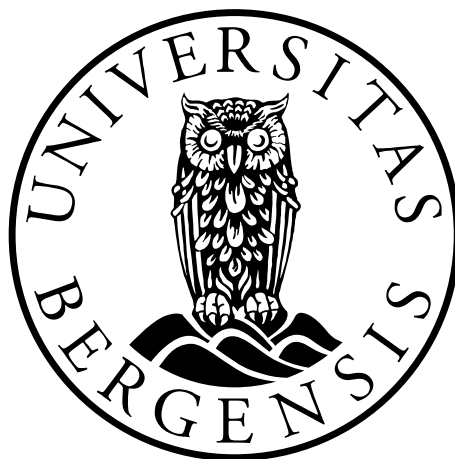


En studie av atferdsproblemer hos gutter og jenter i alderen 3-9 år

Maiken Stendal Hovland



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Vår 2015

Det psykologiske fakultet
HEMIL - Senteret

Veiledere: Ragnhild Bjørknes og Ingrid Holsen

Forord

Nå har jeg kommet til veis ende med masteroppgaven, og jeg ser tilbake på et spennende og lærerikt år. Prosessen har vært givende, men også utfordrende og krevende. Heldigvis har jeg hatt mange gode hjelpere på veien mot målet. En takk rettes til min første veileder, Ragnhild Bjørknes, for konstruktiv veiledning og for at jeg fikk muligheten til å bruke deler av ditt datamateriale. I denne sammenheng vil jeg også takke alle informantene som har bidratt i studien. Takk til min andre veileder, Ingrid Holsen, som har fått meg til å bevare roen og vært en god diskusjonspartner. Oppgaven ville ikke vært ferdigstilt uten deres kunnskap og innspill.

Prosessen har til tider vært frustrerende, men fine medstudenter har bidratt til å holde humøret og motivasjonen på topp. Dere har vært gode diskusjonspartnere, både for faglige og mindre faglige tema. Tiden på lesesalen har vært langt enklere, og ikke minst mer underholdende takket være dere.

Jeg vil også takke min familie, dere har alle støttet og hjulpet meg på hver deres måte. En spesiell takk til min søster Renée, som alltid tar seg tid til å lese korrektur, og komme med nyttige innspill og kommentarer. Takk til mine gode venner som gjennom året har motivert meg, vist forståelse og lyttet til min utgreiing om kvantitativ metode. En siste takk går til min tålmodige samboer Chris. Du har hele veien hatt tro på meg og støttet meg. Takk for at du har vært like blid tross en frustrert og fraværende samboer.

Bergen, 20. mai 2015

Maiken Stendal Hovland

Sammendrag

Tidlig debut av atferdsproblemer hos barn kan gi økt risiko for å utvikle andre former for psykiske vansker, antisosial atferd, og kan føre til problemer med å tilpasse seg familie- og arbeidsliv i voksen alder. I barndommen synes det som at flere gutter enn jenter har økt risiko for å utvikle atferdsproblemer. I 2013 mottok flere gutter enn jenter atferdsrettete tiltak fra barneverntjenesten. Hensikten med denne studien er å undersøke forskjeller og likheter mellom gutter og jenter, med særlig sikte på internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer. Videre undersøkes sammenhenger mellom atferdsproblemer, oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer, samt om noen utvalgte bakgrunnsfaktorer ved mødre har betydning for atferdsproblemer hos gutter og jenter.

Data er hentet fra studien «Parent Management Training Oregon Model: Intervention effect on maternal practice and children behavior in ethnic minority families». Utvalget bestod av 96 barn med somalisk eller pakistansk opprinnelse, herunder 60 gutter og 36 jenter. To ulike måleinstrument ble anvendt for å kartlegge barnas atferd, hvor mødrene besvarte ett, og barnas pedagoger et annet.

Mødrene rapporterte signifikant høyere gjennomsnittsnivå av eksternaliserte atferdsproblemer hos guttene, $p = .05$. Pedagogene rapporterte om signifikant høyere gjennomsnittsnivå av internaliserte atferdsproblemer hos jenter, $p = .01$. Det var antydninger til at de respektive kjønnsforskjellene også var fremtredende hos førskolebarn. Resultatene viste fra middels til høy korrelasjon mellom eksternalisert atferd, sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer, for både guttene og jentene. Resultatene fra regresjonsanalysene ga kun signifikante resultat basert på pedagogenes rapportering. Her var det signifikant sammenheng mellom mødrenes sivilstatus og eksternaliserte atferdsproblemer hos jentene, $p = .002$, og mødrenes opplevde økonomi og eksternaliserte atferdsproblemer hos guttene, $p = .002$.

Det var kun mødrene som rapporterte om signifikante kjønnsforskjeller for eksternaliserte atferdsproblemer. Dette indikerer at atferdsproblemene til barna er kontekstbasert. Atferdsproblemer er svært sammensatt og resultatene i undersøkelsen indikerer at atferdsproblemer må forstås ut i fra det enkelte barnet, og at eventuelle tiltak må tilpasses barnets behov.

Nøkkelord: Atferdsproblemer, barn, eksternalisert atferd, internalisert atferd, kjønn.

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Sammendrag	V
1.0 Innledning	3
1.1 Formål og problemstilling	5
1.2 Oppgavens oppbygging.....	6
2.0 Begrep, teori og forskning	8
2.1 Begrepsavklaring.....	8
2.1.1 Tilnærming til atferdsproblemer.....	9
2.2 Eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer	10
2.3 Sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer	13
2.4 Risikofaktorer	13
2.5 Kjønnforskjeller og utviklingsmønster	15
2.5.1 Forekomst av atferdsproblemer hos gutter og jenter	16
2.6 Teoretisk bakgrunn.....	18
2.6.1 Transaksjonsmodellen	18
2.6.2 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell.....	19
2.7 Empirisk bakgrunn	22
3.0 Metode	26
3.1 Vitenskapsteori.....	26
3.2 Plassering av oppgaven og evidensbasert kunnskap	27
3.3 Forskningsdesign.....	28
3.3.1 Rekruttering, inklusjons- og eksklusjonskriterier og utvalg.....	29
3.3.2 Gjennomføring og etiske hensyn.....	30
3.3.3 Variabler	31
3.3.4 Avhengig og uavhengig variabel.....	32
3.4 Måleinstrument.....	32
3.4.1 Eyberg Child Behavior Check list.....	34
3.4.2 Teacher Report Form.....	35
3.5 Behandling av datamaterialet	37
3.5.1 Omkoding av bakgrunnsvariabler	38
3.5.2 Klinisk- og normalområde for atferdsproblemer.....	39

3.6 Analyse.....	40
3.6.1 Bivariate analyser	40
3.6.2 Multivariat analyser.....	42
3.6.3 Forutsetninger for analyser.....	42
3.6.4 Logaritmisk transformasjon.....	43
3.7 Reliabilitet	44
3.8 Validitet	46
3.9 Forskningsetiske hensyn.....	47
4.0 Resultat.....	49
4.1 Deskriptiv analyse av barnas atferdsproblemer og sosiale- og oppmerksomhetsproblemer	49
4.2 Kjønnforskjeller i gjennomsnittsnivå.....	50
4.2.1 Kjønnforskjeller i klinisk område	51
4.3 Kjønnforskjeller i gjennomsnittsnivå for førskole- og skolebarn	52
4.4 Sammenheng av eksternalisert og internalisert atferd, og annen problematferd.....	54
4.4.1 Analyser av sammenhenger separat for gutter og jenter	54
4.4.2 Sammenheng mellom oppmerksomhetsproblemer, sosiale problemer og symptomer på eksternalisert og internalisert atferd	56
4.5 Betydning av bakgrunnsfaktorer ved mor for utvikling av eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer.....	57
5.0 Diskusjon.....	61
5.1 Kjønnforskjeller i gjennomsnittsnivå og klinisk område	61
5.1.1 Eksternaliserte atferdsproblemer	61
5.1.2 Internaliserte atferdsproblemer.....	63
5.1.3 Sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer	65
5.2 Kjønnforskjeller for førskole- og skolebarn.....	65
5.3 Sammenhenger av eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer, samt oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer.	67
5.4 Betydning av mors bakgrunnsfaktorer for eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer	69
5.5 Betraktninger ved undersøkelsen	71
5.6 Metodiske begrensninger	72
5.7 Oppsummering og konklusjon	73
Referanser	76
Vedlegg	86

1.0 Innledning

Det antas at mellom 15-20 % av barn og unge mellom 0-18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker, hvor angst, depresjon og atferdsforstyrrelser er av de mest vanligste (Mathiesen, 2009). En nylig norsk forskningsoppsummering konkluderte med at mellom 3,5-3,7 % av nordiske barn møter diagnosekriteriene for alvorlig atferdsforstyrrelse eller opposisjonell atferdsforstyrrelse. Gutter har jevnt over oftere atferdsproblemer, men tallene viser at hvert tredje eller fjerde barn med atferdsforstyrrelser er jente (Skogen & Torvik, 2013). Rapporten «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» fra 2009 redegjorde for utbredelsen av psykiske plager og lidelser i Norge. Det ble anslått at 3-7 prosent av barn i grunnskolealderen enten har en angstlidelse, alvorlig depresjon, atferdsforstyrrelser eller ADHD. I denne aldersgruppen er to av tre med en diagnostiserbar psykisk lidelse gutter, men etter puberteten er to av tre med en diagnose jente (Mathiesen, 2009). Ikke alle barn med atferdsproblemer tilfredsstiller kriteriene for en diagnose. Det er vanligere at barn og unge kan ha en krevende og utfordrende atferd som ikke kan diagnostieres. Prosentvise tall kan bli langt høyere hvis en legger til grunn antall barn som viser ett eller flere symptomer på atferdsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser (Skogen & Torvik, 2013). Omfanget av atferdsproblemer er imidlertid vanskelig å anslå konkret. Dette er fordi ulike studier kan legge til grunn forskjellige definisjoner på atferdsproblemer, eller bruke ulike metoder for å måle atferdsproblemer. Ulikt datagrunnlag gjør det i tillegg vanskelig å sammenligne resultater mot hverandre (Sørli, 2000).

Det kan skilles mellom to former for atferdsproblemer. Den første omtales som eksternaliserte atferdsproblemer og refererer til aggresjon, utagering og hyperaktivitet. Den andre omtales som internaliserte atferdsproblemer. Denne atferden vises i form av en tilbaketrukket atferd og symptomer på angst og depresjon. Dette er to svært ulike atferdsformer, men som likevel ofte opptrer sammen (Gilliom & Shaw, 2004). Symptomer på atferdsproblemer kan observeres i tidlig alder, men jo yngre barna er, jo mindre markerte er kjønnsforskjellene. Hovedvekten av forskning finner derimot at gutter generelt har et høyere gjennomsnitt av eksternaliserte atferdsproblemer. Kjønnsforskjeller for internaliserte atferdsproblemer er mindre markerte i barndommen. Dette kan ha sammenheng med at internalisert atferd kan være vanskelig å observere, og spesielt i småbarnsalderen (Campbell, 1995).

Atferdsproblemer anses som stabile dersom det ikke blir satt inn tiltak for å stoppe utviklingen. Tidlig debut av antisosiale handlinger kan føre til vedvarende atferdsproblemer inn i ungdomsårene og i voksen alder. Kriminalitet, lav tilknytning til arbeidsmarkedet og psykiske lidelser kan være noen av konsekvensene dersom utviklingen får fortsette (Moffitt, 2006; Odgers et al., 2008). Dette understreker betydningen av tidlig identifikasjon og intervensjon hos barn som kan ha utviklet atferdsproblemer. Årsaker til atferdsproblemer er komplekse og sammensatte. Et mangfold av faktorer, både psykologiske, biologiske og sosiale prosesser, er med på å påvirke barnets utvikling (Hill, 2002).

Atferdsproblemer er et sentralt tema innen barnevernsfeltet. Barnevernet er lovpålagt etter barnevernloven § 3-1 å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Lovparagrafens andre ledd i legger barneverntjenesten et *spesielt ansvar for å søke å avdekke omsorgssvikt, adferds-, sosiale- og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette* (Barnevernloven, 1992). I 2012 var rundt 9 % av alle tiltakssakene i barneverntjenesten begrunnet med barnets atferd (Dyrhaug & Sky, 2015). Anslaget er nødvendigvis ikke så høyt sammenlignet med andre tiltaksgrupper, men for barneverntjenesten kan det være en av de mest utfordrende klientgruppene å arbeide med, ettersom atferdsproblemer ofte er svært sammensatt og komplekst. Dette gjør at det kreves et godt tverretattlig samarbeid for å avverge eller snu utviklingen (Kalve, 2001). I Ludvigsen og Ravnebergs (2012) utredning av kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten, inngikk barnevernet som et av fire felt som hadde behov for økt kompetanse. Den tidligere rød-grønne regjeringen ønsket å prioritere styrking av barnevernets kompetanse på fem områder, hvor atferd var et av dem. Økt fokus på atferdsproblemer og hvilke konsekvenser det kan bringe med seg, har ført til implementering av nye evidensbaserte tiltak for forebygging og behandling av atferdsproblemer. Tiltakene benyttes av blant annet barneverntjenesten og andre instanser som er knyttet til barn og unges helse. «Parent Management Training Oregon modellen» (heretter kalt PMTO) og «De utrolige årene» er to foreldretiltak som har blitt implementert i Norge, og som har vist gode evaluering- og effektresultater (Kjøbli, Drugli, Fossum, & Askeland, 2012; Ogden & Hagen, 2008). I 2013 stod PMTO for 1,6 % av alle hjelpetiltak som barn og unge mottok fra barneverntjenesten. Den største gruppen som mottok tiltaket var barn og unge uten innvandrerbakgrunn, og det var flere gutter enn jenter (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013). Barnevernsstatistikken kan derimot ikke alene beskrive omfanget av atferdsproblemer og hjelpetiltak til barn og unge. En del barn og unge kan også bli henvist til Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) eller motta tiltak

gjennom skole eller barnehage uten at barneverntjenesten er innblandet. Skogen & Torvik (2013) forsøkte å oppsummere andel barn som mottar hjelpetiltak, men det viste seg vanskelig å kunne gi eksakte tall. Oppsummeringen ga likevel indikasjoner på at noen barn som har eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer ikke får nødvendig hjelp som de har behov for. For å kunne sikre at atferdsproblemer avdekkes og eventuelt forebygges må fagfolk som arbeider med barn og unge ha kunnskap om utviklingsmønstre, kjennetegn og mulige risikofaktorer for atferdsproblemer.

1.1 Formål og problemstilling

Tidligere forskning har avdekket at eksternaliserte atferdsproblemer har større utbredelse hos gutter enn jenter, mens internaliserte atferdsproblemer jevnt over er like vanlig blant gutter og jenter i barndommen. Videre er det svært vanlig at barn med atferdsproblemer også har andre typer problematferd eller komorbide lidelser. Atferdsproblemer oppstår ikke av seg selv, og det er identifisert noen mulige faktorer som øker sannsynligheten for at barnet utvikler atferdsproblemer. Faktorene kan være knyttet til barnet selv eller karakteristikker med familien og nærmiljøet. Det er i mindre grad utforsket om slike faktorer kan ha ulik betydning knyttet til barnets kjønn.

Formålet med oppgaven er å undersøke eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer i et utvalg basert på barn i alderen 3-9 år med pakistansk og somalisk opprinnelse. Oppgavens hovedfokus er rettet mot kjønn, og hvilke forskjeller eller likheter som fremtrer. Det betyr ikke at utvalgets bakgrunn ikke er av interesse eller er fraværende som tema i oppgaven, men det legges ikke særskilt vekt på pakistansk og somalisk kultur. Oppgaven vil kunne diskutere forskjeller mellom ulike kulturer, men som mer overordnet enn spesifikt på akkurat pakistansk og somalisk kultur.

Det første formålet i denne undersøkelsen er å undersøke kjønnsforskjeller ved internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer, og annen problematferd som oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer ved inntak til foreldreveiledning. Deretter vil det undersøkes om eventuelle kjønnsforskjeller er gjeldende for førskolebarn og skolebarn. Videre vil oppgaven undersøke sammenhengen mellom de nevnte atferdstypene for å gi et bilde over hvilke problematferd som eventuelt opptrer sammen. Det siste formålet med oppgaven er å undersøke om bakgrunnsfaktorer hos mor som utdannelsesnivå, sivilstatus og opplevd økonomi har betydning for utvikling av internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer.

Studien benytter seg av to ulike måleinstrument i kartleggingen av barnas atferd, hvor mødrene har besvart ett og pedagogene et annet. På grunnlag av dette vil det også bli foretatt en sammenligning mellom mødrenes og pedagogenes kartlegging i forhold til barnas eksterne atferdsproblemer. For å besvare formålet med oppgaven er følgende problemstillinger satt opp:

- Er det kjønnsforskjeller i gjennomsnittsnivå for eksterne og internaliserte atferdsproblemer, samt oppmerksomhets problemer og sosiale problemer, og respektivt klinisk område?
- Viser (de eventuelle) kjønnsforskjellene seg i gjennomsnittsnivå hos førskolebarn og/eller skolebarn?
- Hvilke sammenheng er det mellom eksterne og internaliserte atferdsproblemer, oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer, og fortøner dette seg annerledes hos gutter og jenter?
- Har bakgrunnsfaktorer for mor betydning for utvikling av eksterne og internaliserte atferdsproblemer for gutter og jenter?

1.2 Oppgavens oppbygging

Kapittel to innledes med en kort begrepsavklaring, før det blir foretatt en nærmere utdypelse av eksterne og internaliserte atferdsproblemer. Risikofaktorer, kjønnsforskjeller, utviklingsmønster og forekomst blir deretter presentert. Videre følger en presentasjon av to teoretiske perspektiv; transaksjonsmodellen og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av relevant og aktuell forskning.

Kapittel tre beskriver den metodiske tilnærmingen for undersøkelsen. Først presenteres vitenskapsteori og utfordringer med evidensbaserte metoder i sosialfaglige felt. Videre presenteres forskningsdesignet, herunder rekruttering, utvalg, gjennomføring og variabler. Deretter følger en redegjørelse av måleinstrument og fremgangsmetoden for behandling av data. Avslutningsvis presenteres undersøkelsens analysemetoder, reliabilitets- og validitetsutfordringer og forskningsetiske hensyn.

Resultatene fra analysene blir presentert i kapittel fire. I kapittel fem diskuteres resultatene i lys av relevant forskning, transaksjonsmodellen og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske

modell. Deretter blir betraktninger og metodiske begrensinger med undersøkelsen diskutert, før oppgaven avsluttes med oppsummering og konklusjon.

2.0 Begrep, teori og forskning

Innledningsvis i dette kapitlet blir det foretatt en kort begrepsavklaring av atferdsproblemer og kjønnsbegrepet. Deretter følger en redegjørelse av eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer, samt sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer. Videre presenteres kjønnsforskjeller i forekomst og utviklingsmønster for atferdsproblemer. Deretter følger en presentasjon av perspektivene som belyser barns utvikling; transaksjonsmodellen og den utviklingsøkologiske modellen. Avslutningsvis blir aktuell og relevant forskning knyttet til problemstillingen oppsummert.

2.1 Begrepsavklaring

Ulike begrep brukes når avvikende og problematisk atferd hos barn skal vurderes og beskrives. Atferdsproblemer, atferdsvansker og emosjonelle vansker er noen av dem. Felles for begrepene er at de setter ord på en atferd som oppleves som vanskelig både for barnet og omgivelsene rundt. I denne oppgaven brukes i hovedsak begrepet *atferdsproblemer*. Oppgaven har fokus på to ulike former for atferdsproblemer; eksternalisert og internalisert. Eksternalisert atferd refererer til en åpen, synlig og utagerende atferd, som for eksempel aggresjon, trass eller hyperaktivitet (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Internalisert atferd handler om en innadvendt atferd knyttet til følelser og forhold som depresjon, angst og tilbaketrekking (Ogden, 2009). Man tenker ofte på en utagerende og aggressiv atferd når atferdsproblemer som begrep blir benyttet. I denne oppgaven brukes begrepet som overordnet både for eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer. Dette fordi begge formene kan skape betydelige problemer for barnets utvikling, og være utfordrende for omgivelsene. Leseren bør likevel være oppmerksom på at i oppgaven kan begrepet atferdsproblemer i noen tilfeller kun omhandle en eksternalisert form for atferdsproblemer. Dette fordi forskningsartikler og bøker i hovedsak har fokus på eksternaliserte atferdsuttrykk som et atferdsproblem.

