. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01575.x>
- Evans, G. W., Klierer, W. og Martin, J. (1991). The role of the physical environment in the health and well-being of children. Í H. E. Schroeder (ritstj.), *New directions in health psychology assessment* (bls. 127–157). Hemisphere Publishing Corp.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E. og Domenech, J. M. (2013). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (3–4) in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 282–291. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.009>
- Ferguson, C. J. (2017). Everything in moderation: Moderate use of screens unassociated with child behavior problems. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 797–805. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9486-3>
- Frick, P. J. og Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 54–68. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_6
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P. og Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 197–211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

- Gudmundsson, O. O., Magnusson, P., Saemundsen, E., Lauth, B., Baldursson, G., Skarphedinnsson, G. og Fombonne, E. (2013). Psychiatric disorders in an urban sample of preschool children. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 210-217. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00675.x>
- Guðmundur Skarphéðinnsson og Páll Magnússon. (2008). *Spurningar um styrk og vanda: Strengths and difficulties Questionnaire: Handbók*. Atorka.
- Guerrero, M. D., Barnes, J. D., Chaput, J. P. og Tremblay, M. S. (2019). Screen time and problem behaviors in children: Exploring the mediating role of sleep duration. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0862-x>
- Gustafsson, B. M., Gustafsson, P. A. og Proczkowska-Bjorklund, M. (2016). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for preschool children: A Swedish validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(8), 567-574. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1184309>
- Hale, L. og Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007>
- Hanscombe, K. B., Haworth, C. M. A., Davis, O. S. P., Jaffee, S. R. og Plomin, R. (2011). Chaotic homes and school achievement: A twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1212–1220. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02421.x>
- Hardaway, C. R., Wilson, M. N., Shaw, D. S. og Dishion, T. J. (2012). Family functioning and externalizing behaviour among low-income children: Self-regulation as a mediator. *Infant and Child Development*, 21, 67–84. <https://doi.org/10.1002/icd.765>
- Harvey, E. A., Youngwirth, S. D., Thakar, D. A. og Errazuriz, P. A. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 349-354. <https://doi.org/10.1037/a0014638>
- Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D. og Keane, S. P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. *Developmental Psychology*, 42(5), 913-928. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.913>
- Huaqing Qi, C. og Kaiser, A. P. (2003). Behavior problems of preschool children from low-income families: Review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 188-216. <https://doi.org/10.1177/02711214030230040201>
- Hur, E., Buettner, C. K. og Jeon, L. (2015). Parental depressive symptoms and children's school-readiness: The indirect effect of household chaos. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3462-3473. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0147-1>
- Jaffee, S. R., Hanscombe, K. B., Haworth, C. M. A., Davis, O. S. P. og Plomin, R. (2012). Chaotic homes and children's disruptive behavior. *Psychological Science*, 23(6), 643–650. <https://doi.org/10.1177/0956797611431693>
- Janson, H. og Mathiesen, K. S. (2008). Temperament profiles from infancy to middle childhood: Development and associations with behavior problems. *Developmental Psychology*, 44(5), 1314–1328. <https://doi.org/10.1037/a0012713>
- Kabali, H. K., Irigoyen, M. M., Nunez-Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P. og Bonner, R. L. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*, 136(6), 1044–1050. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2151>
- Kaiser, A. P., Hancock, T. B., Cai, X., Michael, E. og Hester, P. P. (2000). Parent-reported behavioral problems and language delays in boys and girls enrolled in Head Start classrooms. *Behavioral Disorders*, 26(1), 26-41. <https://doi.org/10.1177/019874290002600104>
- Kaur, N., Gupta, M., Malhi, P. og Grover, S. (2019). Screen time in under-five children. *Indian Pediatrics*, 56(9), 773-788.
- Keane, S. P. og Calkins, S. D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 409-423. <https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000030294.11443.41>
- Kimonis, E. R., Frick, P. J. og McMahon, R. J. (2014). Conduct and oppositional defiant disorders. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Child psychopathology* (bls. 145-179). New York, NY: Guilford Press.
- Korsch, F. og Petermann, F. (2014). Agreement between parents and teachers on preschool children's behavior in a clinical sample with externalizing behavioral problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(5), 617-627. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0430-6>
- Kupersmidt, J. B., Bryant, D. og Willoughby, M. T. (2000). Prevalence of aggressive behaviors among preschoolers in Head Start and community child care programs. *Behavioral Disorders*, 26(1), 42-52. <https://doi.org/10.1177/019874290002600105>
- Larsen, K. L. og Jordan, S. S. (2019). Organized chaos: Daily routines link household chaos and child behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1094–1107. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01645-9>

- Lochman, J. E., Barry, T. D., Powell, N. R., Boxmeyer, C. L. og Holmes, K. J. (2008). Externalizing conditions. Í M. L. Wolraich, P. H. Dworkin, D. D. Drotar og E. C. Perrin (ritstj.), *Developmental and behavioral pediatrics* (bls. 603–626). Elsevier.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. og Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468–1484. <https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>
- Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P. og O'Brien, M. (2015). Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, 77(2), 388–406. <https://doi.org/10.1111/jomf.12163>
- Marsh, S., Dobson, R. og Maddison, R. (2020). The relationship between household chaos and child, parent, and family outcomes: A systematic scoping review. *BMC Public Health*, 20(1), 1–27. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08587-8>
- Martin, A., Razza, R. A. og Brooks-Gunn, J. (2012). Specifying the links between household chaos and preschool children's development. *Early Child Development and Care*, 182(10), 1247–1263. <https://doi.org/doi:10.1080/03004430.2011.605522>
- Matheny, A. P., Wachs, T. D., Ludwig, J. L. og Phillips, K. (1995). Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(3), 429–444. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0193-3973\(95\)90028-4](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0193-3973(95)90028-4)
- Määttä, S., Kaukonen, R., Vepsäläinen, H., Lehto, E., Ylönen, A., Ray, C., Erkkola, M. og Roos, E. (2017). The mediating role of the home environment in relation to parental educational level and preschool children's screen time: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 688–699. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4694-9>
- McMahon, R. J. og Frick, P. J. (2019). Conduct and Oppositional Disorders. Í M. J. Prinstein, E. A. Youngstrom, E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Treatment of disorders in childhood and adolescence* (bls. 102–172). Guilford Press.
- McNeill, J., Howard, S. J., Vella, S. A. og Cliff, D. P. (2019). Longitudinal associations of electronic application use and media program viewing with cognitive and psychosocial development in preschoolers. *Academic Pediatrics*, 19(5), 520–528. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.010>
- Mesman, J., Stoel, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., Koot, H. M. og Alink, L. R. (2009). Predicting growth curves of early childhood externalizing problems: Differential susceptibility of children with difficult temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 625–636. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9298-0>
- Miner, J. L. og Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: Relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Developmental Psychology*, 44(3), 771–786. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.771>
- Panico, L., Becares, L. og Webb, E. A. (2014). Exploring household dynamics: The reciprocal effects of parent and child characteristics. *Longitudinal and Life Course Studies*, 5(1), 42–55. <http://dx.doi.org/10.14301/llds.v5i1.259>
- Parent, J., Sanders, W. og Forehand, R. (2016). Youth screen time and behavioral health problems. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 277–284. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000272>
- Parkes, A., Sweeting, H., Wight, D. og Henderson, M. (2013). Do television and electronic games predict children's psychosocial adjustment? Longitudinal research using the UK Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood*, 98(5), 341–348. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-301508>
- Pike, A., Iervolino, A.C., Eley, T.C., Price, T.S. og Plomin, R. (2006). Environmental risk and young children's cognitive and behavioral development. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 55–66. <https://doi.org/10.1177/0165025406062124>
- Przybylski, A. K. og Weinstein, N. (2017). A large-scale test of the Goldilocks hypothesis. *Psychological Science*, 28(2), 204–215. <https://doi.org/10.1177/0956797616678438>
- Radesky, J. S., Kistin, C. J., Zuckerman, B., Nitzberg, K., Gross, J., Kaplan-Sanoff, M., Augustyn, M., og Silverstein, M. (2014). Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*, 133(4), e843–e849. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3703>
- Radesky, J. S., Schumacher, J. og Zuckerman, B. (2015). Mobile and interactive media use by young children: The good, the bad and the unknown. *Pediatrics*, 135(1), 1–3. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2251>
- Reid Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A. og Cross, C. (2016). Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*, 138(5), e20162593–e. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Rideout, V. J. (2017). *The Common Sense consensus: Media use by kids age zero to eight*. Common Sense Media.

- Scharf, R. J., Demmer, R. T., Silver, E. J. og Stein, R. E. K. (2013). Nighttime sleep duration and externalizing behaviors of preschool children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(6), 384–391. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31829a7a0d>
- Shamama-tus-Sabah, S., Gilani, N. og Wachs, T. D. (2011). Relation of home chaos to cognitive performance and behavioral adjustment of Pakistani primary school children. *International Journal of Behavioral Development*, 35(6), 507–516. <https://doi.org/10.1177/0165025411406852>
- Shaw, D. S., Lacourse, E. og Nagin, D. S. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 931–942. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x>
- Sivertsen, B., Harvey, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., Torgersen, L., Ystrom, E. og Hysing, M. (2015). Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers. *JAMA Pediatrics*, 169(6), 575–582. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0187>
- Steingerður Ólafsdóttir. (2017). Smábörnin með snjalltækin. Aðgangur barnanna og viðhorf foreldra. *Netla – Vefimarit um uppeldi og menntun: Sérrið 2017 – Menntavika 2017*. http://netla.hi.is/serrit/2017/menntavika_2017/001.pdf
- Stiglic, N. og Viner, R. M. (2019). Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 9(1), e023191. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191>
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A. og Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 254–274. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0071-2>
- Strasburger, V. C. (2011) Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 128(1), 201–208. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1066>
- Strickland, J., Hopkins, J. og Keenan, K. (2012). Mother-teacher agreement on preschoolers' symptoms of ODD and CD: Does context matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 933–943. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9622-y>
- Supplee, L. H. Unikel, E. B. og Shaw, D. S. (2007). Physical environmental adversity and the protective role of maternal monitoring in relation to early child conduct problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(2), 166–183. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.12.001>
- Tamana, S. K., Ezeugwu, V. E., Chikuma, J., Lefebvre, D. L., Azad, M. B., Moraes, T. J., Subbarao, P., Becker, A. B., Turvey, S. E., Sears, M. R., Bruce, D. D., Carson, V., Rasmussen, C., CHILD study investigators, Pei, J., og Mandhane, P. J. (2019). Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. *PloS One*, 14(4), e0213995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213995>
- Tansriratanawong, S., Louthrenoo, O., Chonchaiya, W. og Charnsil, C. (2017). Screen viewing time and externalizing problems in pre-school children in Northern Thailand. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 29(3), 245–252. <https://doi.org/10.2989/17280583.2017.1409226>
- Thakkar, R. R., Garrison, M. M. og Christakis, D. A. (2006). A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers. *Pediatrics*, 118(5), 2025–2031. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1307>
- Thompson, D. A. og Christakis, D. A. (2005). The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics*, 116(4), 851–856. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2788>
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G. og Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- Trentacosta, C. J. og Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 356–365. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.016>
- Valiente, C., Lemery-Chalfant, K. og Reiser, M. (2007). Pathways to problem behaviors: Chaotic homes, parent and child effortful control, and parenting. *Social Development*, 16(2), 249–267. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00383.x>
- Verlinden, M., Tiemeier, H., Hudziak, J. J., Jaddoe, V. W. V., Raat, H., Guxens, M., Hofman, A., Verhulst, F. C. og Jansen, P. W. (2012). Television viewing and externalizing problems in preschool children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(10), 919–925. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.653>
- Vilsaint, C. L., Aiyer, S. M., Wilson, M. N., Shaw, D. S. og Dishion, T. J. (2013). The ecology of early childhood risk: A canonical correlation analysis of children's adjustment, family, and community context in a high-risk sample. *The Journal of Primary Prevention*, 34(4), 261–277. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0305-4>