Kjønn som begrep kan forstås på to måter; biologisk kjønn og sosialt kjønn. Biologisk kjønn refererer til fysiske egenskaper som gutt eller jente, og sosialt kjønn er egenskaper som tilskrives det biologiske kjønn (Larsen, 2006). Sosialt kjønn gir opphav til kjønnsforskjeller ved at samfunnet har visse forventninger til jenter og gutter. Ut i fra disse forventningene som omgivelsene vektlegger utvikler barnet sin kjønnsidentitet. Denne prosessen starter i to-tre

årsalderen (Larsen, 2006 s.33). Med utgangspunkt i denne beskrivelsen forstås kjønnsforskjeller til en viss grad av biologiske betingelser, mens stereotypiske kjønnsroller konstrueres av kulturelle eller sosiale normer, og forventninger (Bussey & Bandura, 2004). Når kjønnsforskjeller studeres er det viktig å bemerke at det i stor grad handler om tendenser. For eksempel ser man tendenser til at gutter og jenter har ulik atferd og interesser, men det er ikke gitt at alle jenter eller gutter oppfører seg deretter (Haugen & Bjerke, 2006).

2.1.1 Tilnærming til atferdsproblemer

De fleste barn utviser en eller annen form for problematisk atferd i løpet av livet. I de fleste tilfeller er dette helt normalt, og går gjerne over av seg selv uten å kreve behov for videre oppfølging eller tiltak. Skillet mellom normalatferd og atferdsproblemer er likevel ikke enkelt å trekke. I noen tilfeller kan problematferd være tidlige symptomer på en begynnende skjevutvikling (Drugli, 2013). Atferdsproblemer handler om i *hvilke grad* atferden bryter med normer, forventninger eller regler i samfunnet. Faresignaler for skjevutvikling er når problematferden forekommer hyppig, og er av en slik karakter at barnets utvikling og læring hindres og/eller skaper betydelige plager for andre barn og voksne, videre dersom barnet gjentatte ganger bryter gjeldende normer og regler, og ikke følger en aldersadekvat utvikling (Nordahl, Sørli, Manger, & Tveit, 2005 s.31).

For å vurdere alvorlighetsgraden av atferdsproblemer trekker Ogden (2015) et skille mellom en medisinsk og klinisk tilnærming, og en utviklingspsykologisk tilnærming. Den første opererer med kategorier hvor bestemte kriterier avgjør om barnets atferd kvalifiseres til en psykiatrisk diagnose eller ikke. Barnet gjennomgår en klinisk utredning som avgjør om problematferden oppfyller kriterier til en diagnose. Ogden (2015) hevder diagnosene kan forenkle kompleksiteten av problematferden. Dette fordi bak en diagnose ligger det også en klar forventning om hvilke behandling som er egnet, og hvordan utfallet av behandlingen vil bli. Tilnæringsmetoden fanger også i liten grad opp barn og unge som kan være i risikosonene for å utvikle alvorlig atferdsproblemer. I tillegg er konteksten hvor atferden oppstår lite vektlagt. Den utviklingspsykologiske tilnærmingen vektlegger en dimensjonal forståelse av atferdsproblemer. Det vil si at atferdsproblemene blir vurdert i forhold til i hvor stor grad problematferden vises. Istedenfor å bruke diagnostiske termer, blir begreper som antisosial, eksternalisert og/eller internalisert atferd anvendt. De to siste begrepene er definert innledningsvis i kapittelet. Antisosial atferd refererer til gjentatte brudd på aksepterte sosiale normer som kan være til skade for andre og seg selv, i tillegg til ødeleggelse av materielle ting

(Ogden, 2015, s.205). For å vurdere alvorlighetsgraden av atferdsproblemene kartlegges både forhold ved barnets atferd som for eksempel intensjonen, hyppighet, varighet og konteksten som atferden utspilles i. Kartleggingen foregår over tid, og flere informanter knyttet til barnet er involvert i vurderingen. Tilnærmingen har dermed en fordel ved at den gir økt sjanse for å identifisere barn som er i risikozonene for å utvikle alvorlige atferdsproblemer (Nordahl et al., 2005; Ogden, 2015).

I denne oppgaven forstås atferdsproblemer ut i fra det utviklingspsykologiske perspektivet. I noen tilfeller blir barnas atferdsproblemer omtalt som innenfor *klinisk område*. Dette betyr ikke at barna har en psykiatrisk diagnose, men at problemene kan være av så alvorlig karakter at det er behov for en henvisning til andre spesialistinstanser, som for eksempel til BUP (Drugli & Larsson, 2010).

2.2 Eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer

Eksternaliserte atferdsproblemer refererer til en type atferd som er synlig for omgivelsene. Atferden karakteriseres som utagerende, og verbale og fysiske angrep mot andre barn eller voksne kan forekomme. Utad fremstår barna som urolige med høyt aktivitetsnivå og atferden deres kan være svært provoserende for omgivelsene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Barn med eksternaliserte atferdsproblemer bryter gjentatte ganger med forventende normer. De kan ha vanskelig for å regulere impulser og tolke sosiale koder. Dette gjør at de ofte havner i konfliktfylte situasjoner med andre barn eller voksne i miljøet (Achenbach & Rescorla, 2001).

I Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) er eksternaliserte atferdsproblemer en samlebetegnelse for to symptomkategorier; *regelbrytende atferd* og *aggressiv atferd*. Den første karakteriseres blant annet av brudd på barnehagens/skolens regler, grovt munnspråk, skoleskulk, stjeling, og at barnet viser lite skyldfølelse etter å ha gjort noe galt. Aggressiv atferd innebærer at barnet skriker mye, ødelegger materielle ting, har en eksplosiv og uforutsigbar atferd, mobber eller erter andre barn, har store humørsvingninger eller at de krever mye oppmerksomhet (Achenbach & Rescorla, 2001). Aggressiv atferd betegnes ofte som kjernen i eksternaliserte atferdsproblemer. Aggressiv atferd kan ha ulikt innhold, formål eller motiv. Eksempelvis kan raseriutbrudd og voldelige konflikter utløses av at barnet opplever å måtte beskytte seg selv eller at det ønsker hevn. Utbruddene kan og være

en konsekvens av lav frustrasjonstoleranse eller at barnet opptrer aggressivt for å få viljen sin eller noe materielt (Ogden, 2009).

Eksternaliserte atferdsproblemer kvalifiserer ikke i seg selv til en diagnose, men kan inneholde symptomer på psykiatriske diagnoser for alvorlige atferdsforstyrrelser som brukes i den kliniske og medisinske tilnærmingen. Denne oppgaven diskuterer ikke hvorvidt barnas atferdsproblemer kvalifiseres til en diagnose, men diagnosebegrepene er mye brukt i forskning og litteratur om atferdsproblemer. Det er derfor hensiktsmessig å gi en kort beskrivelse av diagnosebegrepene. I Norge stilles diagnosene etter diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD-10). *Atferdsforstyrrelser* (Conduct Disorder – CD) defineres som vedvarende og gjentakende antisosiale og aggressive handlinger som bryter med sosialt aksepterte regler, normer og forventninger i forhold til alderen. Det er fire hovedgrupper av kriterier som barnet må oppfylle før en diagnose kan settes; 1) aggresjon mot mennesker og/eller dyr, 2) ødeleggelse av eiendom, 3) svik eller tyveri og 4) alvorlig regelbrudd (Nordahl et al., 2005). *Opposisjonell atferdsforstyrrelse* (Oppositional Defiant Disorder – ODD) avgrenses ofte til små barn, og atferden kjennetegnes av provoserende og fiendtlige handlinger, trass og ulydighet. ODD har mange likhetstrekk med CD, men omfatter ikke kriminelle handlinger og ekstreme former for aggressive og antisosiale handlinger (Haugen, 2008c).

I kontrast til eksternalisert atferd står *internalisert atferd*, som i større grad kjennetegnes av følelsesmessige symptomer. Internaliserte atferdsproblemer handler om følelser og atferd som er rettet innover i barnet. Barna kan utad fremstå som engstelige, forsiktige og sosialt isolerende (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009; Ogden, 2010). Ofte kan de ha lav selvfølelse og streve med vanskelige tanker, noe som gjør det utfordrende for dem å samhandle og kommunisere med andre mennesker. Konsekvensen av dette gjør at de trekker seg unna sosiale settinger, og fremstår som stille og sjenerte. I motsetning til barn med eksternalisert atferd har disse barna lite fysisk utagering, og havner ofte i skyggen av andre utagerende barn. Dette kan føre til at symptomer på internaliserte atferdsproblemer lett kan bli oversett både i hjem, skole og barnehage (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009; Nordahl et al., 2005; Ogden, 2010). Lund (2012) omtaler denne atferden som innagerende atferd, og betegner det som et atferdsproblem med følgende definisjon «Innagerende atferd er en benevnelse på en atferd der følelser, opplevelser og tanker holdes og vendes innover mot en selv. Uttrykk som kommuniseres kan være sårbar, avisende, deprimert, tilbaketrukket, angst og usikkerhet» (s.27). Definisjonen henger tett sammen med symptombeskrivelsen som

Achenbach og Rescorla (2001) bruker i kartleggingsskjemaet i forhold til internalisert atferd. Internalisert atferdsproblemer er her en samlebetegnelse for tre symptomkategorier; 1) angst/deprimert, 2) tilbaketrukket/deprimert og 3) somatiske plager.

Internaliserte atferdsproblemer er heller ikke en psykiatrisk diagnose, men er nært knyttet til symptomer for angst og depressive lidelser. Angst handler om følelser knyttet til frykt, nervøsitet, bekymring og anspenthet (Flaten, 2013). For de fleste mennesker er angstfølelsen en normal reaksjon på at kroppens alarmsystem settes i gang og gjør seg klar for en eventuell fare. Angst som problem oppstår først når reaksjonene opptrer i ufarlige situasjoner, og følelsen blir værende i kroppen over lenger tid (Haugen, 2008a). Depresjon handler om vedvarende følelser av nedstemthet, håpløshet, mindreverdighet og ubegrunnet skyldfølelse. Deprimerte barn framstår ofte som passive og triste, og er preget av negative tanker om seg selv og omgivelsene rundt (Haugen, 2008a). Achenbach og Rescorla (2001) innlemmer både angst og depresjon i en felles symptombeskrivelse for internalisert atferd. Dette kan skyldes at det er vanskelig å skille dem fra hverandre, da de både har mange likhetstrekk og kan utvikles parallelt med hverandre. Tilbaketrukket atferd innebærer at barnet foretrekker å være alene, har lite energi, er hemmelighetsfull, nekter å prate og engasjerer seg lite i andre. Somatiske problemer handler om fysiske ubehag eller smerter som ikke har en kjent medisinsk årsak. For eksempel hodepine, kvalme, utslett eller generelle smerter (Achenbach & Rescorla, 2001).

Allerede fra tidlig barndom kan det være mulig å observere om barnet uttrykker en eksterne eller internalisert form for atferdsproblemer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Et rigid skille mellom de to typene er likevel ikke hensiktsmessig å operere med av flere grunner. For det første endres barns atferdsuttrykk i takt med alder og utvikling. Videre er det vanlig å vise tegn på både eksterne og internaliserte atferdsproblemer, særlig blant yngre barn. For eksempel er det mange barn som kan være både fysisk utagerende og sinte, men samtidige ensomme og sårbare (Nordahl et al., 2005). Til sist kan atferdsproblemer uttrykkes ulikt avhengig av kontekst og situasjon. Dette kommer frem i Lund (2012) sine intervjuundersøkelser hvor noen barn som ble karakterisert som innadvendte av pedagoger i skolen, beskrev seg selv som svært temperamentsfulle og sinte i hjemmet.

Mer alvorlige former for sammenhenger av problematferd omtales som komorbiditet, og refererer til om en person har en eller flere psykiatriske diagnoser. Det viser seg for eksempel

at barn med alvorlige atferdsforstyrrelser ofte har andre psykiske lidelser i tillegg. ADHD, angst og depresjon er av de mest vanlige komorbide lidelsene (Moffitt, 2001).

2.3 Sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer

Achenbach og Rescorla (2001) beskriver *sosiale problemer* som barn som ikke kommer overens med andre jevnaldrende, klenger mye på voksne, ofte blir ertet, ikke er likt av andre barn eller fremstår som sjalu og klager på ensomhet. Sosiale problemer kan oppstå dersom barnet har manglende sosial kompetanse. Sosial kompetanse innebærer ferdigheter, kunnskap og holdninger som brukes i kommunikasjon og samhandling med andre mennesker. Dette innebærer at de evner å tolke sosiale koder som gjør dem i stand til å regulere deres egne og andres reaksjoner i samhandlingssituasjoner. Gode sosiale ferdigheter gjør barna tilpasningsdyktige og fremmer mestringsfølelsen, slik at barna er bedre rustet til å møte eventuelle utfordringer i livet (Ogden, 2015, s.225-226).

Oppmerksomhetsproblemer kjennetegnes av konsentrasjons- og lærevansker. Barna kan skape mye uro i klassen ved å forstyrre andre, nynne, lage lyder eller snakke utenom tur. Videre er de impulsive og handler ofte uten å tenke. De blir lett distrauert og skolearbeidet kan være rotete og preget av halvferdige oppgaver (Achenbach & Rescorla, 2001). Kjennetegnene er tett knyttet opp til symptomer på den psykiatriske diagnosen ADHD, hvor impulsivitet, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er kjernekriteriene. Oppmerksomhetsproblemer kan ofte oppstå når barn begynner på skolen. Da blir de møtt med nye krav og forventninger som kan være utfordrende for barna å imøtekomme (Bongers, Koot, van der Ende, & Verhulst, 2003).

2.4 Risikofaktorer

En risikofaktor er en hvilken som helst faktor ved barnet eller miljøet som gir økt sjanse for skjevutvikling (Nordahl et al., 2005). Det er identifisert flere risikofaktorer som kan ha sammenheng med utvikling av atferdsproblemer, men det er sjeldent det er én faktor som er utslagsgivende. Skjevutviklingen oppstår ofte som et resultat av samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige risikofaktorer (Mathiesen, 2009; Skogen & Torvik, 2013).

Barnets alder er også av betydning for å forstå hvordan ulike faktorer påvirker barnet i ulike livsfaser. Gjennom livsløpet vil barnet kunne bli utsatt for ulike risikofaktorer i forskjellige faser i livet (Nordahl et al., 2005).

Individuelle risikofaktorer er knyttet til barnets kognitive og nevrologiske utgangspunkt eller trekk ved barnets atferd. Dette kan være et medfødt vanskelig temperament, hyperaktivitet, svake kognitive evner og/eller lav intelligens (Moffitt, 2001). Hos yngre barn trekkes ofte et høyt aggresjonsnivå, impulsivitet og hyperaktivitet frem som de sterkeste individuelle faktorer som kan utgjøre en risiko for å utvikle atferdsproblemer (Hill, 2002). Det er ikke gitt at individuelle faktorer alene forårsaker atferdsproblemer og samspillet med miljøet er også av betydning.

Miljømessige faktorer handler om foreldre- og familiefaktorer og relasjoner barnet har til andre jevnaldrende (Moffitt, 2001). Svake foreldreferdigheter og dårlig oppdragelsesstrategier blir ofte trukket fram som sentrale risikofaktorer. Ofte handler dette om et dysfunksjonelt foreldre-barn samspill. Oppdragelsen er gjerne preget av en utydelig og inkonsekvent stil og foreldrene har dårlige strategier for å håndtere konflikter med barnet (Hill, 2002; Tremblay, 2010). Barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status har også en økt risiko for skjevutvikling. Dette innebærer foreldre som har lav utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarkedet og få økonomiske ressurser (Dogde & Pettit, 2003). Det er også vist noen sammenhenger med eksternaliserte atferdsproblemer og barn som bor med kun én av sine foreldre. Det å være aleneforeldre eller å bli mor i ung alder kan også utgjøre en risikofaktor for barnet (Hill, 2002; Dogde, Pettit & Bates, 1994). Samtidig må familiefaktorer forstås i en større sammenheng enn som enkle risikofaktorer. Ofte har de en indirekte påvirkning til barnets utvikling, de kan opptre sammen slik at antallet risikofaktorer øker eller de kan påvirke hverandre. For eksempel kan økonomiske bekymringer være grobunn til stress og økt familiekonflikt. En konsekvens av dette kan være at foreldrene opplever lite energi eller overskudd til å ivareta barnets behov eller at foreldrene tyr til enkle løsninger når det er i konflikt med barnet (Haugen, 2008b). Dogde et al. (1994) fant også at barn som tilhørte familier med lav sosioøkonomisk status var mer utsatt for andre risikofaktorer som røff oppdragelse, ustabile vennskap og bodde i nabolag som var preget av voldelige hendelser. Kvaliteten på barnets sosiale forhold til andre barn kan også være av betydning for barnets utvikling. Det er vist at barn med atferdsproblemer i mange tilfeller har dårlige forhold til andre barn. Det er imidlertid ikke sikkert om det er barnets atferdsproblemer som er årsaken eller om sosiale problemer oppstår som en konsekvens av barnets atferd (Hill, 2002).

Det er viktig å bemerke at ikke alle risikoutsatte barn utvikler atferdsproblemer. Eksponering for risikofaktorer kan ikke alene forklare hvorfor noen utvikler problematferd, mens andre ikke gjør det. Beskyttelsesfaktorer er en fellesbetegnelse for faktorer som kan motvirke eller

moderere risikoen barnet er utsatt for. Beskyttelsesfaktorer ved barnet selv eller miljøet rundt kan ha stor betydning for å sikre normal utvikling (Nordahl et al., 2005). Av individuelle beskyttelsesfaktorer fremheves god sosial kompetanse, trygg tilknytning til minst en omsorgsperson og gode kognitive ferdigheter. Positivt familiemiljø og foreldreferdigheter, prososiale venner og et godt sosialt nettverk trekkes fram som beskyttende faktorer som finnes i miljøet rundt barnet (Ogden, 2009, s.87).

2.5 Kjønnforskjeller og utviklingsmønster

Forskningslitteraturen tyder på at gutter og jenter følger forskjellige utviklingsløyper for atferdsproblemer og antisosial atferd. Basert på longitudinale studier beskriver Moffitt (2006) to utviklingsløyper for atferdsproblemer, avhengig av når problematferden først oppstår. Antisosial atferd som oppstår tidlig i barndommen, og som videreutvikles til vedvarende atferdsproblemer som følger barnet gjennom store deler av livet betegnes som «tidligstartere» eller «life-course-persistent». Utvikling av atferdsproblemer hos tidligstartere skjer i samspill mellom barnets iboende egenskaper (for eksempel nevropsykologiske problemer og temperament) og familie-/miljørelaterte faktorer, som for eksempel dårlig oppdragelsesstrategi (Moffitt, 1993 s.695). Det andre utviklingsmønsteret refererer til atferdsproblemer som oppstår når barnet er eldre, ofte i ungdomsårene. Dette kalles for senstartere eller «adolescence-limited». Mange av disse ungdommene har hatt en relativ normal oppvekst uten å være eksponert eller påvirket av risikofaktorene som tidligstarterne kan være utsatt for. Skjevutviklingen kan derimot oppstå som et resultat av negativ påvirkning fra venner og/eller ønske om å gjøre opprør mot foreldre (Moffitt, 2006). Gutter følger i hovedsak et tidligstarts utviklingsmønster, mens jenter følger et senstart utviklingsmønster. Dette ser man ved å studere forholdet mellom gutter og jenter for tidligstartere, som er henholdsvis 10:1, mens kjønnforskjellene er betydelig jevnere for senstartere, 1,5:1 (Moffitt & Caspi, 2001). At gutter ofte starter utviklingen i tidlig alder, kan skyldes at de i større grad er utsatt for enkelte medfødte risikofaktorer som nevrologiske problemer, vanskelig temperament og hyperaktivitet. De kan også ha større lærevansker enn jenter (Moffitt, 1994 referert i Moffitt & Caspi, 2001, s.357). Kjønnforskjellene i utviklingsløpene er også dokumentert i andre studier. Maughan, Rowe, Messer, Goodman og Meltzer (2004) fant i en tverrsnittsundersøkelse basert på et representativt utvalg, at alvorlige atferdsproblemer var vanligere hos gutter og forekomsten økte fram til ungdomsårene. Jentene hadde en relativ lav forekomst i barneårene, men med en økning i ungdomsårene. Jenter må imidlertid ikke

avskrives som tidligstartere. Odgers et al. (2008) sin studie viste at en mindre gruppe jenter også hadde symptomer på antisosial atferd allerede i barndommen, og disse fortsatte skjevutviklingen inn i ungdomsårene. Dette indikerer at jenter også kan starte problemutviklingen tidlig og dermed følge en utviklingsløype som kan føre til vedvarende atferdsproblemer.

2.5.1 Forekomst av atferdsproblemer hos gutter og jenter

De presenterte tallene som følger er i hovedsak basert på psykiatriske diagnoser for atferdsforstyrrelser, ADHD eller emosjonelle lidelser som angst og depresjon. Dette fordi jeg ikke har funnet norske kartleggingsstudier som eksplisitt benytter begrepene eksternalisert og internalisert atferd. Atferdsforstyrrelser, angst og depresjon er ofte blant de vanligste psykiatriske lidelsene som rammer barn og unge (Heiervang et al., 2007; Wichstrøm et al., 2012). Sammenlignet med internasjonale studier viser norske førskolebarn en noe lavere forekomst av psykiske lidelser. I internasjonal sammenheng har ca 6-10 prosent en atferdsdiagnose og 6-10 prosent en angstlidelse. Hos norske barn anslåes det til at litt under 6 prosent av førskolebarn har en atferdsforstyrrelse eller angstlidelse (Mathiesen, 2009). Det antas at flere gutter har en diagnostiserbar psykisk lidelse i alderen 6-12 år, men at dette snur etter puberteten, da er to av tre med diagnostiserbare lidelser jenter (Mathiesen, 2009).

Studien til Wichstrøm et al. (2012) viste at blant norske fireåringer var gutter overrepresentert for diagnoser knyttet til atferdsproblemer. 4,2 prosent av guttene og 2,9 prosent av jentene ble diagnostisert med enten ODD eller CD. Det var mindre kjønnsforskjell for emosjonelle lidelser, men guttene hadde likevel en noe høyere forekomst. 3,8 prosent av guttene og 2,9 prosent av jentene var diagnostisert med enten angst eller depresjon (Wichstrøm et al., 2012). En studie basert på prosjektet «Barn i Bergen» anslo at omkring 7 prosent av 8-10 åringer har en diagnose på psykiske lidelser. Kjønnsforskjeller ble ikke eksplisitt oppgitt, men analyser viste en sammenheng mellom gutter og atferdsforstyrrelser (Heiervang et al., 2007). Studiene viste også at det var svært vanlig med komorbide lidelser. Atferdsforstyrrelser viste en sterk sammenheng med ADHD, og en noe svakere sammenheng med emosjonelle lidelser i studien til Heiervang og kollegaer (2007). Blant norske fireåringer hadde ca 47 prosent av barn med ODD også en depresjonslidelse, mens 9 prosent med ODD hadde i tillegg en angstlidelse (Wichstrøm et al., 2012). Det ble ikke oppgitt kjønnsforskjeller vedrørende komorbide lidelser. Forskningsoppsummeringen til Skogen & Torvik (2013) viste at komorbide tilstander

var vanligere blant jenter med atferdsforstyrrelse enn blant gutter. Det antas likevel at komorbide lidelser er like vanlig blant gutter og jenter, men hvilke tilleggslidelse som oppstår med atferdsproblemer kan variere avhengig av barnets kjønn. Jenter med atferdsproblemer er for eksempel mer utsatt for komorbid angst (Moffitt, 2001).

Denne oppgaven vektlegger ikke barnas etnisitet i stor grad, men det kan være hensiktsmessig å redegjøre kort om forskjeller mellom etnisk norske barn og barn i innvandrerfamilier. Jeg har ikke funnet rapporter som omhandler forekomst av atferdsproblemer for norske barn med somalisk eller pakistansk opprinnelse, men rapporten «Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant innvandrerfamilier» kartlagte psykisk helse hos barn (alder 8-13 år) i innvandrerfamilier og barn uten innvandrerbakgrunn (Oppedal et al., 2008). I rapporten brukes begrepet etnisk norske om barn med to norskfødte foreldre, og barn i innvandrerfamilier for barn med to utenlandskfødte foreldre. Det skilles ikke mellom hvilke land foreldrene har opphav fra, og det kan antas at forekomst og kjønnsforskjeller kan varierer ut i fra ulike kulturer. Resultater fra rapporten må derfor ses i lys av dette.

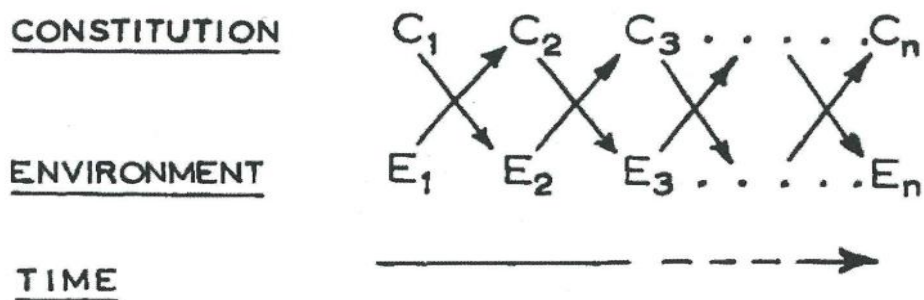
Hovedkonklusjonen fra rapporten var likevel at det ikke framkom store forskjeller mellom etnisk norske barn og barn i innvandrerfamilier. I forhold til kjønn viste resultatene dog noen forskjeller. Jenter i innvandrerfamilier hadde mindre atferdsproblemer enn etnisk norske jenter. Gutter i innvandrerfamilier hadde høyere forekomst av emosjonelle og sosiale problemer enn de etniske norske guttene. Innad i innvandrergruppene var det ingen kjønnsforskjeller for emosjonelle plager (Oppedal et al., 2008). En dansk rapport vedrørende etniske minoriteters tilknytning til det danske BUP systemet fant at etniske minoritetsbarn var underrepresentert i antall henvisninger sammenlignet med barn av dansk opprinnelse. Kjønnsforskjeller for diagnostiserbare psykiske lidelser viste et mønster hvor guttene var overrepresentert for ADHD, atferdsforstyrrelser og andre uspesifiserte diagnoser. Jentene dominerte derimot diagnoser for emosjonelle forstyrrelser. Kjønnsmønsteret gjaldt både for barn med dansk opprinnelse og etniske minoritets barn, mens innad i kjønnsgruppene var etniske minoritetsbarn også underrepresentert (Als Research, 2012). Skogen og Torvik (2013) påpeker at det trolig er små forskjeller for nivå av atferdsproblemer mellom etniske minoritetsbarn og barn med majoritetsbakgrunn, men samtidig er det vanskelig å foreta gode sammenligninger ettersom atferdsproblemer kan være kulturelt normert.

2.6 Teoretisk bakgrunn

2.6.1 Transaksjonsmodellen

Som overordnet teoretisk tilnærming er transaksjonsmodellen til Sameroff og Chandler (1975) valgt for denne oppgaven. Modellen består av en samling av teoretiske perspektiver som kan brukes til å forstå barns utvikling (Kvello, 2012b). I transaksjonsmodellen anses barnets utvikling som en kontinuerlig prosess av et gjensidig samspill mellom barnets individuelle faktorer og miljøfaktorer (Sameroff, 2009). Modellen og samspillet er illustrert i *figur 1*. Modellen har et bio-psykososialt menneskesyn. Dette betyr at utvikling ikke kan nedsnevres til enten arv eller miljø, men oppstår som et resultat av at barnet er i et kontinuerlig vekselspill mellom psykologiske, biologiske og miljø faktorer (Kvello, 2012b). For at en transaksjon skal oppstå må minst to motparter være deltakende. Transaksjoner oppstår når en handling fører til endring i en vanlig aktivitet eller respons. Endringer skjer enten ved at graden av responsen øker eller minker, eller ved at handlingen utløser en ny reaksjon fra motparten (Sameroff & Mackenzie, 2003, s.617). Transaksjonsmodellen forutsetter at både barnets og miljøets faktorer blir vektlagt i like stor grad i samspillet mellom dem. På denne måten kan atferdsproblemer forstås som et produkt av transaksjonene mellom miljø og barnet. Dette innebærer at atferdsproblemer ikke oppstår i barnet alene. For eksempel kan foreldres handlinger påvirke barnets atferd, og barnets atferd påvirker hvordan foreldre og/eller andre i miljøet rundt responderer, som igjen påvirker foreldrenes reaksjon (Sameroff, 2009).

Hvordan atferdsproblemer kan utvikles gjennom transaksjoner er også avhengig av barnets genetiske utrustning. Et barn er født med en egen genetisk utrustning som umiddelbart inngår i en interaksjon med dets miljø. Forhold ved miljøet kan være avgjørende for hvordan barnets gener aktiveres og påvirker utviklingen (Tremblay, 2010). Et klassisk eksempel på dette er dersom et barn er født med disponible gener for en negativ utvikling kan et optimalt og positivt samspill med miljøet avverge denne utviklingen. Motsatt kan et negativt miljø hvor barnets behov ikke blir tilfredsstilt aktivere sårbarhetsgenene. I disse tilfeller risikerer barnet å utvikle atferdsproblemer (Drugli, 2013, s.18)



Figur 1. Illustrasjon av den originale transaksjonsmodellen. C betyr child/barn og E betyr enviroment/miljø. Pilen refererer til Tid (Hentet fra Sameroff, 2009).

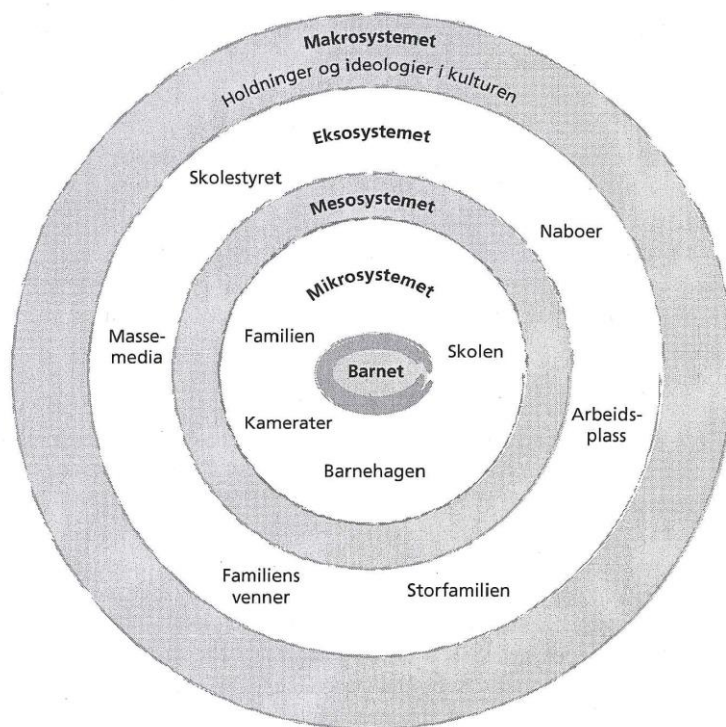
Modellen beskriver ikke direkte barnets kjønn som komponent i utviklingen, men kjønn kan blant annet forstås som en del av barnets individuelle faktorer eller som kjønnsespesifikke forventninger fra miljøet. I et transaksjonelt perspektiv kan atferdsproblemer utvikles når barnet ikke evner å møte krav og forventninger fra omgivelsene, og reaksjonene fra miljøet kan forsterke barnets atferd (Lund, 2012). Herunder kan kjønnsespesifikke forventninger og krav inngå, som for eksempel hvordan jenter/gutter skal eller bør oppføre seg, men også aldersspesifikke forventninger. Slike forventninger kan være kulturelt normert, noe som får betydning for hvordan ulike personer reagerer på barnets atferd.

Transaksjoner oppstår ikke i et vakuum, og både forhold ved og utenfor familien kan påvirke samspillet og utviklingen til barnet. Modellen har derfor en systemteoretisk forståelse, og integrert i modellen finner man Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell.

2.6.2 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

Den utviklingsøkologiske modellen ble introdusert av Bronfenbrenner i 1979, og er en sentral del av den utviklingspsykologiske tradisjonen. Modellen har et systemteoretisk perspektiv, noe som innebærer at hver del innad i modellen er gjensidig avhengig av hverandre. Det betyr at endringer og handlinger i et system kan gi ringvirkninger til et annet system, som igjen kan forandre noe eller slå tilbake til det systemet hvor handlingen først utspilte seg (Bronfenbrenner, 1979; Gulbrandsen, 2006). Bronfenbrenner (1979) vektlegger den utviklende person som en aktiv og deltakende aktør, som både endrer og påvirker miljøene (systemer) som han eller hun oppholder seg i. Modellen inneholder fire ulike systemer som kan både ha et direkte eller et indirekte forhold til barnet; mikro-, meso-, ekso- og makrosystemet. Se *figur 2* for illustrasjon av modellen.

Mikrosystemet innebærer ulike miljøer som barnet er en aktiv del av, som for eksempel barnehage, skole, familie eller nærmiljø. Systemet kjennetegnes av et mønster av aktiviteter, sosiale roller og mellommenneskelige relasjoner. Roller kan være kjennetegn på en person, for eksempel kjønn og alder. Hver rolle gir forventninger til hvilke posisjon personer har, hva som forventes av personen, og hvordan andre skal forholde seg til personen. Hvilke sosiale roller en person har endres også ut i fra konteksten (Bronfenbrenner, 1979). For eksempel kan et barn kan være en mors sønn i hjemmet, mens på skolen en elev. Dermed er forventningene endret fra og til barnet. Aktivitet handler om noe personene i mikrosystemet gjør sammen. Bronfenbrenner (1979) fremhever morale aktiviteter som et grunnleggende element for at utvikling skal skje. Morale aktiviteter er definert som en pågående handling som får en egen drivkraft i seg selv ved at deltakerne oppfatter aktiviteten eller handlingen som meningsfylt (Gulbrandsen, 2006). *Mesosystemet* innebærer relasjoner og samspill mellom to eller flere systemer. Et klassisk eksempel her er samarbeid mellom skole og hjem. En forutsetning for å benevne et miljø som et mesosystem, er at den utviklede person er en aktiv deltaker i begge miljøene. Dette betyr ikke at barnet må forholde seg til samarbeidet mellom foreldre-lærer, men at barnet er selve forbindelsen mellom dem. *Eksosystemet* skiller seg fra de andre systemene ved at barnet sjeldent selv er deltaker, men likevel blir indirekte berørt av forandringer eller hendelser i systemet. Det kan handle om forhold, steder eller situasjoner som for eksempel foreldrenes arbeids- eller økonomiske situasjon. For at ekosystemet skal ha betydning for barnets utvikling forutsetter det at endringer eller hendelser i systemet gir ringvirkninger til barnets mikrosystem, og at disse hendelsene fører til en utviklingsmessig forandring hos barnet (Bronfenbrenner, 1979; Gulbrandsen, 2006). *Makrosystemet* omfatter generelle mønster, kulturer eller subkulturer som indirekte påvirker barnet. Dette kan handler om ulike verdier, normer, tradisjoner, religion eller politiske føringer. For eksempel kan lover eller generelle normer for barneoppdragelser påvirker hvordan foreldre oppdrar barna sine. Politiske føringer kan også legg rammer for hvilke ressurser og fokusområde barnevernet skal ha. En regjering kan velge å prioritere forebyggende tiltak rettet mot barn med atferdsvansker og å gi økt økonomisk bevilgning til barnevernet, mens en annen kan ha andre prioriteringer. Forhold i makrosystemet kan også regulere hvilke oppfattelse et samfunn har til kjønnsroller og ulike kulturer kan ha ulike verdier som legger rammer for hva som anses som viktig for barns utvikling (Bronfenbrenner, 1979; Gulbrandsen, 2006; Haugen, 2008b).



Figur 2. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Hentet fra Haugen, 2008b)

Forflyttinger mellom de ulike systemene omtales som økologiske overganger. En økologisk overgang kan være skiftet av et miljø eller en rolle. Når et barn slutter i barnehagen og begynner i skolen skjer en økologisk overgang. Barnet kan da bli møtt med nye og andre krav enn hva som tidligere var forventet, og overgangen innebærer samtidig en endring i barnets rolle (Bronfenbrenner, 1979).

Den utviklingsøkologiske modellen ble tidvis kritisert for å være noe overflatisk ved at hovedfokuset lå på omgivelsens betydning, og at modellen i liten grad vektla barnets egenskaper (Haugen, 2008b). I senere tid skiftet modellen fokus og endret navnet til *bioøkologisk*. Som navnet tilsier ble biologiske faktorer i mennesket og i miljøet tatt inn som en viktig del i utviklingen. Fire grunnleggende elementer ble tillagt; person, prosess, kontekst og tid. Proksimale prosesser trekkes fram som selve kjernen av den nye modellen, og er den største drivkraften for at utvikling skal være et faktum (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Proksimale prosesser handler om interaksjon og samhandling mellom person og kontekst som foregår regelmessig over lengre tidsperioder. Kvaliteten på de proksimale prosessene kan være avgjørende for hvilke utviklingsløype barnet følger, og innebærer interaksjon mellom barnets psykologiske og biologiske karakteristikk på den ene siden, og kjennetegn ved miljøet på den andre siden (Aasen, Nordtug, Ertesvåg, & Leirvik, 2002; Bronfenbrenner &

Morris, 2006). Dette betyr at forhold ved barnet eller miljøet kan bidra til enten en fremmende eller hemmende utvikling. Eksempelvis kan barnets biologiske egenskaper, som vanskelig temperament eller hyperaktivitet, medvirke til utvikling av atferdsproblemer. Barnet kan også være uten disse individuelle risikofaktorer, mens egenskaper i barnets miljø kan hemme god utvikling. Hemmende eller fremmende karakteristikk ved miljø omhandler forhold ved de nevnte systemene. For eksempel kan gode relasjoner mellom barn-voksne eller barn-barn i mikrosystemet fremme en positiv utvikling, mens negative relasjoner kan hemme utviklingen (Aasen et al., 2002). I oppgaven vektlegges begge utgavene av modellen, men for ordens skyld blir kun begrepet *utviklingsøkologisk* benyttet videre i oppgaven.

2.7 Empirisk bakgrunn

Forskning på eksterne og internaliserte atferdsproblemer viser tendenser til kjønnsforskjeller. Resultater fra ulike studier kan likevel være sprikende, avhengig av hvilke informanter som brukes. Utvalgets kjennetegn som alder, klinisk eller normalutvalg og formål med studien kan også gi ulike resultater. Hensikten er her å vise til noen studier som belyser de aktuelle problemstillingene for denne oppgaven.

Kjøbli og Ogden (2009) gjennomførte en kvantitativ studie hvor et av formålene var å avdekke kjønnsforskjeller ved inntak til foreldretreningsprogrammet PMTO. Den aktuelle studien var en del av et større forskningsprosjekt med fokus på PMTO. Studien inkluderte 323 norske barn i alderen fire til tolv år. Deltakerne var rekruttert fra barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Barnets foreldre og lærere besvarte et kartleggingskjema hver for å vurdere barnets atferd. Achenbach's 1991-versjon av Child Behavior Checklist (CBCL) og Teacher Report Form (TRF) var to av måleinstrument som ble brukt i datainnsamlingen. Fire av syv t-tester viste signifikante kjønnsforskjeller. Gutter hadde høyere gjennomsnittsnivå enn jenter av eksterne atferd rapportert av lærer og foreldre. For internalisert atferd viste foreldrerapportering høyere gjennomsnittsnivå for jenter, mens lærere ikke rapporterte om kjønnsforskjeller. For kliniske skårer var det flest jenter i klinisk område, både for internalisert og eksterne atferd rapportert av foreldre. Basert på lærernes rapportering var resultatet omvendt, altså gutter dominerte de to kliniske områdene. Det var dog kun sammenhengen mellom kjønn og klinisk område for eksterne atferd som var signifikant. Resultatene gir indikasjoner på at gutter har høyere grad av eksterne atferdsproblemer både hjemme og på skolen, mens internaliserte vansker for jenter er mest utbredt i hjemme-konteksten. I forhold til barn som havnet innenfor klinisk område på begge

atferdstypene (komorbiditet), var resultatene også her varierende. Foreldre rapporterte 59 prosent av jentene som komorbide, kontra 52 prosent av guttene. Lærere rapporterte 21 prosent av jentene og 35 prosent av guttene som komorbide. Det var kun sistnevnte som viste en signifikant sammenheng (Kjølbi & Ogden, 2009).