- Volckaert, A. og Noël, M. P. (2018). Executive function, chaos and temperament: Specificities in preschoolers with externalizing behaviors. *Psychologica Belgica*, 58(1), 222–242. <https://doi.org/10.5334/pb.352>
- Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development*. American Psychological Association.
- Wachs, T. D., Gurkas, P. og Kontos, S. (2004). Predictors of preschool children's compliance behavior in early childhood classroom settings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 439–457. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.003>
- Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K. J. og Leventhal, B. L. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 976–987. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. og Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Winsler, A. og Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development*, 13(1), 41–58. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1301_3
- World Health Organization. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Höfundur.
- Wu, X., Tao, S., Rutayisire, E., Chen, Y., Huang, K. og Tao, F. (2016). The relationship between screen time, nighttime sleep duration, and behavioural problems in preschool children in China. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 541–548. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0912-8>
- Zimmerman, F. J. (2008). *Children's media use and sleep problems: Issues and unanswered questions*. Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Zimmerman, F. J. og Christakis, D. A. (2005). Children's television viewing and cognitive outcomes: A longitudinal analysis of national data. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(7), 619–625. <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.7.619>
- Vilsaint, C. L., Aiyer, S. M., Wilson, M. N., Shaw, D. S. og Dishion, T. J. (2013). The ecology of early childhood risk: A canonical correlation analysis of children's adjustment, family, and community context in a high-risk sample. *The Journal of Primary Prevention*, 34(4), 261–277. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0305-4>
- Volckaert, A. og Noël, M. P. (2018). Executive function, chaos and temperament: Specificities in preschoolers with externalizing behaviors. *Psychologica Belgica*, 58(1), 222–242. <https://doi.org/10.5334/pb.352>
- Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development*. American Psychological Association.
- Wachs, T. D., Gurkas, P. og Kontos, S. (2004). Predictors of preschool children's compliance behavior in early childhood classroom settings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 439–457. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.003>
- Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K. J. og Leventhal, B. L. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 976–987. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. og Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Winsler, A. og Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development*, 13(1), 41–58. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1301_3
- World Health Organization. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Höfundur.
- Wu, X., Tao, S., Rutayisire, E., Chen, Y., Huang, K. og Tao, F. (2016). The relationship between screen time, nighttime sleep duration, and behavioural problems in preschool children in China. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 541–548. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0912-8>
- Zimmerman, F. J. (2008). *Children's media use and sleep problems: Issues and unanswered questions*. Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Zimmerman, F. J. og Christakis, D. A. (2005). Children's television viewing and cognitive outcomes: A longitudinal analysis of national data. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(7), 619–625. <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.7.619>

Efling foreldrafærni meðal flóttafólks:

Er það fýsileg meðferðarnálgun við íslenskar aðstæður?

Alexía M. Jakobsdóttir, Margrét Sigmarsdóttir og Urður Njarðvík
Háskóli Íslands

Flóttafólk er sístækkandi hópur í Evrópu sem glímur við mikið álag og áföll og býr því við þá áhættu að þróa með sér aðlögunarvanda. Til að styðja við flóttafólk er mikilvægt að því standi til boða gagnreynd úrræði. „Strengthening Parenting Among Refugees in Europe“ (SPARE) er úrræði byggt á gagnreyndu meðferðinni „Parent Management Training – Oregon“ (PMTO) en verið er að aðlaga SPARE að flóttafólki í Evrópu. Fjórar Evrópuþjóðir taka þátt í SPARE-verkefninu og í þessari rannsókn er farið yfir tiltekin gögn frá tveimur hópum á Íslandi. SPARE þjálfar foreldra í að vera kennarar barna sinna og hjálpa þeim að aðlagast nýju menningunni sem þeir tilheyra. Markmið rannsóknarinnar, sem hér er greint frá, er að meta fýsileika SPARE miðað við tiltekin gögn og hópa ásamt því að kanna hvort úrræðið bæti foreldrafærni, dragi úr aðlögunarvanda og auki vellíðan foreldra. Þátttakendur voru alls 28, þar af 14 mæður og 14 feður sem höfðu öll stöðu flóttafólks á Íslandi og áttu börn á aldrinum tveggja til átján ára. Foreldrar svöruðu spurningalistum í byrjun og lok námskeiðs sem dreifðist á 12 skipti. Út frá þessum tveimur hópum og tilteknum gögnum sýndu niðurstöður að SPARE er fýsilegt úrræði fyrir flóttafólk á Íslandi. Þátttakendur voru ánægðir með úrræðið og var mæting og þátttaka góð. Foreldrafærni jókst og þá sérstaklega jákvæðar upplifðar aðlögunarvandi minnkaði og foreldrar upplifðu það sem minna vandamál. Mat foreldra á eigin vellíðan jókst en þó ekki marktækt. Þessar niðurstöður lofa góðu fyrir áframhaldandi rannsóknir á úrræðum fyrir flóttafólk þar sem þörfin fyrir slík úrræði er mikil.

Efnisorð: Foreldrafærni, gagnreynd úrræði, PMTO, flóttafólk, aðlögun.

Áhættuhópar krefjast stuðnings og mikilvægt er að sá stuðningur byggji á gagnreyndum aðferðum. Flóttafólk er sístækkandi áhættuhópur sem glímur við mikið álag svo sem tungumálaörðugleika, óöryggi í fjárhagsstöðu, lítið stuðningsnet og atvinnuleysi. Þetta getur stuðlað að aðlögunarvanda meðal foreldra og barna þeirra (Bogic o.fl., 2015). „Strengthening Parenting Among Refugees In Europe“ (SPARE) er meðferð sem er byggð á gagnreyndu meðferðinni „Parent Management Training – Oregon“ (PMTO) sem verið er að aðlaga sérstaklega að flóttafólki innan Evrópu og þeirra þörfum. Markmið SPARE er að þjálfa foreldra í að vera kennarar barna sinna og hjálpa þeim þannig að aðlagast nýrri menningu. Þar eru foreldrum kenndar aðferðir til að draga úr líkum á að þeir erfiðleikar sem flóttafólk upplifir hafi skaðandi áhrif á aðlögun barnanna. Úrræðið hefur bæði forvarnar- og meðferðargildi í að eiga við að-

lögunarvanda barna og ungmenna á aldrinum 2–18 ára sem eru á flotta frá heimalandi sínu. Fjögur Evrópulönd, Holland, Noregur, Danmörk og Ísland, taka þátt í SPARE og hafa þau staðið að innleiðingu PMTO í áratugi. Þær þjóðir búa því yfir mörgum menntuðum PMTO-meðferðaraðilum sem þekkja meðferðina vel og hafa mikla reynslu af innleiðingu gagnreindra meðferðarúrræða. Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta fýsileika og árangur SPARE meðal flóttafólks á Íslandi.

Alexía M. Jakobsdóttir er M.S. nemi í hagnýtri sálfræði við sálfræðideild Háskóla Íslands. Margrét Sigmarsdóttir, Ph.D., er sérfræðingur í klínískri sálfræði barna og Dósent við Deild heilsueflingar, íþróttar og tómstunda við Háskóla Íslands. Urður Njarðvík, Ph.D., er sérfræðingur í klínískri sálfræði barna og Prófessor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum um greinina skal beina til Margrétar Sigmarsdóttur, Menntavísindasviði Háskóla Íslands, Stakkahlið, 105 Reykjavík. Netfang: margr@hi.is.

Flóttafólk

Flóttafólk eru ríkisfangslausir einstaklingar sem eru utan heimalands síns vegna ótta um að verða fyrir ofsóknum vegna þjóðernis, trúarbragða, kynþáttar, stjórnmálaskoðana eða aðildar að ákveðnum þjóðfélagshópum og geta þess vegna ekki nýtt sér vernd í því landi. Hælisleitendur eru einstaklingar sem koma frá heimalandinu til annarra landa á eigin vegum, óska eftir að fá viðurkenningu á stöðu sinni sem flóttafólk og sækja um viðbótarvernd (lög um útlendinga nr. 3/2016). Í opinberum gögnum Flóttamannastofnunar Sameinuðu Þjóðanna kemur fram að í lok ársins 2019 höfðu 79,5 milljón manns á heimsvísu neyðst til að flýja heimaland sitt. Af þessum fjölda voru 26 milljónir manna flóttafólk, 4,2 milljónir manna hælisleitendur og 45,7 milljónir manna voru á vergangi í heimalandi sínu. Af þeim sem þurft hafa að flýja heimili sín eru 40% börn (United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR, 2020). Flóttafólk og börn þess eru í aukinni áhættu á að þróa með sér aðlögunarvanda eins og áfallastreituröskun og aðrar áfallatengdar raskanir. Þegar börn upplifa ofbeldisfull áföll, eins og þau eru útsett fyrir í stríðsástandi, hefur það tengsl við háa tíðni úthverfra vandamála (e. externalizing problems), svo sem aðlögunarvanda og andfélagslega hegðun (Allwood o.fl., 2002). Það að foreldri sé með áfallatengda röskun getur leitt til röskunar á hegðun og hamlað getu þess til að sinna fjölskyldulífi á viðeigandi máta. Það getur truflað innleiðingu í nýja samfélagið sem það tilheyrir. Því er mikilvægt að foreldrinu standi til boða úrræði og inngríp sem fyrst við komu til landsins; annars er hættu á að aðlögun að nýju samfélagi verði ekki viðunandi sem leiðir til enn frekari vandamála (Fegert o.fl., 2018; Schick o.fl., 2013).

Álag sem áhættuþáttur

Álag, eins og miklar breytingar í fjölskyldulífi, skilnaður, fangelsun foreldra og áföll, hefur skerðandi áhrif á foreldrafærni (Conger o.fl., 1994, 2010). Meðal hermanna sem höfðu sinnt herskyldu í Írak voru markverð tengsl á milli aukinna einkenna áfallastreituröskunar (e. Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) og skerðingar í

foreldrafærni (Gewirtz o.fl., 2010). Börn sem eiga foreldra sem hafa upplifað áföll sýna fleiri einkenni þunglyndis, kvíða og áfallatengdra raskana en börn foreldra sem hafa ekki gengið í gegnum áföll (Schick o.fl., 2013; Van Ee o.fl., 2016). Börn á flóttu eru í meiri hættu en önnur börn á að glíma við aðlögunarvanda, eins og þunglyndi, kvíða, andfélagslega hegðun, aðlögunarraskanir, ADHD og áfengis- og fíkniefnaneyslu (Kazdin, 2005; Schick o.fl., 2013). Álag stuðlar að neikvæðum uppeldisaðferðum eins og ströngum agaaðgerðum og þvingandi samskiptamynstri foreldra og barna og eru foreldrar undir álagi því líklegri til að beita þeim aðferðum. Það getur leitt til andfélagslegrar hegðunar meðal foreldra og aðlögunarvanda meðal barna (Capaldi o.fl., 2002).