Av internasjonale studier vises det til Bongers et al. (2003) longitudinale studie av et nederlandsk normalutvalg av barn i alderen fire til atten år. Foreldrene besvarte kartleggingsskjemaet CBCL. Dataene ble første gang samlet inn 1983 og fem ganger etter dette med intervaller på to år. Den aktuelle studien har brukt data fra de fem første innsamlingstidspunktene. For internaliserte problemer var det ingen kjønnsforskjeller i barndommen, men det viste seg å være noe forskjell mellom utviklingsløypen for gutter og jenter. Til tross for ingen signifikante kjønnsforskjeller for totale internaliserte atferdsproblemer, hadde jentene et noe høyere gjennomsnitt enn guttene i ungdomsårene. For skalaen som målte angst/depresjon var det en økning i omfanget av atferden for jenter i takt med alderen, mens guttene hadde et generelt stabilt nivå ved alle måletidspunktene. Resultater for tilbaketrukket atferd viste heller ingen signifikante kjønnsforskjeller, og forekomsten av atferden økte noe for begge kjønn med alderen (Bongers et al., 2003). Eksternalisert atferd sank gradvis med alderen både for guttene og jentene. Ved alle målingene hadde likevel guttene et noe høyere gjennomsnitt enn jentene. Nivået av aggressiv atferd avtok etter hvert som barna ble eldre, men guttenes reduksjon foregikk raskere enn hos jenter. Dette førte til at kjønnsforskjellene i gjennomsnittsnivå ble gradvis utvisket. Guttene uttrykte også mer regelbrytende atferd enn jentene. Denne atferden økte likevel for begge kjønn i takt med alderen. Utviklingen av oppmerksomhetsproblemer viste en jevn økning fram til 11-års alderen, og deretter avtok det i omfang både for gutter og jenter. Under hele utviklingen hadde guttene høyere gjennomsnittsnivå enn jentene. For sosiale problemer var det svært individuelle forskjeller i utvikling og forekomst, og det ble ikke rapportert om signifikante kjønnsforskjeller (Bongers et al., 2003)

Larsson og Drugli (2011) gjennomførte en kvantitativ studie av et norsk nasjonalutvalg som bestod av 858 deltakere. Formålet var å undersøke skolefungering, emosjonelle problemer og atferdsvansker hos barn i alderen seks til tretten år. Data ble samlet inn fra barnets lærer ved bruk av kartleggingsskjemaet Teacher Report Form. Hovedfunnene deres viste signifikant kjønnsforskjell for oppmerksomhetsproblemer, regelbrytende atferd, aggressiv atferd og eksternaliserte atferdsproblemer, hvor guttene hadde høyere gjennomsnittsnivå. Det var signifikante forskjeller mellom yngre (6-9 år) og eldre barn (10-13 år), hvor eldre gutter hadde

høyere gjennomsnittsnivå for eksternalisert og internalisert atferd versus yngre gutter. For jentene var det derimot ingen forskjell for nivå av problematferd mellom aldersgruppene.

Kirkhaug, Drugli, Lydersen og Mørch (2013) utførte en studie med formål om å avdekke sammenhenger mellom atferdsproblemer, sosiale problemer, internalisert atferd, oppmerksomhetsproblemer, samt skolemessig fungering. Studien var basert på et nasjonalt utvalg og inkluderte 103 gutter og 108 jenter fra 1-3 klasse, hentet fra seks ulike skoler i Norge. Barnas lærere besvarte tre kartleggings skjema som utgjorde datagrunnlaget i studien; Teacher Report Form, The Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory Revised og Social Skills Rating System. Resultatene av lineære regresjonsanalyser viste en korrelasjon mellom høyt nivå av atferdsproblemer og høyt nivå av oppmerksomhets- og sosiale problemer, samt lavt nivå av skolemessig fungering, både for gutter og jenter. Multiple regresjonsanalyser viste at oppmerksomhetsproblemer utgjorde det største bidraget til atferdsproblemer. Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger mellom internaliserte problemer og atferdsproblemer (Kirkhaug et al., 2013).

Keiley, Bates, Dodge og Pettit (2000) gjennomførte en studie for å identifisere barns utviklingsmønstre for eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer, samt hvilke påvirkning sosioøkonomisk status (sos) og avvisning fra andre jevnaldrende hadde for utviklingsløpene. Utvalget bestod av 405 barn, og data ble samlet inn over en åtteårsperiode, og startet når barna var fem år. Barnets foreldre og lærere besvarte et kartleggings skjema hver, CBCL og TRF. Avvisning hos jevnaldrende ble målt ved å intervju barna, eksempelvis ved å vise bilder av klassekameratene og deretter ble de bedt om å rangere hvor mye han eller hun likte dette barnet. Noen analyser i studien viste ulikt resultat avhengig av hvilke informant som lå til grunn. For eksempel rapporterte lærerne om et høyere gjennomsnitt av eksternalisert atferd hos guttene, mens mødrene på sin side rapporterte ingen kjønnsforskjell (Keiley et al., 2000). Det ble ikke oppgitt kjønnsforskjeller vedrørende internalisert atferd, noe som kan indikere at det ikke var signifikante forskjeller. Barn oppvokst i familier med lav sosioøkonomisk status ble jevnt over rapportert med høyere gjennomsnittsnivå av eksternalisert atferd, kontra barn fra familier med høy sosioøkonomisk status. Det var kun analyser basert på lærernes rapportering som gav signifikant sammenheng mellom høyt nivå av internalisert atferd og lav sosioøkonomisk status. Barn som ble avvist av andre jevnaldrende hadde et høyere nivå av eksternalisert atferd ved første måling og atferden var stabil over tid, sammenlignet med barn som ikke ble avvist. En tilsvarende sammenheng ble også registrert for økt internalisert atferd og avvisning fra jevnaldrende. Sammenhengen

mellom eksternalisert og internalisert atferd ved første måling viste signifikant korrelasjon med middels effekt basert på mødrenes rapportering. Denne sammenhengen var ikke signifikant basert på rapportering fra lærere i barnehagen. Det ble ikke oppgitt eventuelle kjønnsforskjeller for disse funnene (Keiley et al., 2000).

Som nevnt innledningsvis varierer resultatene i de forskjellige studiene. Oppsummert fremtrer likevel en tendens hvor gutter har høyere gjennomsnitt av eksternalisert atferd, mens det er mindre kjønnsforskjeller vedrørende internalisert atferd. Sosiale problemer, avvisning fra jevnaldrende og lav sosioøkonomisk status hos foreldre viser en sammenheng med atferdsproblemer, og særlig i forhold til den eksternaliserte formen.

3.0 Metode

Vitenskapelig metode er en systematisk og planlagt framgangsmåte for hvordan forskeren fremskaffer kunnskap, bearbeider informasjon og utvikler teorier om fenomenet som studeres (Grønmo, 2004). Materialet som masteroppgaven bygger på er hentet fra en studie som ble gjennomført i tidsrommet 2007 til 2009 (Bjørknes, 2011). For denne masteroppgaven vil det kun være aktuelt å benytte seg av inntaksdataene fra studien. Metodekapittelet innledes med en redegjørelse av vitenskapsteori for å kunne plassere oppgavens kunnskapssyn. Deretter presenteres forskningsdesignet, herunder rekruttering, utvalg og gjennomføring. Videre redegjøres det for metodiske valg og hvilke analyser som kan besvare oppgavens problemstillinger. Avslutningsvis diskuteres reliabilitets- og validitetsutfordringer og forskningsetiske hensyn.

3.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteori er refleksjon over vitenskapelig kunnskap og aktivitet. Det betyr refleksjon og utforskning av selve metoden for å fremskaffe ny kunnskap, og hva vitenskapelig kunnskap er (Gilje & Grimen, 1993). Ulike tradisjoner og kunnskapssyn på hvordan man kan (eller bør) forholde seg til forskning har vokst fram som en konsekvens av disse refleksjonene. Et kunnskapssyn innebærer et felles rammeverk som beskriver hvilke forhold som er legitime å studere, og hvilke metoder som kan fremskaffe kunnskapen (Gilje & Grimen, 1993; Grønmo, 2004).

En av tradisjonene er positivismen som vektlegger en induktiv tilnærming for fremskaffelse av kunnskap. Forskeren bruker sansene for å observere fenomener og ut i fra observasjoner oppnå en objektiv og positiv gitt sannhet (Befring, 2007; Grønmo, 2004). I en samfunnsvitenskapelig kontekst er formålet å avdekke universelle lovmessigheter i samfunnet, altså «lover» som styrer menneskers atferd. En positivistisk vitenskapsforståelse legger til grunn at det er mulig å oppnå et absolutt skille mellom verdier og (sosiale) fakta, og kun påstander og teorier som kan verifiseres (være sanne) anses som vitenskapelig kunnskap. Dette kalles verifikasjonsprinsippet, og trekker et skille mellom meningsfylt og meningsløs kunnskap (Gilje & Grimen, 1993; Grønmo, 2004). Det rigide synet på en absolutt sannhet ble møtt med kritikk. Kritikken tok for seg at mennesker og enkelte samfunnsfenomener ikke kan kvalifiseres som objektive observerbare fakta. Dette er fordi mennesker er utstyrt med fri

vilje, og handler til en viss grad etter denne (Grønmo, 2004). Karl Popper var positivismens fremste kritiker, og tilhørte tradisjonen kritisk rasjonalisme. Kritikken hans var rettet mot den induktive tilnærmingen til vitenskap, og han mente at vitenskap ikke kan skapes uten en teori i bunn. Han hevdet verifikasjonsprinsippet var uegnet til å skille mellom vitenskap og ikkevitenskap, og introduserte falsifikasjonsprinsippet. Dette går ut på at teorier må være testbare og dersom man finner empiriske fakta som motsier en teori, må den forkastes. For å framskaffe vitenskapelig kunnskap bruker man prøve-og-feile-metoden. Metoden innebærer å legge fram en teori eller hypotese, for så og utsette teorien for tester for å bevise at de er feilaktige, og dermed må forkastes. Blir teorien forkastet, må den formuleres på nytt og gjennomgå nye tester. Skulle en teori bestå en test, kunne den godtas inntil videre. I prinsippet betyr dette at teorier alltid vil forbli hypoteser (Gilje & Grimen, 1993; Guneriussen, 1999; Ringdal, 2013).

Verken positivismen eller kritisk rasjonalisme kan i dag følges helt slavisk. For det første har allerede flere teorier blitt falsifisert gjennom empiriske undersøkelser, og for det andre kan man aldri med sikkerhet oppnå en total objektiv sannhet. Metodekriteriene som de to tradisjonene vektlegger i forskning er likevel et ideal for forskningen i dag, selv om få er tilhengere av de store filosofiske tankene deres (Aadland, 2004).

3.2 Plassering av oppgaven og evidensbasert kunnskap

Masteroppgaven innehar elementer av en positivistisk tankegang i form av at resultater presenteres med tall og statistikk, og at jeg som forsker forholder meg objektiv til resultatene. Datamaterialet som benyttes i oppgaven er inntaksdata som baseres på inntakskriteriene fra en randomisert kontrollert studie (heretter RCT). Klassiske eksperiment som RCT knyttes ofte til naturvitenskap, positivismen og kvantitative metoder. Til tross for dette anser ikke jeg meg selv som tilhenger av den positivistiske (eller kritisk rasjonalisme) tradisjonen. Generelt i dag er det langt vanligere å la forskningsspørsmålet eller tilgjengelig data være styrende for metodevalg. Følgen av dette er at man kan få «påtvunget» et vitenskapelig kunnskapssyn, som nødvendigvis ikke er forenelig med ens personlige ståsted. Samtidig synes likevel debatten om hvilke tradisjonelt metodisk kunnskapssyn man tilhører å gå mot slutten, mens det i sosialt arbeid har vokst fram en ny type diskusjon som omfatter evidensbasert kunnskap.

Evidensdebatten springer ut fra en økende tilslutning om at tiltak som rettes mot barn og unges psykiske helse skal baseres på best mulig evidens (Kjøbli et al., 2012). Evidensbasert

kunnskap er *forskningsbasert* kunnskap, og RCT studier regnes som «gullstandarden» for evidensbasert kunnskap. RCT designet har en unik mulighet til å evaluere effekten av et tiltak eller behandling, ved at en gruppe mottar behandling (eksperimentgruppe), og en gruppe ikke mottar behandling (kontrollgruppe). Resultatet av behandlingen for eksperimentgruppen blir deretter sammenlignet med kontrollgruppen (Backe-Hansen, 2009).

Argumentet for implementeringen av evidensbasert kunnskap i barnevernet var blant annet at tidligere tiltak ikke var kvalitetssikret godt nok, noe som i verste fall kunne ha skadelige effekter for mottakerne av tiltaket (Mørch, 2012). Det har med andre ord blitt etterlyst mer effektstudier, som for eksempel RCT, i barnevernsfeltet. Samtidig er barnevern (og sosialt arbeid) et sammensatt og komplekst felt som umiddelbart kan virke uforenelig med strenge de kriteriene som evidensstudier bringer med seg. Evidenstradisjonen blir også i noen sammenhenger knyttet til positivismen på grunn av metodiske likhetstrekk, som for eksempel oppfattelsen om hva som gir mest pålitelig kunnskap, og begrensningen av kritisk selvrefleksjon (Ekeland, 2009; Grimen, 2009). Kritikerne hevdet også at evidensstenkningen ikke er forenelig med sosial faglig praksis, fordi den ikke tar høyde for faglig autonomi, skjønnsutøvelse, og den er for fokusert på hva som virker, og ikke hvorfor tiltak ikke virker (Ogden, 2012 s.27). Backe-Hansen (2009) hevdet derimot at en større forståelse av evidensbasert forskning er forenelig med sosialfaglige fag. En vid forståelse av evidensbegrepet anerkjenner sosialarbeiderens ferdigheter og kvaliteter, samt vektlegger annen teoretisk- og erfaringsbasert kunnskap. Videre er det viktig å anerkjenne andre metoder som viktige kunnskapskilder for barnevernsfeltet. Hver metode har sine styrker og svakheter, og sammen kan de utfylle hverandre. Inngående studier kan for eksempel studere enkeltindivider på et dypere plan, og bidra til økt forståelse for hvorfor noen ikke responderer på et tiltak (Kjøbli, 2010).

3.3 Forskningsdesign

Masteroppgavens datagrunnlag tilhører et større forskningsprosjekt og er hentet fra studien; «Parent Management Training Oregon Model: Intervention effect on maternal practice and children behavior in ethnic minority families» (Bjørknes, 2011). Hovedstudiens formål var å undersøke effekten av PMTO for somaliske og pakistanske familier. Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert undersøkelse med to datamålinger. En måling før og en måling etter at intervensjonen var ferdigstilt. Det er data fra den første målingen denne

masteroppgaven vil omhandle. Atferdssenteret finansierte studien som ble gjennomført i tidsrommet 2007 til 2009.

3.3.1 Rekruttering, inklusjons- og eksklusjonskriterier og utvalg

Rekrutteringen foregikk fra desember 2007 til mars 2008. Deltakerne ble rekruttert gjennom tre arenaer; 1) profesjonelle fra offentlig sektor, 2) lokale informasjonsmøter og 3) ansatte i eget rekrutteringsteam (Bjørknes, 2011). Til sammen ble 118 familier rekruttert, og 96 mødre og deres barn deltok tilslutt i studien. Det var 22 familier som falt fra i prosessen, enten fordi de ikke ønsket å delta ($n = 10$), ikke tilfredsstilte inklusjons- og eksklusjonskriteriene ($n = 2$) eller var utilgjengelige ($n = 10$). Den største andelen av deltakere, 57 prosent, ble rekruttert gjennom lokale informasjonsmøter, rekrutteringsteamet stod for 29 prosent av deltakerne, og de resterende 13 prosentene ble rekruttert av profesjonelle fra offentlig sektor (Bjørknes, Jakobsen, & Nærde, 2011). Pedagogene (lærerne og barnehagepersonell) ble ikke rekruttert ved disse metodene, men inkludert i studien i etterkant.

Utvalgsmetoden var basert på strategisk utvelgelse, det vil si at man på forhånd vet hvilke informanter som kan gi nødvendig informasjon (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene utgjorde standarden for hvem som kunne delta i studien og var følgende;

Inklusjonskriterier

- Barnet var mellom 3 og 9 år
- Mødrene måtte bekrefte at barnet hadde, eller var i risiko for å utvikle atferdsproblemer
- Somalisk eller pakistansk opprinnelse hos mødrene

Eksklusjonskriterier

- Barn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep
- Barn med psykisk utviklingshemning
- Mor med klinisk psykiske problemer

Som metode for randomiseringen ble stratifisert utvelging brukt (Bjørknes, 2011). Ved stratifisering deles alle deltakerne inn i ulike strata (grupper), og denne metoden egner seg godt til å sikre at hver gruppe er representativ for utvalget (Ringdal, 2013). PMTO

intervensjonen var områdebasert og deltakerne ble delt inn i strata etter de to aktuelle områdene som deltakerne var bosatt i, og på bakgrunn av etnisitet. Deretter ble familiene tilfeldig trukket og fordelt til enten kontrollgruppen eller eksperimentgruppen. 50 mødre ble tildelt PMTO intervensjon (eksperimentgruppen), mens de resterende 46 ble satt på ventelisten (kontrollgruppen). Siden masteroppgaven kun tar utgangspunkt i inntaksdataene er ikke deltakerne blitt randomisert, men fungerer som et helhetlig utvalg. Det var kun mødre til barna som deltok i studien. Av barna var det 60 gutter og 36 jenter. Av dem hadde 57 (59.4) pakistansk opprinnelse og 39 (40.6 %) somalisk opprinnelse. Flere bakgrunnsvariabler ved mødre og barnets er presentert i tabell 1.

Tabell 1 Bakgrunnsinformasjon av utvalget (n=96)

Variabel	Antall (Valid prosent)
<i>Barna</i>	
Gutter	60 (62.5)
Jenter	36 (37.5)
Førskolealder (under 6 år) ^a	47 (49.5)
Skolealder (over 6 år) ^a	48 (50.5)
<i>Mødre</i>	
Enslig	23 (24)
Gift eller samboer	73 (76)
Ingen utdanning ^a	65 (67.7)
Utdanning ^a	30 (31.3)
	Gjennomsnitt (SD)
Barnets alder ^a	5.88 (1.56)
Mors opplevd økonomi ^b	4.75 (1.3)

Note: ^a = n 95, ^b = n 92

3.3.2 Gjennomføring og etiske hensyn

Før gjennomføringen og rekrutteringsprosessen startet ble hovedstudien meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og godkjent. Studien ble også godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (Bjørknes, 2011). Forskningsetiske komiteer (2006) legger til grunn at personer som deltar i undersøkelser, skal få tilstrekkelig og nødvendig informasjon om studiens formål og eventuelle konsekvenser av å delta.

Informasjonen skal formidles på en nøytral måte, og gis på et forståelig språk. Det skal komme tydelig fram at deltakelse er frivillig. Det er også krav om et fritt og informert samtykke. I dette ligger det at samtykket blir signert uten press, at informantene har rett til å trekke seg fra studien, og at deltakerne er opplyst om deres rolle i forskningsprosjektet. Det foreligger samtykke fra alle mødrene som deltok i studien (Bjørknes, 2011). For å gjøre informasjonen om studien så forstått som mulig ble samtykkeskjema og studiens intensjon gjennomgått både på somalisk og urdu ved bruk av tolk. Mødrene deltok på frivillig grunnlag, og hadde fått opplyst om mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi årsak. For å dekke reiseutgifter fikk hver informant utbetalt NOK 300 per intervju som ble gjennomført. Familier som ble randomisert til ventelisten, ble tilbudt PMTO når forskningsprosjektet var avsluttet (Bjørknes, 2011). Forskningsetiske komiteer (2006) legger også til grunn krav om anonymitet og konfidensialitet for å beskytte og verne om privatlivet til deltakerne. Dette kravet er ivaretatt ved at datamaterialet er anonymisert både i hovedstudien og i masteroppgaven.

Inntaksdataene ble innsamlet i løpet av desember 2007 til mai 2008. Hvert intervju ble administrert av en tospråklig intervjuer som hjalp mødrene med å forstå kartleggingsskjemaet, samt informere om studien underveis (Bjørknes, 2011). Spørreskjemaet og materialet som ble brukt i datainnsamlingen var både på norsk, urdu og somalisk. Intervju med mor ble gjennomført via telefon eller personlig oppmøte, og varte i ca. 2 timer hver gang. Informasjon fra pedagoger i barnehage og skole ble samlet inn per post etter at data fra mødrene forelå. Mødrene samtykket til at pedagogene kunne besvare kartleggingsskjemaet, og ansvarlige forskere stod for innsamling av pedagogenes data. Det var frivillig for pedagogene å besvare kartleggingsskjemaet, og noen pedagoger ønsket ikke å besvare.

3.3.3 Variabler

Variabler utgjør egenskaper ved deltakerne i undersøkelsen. Hovedstudien inneholder mange variabler om for eksempel familieforhold, oppdragelsesstrategi og barnas atferdsproblemer og sosiale kompetanse. Masteroppgaven benytter seg kun av noen utvalgte variabler fra hovedstudien. Variabler ved barnet er; kjønn og alder, internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer (kan refereres i oppgaven som kun *atferdsproblemer*), sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer. Bakgrunnsvariabler knyttet til mor er utdanning, sivilstatus og opplevd økonomi.

Det opereres med fire målenivå for variabler, og målenivået er avgjørende for hvilke statistiske analyser som kan foretas. De fire nivåene er nominal-, ordinal-, intervall- og forholdstallsnivå (Johannessen et al., 2010). Nominalvariabler kjennetegnes ved at de definerer likheter og ulikheter ved deltakerne, og hver verdi er gjensidig utelukkende og uttømmende. Et klassisk eksempel er kjønn. Nominalnivå kan ikke rangeres i en logisk orden, fordi en gutt ikke kan være mer kjønn enn en jente. Variabler på ordinalnivå representerer grad av noe og kan derfor rangeres. For eksempel utdannelse, hvor antall år med skolegang kan rangeres i en logisk orden. Intervallnivå kan i tillegg gi informasjon om avstanden fra hver verdi. Forholdstallsnivå har den høyeste rangeringen av målenivåene, og innehar de samme egenskapene som de andre nivåene. Variablene har i tillegg et naturlig nullpunkt slik at den gir informasjon om forholdet mellom verdiene (Grønmo, 2004). Alder er et eksempel på en variabel på forholdstallsnivå.

Målenivået på variablene kan videre deles inn *kategoriske variabler* og *kontinuerlige variabler*. Kategoriske variabler er gjensidig utelukkende variabler, mens kontinuerlige variabler har ingen begrensninger for antall verdier (Johannessen et al., 2010). Kategoriske variabler i oppgaven er for eksempel mors sivilstatus, utdannelse, kjønn og alder. Eksempler på kontinuerlige variabler er atferdsproblemer og opplevd økonomi. Kontinuerlige variabler kan omgjøres til kategoriske. Dette åpner opp for å gi ny eller annen informasjon om utvalget (Johannessen et al., 2010). For eksempel er alle variabler som måler barnets atferdsproblemer kategorisert i to grupper; klinisk og normal, avhengig av hvor høy verdi barnet oppnår på skalaen.

3.3.4 Avhengig og uavhengig variabel

Forholdet mellom variabler kan ha betydning for analysemetodene som kan velges. Hvis en variabel kan tenkes å påvirke en annen variabel omtales dette som et avhengighetsforhold. Den variabelen som påvirker (X) kalles for uavhengig variabel, og den som påvirkes kalles for (Y) avhengig. I masteroppgaven er mors utdannelse, opplevd økonomi og sivilstatus uavhengige variabler (X), og eksternaliserte atferdsproblemer og internaliserte atferdsproblemer avhengige variabler (Y).

3.4 Måleinstrument

For å måle de uavhengige variablene *eksternaliserte atferdsproblemer* og *internaliserte atferdsproblemer*, samt *sosiale problemer* og *oppmerksomhetsproblemer* er to anerkjente kartleggingsskjema benyttet. Ett kartleggingsskjema for foreldre, Eyberg Child Behavior Inventory – ECBI (Eyberg & Pincus, 1999), og ett annet kartleggingsskjema for pedagogene Teacher Report Form – TRF (Achenbach & Rescorla, 2001). Skjemaene består av sammensatte skalaer som måler atferden til barna basert på respondentenes besvarelse. En sammensatt skala består av et sett med spørsmål som i seg selv har liten verdi, men som blir meningsfylt når de ses i sammenheng med de andre spørsmålene (Grønmo, s.170). Formålet med sammensatte skalaer er å få fram respondenters holdninger til et fenomen, og omtales ofte som en Likert-skala. For å vurdere hvor godt hver enkel indikator (spørsmål) i skalaene samsvarer med hverandre, og måler det teoretiske begrepet, ble de reliabilitetstestet ved Cronbachs alfa. Dette er en statistisk analyse som gir en reliabilitetskoeffisient og viser om det er intern konsistens mellom indikatorene. Koeffisienten uttrykkes i tall og har et verdispenn fra 0-1, hvor høy verdi uttrykker god reliabilitet og betyr at det er samsvar mellom indikatorene. En reliabilitetsverdi på .70 anses som tilfredsstillende (Ringdal, 2013). Alle skalaene i oppgaven ble reliabilitetstestet, og resultatene er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Reliabilitetskoeffisienter for skalaene

Variabel	α
<i>ECBI</i>	
Eyberg Intensitetsskala	.93
<i>TRF</i>	
Totalproblemskåre	.94
Internalisert	.78
Eksternalisert	.91
Somatiske problemer	.56
Tankeproblemer	.52
Oppmerksomhetsproblemer	.89
Sosiale problemer	.68
Tilbaketrukket/Deprimert	.75
Angst/Deprimert	.61
Regelbrytende atferd	.74
Aggressiv atferd	.89

3.4.1 Eyberg Child Behavior Check list

ECBI måler en av hovedvariablene; *eksternaliserte atferdsproblemer* (se vedlegg 1). Formålet med ECBI er å vurdere alvorlighetsgraden av problematferd hos barn i alderen 2-16 år, og i hvilke grad foreldrene anser atferden som problematisk (Eyberg & Pincus, 1999). Skjemaet har blitt standardisert i USA en rekke ganger og anses som et velfungerende screeningsverktøy for å gi gode psykometriske mål på atferdsproblemer hos barn og unge (Burns & Patterson, 1990; Eyberg & Robinson, 1983). Standardiseringen av skjemaet utenfor USA viste imidlertid at normer for atferdsproblemer kan variere på tvers av landegrensene. I 2008 ble skjemaet derfor standardisert og validert etter norske normer (Reedtz, Bertelsen, Lurie, Handegård, Clifford & Mørch, 2008).

Skjemaet består av to skalaer, en intensitetsskala som måler hyppighet av barnets atferd, og en problemskala som vurderer hvorvidt foreldrene opplever atferden som et problem ved ja/nei spørsmål. I masteroppgaven er kun intensitetsskalaen brukt. Mødrene ble bedt om å vurdere barnets atferd ut i fra 36 utsagn som kjennetegner atferdsproblemer. Hvert spørsmål ble besvart ut i fra en 7 poengs likert-skala som varierte fra 1 = aldri til 7 = alltid. Minimumsskår er 36 poeng og maksimumsskår er 252 poeng. Høy skår indikerer mer problematferd. Nedenfor følger eksempler på utsagn som inngår i ECBI skalaen;

- Følger ikke husregler
- Har sinne/raserianfall
- Slår foreldrene
- Ødelegger leker og andre ting
- Er overaktiv og rastløs
- Krangler med venner på egen alder
- Lyver
- Reagerer med trass hvis han/hun blir bedt om å gjøre noe

Det er kun eksternaliserte atferdsproblemer som måles av kartleggingsskjemaet. Skjemaet har ikke egne måleskalaer for henholdsvis sosiale problemer, oppmerksomhetsproblemer eller internaliserte atferdsproblemer, slik som Teacher Report Form.

3.4.2 Teacher Report Form

TRF måler to uavhengige hovedvariabler; *eksternalisert atferd* og *internalisert atferd*, samt variablene *oppmerksomhetsproblemer* og *sosiale problemer* (se vedlegg 2). Teacher Report Form inngår som et av flere måleinstrument i ASEBA systemet som også har kartleggingsskjemaer tilpasset foreldre (The Child Behavior Check List) og ungdommer (The Youth Self-Report). Hvert skjema kan benyttes alene eller parallelt med hverandre (Achenbach & Rescorla, 2001). I hovedstudien er det kun TRF som er brukt som måleinstrument, og tilsvarende for denne masteroppgaven.

TRF egnes godt for å kartlegge barns faglige fungering, emosjonelle vansker og atferdsproblemer. I 2002 kom skjemaet ut i norsk versjon, og ble senere standardisert og validert etter norske normer i studien til Drugli og Larsson (2010). TRF er tilpasset barn i alderen 6-12 år og fylles ut av barnets lærer eller en annen voksen som har god kjennskap til barnet. Det inneholder 113 utsagn og informantene blir bedt om å vurdere hvert utsagn på en 3 poengs likert-skala fra 0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis eller noen ganger og 2 = stemmer veldig bra eller ofte. Resultatene av skåringen blir lagt sammen og utgjør en Total Problemskår.

TRF er oppbygd noe annerledes enn ECBI, se *figur 3* for illustrasjon av oppbygging av TRF. Skjemaet har flere syndrom- og symptomskalaer som grupperer spesifikke problemområder som ofte oppstår sammen (Kornør & Drugli, 2011). De fem syndromskalaene måler; eksternalisert atferd, internalisert atferd, tankeproblemer, oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer. Disse fem syndromskalaene kan summeres sammen hver for seg til en egen sumskår eller til en samlet skår som utgjør den Totale Problemskåren. I masteroppgaven er skalaen for tankeproblemer og den Totale Problemskåren utelatt. Den eksternaliserte skalaen består av 32 spørsmål, hvor verdiene har en range fra 0-64. Skalaen for internalisert atferd omfatter 33 spørsmål og har en range fra 0-66. Skalaen for oppmerksomhetsproblemer består av 26 spørsmål med verdier fra 0-52, mens den sosiale problemskalaen består av 11 spørsmål med en minimumsverdi på 0 og en maksimumsverdi på 22.

Implementert i den eksternaliserte skalaen er det to symptomskalaer. Disse består av symptomer på eksternalisert atferd. Den første symptomskalaen heter *regelbrytende atferd* og har 12 spørsmål med en range fra 0-24. Den andre kalles *aggressiv atferd* og inneholder 20

spørsmål, med en range fra 0-40. Nedenfor følger noen eksempler på utsagn for eksternalisert atferd i de to symptomkategoriene;

Aggressiv atferd

- Mobber, plager eller er slem mot andre
- Ødelegger egne ting
- Eksplosiv og uforutsigbar atferd
- Sta, mutt eller irritabel

Regelbrytende atferd

- Stjeler
- Banner eller bruker stygge ord
- Lyver eller jukser
- Bryter barnehagens/skolens regler

Skalaen for internalisert atferd inneholder tre symptomskalaer. Den første *angst/deprimert* består av 16 spørsmål, med en range fra 0-32. Den andre kalles *tilbaketrukket/deprimert* og inneholder 8 spørsmål og range fra 0-16. Den siste *somatiske problem* har 9 spørsmål med en range fra 0-18. Sistnevnte symptomskala er imidlertid utelatt fra masteroppgaven på grunn av lav reliabilitet. Eksempler på internalisert atferd er som følgende;

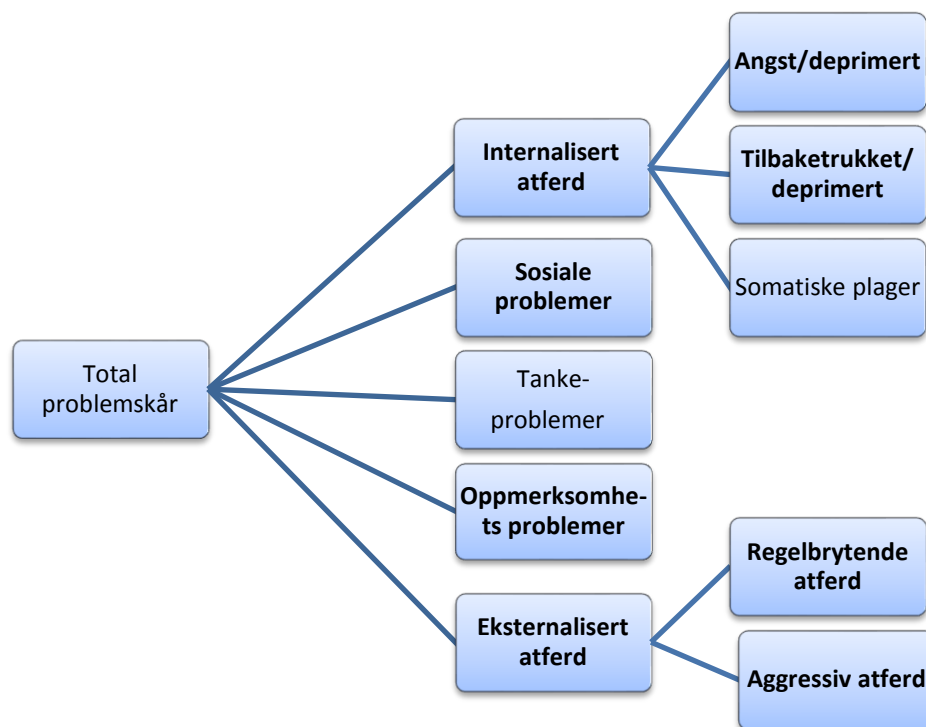
Angst/deprimert

- Gråter mye
- Føler seg mindreverdige eller underlegen
- Nervøs, overfølsom eller anspent
- Har sterk skyldfølelse

Tilbaketrukket/deprimert

- For sjenert eller engstelig
- Blir lett flau eller forlegen
- Nekter å snakke
- Tilbaketrukket, engasjerer seg ikke med andre

I masteroppgaven anvendes fire av de fem syndromskalaer; oppmerksomhetsproblemer, sosiale problemer og eksterne og internalisert atferd. Tankeproblemer er utelatt grunnet lav reliabilitet. TRF Eksterne og ECBI's intensitetsskala beskriver begge en eksterne form for atferdsproblemer. På bakgrunn av dette, og for å kunne gjøre bedre sammenligninger mellom mødrene og pedagogenes besvarelse, ble det valgt å utelate den Totale problemskåren



Figur 3. Illustrasjon av oppbygning til Teacher Report Form (2001). Uthevet skrift er skalaer som blir brukt i oppgaven

3.5 Behandling av datamaterialet

Datamaterialet var på forhånd blitt behandlet for manglende besvarelse fra noen av pedagogene. Utenom dette var det få manglende data i materialet, og det ble ikke foretatt noe videre form for behandling av missing. Alle syndrom- og symptomskalaene i TRF ble konstruert ved å slå spørsmålene innenfor hver gruppe sammen til en sumskala.

3.5.1 Omkoding av bakgrunnsvariabler

All bakgrunnsinformasjon som er brukt i denne oppgaven ble besvart av mødrene (se vedlegg 3). Oversikt over frekvens og prosent for alle bakgrunnsvariablene er presentert i tabell 1.

Bakgrunnsvariabelen *alder* til barna ble omgjort til en ny variabel med to verdier; verdi 1 = *førskolebarn* og verdi 2 = *skolebarn*. Omkodingen gjorde det mulig å foreta analyser for å teste forskjeller mellom gutter og jenter i førskole- og skolealder.

Opplevd økonomisk situasjon ble målt ved at mødrene ble bedt om å ta stilling til hvor ofte det hender at familien ikke har råd til mat, helsetjenester og medisin, klær og fritidsaktivitet. Hver variabel har fire verdier fra verdi 1 = aldri, verdi 2 = av og til, verdi 3 = ofte, men ikke hver måned og verdi 4 = hver måned. Verdiene blir slått sammen til en sumskår, hvor minimumsskår var 4 og maksimumsskår på 16. Høy skår indikerer større økonomiske begrensninger.

Utdannelse ble målt med to spørsmål. Først ble de bedt om å besvare på et ja/nei spørsmål om de har utdanning eller skolegang. På det andre spørsmålet ble mødrene bedt om å utdype høyest fullført utdanning med alternativene 1 = «9-årig grunnskole eller kortere», 2 = «1-2 årig videregående», 3 = «videregående yrkesfag», 4 = «3-årig videregående allmennfaglig, gymnas», 5 = «høyskole, universitet inntil 4 år» og 6 = «universitet, høyskole, mer enn 4 år». Variablene ble deretter omkodet til en ny variabel med to verdier 1 = «ingen utdanning» og 2 = «utdanning». I Norge anser man i hovedsak utdanning som fullført videregående/yrkesfag eller høyere. Mødre som besvarte at de ikke hadde utdanning eller mindre enn fullført videregående ble slått sammen i kategorien «ingen utdanning». Dette utgjorde flertallet av mødrene, 65 stykker. De resterende svarene med verdi fra verdi 3 til 6 ble slått sammen til kategorien «utdanning», og utgjorde 30 mødre.

Mors sivilstatus ble målt med et spørsmål som inneholdt seks svaralternativer; 1 = ugift, 2 = gift eller samboende med barnets andre biologiske forelder, 3 = gift eller samboende med andre enn barnets biologiske forelder, 4 = separert, 5 = skilt og 6 = enke. Svaralternativene ble deretter omgjort til to kategorier; 1 = gift/samboer og 2 = enslig. Svaralternativ nummer 2 og 3 inngår i den første kategorien, og utgjorde 73 mødre. Svaralternativene 1, 4, 5 og 6 inngår i den andre kategorien, og utgjorde 23 mødre.

3.5.2 Klinisk- og normalområde for atferdsproblemer

For hver av variablene *eksternaliserte atferdsproblemer* (målt med ECBI og TRF), *internaliserte atferdsproblemer*, *sosiale problemer* og *oppmerksomhetsproblemer* ble det opprettet en ny variabel for å skille mellom barn i klinisk område og barn som klassifiseres i normalområde, verdi 1 = normal, og verdi 2 = klinisk. Grenseverdien (cut-off) er verdiskåren som skiller mellom klinisk og normal område for atferdsproblemer. Bruk av norske normer for grenseverdi er særlig viktig for å gjøre gode og riktige vurderinger av alvorlighetsgraden til barnas problematferd. Før TRF og ECBI ble standardisert og normert til norske barn ble grenseverdier etter amerikanske normer benyttet. Undersøkelser på tvers av landegrenser viste derimot at skandinaviske barn hadde et lavere gjennomsnitt av atferdsproblemer enn for amerikanske barn. Dette understreker betydningen av å bruke riktige normer, da konsekvensen av å bruke andre lands normer kan føre til feilaktige vurderinger (Axberg, Hanse, & Broberg, 2008; Reedtz et al., 2008). I oppgaven benyttes grenseverdier fra to norske normstudier (Drugli & Larsson, 2010; Reedtz et al., 2008).