Foreldrar sem kennarar

Hegðun barna, bæði æskileg og óæskileg, mótast og viðhelst af áreitum í umhverfi þeirra (Bandura, 1961; Grossberg, 1964). Foreldrar eru stærsti áhrifavaldur í umhverfi og lífi ungra barna (Kazdin, 2005a; Kazdin, 2005b). Óæskileg og andfélagsleg hegðun barna getur því myndast og viðhaldist af samskiptum við foreldra. Þar sem foreldrar eru helsti áhrifaþáttur í lífi barna eru þeir líka helsti orsakavaldurinn að breytingu í hegðun barnsins (Capaldi o.fl., 2002; Forgatch og Patterson, 2010). Í yfirlitsrannsókn á gagnreyndum meðferðum fyrir börn með aðlögunarvanda báru atferlistengd fjölskylduúrræði, sem beinast að hegðun foreldra sem í kjölfarið hafa áhrif á hegðun barna sinna, mestan árangur (Dishion o.fl., 2016; Mingebach, o.fl., 2018; Weisz og Kazdin, 2010). Fjölskylduúrræði sem lúta að foreldrum undir álagi eru þó nokkur. „Parenting Through Change“ (PTC) er hópmeðferð byggð á PMTO sem styður við mæður undir álagi sem hafa nýlega gengið í gegnum skilnað. Þær mæður sem fengu PTC-meðferð voru með meiri foreldrafærni og börnin þeirra með minni aðlögunarvanda eftir inngríp miðað við samanburðarhóp og hélst árangur 9 árum eftir að inngrípi lauk (Forgatch o.fl., 2009). „After Deployment Adaptive Parenting Tools“ (ADAPT) er fjölskylduúrræði sem byggir á PMTO og PTC. ADAPT aðlagði

grunnþætti PMTO að fjölskyldum hermanna í Bandaríkjunum sem sneru heim af átakasvæðum og þróaði úrræðið enn frekar með viðbótum. Í ADAPT er sérstök áhersla lögð á að taka á álagsháttum og áföllum þátttakenda til að draga úr áhrifum þeirra þátta á fjölskyldulíf. Árangur ADAPT sýndi að aðlögun barna batnaði, foreldrafærni jókst, áfallastreitueinkenni foreldra minnkuðu og tíðni sjálfsvíga lækkaði (Gewirtz o.fl., 2014; Gewirtz o.fl., 2016). Parra-Cardona (2019) hefur einnig aðlagði PMTO að foreldrum sem ólust upp við neikvæðar upveldisaðferðir og búa í streitumiklum aðstæðum. Þar lærðu foreldrar að draga úr ströngum aga-aðgerðum og auka við jákvæðar upveldisaðferðir með góðum árangri.

PMTO

Meðferðin „Management Training – Oregon“ (PMTO) er gagnreynt meðferðarúrræði (e. evidence based intervention; EBI) sem var þróað í Oregon Social Learning Center (OSLC) af Gerald Patterson og samstarfsfélögum hans (Forgatch og Patterson, 2010; Kazdin, 1997). PMTO-meðferðin er byggð á „Social Interaction Learning Model“, kenningu Gerald Patterson, sem tilgreinir að hegðun lærist í gegnum endurtekin samskiptamynstur í nærumhverfi. Með því að hafa áhrif á þessi samskipti er því hægt að ýta undir eða draga úr hegðun sem barnið sýnir. Þessi kenning gengst við því að foreldrar séu mikilvægustu kennarar barna sinna hvað hegðun varðar (Forgatch o.fl., 2004; Forgatch og Patterson, 2010; Patterson, 2005). Foreldrar geta því ómeðvitað mótað og viðhaldið aðlögunarvanda hjá börnum sínum með því að beita þvingandi upveldisaðferðum (e. coercive parenting) umfram jákvæðar upveldisaðferðir (Forgatch og Patterson, 2010; Snyder og Patterson, 1995). Í PMTO-meðferð læra foreldrar að rjúfa þessi fjandsamlegu (e. hostile) samskiptamynstur og auka í staðinn jákvæðar og styðjandi upveldisaðferðir. PMTO leggur áherslu á fimm styðjandi upveldisaðferðir. Fyrsta aðferðin er kerfisbundin hvatning (e. skill encouragement), að brjóta flókna hegðun niður í smærri skref ásamt því að kenna félagshæfa (e. prosocial) hegðun. Önnur

aðferðin er að setja mörk (e. limit setting) sem felst í því að draga úr krefjandi hegðun með mildum og sanngjörnum afleiðingum. Þriðja aðferðin er markvisst eftirlit (e. monitoring) sem felst í því að foreldrar fylgist með hvar og með hverjum börn sín eru og hvernig hegðun þau sýna heima og fyrir utan heimilið. Fjórdða aðferðin er lausnaleyti (e. problem solving) þar sem fjölskyldan setur sér sameiginleg markmið að leysa vanda og finnur lausnir í sameiningu. Fimmta og seinasta aðferðin er jákvæð samvera (e. positive involvement) og felur í sér þær mismunandi leiðir sem foreldrar geta farið til að sýna börnum sínum áhuga og umhyggju (Forgatch og Domenech Rodríguez, 2016; Forgatch og Patterson, 2010; Margrét Sigmarsdóttir, 2016).

PMTO á rætur sínar að rekja til Bandaríkjanna og hefur sýnt góðan árangur þar við að draga úr hegðunarvanda barna og unglinga og stuðla að góðri aðlögun (Bank o.fl., 1991; DeGarmo o.fl., 2004; Forgatch og DeGarmo, 2002; Forgatch og Patterson, 2010; Martinez og Forgatch, 2001; Patterson o.fl., 1982). Norðmenn innleiddu PMTO árið 1999 og var þar með fyrsta Evrópuþjóðin til að innleiða úrræðið (Sigmarsdóttir o.fl., 2019). Ýmsar rannsóknir hafa verið framkvæmdar til að meta trúnað við meðferð og fýsileika innleiðingar PMTO í Noregi með góðum árangri og telst PMTO því áhrifaríkt úrræði til að bregðast við aðlögunarvanda norskra barna (Askeland o.fl., 2019; Hagen o.fl., 2011; Ogden og Hagen, 2008; Tømmerås o.fl., 2018). PMTO hefur einnig verið innleitt á Íslandi og hófst vinnan að því árið 2000. Þó nokkrar rannsóknir á áhrifum PMTO á Íslandi hafa farið fram. Niðurstöður þeirra eru í samræmi við sambærilegar rannsóknir í Bandaríkjunum og Noregi og benda til þess að PMTO sé áhrifarík meðferð til að bregðast við aðlögunarvanda barna á Íslandi (Sigmarsdóttir og Björnsdóttir, 2012; Sigmarsdóttir og Guðmundsdóttir, 2013; Sigmarsdóttir o.fl., 2013; Sigmarsdóttir o.fl., 2015; Sigmarsdóttir o.fl., 2019).

SPARE

„Strengthening Parenting Among Refugees in Europe“ (SPARE) er úrræði sem verið er að

sér sníða að flóttafólki í Evrópu og byggir á gagnreyndu meðferðinni PMTO og PMTO-aðlöguninni ADAPT. Þar sem flóttafólk er útsett fyrir álagi og áföllum og glímur jafnvel margt hvert við áfallastreituröskun eða áfallatengdar raskanir tekur SPARE sérstakt tillit til þeirra þátta (Bogic o.fl., 2015). Einnig er sérstök áhersla lögð á að koma til móts við það álag sem fylgir því að vera flóttafólk í nýju og ókunnugu landi með ólíka menningu og áherslur. SPARE byggir á fimm grunnþáttum PMTO en bætir við núvítundaræfingum og tilfinningaþjálfun, eins og gert var í ADAPT með góðum árangri, til að koma til móts við áföll og álag þátttakenda (Gewirtz o.fl., 2014; Gewirtz o.fl., 2016). Núvítundaræfingarnar auka meðvitund foreldra um eigin hegðun og hegðun barna sinna og veita fjölskyldunni athygli. Tilfinningaþjálfun kennir foreldrum að þekkja og kunna að bregðast við tilfinningum sínum. Foreldrum er svo kennt að verða þjálfarar barna sinna í að þekkja sínar tilfinningar og bregðast við þeim á viðeigandi hátt. SPARE aðlagar efnið að þörfum þátttakenda, námskeiðin fara fram á ensku og eru þýdd og aðlöguð á arabísku með aðstoð menningarmiðlara (e. link-workers). Menningarmiðlarar eru viðstaddir í tímum og þýða og aðlaga jafnóðum samskipti þátttakenda og meðferðaraðila. Wieling og félagar (2015) höfðu svipað vinnulag í sinni athugun á fýsileika PMTO í Úganda og einnig Norðmenn í rannsókn sinni þegar unnið var með sómalískum mæðrum í Noregi (Björknes o.fl., 2012). Dæmin sem tekin eru fyrir og hlutverkaleikir eru aðlöguð að menningu þátttakenda og siðum. Meðferðaraðilar ræða þær áskoranir sem fylgja hlutverki flóttafólks í nýju landi og hvernig hægt sé að nýta sér verkfærin sem SPARE gefur þeim til að takast á við þær. Auk grunnþáttanna fimm er farið yfir styðjandi þætti eins og hvernig foreldrar gefa skýr fyrirmæli og fylgja þeim eftir, að kenna markvisst jákvæða hegðun og að finna jafnvægi milli vinnu og leiks.

Innleiðing gagnreyndra úrræða

PMTO er ein af þeim gagnreyndu meðferðum sem leggja mikla áherslu á mikilvægi þess að aðlaga efnið að þeirri menningu sem meðferðin

er innleidd í (Forgatch og Patterson, 2010). Þegar meðferð er innleidd þarf að tryggja trúnað við meðferð (e. fidelity), það er hve vel meðferðaraðila tekst að útfæra og halda sig við innihald og starfshætti meðferðar. Til að meta hvort úrræðið sé fýsilegur kostur til innleiðingar þarf að framkvæma fýsileikarannsókn. Þar kemur fram hvort úrræðið hafi verið nægilega vel aðlagð að til dæmis aldursflokki, þjóðernishóp eða menningu og hvort það sé viðeigandi fyrir nýja hópinn eða hvort það krefjist fleiri breytinga (Bowen o.fl., 2009; Resnicow o.fl., 1999). Þegar verið er að aðlaga úrræði að öðrum menningarhópum þarf að gera það þannig að þátttakendum finnist það höfða til sín. Það er gert með því að aðlaga tungumálið, staðsetningu, tónlistina, matinn og jafnvel fatnað meðferðaraðila að menningu hópsins (Resnicow o.fl., 1999). Í nýlegri yfirlitsrannsókn Smiths og féлага (2011) var sýnt fram á að úrræði sem höfðu verið aðlöguð fyrir sérstaka menningarhópa höfðu meiri árangur í för með sér fyrir þá hópa en óaðlöguð úrræði ásamt því að sýna fram á meiri skuldbindingu, þátttöku og ánægju með úrræðið meðal þátttakenda (Griner og Smith, 2006). Slíkar rannsóknir á PMTO-aðlögunum að ýmsum minnihluta- og menningarhópum hafa farið fram innan Bandaríkjanna (DeGarmo o.fl., 1999; Domenech Rodríguez o.fl., 2011; Parra-Cardona, 2019; Parra-Cardona o.fl., 2012) og utan þeirra (Wieling o.fl., 2015; Wieling o.fl., 2017) með góðum árangri.