Reedtz et al. (2008) etablerte grenseverdier for ECBI på bakgrunn av alder og kjønn i deres normstudie, og sumskår på over 90 percentil ble satt som klinisk cut-off verdi. Når denne oppgaven har fulgt deres anbefalinger vil den kliniske grenseverdien for gutter varierer fra skårer mellom 110.4-135, og for jenter fra 110-124, avhengig av barnets alder. Noen barn i utvalget til denne undersøkelsen var under fire år ved inntak. Ettersom det ikke er etablert norske normer for denne aldersgruppen, ble alle barn under fire år klassifisert etter Reedtz og kollegaers (2008) oppgitte grenseverdi for fireåringer. Grenseverdier for klinisk område for TRF skalaene er hentet fra Drugli og Larssons (2010) studie basert på et utvalg norske barn fra 1-7 klasse. I deres studie ble klinisk grenseverdi oppgitt for de fem syndromskalaene, og også her er det ulik verdi for gutter og jenter, samt barnets alder. Studien til Drugli og Larsson (2010) viser ikke til en klinisk grenseverdi for barn under seks år, og barn i alderen 3-5 år i dette utvalget ble behandlet som en seksåring i forhold til valg av grenseverdi. utfordringer med og konsekvenser av å bruke grenseverdier som ikke er tilpasset barnets alder er diskutert i punkt 5.6.

Det er viktig å ta i betraktning at noen barn som klassifiseres innenfor normalområde basert på cut-off verdiene kan ha, eller være i risikozonen for å utvikle alvorlige atferdsproblemer. Achenbach og Rescorla (2001) har etablert en sumskår som definerer barn i risikoområde,

men ettersom jeg ikke kunne finne tilsvarende norske normer for alle skalaene som benyttes i oppgaven, ble det valgt og ikke å opprette en kategori for barn i risikosonen.

3.6 Analyse

SPSS (versjon 22) ble benyttet til å utføre statistiske analyser. Split-file funksjonen i SPSS er i noen tilfeller brukt for å kunne skille analyser mellom to grupper i kategoriene «kjønn» og «alder». Univariate analyser beskriver hvordan utvalget fordeler seg på verdiene for hver variabel, og gir en deskriptiv beskrivelse av utvalget. Bivariate analyser ser på sammenheng og forholdet mellom to variabler, mens i multivariate analyser er det sammenhengen mellom to eller tre variabler som analyseres (Grønmo, 2004).

Univariate analyser er anvendt for å gi oversikt over utvalget, og hvordan deltakerne fordeles i ulike kategorier. For eksempel andel gutter og jenter, og hvor mange mødre som har eller ikke har en utdanning. Analysemetoden er videre anvendt for å gi en oversikt av gjennomsnittet og standardavviket til barnas skåre på alle måleskalaene. Lavt standardavvik indikerer at de fleste datapunktene er sentrert rundt gjennomsnittet, mens høyt standardavvik indikerer at datapunktene har en større spredning fra gjennomsnittet. Den respektive gjennomsnittsverdien for hver skala er utgangspunktet for om standardavviket kan betegnes som lavt eller høyt (Field, 2013).

3.6.1 Bivariate analyser

Korrelasjonsanalyser uttrykker en statistisk sammenheng mellom to variabler. Pearsons r er en korrelasjonskoeffisient som uttrykker styrken og retningen på forholdet mellom to kontinuerlige variabler (Pallant, 2013). Verdien på Pearsons r varierer fra -1 til +1, hvor 0 uttrykker ingen korrelasjon og 1 høy korrelasjon. Fortegnet angir om retningen på korrelasjonen er negativ (hvis en variabel øker, synker den andre) eller positivt (når en variabel øker, øker også den andre). Den tallmessige koeffisienten gir også informasjon om hvor stor effekten er (Field, 2013). Det er vanlig å benytte seg av Cohens (1988) anbefaling for effektmål; .10-.29 = liten effekt, .30-.49 = middels effekt og >.50 = stor effekt.

Korrelasjonsanalyser i oppgaven undersøker sammenhenger mellom skalaene på TRF. For eksempel vil denne type analyse vise om et barn som skårer høyt på TRF Internalisert også skårer høyt på TRF Eksternalisert.

Kji-kvadrat analyser brukes for å teste hypoteser om en statistisk sammenheng mellom to variabler basert på en krysstabell. Krysstabeller gir informasjon om frekvens- og prosentfordelingen av to eller flere kategoriske variabler (Ringdal, 2013). For eksempel kan variabelen klinisk/normal område og kjønn settes opp i en krysstabell. Da vises fordelingen av antall jenter og gutter som enten er i klinisk område eller i normalområde. Ut i fra krysstabellen kan en kji-kvadratanalyse avdekke om det er statistisk sammenheng mellom variablene.

En uavhengig t-test brukes for å sammenligne to gruppers gjennomsnitt. Formålet er å analysere om det er statistisk signifikant forskjell mellom to grupper. Eksempelvis: er det forskjell på nivå av atferdsproblemer hos gutter og jenter? T-tester gir svar på hvor store forskjeller det mellom to grupper, og om forskjellen er statistisk signifikant (Ringdal, 2013).

Statistiske tester brukes for å kunne si noe om populasjonen på bakgrunn av utvalget.

Beregning av statistisk signifikans forutsetter alltid to hypoteser, hvor den første, nullhypotesen (H_0), lyder som følgende; det er ikke en sammenheng mellom to variabler, mens den andre hypotesen (H_1) sier at det er en sammenheng mellom to variabler.

Eksempelvis: H_0 det er *ikke* en forskjell mellom gutter og jenter og nivå av atferdsproblemer, og H_1 det er en forskjell mellom gutter og jenter og nivå av atferdsproblemer.

Signifikansnivået er et skille som avgjør om nullhypotesen skal forkastes eller ikke. Et signifikansnivå på .05 eller mindre ($p < .05$) betyr at det er 5 % eller mindre sjanse for at resultatet skyldes tilfeldigheter, og nullhypotesen kan forkastes (Ringdal, 2013). Et signifikant resultat på hypotesene ovenfor betyr at nullhypotesen forkastes, og at man med stor sikkerhet kan si at det er en forskjell mellom gutter og jenter og nivå av atferdsproblemer. Signifikans uttrykkes i *p*-verdi for eksempel $p < .05$, eller $p < .01$ dersom signifikansnivået er på 1 prosent.

Selv om man oppnår en *p*-verdi der $p < .05$ kan man aldri fastslå en helt sikker konklusjon med hypotesetesting. Det kan være to årsaker til dette, kalt type I og type II feil. Type I feil innebærer at nullhypotesen forkastes til tross for at den er gyldig. Denne feilen er avhengig av hvilke signifikansnivå som velges, for eksempel er $p < .01$ et strengere nivå enn $p < .05$. Type II feil handler om det motsatte; å godta en falsk hypotese. En slik feil kan oppstå dersom signifikansnivået er for lavt (Befring, 2007; Ringdal, 2013). Signifikansnivået kan også bli påvirket av antall deltakere (*n*) i utvalget. I store utvalg kan selv små forskjeller bli signifikante. I små utvalg er det vanskeligere å oppnå et tilfredsstillende signifikant nivå, slik

at eksisterende forskjeller mellom to grupper ikke blir rapportert (Field, 2013). I denne oppgaven opereres det med signifikansnivå på $p < .05$.

3.6.2 Multivariat analyser

Multiple regresjonsanalyser undersøker sammenhenger mellom to eller flere variabler. Analysen springer ut fra en korrelasjonsanalyse, men har i tillegg mulighet til å undersøke sammenhengen med flere uavhengige variabler mot en avhengig variabel (Pallant, 2013). Det er flere former for regresjonsanalyser, og standard multiple regresjon er valgt i denne oppgaven. Standard multiple regresjonsanalyse viser hvor mye variasjon hver uavhengige variabler kan forklare den avhengige variabelen. Eksempelvis: Kan mors utdanning og sivilstatus (Y) forklare eksternaliserte atferdsproblemer (X) hos gutter/jenter? Regresjonsanalyser med kategoriske variabler forutsetter at variablene blir omkodet til dummyvariabler med verdier 0 og 1. Dette ble gjort for to variabler; mors sivilstatus og utdanningsnivå. «gift/samboer» fikk verdi 0 og «enslig» fikk verdi 1. «utdanning» fikk verdi 0 og «ingen utdanning» fikk verdi 1.

3.6.3 Forutsetninger for analyser

T-test og regresjonsanalyser har visse forutsetninger med datamaterialet som bør være oppfylt for å anvende analysene. En felles forutsetning er at dataene er normalfordelt. Dette kan undersøkes ved å sjekke verdiene for skjevhet og kurtose. Verdier omkring 0 hentyder normalitet. Hver verdi kan omregnes til en z-skår, hvor en z-skår på under ± 1.96 betyr at dataene eller skalaene er normalfordelt (Field, 2013; Pallant, 2013). Normalitet ble sjekket for hele utvalget samlet, og innad i gutte- og jentekategorien. ECBI møtte tilfredsstillende verdien for skjevhet og kurtose, men TRF Eksternalisert og TRF Internalisert viste opphoping av skårer mot venstre (positiv skjevhet) og z scorene lå på over ± 1.96 , altså disse skalaene var ikke normalfordelt. For regresjonsanalyser kan dette problemet løses ved å transformere skalaene. Dette er nærmere forklart i punkt 3.6.4

For analyser som sammenligner to ulike grupper der dataene ikke er normalfordelt, kan et alternativ være å bruke ikke-parametriske (eks. Mann Whitney U) tester istedenfor parametriske (eks. t-test). Det er imidlertid andre implikasjoner med å benytte ikke-parametriske tester. Blant annet kan de være mindre robuste, slik at faktiske forskjeller ikke blir registrert. Pallant (2013) hevder en skjevfordeling nødvendigvis ikke vil utgjøre et stort

problem dersom utvalget består av 30+ informanter. Pallant (2013) anbefaler videre å benytte parametriske tester dersom det er mulig, blant annet fordi resultater fra ikke-parametriske tester kan være mer krevende og utfordrende å tolke. På bakgrunn av dette ble det valgt å benytte parametriske tester i masteroppgaven for å analysere forskjeller mellom gutter og jenter.

3.6.4 Logaritmisk transformasjon

Foruten krav om normalitet er det et par andre forutsetninger som må oppfylles for å gjennomføre en regresjonsanalyse. Den første gjelder utvalgets størrelse, og har betydning for om resultatene kan generaliseres. Det finnes ingen hovedregel for hva som betegnes som et stort nok utvalg, men antall uavhengige variabler kan være veiledende. Stevens (1996) anbefaler rundt 15 deltakere per uavhengige variabel (Stevens, 1996, referert i Pallant, 2013). Utvalgets størrelse i denne oppgaven ble noe redusert når barna ble delt i grupper etter kjønn, noe som påvirket hvor mange uavhengige variabler som kunne inkluderes i regresjonsanalysen.

Den andre handler om multikollinearitet, hvor man sjekker at de uavhengige variablene ikke har høy korrelasjon med hverandre. Anbefalt maksverdi for korrelasjon er på .70 (Pallant, 2013). Alle de uavhengige variablene hadde en korrelasjonsverdi under den respektive verdien. Til sist må det sjekkes for outliers, ettersom multiple regresjonsanalyser kan være svært sensitive for veldig høye eller lave skårer (Pallant, 2013). Det ble identifisert en outlier på TRF Eksternalisert som overskred den kritiske verdien for Mahalanobis Distance for tre uavhengige variabler. Det er ikke uvanlig å finne enkelttilfeller med svært høy eller lav skår, men dette trenger ikke ha nevneverdig betydning for resultatene hvis utvalget er stort nok (Pallant, 2013). Uteliggeren gjaldt analyser foretatt for guttene, som har flere N enn jentene, og ble derfor valgt å inkluderes i analysen.

En logaritmisk transformasjon ble gjennomført for TRF skalaene som måler eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer. Ved å transformere dataene reduseres problemet med skjeve fordelinger eller outliers, og fordelingen blir mer symmetrisk (Ringdal, 2013, s.424). Ettersom split-file funksjonen ble benyttet i regresjonsanalysen, er de følgende verdier presentert for kjønnskategoriene. TRF Eksternalisert viste verdier for skjevhet og kurtose mellom 1-2 og z-scorer >1.96 , både hos guttene og jentene. For TRF Internalisert var verdien for skjevhet 2.42 og kurtose 8.35 i kategorien gutter, men lavere i kategorien jenter, med henholdsvis skjevhet på .96, z-score >1.96 og kurtose på .35, z-score <1.96 . Etter å ha gjennomført logaritmisk

transformasjon var skjevhet og kurtose mindre enn 1, z-score <1.96 for de respektive skalaene. Regresjonsanalysene ble deretter utført med transformerte data og rådata for å sammenligne resultatene.

Resultatene viste nesten identiske resultater ved bruk av rådataene og de transformerte dataene. For eksempel viste en logaritmisk regresjonsanalyse av betydning av mors bakgrunnsfaktorer (sivilstatus, opplevd økonomi, utdanning) for eksternaliserte atferdsproblemer hos gutter, at opplevd økonomi gav et signifikant bidrag ($\beta = .417$, $p = .004$). Forklart varians for hele modellen var 19.2 %, $F(3, 52) = 4.12$, $p = .011$. Resultatene ved bruk av råskåre viste tilsvarende resultat hvor opplevd økonomi ga et signifikant bidrag til eksternaliserte atferdsproblemer ($\beta = .452$, $p = .002$), med en forklart varians på 20 %, $F(3, 52) = 4.33$, $p = .009$. Sammenligning av resultater fra regresjonsanalyser med rådata og transformerte data for med internaliserte atferdsproblemer viste heller ingen betydeligere forskjeller i signifikansnivå eller betaverdi. Dette gjaldt også for analyser av jentene.

Selv om det anbefales å transformere skalaer med skjevfordeling, gjelder ikke anbefalingen for alle tilfeller hvor dette er et problem. Det er fordeler og ulemper med å bruke transformerte eller rådata, og hvilke data man velger må vurderes ut i fra disse (Tabachnick & Fidell, 2014). Transformerte data kan for det første være krevende å tolke, og dersom skalaen (eller måleinstrumentet) i utgangspunktet er meningsfylt og mye brukt i annen forskning, kan det være en fordel å benytte seg av rådataene (Tabachnick & Fidell, 2014). Transformering endrer variabelenes innhold, og dette kan ha implikasjoner for de hypotesene som man ønsker å undersøke. Det er heller ikke uvanlig at dataene er skjevfordelt når samfunnsvitenskapelige fenomener studeres, og i tillegg er det vanskelig å oppnå normalitet i små utvalg (Field, 2013; Pallant, 2013). På bakgrunn av dette, og at resultatene nærmest var identiske, ble det valgt å benytte rådataene i regresjonsanalysene. Valget underbygges også av at TRF er et anerkjent og reliabelt måleinstrument, og skalaene ikke var blitt transformert i den opprinnelige studien som datamaterialet i denne oppgaven er bygger på.

3.7 Reliabilitet

Enhver undersøkelse bør etterstrebe høy reliabilitet, noe som sikrer at datamaterialet og forskningsdesignet er pålitelig og av god kvalitet (Grønmo, 2004). I følge Ringdal (2013) er det tre måter å vurdere datamaterialets reliabilitet. Den første handler om allmenn kildekritikk, som er relevant hvis man bruker andre sitt datamateriale. For å kvalitetssikre

datamaterialet må man sette seg inn i hvordan innsamlingen foregikk, og sjekke eventuelle feilkilder (Ringdal, 2013). Dette er relevant for min oppgave da jeg bruker andre sitt datamateriale. Jeg har satt meg inn i innsamlingsmetoden, og har gått gjennom datamaterialet. Datasetset har vært preget av lite feil, og dersom det har vært spørsmål omkring innsamlingsmetode eller lignende har jeg oppsøkt min veileder, som var ansvarlig forsker for hovedstudien og har god kjennskap til materialet.

Den andre måten å vurdere datamaterialets reliabilitet på er test-retest metoden. Denne går ut på at respondentene besvarer samme spørreskjema på to forskjellige tidspunkt for å måle graden av korrelasjon mellom variablene ved de to målingene (Ringdal, 2013 s.97).

Datamaterialet i oppgaven har ikke vært gjennom en test-retest måling, og det kan ikke utelukkes at besvarelsen kunne forløpt seg ulikt dersom barnet eksempelvis har vist en svært utagerende atferd kort tid før målingen ble gjennomført. Samtidig har andre studier vist gode resultat fra test-retest målinger av ECBI og TRF (Achenbach & Rescorla, 2001; Eyberg & Pincus, 1999). Man kan derfor anta at denne reliabilitetsutfordringen er ivaretatt i denne oppgaven.

Den tredje reliabilitetsmetoden er kort nevnt i punkt 3.4 og handler om intern konsistens mellom indikatorene på måleskalaene. Cronbach's alfaverdi varierer fra 0-1 og kan bli påvirket av antall indikatorer i en skala. Flere indikatorer på en skala gir høyere verdi. Man bør derfor være oppmerksom på at mange indikatorer i en skala kan gi en høy alfaverdi, til tross for at skalaen i utgangspunktet ikke er reliabel (Field, 2013). Den tilfredsstillende verdien for å beholde en skala er ofte satt til .70, og skalaer som ikke oppfyller verdien kan antas å ha svak reliabilitet. Somatiske problemer, tankeproblemer, sosiale problemer og angst/deprimert var skalaer som hadde en lavere reliabilitetsverdi enn .70 (se tabell 2). Jeg valgte likevel å inkludere sosiale problemer og angst/deprimert i oppgaven, da disse lå nærme den tilfredsstillende alfaverdien, på henholdsvis $\alpha=.68$. og $\alpha=.61$. Kline (1999) påpekte at på grunn av mangfold i enkelte begreper som skal måles i en psykologisk skala forekommer det ofte alfaverdier på under .70 (Kline, 1999, referert i Field, 2013). TRF anses som et godt måleinstrument som måler de teoretiske begrepene som er ment, og har i tillegg vært gjennom mange standardiseringer. Dette underbygger valget om å inkludere skalaene. Det kan likevel ikke utelukkes at analyser med disse to måleinstrumentene kan påvirke resultatene som følge av en lav reliabilitet.

3.8 Validitet

Validitet er en indikator på hvor gyldig materialet er og om undersøkelsen har målt det som var intensjonen å måle. Høy validitet forutsetter at datamaterialet også har høy reliabilitet (Grønmo, 2004; Ringdal, 2013). Validitet omfatter flere aspekter av en undersøkelse, men her fokuseres det på begrepsvaliditet og ytre validitet.

Begrepsvaliditet uttrykker forholdet mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner av begreper i en undersøkelse. I denne sammenheng er det aktuelt å vurdere ECBI og TRF's operasjonalisering av begrepet atferdsproblemer. En metode å gjøre dette på er ved å sammenligne de to måleinstrumentene mot andre anerkjente instrument som måler samme begrep. Dette har blitt gjort i flere studier, både for ECBI og TRF. En studie undersøkte korrelasjon mellom ECBI og Child Behavior Check List. CBCL tilhører ASEBA systemet og er et anerkjent instrument som brukes i klinisk forskning for kartlegging av internalisert og eksterne atferd hos barn. Resultatet viste høy korrelasjon mellom ECBI og CBCL- Eksterne, $r = .75$ (Boggs, Eyberg, & Reynolds, 1990). En annen liknende studie med samme måleinstrument viste en korrelasjon på $r = .71$ (Gross et al., 2007). TRF blir også ansett som et måleinstrument med høy begrepsvaliditet. Det var høy korrelasjon mellom TRF og Behavior Assessment System of Children Scales for henholdsvis eksterne atferd $r = .74$ og internalisert atferd $r = .75$ (Achenbach & Rescorla, 2001). En utfordring med begrepsvaliditet i norsk sammenheng er at valideringsstudier ofte er basert på amerikanske normer. Reedtz og Martinussen (2012) fremholder først og fremst ECBI som et instrument med høy begrepsvaliditet, men påpeker likevel at det er behov for flere norske valideringsstudier, og særlig med utgangspunkt i kliniske utvalg. Kornør og Drugli (2011) hevder også den norske versjonen av TRF fortsatt har mangelfull dokumentasjon av dens måleegenskaper, og anbefaler skjønnsutøvelse når det gjelder tolkning av barns skårer fra TRF.

Kulturelle forskjeller og språklig forståelse kan være en trussel mot studiens validitet. Jávo (2010) påpeker at det er viktig å bruke måleinstrument som er oversatt og validert til den etniske gruppen som måleinstrumentene brukes mot. Samtidig foreligger det få norske valideringsstudier. For å unngå misforståelser eller misoppfattelser av begrep og uttrykk ble all informasjon og måleinstrumentene oversatt til mødrenes morsmål ved innhenting av data i hovedstudien. I tillegg var det tolker tilgjengelig som kunne være behjelpelig med eventuelle

språkproblemer (Bjørknes, 2011). En slik tilretteleggelse kan bidra til at begrepsvaliditeten i størst mulig grad er sikret.

Ytre validitet handler om at resultatene fra utvalget kan generaliseres til populasjonen. Det vil si at resultatene fra utvalget også kan antas å være gyldige og realistiske for hele populasjonen som utvalget er trukket fra (Grønmo, 2004; Ringdal, 2013). En forutsetning for statistisk generalisering er et representativt utvalg som er trukket ved sannsynlighetsutvelgelse.

Utvalget i denne oppgaven baseres derimot på strategisk utvelgelse, noe som ikke er forenelig med generalisering. Samtidig er det ingen klar og definerbar populasjon som resultatene kan generaliseres til, og det kan være uetisk og for eksempel innlemme alle somaliske og pakistanske barn til en populasjon. Til tross for barnas opprinnelsesbakgrunn er det viktig å bemerke at barna er født og oppvokst i Norge, går i norsk skole, og er i stor grad integrert i norske miljøer. Dette gjør dem til en del av en vanlig norsk barnebefolkning. Man kan anta at personer som treffer inklusjonskriteriene kan utgjøre en populasjon, men dette er også noe vagt. I stedet for å generalisere til en bestemt populasjon, kan resultatene i denne oppgaven gi en pekepinn på hvilke tendenser utvalget viser i forhold til atferdsproblemer. Det i seg selv kan være en verdifull informasjon, uavhengig av barnas opprinnelsesbakgrunn.

3.9 Forskningsetiske hensyn

Etter inntaktsdataene var innhentet viste det seg at ca halvparten av barna ble klassifisert innen normal område (Bjørknes, 2011). Dette gir indikasjoner på at kun halvparten av barna hadde alvorlige atferdsproblemer som klassifiseres til klinisk område. Et av kriteriene for å delta i studien var at barnet hadde, eller var i risiko for å utvikle atferdsproblemer. Det kan derfor diskuteres hvorvidt det er etisk forsvarlig å tilby et atferdsrettet tiltak, som PTMO, til barn og deres foreldre når atferden i grunnen er normalatferd. Det er mødrenes vurdering av barnets atferd som ligger til grunn for deltakelsen i studien. Deres opplevelse var at barnet hadde en krevende atferd, og at de ønsket å motta tiltaket. Det betyr ikke nødvendigvis at barnet har kliniske atferdsvansker, men mødrene kan også oppleve at de ikke mestere foreldrerollen slik de ønsker. PMTO er rettet mot barn som både har utviklet atferdsvansker eller viser tidlige tegn som *kan* utvikles til alvorligere atferdsvansker (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). Tidlig innsats kan forebygge og redusere utviklingen, og kan derfor være et positivt tiltak til barn som ikke nødvendigvis har atferdsproblemer som tilfredsstillende en klinisk diagnose. Intervensjonen innebærer i hovedsak samtaler mellom foreldre og terapeuter for å styrke foreldrekompetansen. Barnet er derfor «skjermet» fra

behandlingen slik at det ikke kan ta direkte skade av det. Samtidig bør man være oppmerksom på at det kan oppleves som stigmatiserende for et barn at foreldrene må få veiledning for å håndtere barnet når det ikke har atferdsproblemer. Det kan heller ikke være utenkelig at noen av barna som ikke klassifiseres til klinisk område kan være i risiko for å utvikle atferdsproblemer senere. Bjørknes (2011) poengterer problemstillingen i sin doktorgradsavhandling og påpeker at intervensjonen var ment som et forebyggende tiltak, som nødvendigvis ikke skulle baseres på et klinisk utvalg.

4.0 Resultat

Innledningsvis til dette kapittelet presenteres gjennomsnittsskår for alle barna i utvalget på måleskalaene og inkludert prosentandel barn i klinisk område. Deretter presenteres analysene som besvarer oppgavens problemstillinger. Først presenteres analyser for kjønnsforskjeller i gjennomsnittsskår og klinisk område. Deretter analyser for kjønnsforskjeller for barn i førskolen og i skolen. Her er barna kategorisert i alderen under/over seks år. Videre følger korrelasjonsanalysene som belyser sammenheng mellom atferdsproblemer og annen problematferd. Her skiller analysene også mellom gutter og jenter. Avslutningsvis fremlegges regresjonsanalyser for om bakgrunnsfaktorer ved mor har betydning for utvikling av eksterne og internaliserte atferdsproblemer hos gutter og jenter.

4.1 Deskriptiv analyse av barnas atferdsproblemer og sosiale- og oppmerksomhetsproblemer

Tabell 3. Gjennomsnitt (mean), standardavvik (sd) og prosentandel i klinisk område for alle måleskalaene basert på hele utvalget (n =96)

Måleinstrument	Mean	SD	Klinisk
ECBI ^a	107.20	37.10	28.1 %
TRF Eksternalisert	7.23	8.10	27.1 %
TRF Internalisert	4.17	4.19	15.6 %
TRF Oppmerksomhets problemer	10.89	8.63	15.6 %
TRF Sosiale problemer	2.33	2.65	21.9 %
TRF Aggressiv atferd	5.42	6.22	
TRF Regelbrytende atferd	1.80	2.47	
TRF Angst/deprimert	1.91	2.05	
TRF Tilbaketrukket/deprimert	1.65	2.25	

Note: ^a = n 95

Med utgangspunktet i rangen for hver skala som er presentert i metodekapittelet kan en fra tabellen se at gjennomsnittet for de fleste måleinstrumentene indikerer at mange barn oppnådde en relativ lav skår. For eksempel har TRF Eksternalisert en range fra 0-64, og gjennomsnittet er på 7.23. Prosenttallene i siste kolonne viser at det er ca like mange barn i klinisk område for eksterne atferdsproblemer rapportert av mødre (ECBI) og pedagoger (TRF Eksternalisert). En korrelasjonsanalyse av disse to variablene viste lav samvariasjon (r

=.17, p = ikke signifikant), noe som indikerer at det er få av de samme barna som skårer høyt på disse to skalaene.

Det er like stor prosentandel av barn i klinisk område for *TRF Internalisert* og *TRF Oppmerksomhetsproblemer* (15.6 %), mens 21.9 % er i klinisk område for *sosiale problemer*.

4.2 Kjønnforskjeller i gjennomsnittsnivå

For å besvare den første problemstillingen ble det utført ni uavhengige t-tester for alle måleskalaene. Resultatene er presentert i tabell 4, og viser til kjønnforskjeller for eksterne og internaliserte atferdsproblemer, og symptomskalaene tilhørende TRF, i tillegg til sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer.

Tabell 4. T-tester for kjønnforskjeller på alle måleskalaene

Skala	Jenter (n=36)		Gutter (n =60)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
<i>Mødrerapportert</i>					
ECBI ^a	97.66	29.09	113.02	40.37	.05
<i>Pedagograpportert</i>					
TRF Eksternalisert	6.33	7.14	7.76	8.64	.40
TRF Internalisert	5.86	4.84	3.15	3.41	.01
TRF Oppmerksomhetsproblemer	9.33	8.51	11.82	8.63	.17
TRF Sosiale problemer	2.43	2.86	2.27	2.54	.79
<i>Symptomskala eksternalisert og internalisert</i>					
Aggresjon	4.95	5.97	5.71	6.40	.57
Regelbrytende	1.38	1.75	2.06	2.79	.15
Angst/deprimert	2.69	2.43	1.45	1.63	.01
Tilbaketrukket/deprimert	2.46	2.60	1.17	1.88	.01

Note: ^a = n 59

Resultatene av analysene viser signifikante kjønnforskjeller på fire av skalaene.

Atferdsproblemer målt med ECBI viser signifikante kjønnforskjeller, $t(93) = -1.99$, $p = .05$, hvor gutter er skåret med høyere gjennomsnitt enn jentene. Dette innebærer at mødre rapporterte et høyere nivå av eksterne atferdsproblemer hos gutter.

Resultatene viser også at pedagogene skåret jentene signifikant høyere for internaliserte atferdsproblemer enn guttene, $t(94) = 2.94, p = .01$. Dette funnet gir også en forventning om å få signifikante funn på de underordnede symptomskalaene. Som forventet er det også her signifikante kjønnsforskjeller både for *angst/deprimert*, $t(94) = 2.99, p = .01$ og *tilbaketrukket/deprimert*, $t(94) = 2.80, p = .01$, hvor jentene har høyere gjennomsnitt enn guttene.

4.2.1 Kjønnsforskjeller i klinisk område

En annen måte å undersøke kjønnsforskjeller er å sette opp en krysstabell mellom klinisk område/normal område mot gutt/jente. Krysstabellen viser antall barn og prosentandelen for hvor mange gutter og jenter som skåret over cut-off verdien. Ut ifra krysstabellen ble det utført kji-kvadrat tester. Kji-kvadratanalyser tester om det er signifikant sammenheng mellom kjønn og område for atferdsproblemer. Resultatene er presentert i tabell 5.

Tabell 5. *Frekvens og prosentandel av gutter og jenter i klinisk område og Kji-kvadrat*

Skala	Jente (n =36)		Gutt (n =60)		p
	N	%	N	%	
<i>Mødrerapportert</i>					
ECBI	7	19.4	20	33.3	.22
<i>Pedagograpportert</i>					
TRF Eksternalisert	12	33.3	14	23.3	.41
TRF Internalisert	7	19.4	8	13.3	.61
TRF Oppmerksomhetsproblemer	9	25.0	6	10	.10
TRF Sosiale problemer	11	30.6	10	16.7	.18

Note: Prosentandel er oppgitt innad i gutte- og jentegruppen

Resultatene av kji-kvadrat analysene viser ingen signifikante funn. Tabellen gir imidlertid en oversikt over fordelingen av gutter og jenter i klinisk område. 33 % av guttene er i klinisk område for eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mor, mens 23 % er i klinisk område rapportert av pedagoger. På tilsvarende skalaer er 19 % av alle jentene rapportert av mor i klinisk område, mens 33 % er i klinisk område rapporter av pedagoger. Ca en tredjedel av jentene (30 %) havner i klinisk område for sosiale problemer, mens innad i guttegruppen er det kun 16 %. Overordnet viser frekvensfordelingen en relativ jevn fordeling av andel gutter

og jenter i klinisk område basert på måling med TRF. Andelen barn i klinisk område er imidlertid ganske lav, noe som indikerer få barn med kliniske atferdsproblemer.

4.3 Kjønnforskjeller i gjennomsnittsnivå for førskole- og skolebarn

For å undersøke om det er kjønnforskjeller blant førskolebarn (under seks år) og skolebarn (over seks år) ble det gjennomført uavhengige t-tester separat for de to gruppene. Analysene gir informasjon om det er kjønnforskjeller for atferdsproblemer på to forskjellige arenaer. Resultatene for førskolebarn er presentert under i tabell 6.

Tabell 6. *T-tester kjønnforskjeller for førskolebarn rapportert av mødre og pedagoger i barnehage*

Skala	Jenter (n=20)		Gutter (n =27)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
<i>Mødrerapportert</i>					
ECBI	98.02	32.09	121.31	35.52	.03
<i>Pedagograpportert</i>					
TRF Eksternalisert	7.08	7.98	8.07	9.33	.71
TRF Internalisert	5.61	3.93	3.44	3.27	.05
TRF Oppmerksomhetsproblemer	8.62	7.58	11.79	7.44	.16
TRF Sosiale problemer	1.99	2.51	2.64	2.65	.40
<i>Symptomskala eksternalisert og internalisert</i>					
Aggresjon	5.62	6.75	6.42	6.95	.69
Regelbrytende	1.46	1.89	1.65	2.79	.79
Angst/deprimert	2.74	2.48	1.69	1.88	.11
Tilbaketrukket/deprimert	2.10	1.86	1.34	2.01	.19

Det er statistisk signifikant funn på to av testene. Atferdsproblemer målt med ECBI viser at guttene skåret signifikant høyere enn hos jentene, $t(45) = -2.31$, $p = .03$. Dette innebærer at mødrene rapporterer høyere nivå av eksternaliserte atferdsproblemer hos gutter i førskolealderen enn jentene. Internaliserte atferdsproblemer rapportert av pedagogene viser at jentene har høyere gjennomsnittsnivå enn guttene, $t(45) = 2.06$, $p = .05$. Det er derimot ikke signifikante funn på symptomskalaene til internalisert atferd.

Resultatene for t-test analysene for barn i skolealder er presentert i tabell 7.

Tabell 7. T-tester kjønnsforskjeller for skolebarn rapportert av mødre og pedagoger i skolen

Skala	Jenter (n=16)		Gutter (n =32)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
<i>Mødrerapportert</i>					
ECBI	97.22	25.89	106.03	43.37	.46
<i>Pedagograpportert</i>					
TRF Eksternalisert	5.39	6.04	7.56	8.29	.36
TRF Internalisert	6.16	5.90	2.89	3.61	.06
TRF Oppmerksomhetsproblemer	10.22	9.74	11.75	9.74	.61
TRF Sosiale problemer	2.99	3.23	1.88	2.42	.19
<i>Symptomskala eksternalisert og internalisert</i>					
Aggresjon	4.11	4.90	5.16	6.05	.55
Regelbrytende	1.28	1.61	2.41	2.84	.09
Angst/deprimert	2.62	2.44	1.25	1.41	.05
Tilbaketrukket/deprimert	2.90	3.32	1.00	1.80	.05

Det er kun to analyser som oppnår signifikante resultater. Dette gjelder de to symptomskalaene til TRF Internalisert. For symptomskalaen *angst/deprimert* er det signifikant kjønnsforskjell, $t(46) = 2.08$, $p = .05$, hvor jentene har høyere gjennomsnittsskår enn guttene. Det er også en signifikant kjønnsforskjell for symptomskalaen *tilbaketrukket/deprimert*, $t(46) = 2.13$, $p = .05$, hvor også jentene ble rapportert med et høyere gjennomsnitt enn guttene.

TRF Internalisert oppnår en p-verdi på .06 som er rett over den aksepterte signifikans verdien $p < .05$. Man kan altså ikke med sikkerhet fastslå en kjønnsforskjell for totale internaliserte atferdsproblemer for barn i skolealder, men resultatet kan indikere at det er antydninger til et høyere gjennomsnittsnivå av internalisert atferdsproblemer hos disse jentene. Det er ingen andre signifikante resultater for de andre variablene.

Oppsummert viser resultatene at mødrene rapporterer om signifikant kjønnsforskjell for eksternaliserte atferdsproblemer hos barn i førskolealderen, men ikke for de eldre barna. Resultatene fra pedagogene viser en kjønnsforskjell for internaliserte atferdsproblemer både

hos førskolebarn og skolebarn, men det er forskjellige skalaer som måler internalisert atferd som oppnår en tilfredsstillende signifikans verdi.

4.4 Sammenheng av eksternalisert og internalisert atferd, og annen problematferd

For å undersøke sammenhenger mellom eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer, samt sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer ble det utført bivariate korrelasjonsanalyser. Korrelasjonsanalyser viser forholdet og retningen mellom to variabler. Formålet er å undersøke om høy skår på en variabel korrelere med høy skår på en annen variabel. Forholdet oppgis som Pearsons r og verdien på r uttrykker effektstørrelsen. I henhold til Cohens (1988) anbefaling er tilsvarende en verdi på .10 liten effekt, .30 middels effekt og .50 høy effekt. Det er kun skalaer på Teacher Report Form som er inkludert i analysene, og det kan derfor ikke foretas sammenligninger mellom mødre og pedagoger.

Tabell 8 presenterer korrelasjonsanalyser mellom eksternalisert, internalisert, oppmerksomhets- og sosiale problemer for alle barna samlet.

Tabell 8. Korrelasjon mellom syndromer målt med TRF

Skala	1	2	3	4
1. Eksternalisert	—			
2. Internalisert	.29**	—		
3. Oppmerksomhetsproblemer	.69**	.23*	—	
4. Sosiale problemer	.56**	.36**	.56**	—

Note ** p 0.01 nivå, * p 0.05 nivå.

Resultatet viser en positiv signifikant korrelasjon mellom alle variablene. Det er høyest samsvar mellom *eksternalisert* og *oppmerksomhetsproblemer* ($r = .69$, $p < .01$), og lavest samsvar med *internalisert* og *oppmerksomhetsproblemer* ($r = .23$, $p < .05$). Overordnet gir indikerer resultatene at barna kan ha høy skåre på flere variabler som måler problematferd.

4.4.1 Analyser av sammenhenger separat for gutter og jenter

For å undersøke sammenhengene separat for gutter og jenter ble det gjennomførte en korrelasjonsanalyse med «Split-file» funksjonen. Resultatene oppgir ikke om det er en signifikant forskjell mellom kjønn og sammenheng. Analysene gir derimot en oversikt over

hvordan sammenhengen av problematferd kommer til uttrykk hos guttene og jentene. Resultatene er presentert i tabell 9.

Tabell 9. Korrelasjon mellom syndromer målt med TRF separat for gutter og jenter

Skala	1	2	3	4
1. Eksternalisert	—	.36**	.69**	.49**
2. Internalisert	.32	—	.27*	.25
3. Oppmerksomhetsproblemer	.71**	.32	—	.47**
4. Sosiale problemer	.72**	.50**	.72**	—

Note ** p 0.01 nivå, * p 0.05 nivå. Jenter er presentert under den diagonale linjen og gutter er presentert over den diagonale linjen.

For jenter er det signifikant positiv korrelasjon mellom flere av variablene; *sosiale problemer* har positiv korrelasjon med høy effekt mot alle variablene, og har høyest samsvar med *eksternalisert* ($r = .72$, $p < .01$) og lavest samsvar med *internalisert* ($r = .50$, $p < .01$). Det er også høyt samsvar mellom *oppmerksomhetsproblemer* og *eksternalisert* ($r = .71$, $p < .01$).

Korrelasjon mellom *internalisert* og *eksternalisert* har middels effekt ($r = .32$) men er ikke signifikant. *Internalisert* er den variabelen som har lavest korrelasjon med de andre variablene (fra $r = .32$ til $r = .50$).

Resultatene for guttene viser signifikant positiv korrelasjon mellom *eksternalisert* og de tre andre variablene, og effektstørrelsen varierer fra liten til høy. Sterkest samsvar er det mellom *oppmerksomhetsproblemer* ($r = .69$, $p < .01$) og lavest samsvar med *internalisert* ($r = .36$, $p < .01$). *Internalisert* er også hos guttene den variabelen som har lavest samsvar med de andre variablene (fra $r = .25$ til $r = .36$).

Oppsummert er det nokså like korrelasjoner mellom atferdsproblemer og annen problematferd blant guttene og jentene. Av resultater som skiller seg ut, er at guttene har signifikant korrelasjon mellom *eksternalisert* og *internalisert* atferd, i motsetning til jentene.

Effektstørrelsen er dog middels for begge analysene. Videre har jentene en sterk signifikant korrelasjon mellom *sosiale problemer* og *internalisert* ($r = .50$), mens guttene har en ikke signifikant korrelasjon. Guttene har imidlertid signifikant korrelasjon mellom *oppmerksomhetsproblemer* og *internalisert* ($r = .27$, $p < .05$) i motsetning til jentene som ikke fikk signifikant resultat, men dog en større effektverdi ($r = .32$)

4.4.2 Sammenheng mellom oppmerksomhetsproblemer, sosiale problemer og symptomer på eksterne og internalisert atferd

For å gå enda dypere inn i sammenhengen ble det foretatt nye korrelasjonsanalyser med «split-file» for symptomskalaen til *TRF Eksternalisert* og *TRF Internalisert*. De respektive hovedskalaen er utelatt av analysen ettersom symptomene til sammen utgjør indeksen. Skala for *oppmerksomhetsproblemer* og *sosiale problemer* er inkludert i analysen. Det er forventet å få signifikant resultat med høy korrelasjon på symptomskalaen (eks. *regelbrytende* og *aggressiv atferd*) siden de tilhører samme syndromskala. Disse resultatene vil derfor ikke bli kommentert. Resultat for analysen er presentert i tabell 10.