Rannsóknin, sem fjallað er um í þessari grein, er þáttur í því að leggja mat á hvort SPARE sé fýsilegur kostur fyrir flóttafólk á Íslandi. Auk þess var markmið hennar að meta hvort SPARE stuðli að bættri foreldrafærni, velferð foreldra og dragi úr aðlögunarvanda barna þeirra. Þetta var gert með því að bera saman mælingar á þessum þáttum fyrir inngrip og eftir að því lauk. Fýsileiki var mældur jafnt og þétt á meðan á inngripi stóð til að meta ánægju, mætingu og þátttöku. Rannsóknin nær til tveggja af þremur hópum sem unnið hefur verið með á Íslandi, hópa númer tvö og þrjú. Hjá fyrsta hópnum voru ekki skoðuð áhrif fyrir og eftir inngrip sem skýrir af hverju sá hópur er ekki hafður með í þessum hluta rannsóknarinnar.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 28 foreldrar sem hafa stöðu flóttafólks á Íslandi. Af þeim 30 sem hófu námskeið voru 28 sem luku því og var brottfall því 6,7%. Kynjaskipting var jöfn, það er 14 feður og 14 mæður. Á námskeiðinu voru 11 pör og 6 foreldrar sem voru einir. Sumir þeirra síðarnefndu biðu eftir að maki þeirra fengi að koma til Íslands en aðrir höfðu misst maka sinn. Foreldrarnir voru flestir á aldursbilinu 20–55 ára, eitt foreldri var yngri en 20 ára og eitt foreldri eldri en 55 ára. Rúmlega 70% foreldra höfðu tekjur á bilinu 4–6 milljónir á ári, 21,4% foreldra höfðu minna en 4 milljónir á ári og 7,2% foreldra höfðu 6–8,5 milljónir á ári. Algengast var að hæsta menntunarstig foreldra væri grunnskóli (59,3%), þar á eftir að hafa lokið framhaldsskóla (18,5%) og 14,8% höfðu lokið 1–2 árum af háskólanámi en sjaldgæfast var að hafa útskrifast úr háskólanámi (7,4%). Í töflu 1 má sjá frekari upplýsingar um þátttakendur. Skilyrði fyrir þátttöku voru að foreldrar hefðu stöðu flóttafólks og ættu barn á aldrinum 2–18 ára. Ekki var skilyrði að börnin uppfylltu greiningarskilmerki fyrir geðrænar raskanir eða glímdu við aðlögunarvanda.

Mælitæki

„Parent Practices Interview“: Til að mæla foreldrafærni var sjálfsmatslistinn „Parent Practices Interview“ (PPI) lagður fyrir foreldra. Listinn er byggður á spurningalista „Oregon Social Learning Center“ (OSLC) um ögunaraðferðir (e. discipline style) og heitir „Discipline style and techniques“ (Webster-Stratton, 1998). PPI-listinn samanstendur af 15 meginþáttum sem flokkast meðal annars í strangar agaaðgerðir (e. harsh discipline), ósamræmi í aga-aðgerðum (e. inconsistent discipline), skýrar væntingar (e. clear expectations) og jákvæðar uppeldisaðferðir (e. positive parenting).

Í rannsókn Tømmerås og félaga (2018) kom fram að þrír þættir virtust mæla foreldrafærni best og nægjanlegt væri að mæla þá þætti. Þættirnir þrír voru strangar agaaðgerðir, ósamræmi í agaaðgerðum og jákvæðar uppeldisaðferðir og voru því aðeins þessir þættir mældir í

Tafla 1 Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur.

	n*	%
Börn þátttakenda	42	
Stúlkur	24	57%
Drengir	18	43%
Aldur barna		
0–3 ára	9	21%
4–5 ára	7	17%
6–7 ára	8	19%
8–9 ára	5	12%
10–12 ára	7	17%
13+ ára	6	14%
Upprunaland		
Írak	14	50%
Sýrland	6	21,5%
Afganistan, Sómalía	5	17,8%
Marokkó, Venesúela	3	10,7%

* Meðalfjöldi barna á hvern þátttakanda er 2,54 (sf = 0,74)

rannsókninni. Listinn var þýddur og bakþýddur yfir á arabísku af norskum sérfræðingum með leyfi handhafa listans og nær sú þýðing aðeins yfir þessa þrjá þætti. Prófræðilegir eiginleikar listans hafa mælst ásættanlegir (Reid o.fl., 2001). Innri áreiðanleiki listans reyndist ásættanlegur fyrir þetta úrtak ($\alpha=0,71$).

„Eyberg Child Behaviour Inventory“: Til að mæla aðlögunarvanda barna var listinn „Eyberg Child Behaviour Inventory“ (ECBI) notaður. ECBI er spurningalisti sem foreldrar svara um hegðun barna sinna á aldrinum 2–16 ára. Listinn var þýddur og bakþýddur yfir á arabísku af norskum sérfræðingum með leyfi handhafa listans. ECBI-listinn samanstendur af 36 staðhæfingum um mismunandi hegðun barna sem foreldrar taka afstöðu til. Listinn samanstendur af tveimur mælikvörðum, fyrri mælikvarðinn metur styrkleika (e. intensity scale) hegðunar, það er hversu oft hegðunin birtist, á Likert-kvarða frá 1 (Aldrei) til 7 (Alltaf). Seinni mælikvarðinn metur vandamál (e. problem scale) þar sem foreldrar svara því hvort hegðunin sé vandamál fyrir þá eða ekki. Dæmi um staðhæfingar á þessum lista eru: „Sýnir mótþróa þegar það fær fyrirsmæli“ og „Stríðir eða ögrar öðrum börnum“. Heildartala

listans er reiknuð með því að reikna heildartölu styrkleikaskalans sem er á bilinu 36–252 stig og heildartölu vandamálaskalans sem er á bilinu 0–36 stig og þær lagðar saman. Fleiri stig á ECBI-listanum gefa vísbendingu um verri aðlögun barnsins (Eyberg og Pincus, 1999). Viðmiðunarmörk listans fyrir styrkleikaskalann er á bilinu 110–135 og fyrir vandamálskalann 6,5–11 stig og fer viðmiðið eftir aldri barnsins (Reedtz o.fl., 2008). Miðað við viðmiðin og meðaltal styrkleika vanda hjá þessum barnahópi þá er hópurinn rétt undir klínískum viðmiðum við upphaf inngríps ($M=105,39$) og að sama skapi upplifa foreldrar vandann meiri en almennt gerist ($M=9,39$). ECBI-listinn hefur reynt hafa góða prófþæðilega eiginleika, bæði fyrir börn og unglinga (Burns og Patterson, 1991; Burns og Patterson, 2000; Robinson o.fl., 1980). Innri áreiðanleiki listans fyrir mælikvarðann á styrkleika ($\alpha=0,92$) og upplifun vanda ($\alpha=0,93$) reyndist ásættanlegur fyrir þetta úrtak.

„SCL-10“: Til að meta velferð foreldra var listinn „the Symptom Checklist-10“ (SCL-10) notaður. Listinn metur sálfræðilega streitu foreldra og þá sérstaklega einkenni kvíða og þunglyndis. SCL-10 var þýddur og bakþýddur yfir á arabísku af norskum sérfræðingum með leyfi handhafa listans. Hann samanstendur af staðhæfingum um líðan seinustu viku sem foreldrar taka afstöðu til á 4 punkta Likert-kvarða á bilinu 1 (Alls ekki) til 4 (Mjög). Dæmi um staðhæfingar á þessum lista eru: „Varð skyndilega hrædd/ur af engri ástæðu“ og „Að vera vonlaus um framtíðina.“ Heildarstig listans eru reiknuð með því að leggja saman stig hvers atriðis og deila með fjölda atriða sem eru 10. Viðmið fyrir vanda er tala sem er hærri en 1,85 en meðaltal þessa hóps er 1,89 fyrir inngríp sem bendir til aðlögunarvanda hjá þessum foreldrahópi. SCL-10 er styttri útgáfa af SCL-25 listanum. SCL-25 og SCL-10 hafa sýnt viðunandi prófþæðilega eiginleika (Tambs og Moum, 1993). Innri áreiðanleiki listans reyndist ásættanlegur fyrir þetta úrtak ($\alpha=0,90$).

Fýsileiki meðferðar (e. *feasibility*): Til að meta hvort SPARE sé fýsilegur kostur fyrir innleiðingu voru þrír þættir mældir. Í fyrsta lagi var mæting (e. attendance) skoðuð í hverjum tíma og var skráð sem já eða nei. Í öðru lagi var þátttaka (e.

involvement) skráð í hverjum tíma, það er hvort þátttakendur gerðu heimavinnuna, með því að skrá já eða nei. Í þriðja lagi var metin ánægja (e. satisfaction): Í lok hvers tíma af SPARE svöruðu foreldrar lista með staðhæfingum um þrjú þemu, þ.e. hversu áhrifaríkt þeim fannst efni dagsins, hvernig þeir upplifðu framkomu gagnvart sér í tímanum og um upplifun þeirra af heimavinnu seinustu viku. Foreldrar tóku afstöðu til staðhæfinganna á 5 punkta Likert-kvarða á bilinu 1 (Alls ekki rétt) til 5 (Mjög rétt). Dæmi um staðhæfingar á spurningalistanum eru: „*Upplýsingarnar sem okkur voru kynntar í dag voru hjálplegar*“ og „*Heimaverkefnið átti vel við fjölskyldulíf mitt*“. Í lokatíma SPARE svöruðu foreldrar lengri útgáfu af listanum sem fól í sér bæði staðhæfingar og spurningar þar sem spurt var út í upplifun þeirra, nytsemi ýmissa þátta sem voru kynntir og hvort þeir myndu mæla með SPARE við aðra. Spurningarnar eru bæði opnar og á 5 punkta Likert-kvarða á bilinu 1 (Mjög lítið) til 5 (Mjög mikið) og 1 (Alls ekki rétt) til 5 (Mjög rétt). Dæmi um staðhæfingar og spurningar: „Ég hef tekið eftir jákvæðum breytingum á hegðun barnsins míns eftir að námskeiðið hófst“ og „Heilt yfir var hóp-námskeiðið hjálplegt“.

Fylgni meðferðaraðila við meðferð: Meðferðaraðilar sem veita SPARE-úrræðið svara spurningum um trúnað þeirra við meðferðina. Fjórar útgáfur af listanum voru notaðar þar sem hver listi samsvarar efni þess tíma. Listarnir innihalda 10–15 staðhæfingar eins og „Foreldrar lærðu að hvetja til hegðunar sem þeir „vilja sjá“ í stað þess að einblína á vandamálahegðun“ og „Við komumst yfir flest á dagskrá dagsins eins og því er útlistað í meðferðarhandbók“. Hver staðhæfing er metin á 5 punkta Likert-kvarða á bilinu 1 (Ekki satt) til 5 (Mjög satt).

Inngrip

Strengthening Parenting Among Refugees in Europe: SPARE er úrræði sem er byggt á PMTO og verið er að aðlagða að flóttafólki. Allt efni meðferðarinnar er lagað að flóttafólki, menningu þess og tungumáli og sérstökum aðstæðum þess. Námsefni og vinnubækur foreldra voru þýddar yfir á arabísku. Rannsókn á þessum tveimur hópum hófst í október 2020. Foreldrar mættu

á hópnámskeið einu sinni í viku í 12 skipti alls og stóð það yfir í um tvo klukkutíma í senn. Fyrstu vikurnar hittust hóparnir í sal á höfuðborgarsvæðinu. Þegar þriðja bylgja Covid-19 hófst fór námskeiðið fram í gegnum fjarfundabúnað í þrjú skipti og hófst svo að nýju í staðkennslu. Hver meðferðartími hófst á upphitun og yfirferð þar sem fjallað var um hvernig hefði gengið að vinna heimavinnuna í vikunni. Því næst var nýr efnisþáttur (e. component) meðferðarinnar kynntur. Í því fólst fræðsla, hlutverkaleikur og spurningar út í efnið. Tímanum lauk svo með samantekt á innihaldi tímans, núvitundaræfingu (e. *observational exercise*) og nýju heimaverkefni. Í SPARE var sérstök áhersla lögð á tilfinningavinnu. Í henni felst að foreldrar fengu þjálfun í því að þjálfra börnin sín í að þekkja og nefna tilfinningar sínar og hvernig þau geti unnið úr þeim á uppbyggilegan hátt (e. *emotion coaching*). Einnig var lögð áhersla á núvitundaræfingar fyrir foreldra. Þessum þáttum var bætt við til að takast á við áfallaþátt flóttafólks eins og gert var fyrir hermenn með áfallasögu í ADAPT á árangursríkan hátt (Gewirtz o.fl., 2014).

Fjórir löggildir PMTO-meðferðaraðilar, sem jafnframt fengu sérstaka þjálfun í SPARE, sáu um meðferðina, tveir með hvorn hóp. Meðferðaraðilar fengu reglulega handleiðslu allt tímabilið og fram fór vikulegt samráð þar sem rannsakendur voru með á sumum fundum. Með þeim í tímum voru menningarmiðlarar (e. *link-workers*) sem tilheyra sömu menningu og þátttakendur rannsóknarinnar en þeir sáu um að tengja saman tungumál og menningu þátttakenda og meðferðaraðila. Menningarmiðlarar höfðu einnig fengið sérstaka þjálfun í PMTO og SPARE og fengu vikulega handleiðslu allt tímabilið.

Framkvæmd

Áður en rannsókn hófst var sótt um leyfi til Vísindasiðanefndar (tilvísunarnúmer VSNb-2020010017/03.01). Framkvæmd rannsóknar hófst með því að tengiliður verkefnisins í Reykjavíkurborg safnaði þátttakendum í rannsóknina með aðstoð frá velferðarsviði borgarinnar svo og bakgrunnsupplýsingum og upplýstu

samþykki. Tengiliður Reykjavíkurborgar kom þeim upplýsingum og gögnum til fagaðila SPARE-verkefnisins (hjá Háskóla Íslands) sem gaf hverri fjölskyldu fjölskyldunúmer til að dulbúa auðkenni þeirra.

Áður en fyrsti hóptíminn hófst mættu foreldrar og fylltu út fyrri umferð af listum (PPI, ECBI og SCL-10) auk bakgrunnsupplýsinga. Jafnframt fengu þeir kynningu á hvað yrði farið yfir í hverjum tíma með aðstoð tengiliðs Háskóla Íslands og Reykjavíkurborgar ásamt menningarmiðlurum. Í lok hvers tíma sáu menningarmiðlarar um að fá mat foreldra á ánægju þeirra með inngripnið, ásamt því að halda utan um mætingu og þátttöku. Þau gögn voru óauðkennanleg og var komið til tengiliðs Háskóla Íslands. Meðferðaraðilar mátu trúnað þeirra við meðferð í lok tiltekinna meðferðartíma. Í lok inngrips fylltu foreldrar aftur út listana (PPI, ECBI og SCL-10) og tengiliður Háskóla Íslands og Reykjavíkurborgar sáu um að safna þeim gögnum.

Úrvinnsla

Tölfræðileg úrvinnsla hófst á greiningu á bakgrunnsupplýsingum foreldranna og tekin var saman lýsandi tölfræði. Meðaltöl og staðalfrávik voru reiknuð fyrir alla kvarða og undirkvarða. Til þess að geta reiknað heildartölu PPI þurfti að snúa við skorum á nokkrum þáttum. Þeim var snúið þannig að hátt heildarstig á PPI benti til betri foreldrafærni en lágt stig (Reedtz o.fl., 2011). Áhrifastærð (Cohen's *d*) var reiknuð fyrir alla kvarða og undirkvarða. Parað *t*-próf var framkvæmt á fyrri og seinni mælingar allra kvarða til að meta hvort marktækar breytingar hefðu orðið á skorum. Til að koma í veg fyrir áhrif endurtekinna prófa var alfa-stuðullinn aðlagður fyrir þöruð *t*-próf á 3 listum og voru ný marktæktarmörk því 0,016. Eftir það var einbreytudreifigreining (e. *one-way ANOVA*) framkvæmd á bakgrunnspætti foreldra (tekjur, aldur foreldra, fjöldi barna og menntunartig foreldra) og niðurstöður úr fyrir og eftir mælingum listanna bornar saman til að sjá hvort þar væru tengsl. Auk þess var framkvæmd einföld línuleg aðfallsgreining. Öll gagnaúrvinnsla fór fram í tölfræðiúrvinnsluforritinu SPSS, 27. útgáfu.

Tafla 2 Samantekt á meðaltölum, staðalfrávikum og Cohen's *d* fyrir heildarskor lista og undirskarðna lista ásamt niðurstöðum úr þöruðu *t*-prófi á fyrir og eftir mælingum.

		Fyrir		Eftir		Paraður munur	
		<i>n</i>	Meðaltal (sf)	Meðaltal (sf)	Cohen's <i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
PPI	Undirþættir						
	Strangar agaaðgerðir	28	5,02 (0,40)	5,14 (0,40)	0,28	-1,27	0,215
	Ósamræmi í agaaðgerðum	28	5,04 (0,60)	5,31 (0,70)	0,42	-1,73	0,095
	Jákvæðar upplifisáðferðir	28	5,32 (0,60)	5,85 (0,55)	0,93	-4,78**	<0,001
	Heildarstig PPI- kvarða	28	5,13 (0,30)	5,42(0,33)	0,93	-4,04 **	<0,001
ECBI							
	Styrkur hegðunarvanda	28	105,39 (29,60)	77,96 (28,60)	-0,93	7,59 **	<0,001
	Upplifuð vandamál foreldra	28	9,39 (8,20)	5,18 (6,90)	0,56	3,38 *	0,002
SCL-10							
	Heildarstig SCL-10-kvarða	28	1,89 (0,72)	1,56 (0,62)	0,50	2,13	0,042

Ath.: PPI = Parent Practices Interview; ECBI = Eyberg Child Behaviour Inventory; SCL-10 = The Symptom Checklist-10
 p* < 0,016 *p* < 0,001

Niðurstöður

Meirihluti foreldra sem tóku þátt sagðist líða vel á Íslandi (85,7%) en einnig hafði meirihluti þeirra áhyggjur og fannst þeir standa frammi fyrir áskorunum (67,9%). Dæmi um áskoranir sem foreldrar minntust á voru fjárhagur, atvinna, að aðlagast nýrri menningu og áhyggjur af því að kenna barninu móðurmál sitt. Þeir foreldrar sem voru einir á Íslandi höfðu áhyggjur af mökum sem voru enn í flóttabúðum erlendis og af því að vera einir að ala upp barn eftir að hafa misst maka. Þegar foreldrar voru spurðir út í væntingar þeirra til SPARE var algengasta svarið að þeir vildu verða betra foreldri og læra leiðir til að breyta hegðun barna sinna á áhrifaríkan hátt, bæta samskipti sín við börnin og hjálpa þeim að aðlagast nýjum aðstæðum. Mæting hjá hópi 2 var 90%, þátttaka 80% og ánægja með meðferðina að meðaltali 4,8 af 5 eða 96%. Mæting hjá hópi 3 var 90%, þátttaka 90% og ánægja með meðferðina að meðaltali 4,5 af 5 eða 90%. Niðurstöður úr mælingum fyrir og eftir meðferð má sjá í töflu 2.

Skor á öllum undirkvörðum ásamt heildarstig PPI hækkaði. Í ECBI lækkaði „*Styrkur hegðunarvanda*“ og „*Upplifuð vandamál foreldra*“ og fóru frá því að vera nálæg klínískum mörkum í það að vera vel undir þeim mörkum. Heildarstig SCL-10-kvarðans lækkaði og breyttist frá því að vera yfir klínískum mörkum og í það að vera undir þeim. Til að athuga hvort þessar breytingar væru marktækar voru gerð þöruð *t*-próf á öllum heildarstigum kvarða og undirkvörðum þeirra. Tafla 2 sýnir niðurstöður þöruðu *t*-prófanna.

Til að athuga hvort bakgrunnspættir foreldra hefðu áhrif á stig á kvörðunum var gerð einbreytudreifigreining (e. one-way ANOVA). Marktækur munur var á kvarðanum „*Upplifuð vandamál foreldra*“ eftir launum foreldra (*p* = 0,016) eftir inngríp en ekki fyrir inngríp (*p* = 0,268), þar sem upplifun vandamála minnkaði eftir því sem laun hækkuðu.

Einföld línuleg aðfallsgreining var framkvæmd til að meta hvort bakgrunnspættir foreldra væru forspárþættir um áhrif meðferðarinnar.

Á kvarðanum „*Styrkur hegðunarvanda*“ (ECBI) höfðu tvær bakgrunnsbreytur foreldra forspárgildi. Breytan menntun foreldra spáði fyrir um meiri upplifun af styrkleika hegðunar ($p = 0,012$) fyrir inngrip; því hærri menntun þeim meiri upplifun af styrkleika. Ekki var marktækur munur eftir inngrip.

Breytan laun foreldra spáði fyrir um minni upplifun af styrkleika hegðunar ($p = 0,049$) fyrir inngrip; því hærri laun því minni upplifun af styrkleika. Ekki var marktækur munur eftir inngrip. Á kvarðanum „*Upplifuð vandamál foreldra*“ (ECBI) var breytan laun foreldra eina bakgrunnsbreytan sem hafði forspárgildi. Breytan laun foreldra spáði fyrir um minni upplifun af vanda ($p = 0,005$) eftir inngrip. Fylgni meðferðaraðila við meðferð var 90% í hópi 2 og 92% í hópi 3.

Umræða

Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort „*Strengthening Parenting Among Refugees in Europe*“ (SPARE) væri fýsilegt úrræði fyrir flóttafólk á Íslandi miðað við þá tvo hópa foreldra sem voru skoðaðir og tiltekin gögn. Þessi rannsókn er hluti af stærra verkefni SPARE í Evrópu og hvert land sem tekur þátt reynir úrræðið á þremur hópum. Þessi rannsókn nær til tveggja af þremur hópum á Íslandi, hópa númer tvö og þrjú en í þeim hópum var árangur skoðaður fyrir og eftir inngrip. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að SPARE sé fýsilegt úrræði fyrir flóttafólk á Íslandi, miðað við tiltekin gögn og þá tvo hópa sem voru skoðaðir, þar sem á námskeiðinu var mjög mikil ánægja, þátttaka og mæting foreldra. Þessar niðurstöður eru í samræmi við hin ýmsu úrræði sem byggja einnig á PMTO og hafa verið aðlöguð að mismunandi hópum (Forgatch o.fl., 2009; Gewirtz o.fl., 2014; Parra-Cardona, 2019; Wieling o.fl., 2017).

Annað markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort SPARE-úrræðið stuðli að bættri foreldrafærni, dragi úr aðlögunarvanda barna og auki velferð foreldra. Það kom skýrt fram að aðlögun barna batnaði verulega eftir inngrip þar sem bæði styrkleiki hegðunarvanda og upplifuð vandamál foreldra urðu vel undir klínískum mörkum eftir

inngrip. Einnig jókst færni foreldra og mest áberandi var aukning í jákvæðri foreldrafærni. Þessar niðurstöður eru í samræmi við rannsókn Forgatch og félaga (2009) á „*Parenting Through Change*“ þar sem dró úr aðlögunarvanda barna ásamt því að foreldrafærni einstæðra mæðra undir álagi jókst í framhaldi af úrræðinu. Niðurstöðurnar eru einnig í samræmi við niðurstöður Parra-Cardonas (2019) á aðlöguðu PMTO úrræði en þar drógu foreldrar úr ströngum agaaðgerðum og bættu jákvæða foreldrafærni.

Niðurstöður benda til þess að velferð foreldra hafi aukist en aukningin var ekki marktæk eftir leiðréttingu á p -gildum til að koma í veg fyrir áhrif endurtekinna prófa. Meðalskor foreldra voru fyrir inngrip yfir klínískum mörkum fyrir aðlögunarvanda en fóru niður fyrir mörkin eftir að inngripi lauk. Í sambærilegum rannsóknum eins og Pattersons og félaga (2004) og Gewirtz og félaga (2014) hafa úrræðin dregið úr aðlögunarvanda barna, aukið vellíðan foreldra, dregið úr þunglyndiseinkennum og sjálfsvígstíðni. Patterson og félagar (2004) sýndu jafnframt fram á að slíkar breytingar á líðan foreldra væru forspáar um áframhaldandi framför og viðhald á árangri.

Fýsileikamælingar sýndu að þátttakendur voru ánægðir með inngripið og þá aðlögun sem gerð var á úrræðinu að þeirra menningu og upplifun sem flóttafólki á Íslandi. Flestir foreldrarnir sögðust hafa tekið eftir jákvæðum breytingum í hegðun barna sinna, að meðferðaraðilar hafi sýnt þeim skilning og að þeir myndu mæla með úrræðinu fyrir aðra foreldra. Mæting var mjög góð í báðum hópum sem var 90%. Þátttaka í hópnum var einnig mjög góð, á bilinu 80–90%. Foreldrar mátu þátttöku sína sjálfir, hvort þeir hefðu til dæmis gert heimavinnuna, fylgst með á námskeiðinu og tekið virkan þátt. Fylgni meðferðaraðila við meðferð var einnig há, 90% og 92%, þar sem mikið samræmi var í mati meðferðaraðila á fylgni þeirra við meðferð. Þessar niðurstöður eru sambærilegar fýsileikarannsókn Wieling og félaga (2017) á innleiðingu PMTO í Norður-Úganda þar sem mæður voru ánægðar með þá aðlögun sem gerð var á úrræðinu að þeirra menningu, mæting og þátttaka var mjög góð og mæður tóku eftir jákvæðum breytingum í sambandi sínu við börnin sín.

Foreldrafærni þátttakenda jókst eftir inngrip og var mesta aukningin í þættinum jákvæð foreldrafærni. Foreldrar beittu því jákvæðum uppeldisaðferðum í meiri mæli en þeir gerðu fyrir inngrip. Einnig notuðu foreldrar minna af ströngum agaaðgerðum og voru samræmdari í agaaðgerðum en fyrir inngrip en ekki var marktækur munur þar á. Foreldrar upplifðu einnig minni styrkleika í aðlögunarvanda barna sinna, það er að segja að tíðni aðlögunarvanda lækkaði eftir inngrip. Foreldrar upplifðu þann aðlögunarvanda sem kom fram sem minna vandamál en þeir gerðu fyrir inngrip. Breyturnar „menntun og laun foreldra“ spáðu fyrir um meiri upplifun af „styrk hegðunarvanda“ fyrir inngrip. Það er að segja, því hærra menntunarstigi sem foreldrar höfðu lokið og því hærri laun sem þeir höfðu þeim mun sterkari aðlögunarvanda upplifðu þeir. Þessi áhrif voru ekki lengur til staðar eftir að inngripi lauk. Bakgrunnsbreytan „laun foreldra“ spáði fyrir um minni „upplifuð vandamál foreldra“ eftir inngrip. Það er að segja, því hærri laun sem foreldrar höfðu því minna upplifðu þeir hegðun barna sinna sem vandamál eftir inngrip. Þessar niðurstöður verða skoðaðar í frekara samhengi þegar gögn hinna þátttökupjóðanna liggjá fyrir.

Helstu veikleikar þessarar rannsóknar eru hversu lítið úrtakið var. Þessi rannsókn er hluti af stærra verkefni í Evrópusamstarfi og tveir hópar af þremur sem framkvæmdir eru í SPARE-verkefninu á Íslandi. Rannsóknin snýr að fýsileika og því var ekki framkvæmd aflgreining (e. power analysis). Ef stefnt verður á frekari innleiðingu SPARE í Evrópu þá verður horft til slembivalsrannsóknar og aflgreining mun þá fara fram samhliða því. Einnig fór rannsóknin fram í heimsfaraldri, Covid-19, sem gerði hópnaðmskeiðahald krefjandi og oft var mikil óvissa um hvort næsti tími yrði í fjarfundabúnaði eða hvort kennslan færi fram í sal. Þrátt fyrir þessar áskoranir bar SPARE góðan árangur og voru þátttakendur ánægðir með úrræðið, bæði á staðnum og í fjarfundabúnaði.

Helstu kostir rannsóknarinnar eru að þrátt fyrir lítið úrtak sýna niðurstöður að aðlögunin á úrræðinu er fýsileg fyrir flóttafólk á Íslandi og skilar góðum árangri. Mæting og þátttaka var

góð og brottfall var lítið. Foreldrar voru ánægðir með það sem þeir lærðu og sögðust myndu mæla með úrræðinu við aðra foreldra. Þátttakendur svöruðu meðferð vel, aðlögunarvandi barna minnkaði, foreldrafærni jókst og líðan foreldra batnaði en þó ekki marktækt. Verið er að vinna úr fýsileikagögnum fyrir fyrsta hópinn ásamt rýnihópaviðtölum (e. focus interview) sem tekin voru við hópana þrjá og aðra sem standa að hópunum, eins og menningarmiðlara og fagfólk sem setur hópana saman. Ekki verður sagt frá þessu hér en þau gögn verða kynnt á næstunni ásamt sambærilegum gögnum frá samstarfsþjóðum SPARE í Evrópu og gögnin skoðuð í heild sinni áður en lengra verður haldið. Þessar niðurstöður lofa góðu um áframhaldandi þróun á gagnreynðum úrræðum fyrir flóttafólk. Þörfin er mikil þar sem flóttafólk er sístækkandi hópur sem þarfnast úrræða og þessar niðurstöður eru mikilvægur þáttur til að renna stóðum undir það að SPARE-úrræðið sé fýsilegur kostur fyrir flóttafólk á Íslandi og ef til vill annars staðar í Evrópu. Ísland tekur við fáu flóttafólki og er því í góðri stöðu til að halda vel utan um þennan hóp. Úrræði eins og SPARE getur því hæglega orðið liður í að gera flóttafólki sem kemur til Íslands auðveldara að aðlagast íslensku samfélagi.

Strengthening parenting among refugees in Europe:

Is it a feasible therapeutic approach in Iceland?

Refugees are a fast-growing group in Europe who deals with a lot of stress and adversities which puts them at risk for developing adjustment problems. It is important that evidence-based interventions are an available option for refugees in need of support. Strengthening Parenting Among Refugees in Europe (SPARE) is based on the evidence-based intervention Parent Management Training – Oregon (PMTO) and SPARE is now being adapted to the needs of refugees in Europe. Four European nations participate in the SPARE project and in this study selected data from two groups in Iceland will be examined. SPARE trains parents to be their children's teachers to help the children to adjust to the new culture they now belong to. The aim of this study that is being described here is to assess the feasibility of conducting SPARE in Iceland based on the selected data and the two groups. The aim is also to assess whether the intervention increases good parenting practices, decreases adjustment problems, and increases parent well-being. There were 28 participants, 14 mothers and 14 fathers who all had the status of refugee in Iceland as well as having at least one child aged 2–18 years old. Parents filled out questionnaires at the beginning and end of the course, which included 12 sessions. The results based on the selected data and those two groups indicate that SPARE is a feasible intervention for refugees in Iceland. Participants were satisfied with the intervention and attendance and participation rate was high in the groups. Parenting practices increased and especially positive parenting practices, intensity of adjustment problems decreased, and parents perceived it as less of a problem. Parent's assessment of their well-being increased, though it was not significant. These results are promising for continuing research on interventions for refugees as the need for such interventions is imperative.

Keywords: Parenting practices, evidence-based intervention, PMTO, refugees, adaptation.

Alexía M. Jakobsdóttir is a M.Sc. student in Clinical Psychology at the Faculty of Psychology, University of Iceland. Margrét Sigmarsdóttir, Ph.D., is a specialist in clinical paediatric psychology and an Associate Professor at the Faculty of Health Promotion, Sport and Leisure Studies, University of Iceland. Urður Njarðvík, Ph.D., is a specialist in clinical paediatric psychology and a Professor at the Faculty of Psychology, University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Margrét Sigmarsdóttir, Associate Professor, Faculty of Health Promotion, Sport and Leisure Studies, University of Iceland, Stakkahlíð, 105 Reykjavík. E-mail: margr@hi.is.

Heimildir

- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. og Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 450–457. <https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00018>
- Askeland, E., Forgatch, M. S., Apeland, A., Reer, M. og Grønlie, A. A. (2019). Scaling up an empirically supported intervention with long-term outcomes: The nationwide implementation of GenerationPMTO in Norway. *Prevention Science*, 20(8), 1189–1199. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01047-9>
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58(2), 143. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0040672>
- Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R. og Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(1), 15–33. <https://doi.org/10.1007/BF00910562>
- Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T. og Jakobsen, R. (2012). Parent training among ethnic minorities: Parenting practices as mediators of change in child conduct problems. *Family Relations*, 61(1), 101–114. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00683.x>
- Bogic, M., Njoku, A. og Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human rights*, 15(1), 1–41. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C., Squiers, L., Fabrizio, C. og Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Burns, G. L. og Patterson, D. R. (1991). Factor structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: Unidimensional or multidimensional measure of disruptive behavior?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(4), 439–444. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2004_13
- Burns, G. L. og Patterson, D. R. (2000). Factor structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: A parent rating scale of oppositional defiant behavior toward adults, inattentive behavior, and conduct problem behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 569–577. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904_9

- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R. og Forgatch, M. (2002). *Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior*. Í J. B. Reid, G. R. Patterson og J. Snyder (ritstjórar), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (bls. 123–145). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10468-006>
- Conger, R. D., Conger, K. J. og Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 685–704. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x>
- Conger, R. D., Ge, X., Elder Jr, G. H., Lorenz, F. O. og Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65(2), 541–561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00768.x>
- DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S. og Martinez, Jr, C. R. (1999). Parenting of divorced mothers as a link between social status and boys' academic outcomes: Unpacking the effects of socioeconomic status. *Child Development*, 70(5), 1231–1245. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00089>
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R. og Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time?. *Prevention Science*, 5(2), 73–89. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.00000023078.30191.e0>
- Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P. og Pelham III, W. E. (2016). The Oregon model of behavior family therapy: From intervention design to promoting large-scale system change. *Behavior Therapy*, 47(6), 812–837. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.002>
- Domenech Rodríguez, M. M., Baumann, A. A. og Schwartz, A. L. (2011). Cultural adaptation of an evidence based intervention: From theory to practice in a Latino/a community context. *American Journal of Community Psychology*, 47(1–2), 170–186. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9371-4>
- Eyberg, S. M. og Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Fegert, J. M., Diehl, C., Leyendecker, B., Hahlweg, K. og Prayon-Blum, V. (2018). Psychosocial problems in traumatized refugee families: Overview of risks and some recommendations for support services. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0210-3>
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., Patterson, G. R. og Steiner, H. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. Í H. Steiner (ritstjóri), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach* (bls. 782–813). Jossey Bass Professional Learning.
- Forgatch, M. S. og DeGarmo, D. (2002). *Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples*. Í J. B. Reid, G. R. Patterson og J. Snyder (ritstjórar), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (bls. 235–256). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10468-012>
- Forgatch, M. S. og Domenech Rodríguez, M. M. (2016). *Interrupting coercion: The iterative loops among theory, science, and practice*. Í T. J. Dishion og J. J. Snyder (ritstjórar), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of coercive relationship dynamics* (bls. 194–214). Oxford University Press.
- Forgatch, M. S. og Patterson, G. R. (2010). *Parent Management Training — Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents*. Í J. R. Weisz og A. E. Kazdin (ritstjórar), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (bls. 159–177). The Guilford Press.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. og Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21(2), 637–660. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000340>
- Gewirtz, A. H., DeGarmo, D. S. og Zamir, O. (2016). Effects of a military parenting program on parental distress and suicidal ideation: After deployment adaptive parenting tools. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, S23–S31. <https://doi.org/10.1111/sltb.12255>
- Gewirtz, A. H., Pinna, K. L., Hanson, S. K. og Brockberg, D. (2014). Promoting parenting to support reintegrating military families: After deployment, adaptive parenting tools. *Psychological Services*, 11(1), 31. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0034134>
- Gewirtz, A. H., Polusny, M. A., DeGarmo, D. S., Khaylis, A. og Erbes, C. R. (2010). Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: Associations with parenting behaviors and couple adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 599. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020571>
- Griner, D. og Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 43(4), 531–548. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.43.4.531>

- Grossberg, J. M. (1964). Behavior therapy: A review. *Psychological Bulletin*, 62(2), 73. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0041033>
- Hagen, K. A., Ogden, T. og Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165–178. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546050>
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161–178. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x>
- Kazdin, A. E. (2005a). *Child, parent, and family-based treatment of aggressive and antisocial child behavior*. Í E. D. Hibbs og P. S. Jensen (ritstjórar), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (bls. 445–476). American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (2005b). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Lög um útlendinga nr. 3/2016. <https://www.althingi.is/lagas/151a/2016080.html>
- Margrét Sigmarsdóttir (2016). Foreldrafærni – Oregon aðferð: Bakgrunnur, inleiðing og áhrif á Íslandi. Í Andri Steinþór Björnsson, Guðfinna Eydal og Katrín Kristjánsdóttir (ritstjórar), *Af Sál: Greinasafn handa Alþingi* (bls. 133–149). Háskóli Íslands og Háskólaútgáfan.
- Martinez Jr, C. R. og Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 416. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.69.3.416>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen H. og Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PloS one*, 13(9), e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Ogden, T. og Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.76.4.607>
- Parra-Cardona, J. R. (2019). Healing through parenting: An intervention delivery and process of change model developed with low-income Latina/o immigrant families. *Family Process*, 58(1), 34–52. <https://doi.org/10.1111/famp.12429>
- Parra-Cardona, J. R., Domenech-Rodríguez, M., Forgatch, M., Sullivan, C., Bybee, D., Holtrop, K., Escobar-Chew, A., Tams, L., Dates, B. og Bernal, G. (2012). Culturally adapting an evidence-based parenting intervention for latino immigrants: The need to integrate fidelity and cultural relevance. *Family Process*, 51(1), 56–72. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01386.x>
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, 28(2), 25–32.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. og Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13(5), 638–650. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(82\)80021-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80021-X)
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. og Forgatch, M. S. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(6), 621–633. <https://doi.org/10.1023/B:JA.CP.0000047211.11826.54>
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J. I. M., Handegård, B. H., Clifford, G. og Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 31–38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x>
- Reedtz, C., Handegård, B. H. og Mørch, W. T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 131–137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x>
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C. og Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in Head Start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science*, 2(4), 209–227. <https://doi.org/10.1023/A:1013618309070>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J og Brait-hwaite, R. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10–21.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M. og Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 9(1), 22–28. <https://doi.org/10.1080/15374418009532938>

- Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U. og Müller, J. (2013). Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21060. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21060>
- Sigmarsdóttir, M. og Björnsdóttir, A. (2012). Community implementation of PMTO™: Impacts on referrals to specialist services and schools. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 506–511. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00974.x>
- Sigmarsdóttir, M. og Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Implementation of Parent Management Training—Oregon Model (PMTO TM) in Iceland: Building sustained fidelity. *Family Process*, 52(2), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01421.x>
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S. og Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for Children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), 468–476. <https://doi.org/10.1111/sjop.12078>
- Sigmarsdóttir, M., Forgatch, M. S., Guðmundsdóttir, E. V., Thorlacius, Ö., Svendsen, G. T., Tjaden, J. og Gewirtz, A. H. (2019). Implementing an evidence-based intervention for children in Europe: Evaluating the full-transfer approach. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S312–S325. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466305>
- Sigmarsdóttir, M., Thorlacius, T. S., Guðmundsdóttir, E. V. og DeGarmo, D. S. (2015). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Child outcomes in a nationwide randomized controlled trial. *Family Process*, 54(3), 498–517. <https://doi.org/10.1111/famp.12109>
- Smith, T. B., Domenech Rodríguez, M. og Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 166–175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Snyder, J. J. og Patterson, G. R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26(2), 371–391. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80111-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80111-X)
- Tambs, K. og Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364–367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Tømmerås, T., Kjøbli, J. og Forgatch, M. (2018). Benefits of child behavior interventions for parent well-being. *Family Relations*, 67(5), 644–659. <https://doi.org/10.1111/fare.12344>
- United Nations High Commissioner for Refugees (2020). *Global trends*. Höfundur. <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>
- Van Ee, E., Kleber, R. J. og Jongmans, M. J. (2016). Relational patterns between caregivers with PTSD and their nonexposed children: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 186–203. <https://doi.org/10.1177%2F1524838015584355>
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 715–730. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.5.715>
- Weisz, J. R. og Kazdin, A. E. (ritstjórar). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.
- Wieling, E., Mehus, C., Möllerherm, J., Neuner, F., Ach-an, L. og Catani, C. (2015). Assessing the feasibility of providing a parenting intervention for war-affected families in Northern Uganda. *Family & Community Health*, 38(3), 252–267. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000064>
- Wieling, E., Mehus, C., Yumbul, C., Möllerherm, J., Ertl, V., Laura, A., Forgatch, M., Neuner, F. og Catani, C. (2017). Preparing the field for feasibility testing of a parenting intervention for war-affected mothers in Northern Uganda. *Family Process*, 56(2), 376–392. <https://doi.org/10.1111/famp.12189>

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2020 til haust 2021 (Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Október 2020

Meistaránám í sálfræði

Ingunn Eyjólfsdóttir. *Ráðgjöf fyrir kennara á internetinu um meðhöndlun á hegðunarvanda nemenda. Evaluation of the effects of a consultation website for teachers.*

Sandra Dögg Þórudóttir. *Spáir skýrleiki hugsýna fyrir um frammistöðu í minnisverkefnum? Does mental imagery vividness predict memory performance?*

Febrúar 2021

MS-ritgerð í hagnýtri sálfræði, Klínísk sálfræði

Alexandra Arnardóttir. *Samanburður á árangri sálfræði- og lyfjameðferðar fyrir börn með kvíðaraskanir. Comparative effectiveness of cognitive-behavioral treatment and Serotonin and serotonin noradrenaline reuptake inhibitors for anxiety in children and adolescents: A network meta-analysis.*

MS-ritgerð í hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Skólar og þroski

Jennie Maria Katarina Jönsson. *Misnotkun lyfseðilsskyldra ópíóíða meðal háskólanema á Íslandi: algengi, ástæður fyrir misnotkun, og tengsl við líðan. Nonmedical Use of Prescription Opioids Among Icelandic University Students: Prevalence rates, motives for misuse, and association with psychological distress.*

Júní 2021

MS- ritgerð í Hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Klínísk sálfræði

Alexía Margrét Jakobsdóttir. *Efning foreldrafærni meðal flóttafólks: Er það fýsileg meðferðarnálgun við íslenskar aðstæður? Strengthening Parenting Among Refugees in Europe: Is it a feasible therapeutic approach in Iceland?*

Aníta Ósk Georgsdóttir. *Gagnagrunnur hugbúnaðarins Sigla 3.3: Notkun lífsstílsbreyta og heilarita til þess að koma auga á einstaklinga í áhættuhópi fyrir hnignun í hugarstarfi. Software Database of Sigla 3.3: Detecting At-Risk Individuals for Cognitive Decline Utilising Lifestyle Indices and Electroencephalographic Data*

Arna Jónsdóttir. *Áhrif þunglyndis á greiningu fylgiraskana: Mat á fylgiröskunum og matsmannaáreiðanleika DSM-5 K-SADS-PL greininga meðal barna með og án þunglyndis. The impact of comorbid depression: an exploration of comorbidity and inter-rater reliability of the DSM-5 K-SADS-PL among depressed and non-depressed youth.*

Ágúst Pálsson. *Ofsóknarhugsanir: Rannsókn á Hlutverki Hugrænna Þátta með Aðstoð Sýndarveruleika. Paranoid Thinking: Investigating the Role of Cognitive Factors Using Virtual Reality.*

Berglind Sigmarsdóttir. *Hafa tilfinninganæmi og hæfni til tilfinningastjórnunar tengsl við daglegar sveiflur í tilfinningum í þunglyndi? Are emotional reactivity and emotion regulation ability associated with everyday emotional dynamics in depression?*

Bergrún Mist Jóhannesdóttir. *Hlutverk félagslegrar ógnar og lífsógnar í þróun áfallastreituröskunar og félagsfælni. The role of social threat and threat to life in the development of post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder.*

Camilla Ann Stacey. *Tíðni hegðunarvanda og þróun einkenna undir klínískum mörkum. The prevalence of subclinical behavior problems and their developmental trajectories.*

Davíð Haraldsson. *Þunglyndisþankar í endurteknu þunglyndi: Samanburður á mismunandi úrtökum og mæliaðferðum. Ruminatin in recurrent depression: Comparison across samples and assessment methods.*

Erna Magnúsdóttir. *Íslenskun og prófun á matslistanum CLEAN: Hlutlægt mat á foreldrafærni hjá fjölskyldum sem eru skjólstæðingar Barnaverndar. Icelandic translation and testing of the CLEAN checklist: Objective assessment of parenting skills in families who are clients of the Child Welfare Service.*

Eydis Þuríður Halldórsdóttir. *Bræðingur: Árangursmat á ósérhæfðri hópmeðferð fyrir unglinga með tilfinningavanda. Bræðingur. Evaluation of the effectiveness of transdiagnostic group therapy for adolescents with internalizing problems.*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2020 til haust 2021

(Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Freyja Ágústsdóttir. *Dregið úr tíðni áleitinna endurminninga eftir áföll hjá íslenskum konum með sjónrýmdarverkefni í gegnum fjarfundarbúnað. Reducing the frequency of intrusive memories of trauma among women in Iceland with remote delivery of a visuospatial intervention.*

Hildur Ýr Hilmarsdóttir. *Skimunareiginleikar Tilfinningalistans (RCADS) eftir kyni og aldri: Niðurstöður úr klínísku úrtaki. Screening efficiency of the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) across age and gender in a clinical sample.*

Kolbrún Björk Jensinudóttir. *Fjölgun tilvísana á Greiningar- og ráðgjafarstöð - samanburður á börnum með erlendan bakgrunn og íslenskum jafnöldrum þeirra. Increase of referrals to the Diagnostic and Counseling Center - a comparison of children with a foreign background and their Icelandic peers.*

Karen Kristinsdóttir. *Mat fagaðila á hindrunum við greiningu og meðferð á áfallastreituröskun og öðrum áfallatengdum vanda í geðþjónustu á Íslandi. Clinician-perceived barriers to assessment and treatment of PTSD and other trauma-related problems in mental health service in Iceland.*

María Björk Gunnarsdóttir. *Svefnvandi meðal ungmenna með athyglisbrest/ofvirkni, kvíðaraskanir eða báðar raskanirnar. Sleep-Related Problems Among Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Anxiety Disorders, or the Comorbidity of the Two.*

Róshildur Arna Ólafsdóttir. *Túlkunarferli og tengsl þeirra við þróun áfallastreituröskunar og félagskviða. Appraisal processes and their role in the development of PTSD and SAD.*

Sara Danielsdóttir. *Áhrif nýrrar, ósérhæfðar meðferðar við tilfinningavanda á lífsgæði unglunga: Samanburður við biðlistahóp. The effect of a new, transdiagnostic treatment for emotional problems on teenagers quality of life: A randomized controlled trial.*

Svanhildur Ólöf Sigurðardóttir. *Áhrif foreldraþjálfunar á foreldraferni Lýsandi rannsókn á birtum gögnum úr einliðasniðum 2010-2020. Effects of parent training on parenting skills A descriptive analysis of published single subject data 2010-2020.*

Sesselja Magnúsdóttir. *Vinnulag grunnskólakennara og faglegur stuðningur vegna hegðunar- og tilfinningavanda nemenda. Teacher practices and professional support for behavioral and emotional difficulties among students.*

Unnur Rún Sveinsdóttir. *Árangursmat á ósérhæfðri hópmeðferð fyrir unglunga með tilfinningavanda. The effectiveness of transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for adolescents with emotional problems.*

Þorsteinn Guðmundsson. *Dregið úr áleitnum endurminningum eftir áföll með sjónrýmdarverkefni veitt konum í fjar meðferð; Fýsileikarannsókn. Remote delivery of a brief visuospatial interference intervention to reduce intrusive memories among trauma exposed women: A feasibility study*

MS- próf í hagnýtri sálfræði: Megindleg sálfræði

Sigurbjörg Björnsdóttir. *Summuskor á GAD-7 - réttmæti í notkun. Sum-scores on the GAD-7 - validity as used in practice.*

MS- próf í hagnýtri sálfræði: Samfélag og heilsa/samfélag og umhverfi

Birkir Einar Gunnlaugsson. *Message framing, self-efficacy and physical activity. A study examining the effects among healthy college students.*

Emilie Anne Jóhannsdóttir. *Hvernig skal spyrja um kyn í spurningakönnunum. How to ask about gender in surveys.*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2020 til haust 2021 (Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

MS- próf í hagnýtri sálfræði: Skólar og Þroski

Ásta Guðrún Guðmundsdóttir. *Áhrif stýrðrar kennslu frá Morningside Academy á færni nemenda í fyrsta bekk í stærðfræði. The effect of direct instruction from the Morningside Academy on math abilities in six year olds.*

Sólrun Sesselja Haraldsdóttir. *Hinsegin ungmenni í grunnskólum á Íslandi: Einkenni þunglyndis og kvíða, öryggi í skóla og félagslegur stuðningur. The Well-Being of Sexual and Gender Minority Adolescents in Icelandic Compulsory Schools: Symptoms of depression and anxiety, school safety and social support*

MS í Sálfræði. Einstaklingsmiðað nám

Fjóla Huld Sigurðardóttir. *Íslensk útgáfa Bergen kaupfíknivæðans og sálfélagslegar skýringar á kaupfíkn. Icelandic version the Bergen Shopping Addiction Scale and psychosocial explanations of shopping addiction.*

Júlía Hafþórsdóttir. *Ráðgjöf um hegðunarstjórnun á netinu: Ber það árangur? Internet Counseling on Behavior Management: Is it Effective?*

Október 2021

MS-ritgerðir í Hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Klínísk sálfræði

Arnar Baldvinsson. *Forathugun á foreldraviðtölum til að bæta daglegar rútínur á heimilum barna með ADHD og áhrif þeirra á móþróa, styrki og veikleika. Pilot study on parent counseling to improve daily routines in homes of children with ADHD and its effects on opposition, strengths and difficulties.*

Fransiska Björk Hinriksdóttir. *Andleg líðan og trú á eigin getu (abstinence self-efficacy) fyrir og eftir inniliggjandi meðferð við fíknisjúkdómi hjá SÁÁ. Mental health and abstinence self-efficacy before and after inpatient treatment for substance use disorder at SÁÁ.*

MS-ritgerðir í Hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Megindleg sálfræði

Ólöf Ragna Einarsdóttir. *Rannsóknir á prófhlutum samræmdra könnunarprófa í íslensku. Research on the subscales on the Icelandic National Examinations in the language arts.*

MS-ritgerð í Sálfræði. Einstaklingsmiðað nám

Vilborg Magnúsdóttir. *Áhrif öryggismenningar á öryggi fyrirtækja. The impact of safety culture on the safety level of organizations.*

Doktorsvarnir Sálfræðideildar

30. nóvember 2020

Inga María Ólafsdóttir. *Þroski sjónrænnar athygli og tengsl við stýrifærni. The development of visual attention and its connection with executive functions.*

2. desember 2021

Vigdís Vala Valgeirsdóttir. *Gerviganglimir á hátækniöld: Þarfir notenda og ávinningur. Lower-limb Prosthetics in the Age of Advanced Solutions: Understanding People's Needs and Future Benefits.*

10. desember 2021

Mohsen Rafiei. *Raðáhrif í sjónskynjun. Attractive and repulsive serial biases in visual cognition.*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskólann í Reykjavík haust 2020 til haust 2021

(Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Doktorsgráða (PhD) í klínískri sálfræði, árið 2021

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz *Predicting Work Disability and the Outcome of Vocational Rehabilitation: The Role of Persistent Physical Symptoms and Mental Health.*

Doktorsgráða (PhD) í klínískri sálfræði, árið 2020

Ingibjörg Eva Þórisdóttir. *Social Media Use and Symptoms of Anxiety and Depressed Mood among Adolescents.*

MS-ritgerð í hagnýtri sálfræði, Klínísk Sálfræði, árið 2021

María Mjöll Björnsdóttir. *Burnout Symptoms Among Icelandic Patients Administered to the Cardiac Emergency Department with Chest Pain Discomfort: Association with Mental Health and Demographics.*

Ísak Aron Sigurðarson Hammer. *Feasibility of the modified Icelandic translated Columbia-Suicide Severity Rating Scale: A pilot study.*

Fríða Ísbjörg Kjartansdóttir. *Effect of Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Anxiety and Depressive Symptoms in Pregnant Women.*

Helgi Þór Harðarson. *The effect of bright white light therapy and sleep hygiene education on sleep and mental health in adolescents.*

Hildur Skúladóttir. *The Effects of a Virtual Reality Courtroom on Victims of Sexual Violence.*

Tinna Dögg Sigurðardóttir. *The current role and contribution of "Behavioural Investigative Advisers" and "Forensic Clinical Psychologists" in the United Kingdom.*

Ásbjörn Örvar Þorláksson. *Psychometric properties of the Icelandic translation of the Burnout Assessment Tool (BAT).*

Jónas Björgvin Sigurbergsson. *The relationship of functional impairment with anxiety and depressive symptoms in transdiagnostic cognitive behavioural group treatment.*

Daði Ólafsson. *The Impact of Training Schedule on Athletes' Sleep Problems.*

Grímur Gunnarsson. *Goal Orientation, Anxiety and Performance in Sports - A Population Based Study.*

Hjálmtyr Alfreðsson. *The relationship between sleep and symptoms of depression and anxiety among Icelandic athletes.*

Ingólfur Tryggvi Eliasson. *Psychometric Properties of the Icelandic version of the Work and Social Adjustment Scale.*

Unnur Margrét Unnarsdóttir. *The Icelandic translation of The Child Anxiety Impact Scale (CAIS): Preliminary psychometric properties of the CAIS scale in a community sample of Icelandic children.*

Sigríður Ósk Ólafsdóttir. *Coercion in Icelandic Nursing Homes: A Correlational Study of Physical Restraint Use.*

Rakel Rut Björnsdóttir. *Evaluating the Efficacy of an Internet-based Cognitive Behavioral Intervention for Infertile Women: A Feasibility Study.*

Signý Sigurðardóttir. *Improving Adherence to a Web-Based Cognitive-Behavioural Therapy Program for Social Anxiety with Group Sessions: Randomised Control Trial.*

Selma Ósk Höskuldsdóttir. *Thesis title: Profile Analysis of Young Adults Seeking Addiction Treatment.*

Íris Björk Indriðadóttir. *Thesis title: Mental health services for people with learning disabilities and other related disorders in supported living in Iceland.*

Valdís Ósk Jónsdóttir. *Depression, Anxiety, and Stress Symptoms among Labor Force Participants in Iceland: The Effects of Gender, Parental Status, Financial Strain and Family Member Support.*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskólann í Reykjavík haust 2020 til haust 2021

(Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

MS-ritgerð í hagnýtri sálfræði, Klínísk Sálfræði, árið 2020

Ástdís Pálsdóttir Bang. *Depression symptoms among older adults in Iceland : findings from the resident assessment instrument-minimum data set 2.0.*

Eva Bryndís Pálsdóttir. *Barriers and facilitators to disclosure of sexual violence and relationship with symptoms of depression, anxiety and stress.*

Baldur Már Richter. *The psychometric properties of Psychosis Attachment measure (PAM) and Attachment Avoidance in Therapy Scale (AATS) in Iceland.*

Telma Sigurgeirsdóttir. *Guided Internet-based self-help for symptoms of anxiety and depression : a feasibility study.*

Thelma Smáradóttir. *Prevalence and effects of antidepressants during pregnancy on infant outcomes among women in Iceland.*

Laufey Ásta Guðmundsdóttir. *A pilot study on the efficacy of FRIENDS : a social skills treatment program for children with autism spectrum disorder.*

Guðrún Carstensdóttir. *Worries, stop-rules and problem-solving confidence in a sample of university students.*

Heiðrún Hafþórsdóttir. *Metacognitive intervention in early psychosis : a pilot study.*

Ásthildur E Erlingsdóttir. *Connections between emotional dependency and interventions in cognitive behaviour therapy for adults : outcomes of group therapy.*

Carmen Maja Valencia. *Obstructive sleep apnea and snoring in Icelandic children : the five-to-fifteen questionnaire and school performance.*

Helga Maren Hauksdóttir. *The effects of social support and relationship with the perpetrator on disclosure of sexual abuse : depression, anxiety and stress symptoms among sexually abused victims in Iceland.*

Elfar Þór Bragason. *Motivation to change? : psychometric properties of SOCRATES and URICA, the extent of substance abuse and motivation to change among people with early onset psychosis.*

Elfa Scheving Sigurðardóttir. *Efficacy and mechanism of change in transdiagnostic CBT for health anxiety and depressive disorders using single case experimental design.*

Guðrún Sunna Gestsdóttir. *Prevalence, mental health and substance use of anabolic steroid users : a population-based study on young individuals.*

Edda Sigfúsdóttir. *Adjunctive behavioral activation for bipolar I disorder : single case.*

Ásthildur Margrét Gísladóttir. *The relationship between sleep-disordered breathing and neurocognitive problems in children : objective and subjective measures of snoring.*

Daðey Albertsdóttir. *Balancing climate anxiety and coping skills: How the cognitive theory of anxiety predicts pro-environmental and avoidance behaviour.*

Thelma Lind Smáradóttir. *Anger, happiness and life-satisfaction among interpersonal or non-interpersonal trauma survivors in Iceland.*

Ásrún Á. Jónsdóttir. *Seasonal sleep patterns among people with early-onset psychosis and university students.*

Erna Björk Einarsdóttir. *A qualitative analysis of generalised anxiety disorder : a cognitive behavioural theory perspective.*

Dávur Í Dali. *Psoriasis in Iceland and symptoms of psychological comorbidities.*

Sif Elíasdóttir Bachmann. *The relationship between worries and safety-seeking behaviour in Generalized Anxiety Disorder.*

Sif Jónsdóttir. *Effects of equine facilitated therapy on at-risk youth in treatment.*