Tabell 10. Korrelasjon for symptomer målt med TRF separat for gutter og jenter

Syndromskala	1	2	3	4	5	6
1. Aggressiv	—	.72**	.34**	.09	.67**	.50**
2. Regelbrytende	.59**	—	.48**	.12	.59**	.38**
3. Tilbaketrukket/deprimert	.02	.16	—	.27*	.30*	.30*
4. Angst/Deprimert	.39*	.33*	.45**	—	.06	.06
5. Oppmerksomhetsproblemer	.65**	.65**	.17	.35*	—	.47**
6. Sosiale problemer	.68**	.62**	.21	.58**	.72**	—

Note ** p 0.01 nivå, * p 0.05 nivå. Jenter er presentert under den diagonale linjen og gutter er presentert over den diagonale linjen

For jentene viser resultatene jevnt over positiv korrelasjon mellom alle skalaene, foruten symptomskalaen *tilbaketrukket/deprimert*. Av signifikante funn er det høyest sammenheng mellom *sosiale problemer* og *oppmerksomhetsproblemer* ($r = .72$, $p < .01$) og svakest sammenheng mellom *angst/deprimert* og *regelbrytende atferd* ($r = .33$, $p < .05$).

Oppmerksomhetsproblemer og *sosiale problemer* har begge en positiv sammenheng, med høy effekt mot de eksterne symptomene; *regelbrytende* og *aggressiv atferd* (fra $r = .62$ til $r = .68$).

Av internalisert symptomer er det kun *angst/deprimert* som oppnår signifikante korrelasjoner mellom de andre variablene. I tabell 9 oppnådde ikke jenter signifikant korrelasjon mellom eksterne og internalisert atferd, men effektnivået var middels. Effektstørrelsen kan være en mulig forklaring for at resultatene her viser signifikant korrelasjon mellom *angst/deprimert* og både *aggressiv* ($r = .39$, $p < .05$) og *regelbrytende atferd* ($r = .33$, $p < .05$), men med liten

effekt. *Tilbaketrukket/deprimert* oppnår ikke signifikante resultater og har en relativ liten sammenheng med de resterende variablene. Dette kan indikere at jentene skårer lavt på denne skalaen.

Guttene har også jevnt over en positiv sammenheng mellom alle variablene, foruten om *angst/deprimert*. Av signifikante resultat er det sterkest sammenheng mellom *aggressiv atferd* og *oppmerksomhetsproblemer* ($r = .67, p < .01$) og svakest sammenheng mellom *tilbaketrukket/deprimert* og *sosiale problemer* ($r = .30, p < .05$). Av internaliserte symptomer er det kun *tilbaketrukket/deprimert* som oppnår signifikante korrelasjoner med de andre variablene. Sterkest samsvar er det mellom *regelbrytende atferd* ($r = .48, p < .01$), men med middels effekt. *Angst/deprimert* oppnår ikke signifikante resultat og har en liten effektstørrelse mot de andre variablene. Dette kan indikere at guttene skårer lavt på denne skalaen.

Oppsummert er det nokså like korrelasjoner mellom variablene for gutter og jenter. Det er kun internaliserte symptomer som viser svært ulike resultat.

4.5 Betydning av bakgrunnsfaktorer ved mor for utvikling av eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer

Tre standard multiple regresjonsanalyser skal belyse om faktorer ved mors bakgrunn kan forklare eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer hos barna. Det ble foretatt separate analyser for gutter og jenter for å identifisere om bakgrunnsfaktorene har ulik (eller lik) betydning for kjønnene. Analysene er foretatt på bakgrunn av eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødre og pedagogene. Først presenteres regresjonsanalysen basert på måling med ECBI, deretter for TRF Eksternalisert og tilslutt måling av internaliserte atferdsproblemer med skalaen TRF Internalisert.

Tabell 11 presenterer resultatene for eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødre.

Tabell 11. *Betydning av mors bakgrunnsfaktorer og eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødrene*

Variabel	B	SE B	β	t	p
Jenter					
Ingen utdanning	-5.58	11.24	-.09	-.49	.62
Mors sivilstatus	-2.72	12.55	-.05	-.22	.83
Opplevd økonomi	4.26	3.82	.20	1.11	.27
Gutter					
Ingen utdanning	.47	11.78	.01	.04	.97
Mors sivilstatus	-8.69	14.26	-.09	-.61	.55
Opplevd økonomi	2.61	4.93	.08	.53	.59

Note. Jenter $R^2 = .040$. Gutter $R^2 = .009$ Referansekategori er gift/samboer og utdanning.

Jenter ($n = 36$) og gutter ($n = 60$)

Det er ingen statistisk signifikante funn, verken for guttene eller jentene. Modellen svarer kun til 4 % for jentene, og i underkant av 1 % for guttenes variasjon for atferdsproblemer. Dette er et svært lavt takk, og kan indikere at andre faktorer har større betydning for eksternaliserte atferdsproblemer enn de som er inkludert i analysen. Man kan imidlertid se at det er ulike faktorer som får høyest betaverdi avhengig av kjønn. *Opplevd økonomi* gir høyeste beta verdi for jentene, $\beta = .20$, mens *mors sivilstatus* gir høyest betaverdi for guttene, $\beta = -.09$.

Resultatene for regresjonsanalyser basert på pedagogenes rapportering av eksternaliserte atferdsproblemer er presentert nedenfor i tabell 12.

Tabell 12. Betydning av mors bakgrunnsfaktorer og eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av pedagoger

Variabel	B	SE B	β	t	p
Jenter					
Ingen utdanning	3.15	2.24	.21	1.41	.17
Mors sivilstatus	8.42	2.49	.49	3.37	.00
Opplevd økonomi	.42	.76	.08	.55	.59
Gutter					
Ingen utdanning	2.43	2.27	.13	1.07	.29
Mors sivilstatus	-1.25	2.74	-.06	-.45	.65
Opplevd økonomi	3.11	.95	.45	3.28	.00

Note. Jenter $R^2 = .369$ Gutter $R^2 = .200$ Referansekategori er gift/samboer og utdanning.

Jenter ($n = 36$) og gutter ($n = 60$)

Resultatene viser et statistisk signifikant bidrag for eksternaliserte atferdsproblemer hos jentene; *mors sivilstatus* ($\beta = .49$, $p = .002$). Modellen forklarer 37 % av variasjonen av atferdsproblemer. For guttene er det statistisk signifikant sammenheng mellom eksternaliserte atferdsproblemer og *opplevd økonomi* ($\beta = .45$, $p = .002$), med en forklart varians på 20 %.

Resultatene for regresjonsanalyser for internaliserte atferdsproblemer er presentert i tabell 13

Tabell 13. Betydning av bakgrunnsfaktorer ved mor og internaliserte atferdsproblemer rapportert av pedagoger

Variabel	B	SE B	β	t	p
Jenter					
Ingen utdanning	.74	1.90	.07	.39	.69
Mors sivilstatus	.20	2.12	.02	.09	.93
Opplevd økonomi	.14	.65	.04	.21	.84
Gutter					
Ingen utdanning	1.11	.98	.15	1.13	.26
Mors sivilstatus	-1.34	1.19	-.17	-1.13	.27
Opplevd økonomi	.18	.41	.07	.39	.65

Note. Jenter $R^2 = .009$. Gutter $R^2 = .043$ Referansekategori er gift/samboer og utdanning.

Jenter ($n = 36$) og gutter ($n = 60$)

Resultatene viser ingen statistisk signifikante resultater. De uavhengige variablene svarer også til en lav prosentvis variasjon i modellen, i underkant av 1 % for jentene og 4,3 % for guttene. Dette er et lavt tall, og indikerer at få av variablene i modellen har betydning for internaliserte atferdsproblemer.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer og annen problematferd hos barn i alderen tre til ni år. Utvalget bestod av somaliske og pakistanske barn, men hovedfokuset i denne fremstillingen var å undersøke kjønnsforskjeller eller likheter ved utvalget. Formålet var videre å undersøke sammenhenger av problematferd, samt hvilke bakgrunnsfaktorer ved mor som kan ha betydning for eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer. I det følgende kapittelet vil oppgavens resultat bli diskutert i lys av relevant forskning, transaksjonsmodellen og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Det er viet større plass til diskusjon av eksternaliserte atferdsproblemer, ettersom det her foreligger besvarelser både fra mødrene og pedagogene.

5.1 Kjønnsforskjeller i gjennomsnittsnivå og klinisk område

5.1.1 Eksternaliserte atferdsproblemer

Det empiriske grunnlaget indikerer at gutter i større grad uttrykker en eksternalisert atferd, og at forekomsten av atferdsproblemer er mer utbredt blant gutter enn jenter (Larsson & Drugli, 2011; Maughan et al., 2004; Moffitt & Caspi, 2001). På bakgrunn av dette var det derfor forventet å finne et høyere gjennomsnitt hos guttene enn jentene for variabelen eksternaliserte atferdsproblemer. Resultatene for analysene var derimot sprikende i forhold til hvilke informanter som lå til grunn.

Basert på mødrenes rapportering ble det funnet signifikant kjønnsforskjell, hvor guttene hadde et høyere gjennomsnitt enn jentene. Dette funnet samsvarer med resultater fra Kjøbli og Ogdens (2009) studie hvor guttene oppnådde høyere gjennomsnitt enn jentene, basert på foreldrerapportering. Utvikling av atferdsproblemer er sammensatt og komplekst, og de fremtredende kjønnsforskjellene må ses i lys av denne kompleksiteten. Selv om transaksjonsmodellen gir rammer for å forstå barns utvikling, beskriver den ikke eksplisitt hvilke betydning kjønn har. Samtidig vektlegges et bio-psykososialt menneskesyn som inkluderer både biologiske, psykologiske og miljøfaktorer i utviklingen (Kvello, 2012b). Økt forskning vedrørende kjønnsforskjeller har gitt indikasjoner på at biologiske betingelser kan ha en betydning. For eksempel kan gutters biologiske utrustning gjøre dem ekstra sårbare ovenfor enkelte risikofaktorer som kan medvirke til utvikling av atferdsproblemer (Eme & Kavanaugh, 1995). Noen mannlige kjønnshormoner har også vist noe sammenheng mellom

aggressiv atferd og høyere aktivitetsnivå (Haugen & Bjerke, 2006). Den genetiske utrustninger er likevel avhengig av kvaliteten på samspillet med miljøet for om utviklingen blir normal eller skjev. Eme og Kavanaugh (1995) fant tendenser til at gutter var mer utsatt for psykososialt stress (eks foreldrekonflikter), og at dette hadde en sterkere innvirkning på dem enn hos jenter. Man kan likevel ikke konkludere på bakgrunn av disse mulige forklaringene, og det hele foregår i et komplisert samspill mellom både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer. Det er også diskutert hvorvidt måling av atferdsproblemer og hvilke kriterier som ligger til grunn kan ha betydning for kjønnsforskjeller. Zoccolillo (1993) hevdet at store deler av forskningsgrunnlaget har vært basert på gutter som forskningsobjekter, noe som gir en naturlig forklaring på at gutter i stor grad kommer ut med høyere forekomst for atferdsproblemer. Dette kan igjen ha påvirket hvilke kriterier som legges til grunn for å definere atferdsproblemer, slik at kriteriene ikke tar hensyn til generelle kjønnsmessige ulikheter. For eksempel er vilter lek og slossing langt vanligere blant gutter enn jenter, og denne atferden trenger ikke handle om atferdsproblemer, men utfoldelse av lek. Man kan heller ikke utelukke at fremtredende kjønnsforskjeller både i denne undersøkelsen, og i andre studier, er et resultat av hvilke informanter som benyttes. Jávo (2010) påpekte at foreldre kan ha ulik toleranseterskel for problematisk atferd, og deres opplevelse av atferd kan være preget av kjønnsespesifikke forventninger. Videre fremholdt hun at mødre kan ha en tendens til å skåre gutter høyere på eksternaliserte atferdsproblemer, kontra fedre. Dette mønsteret fant også Webster-Stratton (1996) i en studie hvor mødre rapporterte om mer utagerende atferd hos gutter. Fedrene på sin side rapporterte ingen forskjell mellom gutter og jenter.

Resultatene fra mødrenes rapportering må og ses i sammenheng med pedagogenes besvarelse. Her ble det ikke funnet signifikante kjønnsforskjeller for eksternaliserte atferdsproblemer. Ser man på gjennomsnittsskåren til både guttene og jentene avsløres det kun små forskjeller mellom dem, herunder 7.76 mot 6.33 for eksternalisert atferd, 2.06 mot 1.38 for regelbrytende atferd og 5.71 mot 4.95 for aggressiv atferd. Odgers et al. (2008) understreker at noen jenter kan vise tidlige tegn på antisosial atferd, men på grunn av et generelt lavt gjennomsnitt hos begge kjønn i denne undersøkelsen kan det ikke konkluderes med at resultatene handler om jenter som tidligstartere.

Fordelingen av gutter og jenter i klinisk område for eksternalisert atferd viste også varierende resultater basert på informantgrunnlaget. Pedagogenes rapportering viste en langt jevnere kjønnsfordeling enn mødre. Dette kan antyde at jenter utviser mer eksternalisert atferd i

skole/barnehagesammenheng, men samtidig samsvarer ikke dette med andre forskningsfunn. For eksempel fant Kjølbi og Ogden (2009) flere jenter i klinisk område basert på foreldrerapportering og poengterer at utagerende atferd hos jenter synes å være mer utbredt i hjemme-konteksten.

Sprikende funn mellom pedagogene og mødrene kan og belyses med korrelasjonsanalysen som viste lav samvariasjon mellom rapporteringen med liten effekt, $r = .17$, $p =$ ikke signifikant. Dette indikerer at barn som oppnådde høy skår basert på mødrenes rapportering ikke fikk høy skår av pedagogene, og omvendt. Resultatet støtter antakelsene om at atferdsproblemer er preget av individuelle forskjeller, og kan komme til uttrykk svært ulikt avhengig av kontekst (Drugli, 2013). I lys av transaksjonsmodellen kan man forstå barns individuelle utvikling, og hvert barn anses som aktiv aktør i egen utvikling. Barnets atferd fremkaller reaksjoner fra miljøet rundt og hvordan andre møter og tolker atferden kan være svært ulikt avhengig av personer og konteksten (Sameroff, 2009). Aggressiv og utagerende atferd fra barnet kan møtes med ulike strategier i skolen/barnehagen eller i hjemmet, som enten kan forsterke eller redusere atferden. Det kan og være situasjoner i hjemmet eller skolen/barnehagen som trigger barnets atferd, slik at problematferden bare kommer til uttrykk på en arena. Skole, barnehage og hjem er også tre forskjellige miljø som hver har sine forventninger, normer og regler som barnet må forholde seg til (Nordahl et al., 2005). Disse forventningene kan reflektere at det utviklende barnet har ulike roller i forskjellige systemer (Bronfenbrenner, 1979). I mange tilfeller er det imidlertid ikke uvanlig å finne lav samvariasjon mellom foreldres og læreres rapportering av barns atferd, se for eksempel studien til Gross, Fogg, Garvey, og Julion (2004). Ulik rapportering trenger ikke å handle om feilinformasjon fra noen av dem, men kan være et resultat av at andre oppfatter, vurderer og husker barnets atferd ulikt (Jávo, 2010). Opprinnelsesbakgrunnen til utvalget i denne undersøkelsen gir også naturlige antakelser om at kulturelle normer kan påvirke hvordan kartleggingsskjemaet besvares. Det er ikke utenkelig at mødrenes etniske bakgrunn kan ha betydning for hvilke toleranseterskel de har for problematisk atferd eller hva de anser som et atferdsproblem. Achenbach og Rescorla (2001) påpeker at i noen tilfeller kan det være mindre samsvar mellom minoritetsforeldre og læreres rapportering, enn majoritetsforeldre. Samtidig har man ikke nok informasjon om mødrenes eller pedagogens bakgrunn i denne studien til å konkludere at dette er tilfellet her.

5.1.2 Internaliserte atferdsproblemer

Det er ikke like markerte kjønnsforskjeller for internalisert atferd som for eksternalisert atferd. Dette kan skyldes alderstypiske utviklingstrekk i problemrepertoaret hvor utagerende atferd er langt vanligere i småbarnsalderen, mens internaliserte problemer gjerne utvikles når barnet blir eldre (Ogden, 2015). Det hevdes derimot ofte at internalisert atferd er mer utbredt hos jenter, men kjønnsforskjeller er mest fremtredende i tidlig ungdomsåret. For yngre barn er imidlertid forekomst av internaliserte atferdsproblemer nokså likt blant jenter og gutter (Leve, Kim, & Pears, 2005; Lund, 2012).

Resultatene i denne undersøkelsen gav signifikant kjønnsforskjell hvor jentene hadde høyere gjennomsnittsnivå av internalisert atferdsproblemer enn guttene. Resultatet var også signifikant for symptomskalaene *angst/deprimert* og *tilbaketrukket/deprimert*. Funnet var noe uventet ettersom flere andre studier ikke finner markerte kjønnsforskjeller i barndommen (Bongers et al., 2003; Keiley et al., 2000). Kjøbli og Ogden (2009) fant kun signifikante kjønnsforskjeller for internalisert atferd basert på foreldrerapportering, i disfavør jenter, noe som kan indikere at lærerne har vanskeligere for å oppdage internalisert atferd blant jentene. På den andre siden finnes det eksempler i forskningslitteraturen hvor lærere i større grad rapporterer om internaliserte problemer kontra foreldre, se for eksempel Mesman og Koot (2000). Dette indikerer at lærere i noen tilfeller kan være i en bedre posisjon til å identifisere internaliserte problemer blant barn enn foreldre. Pedagoger forholder seg til flere barn daglig, noe som gir dem et bredt sammenligningsgrunnlag slik at avvikende atferd kan lettere bli lagt merke til.

Det kan også antas at kulturelle forskjeller kan være en mulig forklaring på kjønnsforskjellene i denne undersøkelsen, men Oppedal et al. (2008) fant heller ingen kjønnsforskjeller for emosjonelle problemer blant barn fra innvandrerfamilier. Samtidig inkluderte definisjonen for «barn i innvandrerfamilier» i rapporten til Oppedal et al. (2008) et bredt spekter av ulike landsbakgrunner. Man kan derfor ikke foreta gode sammenligninger siden det kan være store forskjeller innad i de ulike kulturene. Krysskulturelle studier finner derimot stort sett likt kjønnsmønster, hvor gutter er overrepresentert for eksternalisert atferd, mens jenter viser noe høyere internalisert atferd. Men også her er forskjellen for internalisert atferd mest fremtredende hos de eldste barna (Rescorla et al., 2007).

Til tross for et høyere gjennomsnittsnivå blant jentene, var det en jevn kjønnsfordeling av andel barn i klinisk område. Imidlertid var den totale andelen barn i klinisk område nokså liten, noe som kan indikere at det var få barn i utvalget med store internaliserte

atferdsproblemer. Jevn kjønnsfordeling kan og ha sammenheng med at gutter har en lavere grenseverdi enn jenter.

5.1.3 Sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer

For oppmerksomhetsproblemer synes forskning å indikere at gutter har noe høyere gjennomsnitt enn jenter (Bongers et al., 2003; Larsson & Drugli, 2011). Dette kan ses i lys av forekomsten av ADHD som har dokumentert en større andel gutter enn jenter med diagnosen. I kliniske utvalg synes fordeling av ADHD mellom gutter og jenter å være hele 6:1, mens i normalbefolkning 2:1 (Mathiesen, 2009). Resultatene i denne undersøkelsen avdekket imidlertid ingen signifikante kjønnsforskjeller i gjennomsnitt av oppmerksomhetsproblemer. Angående sosiale problemer synes det å være en allmenn oppfatning at jenter er mer prososiale enn gutter (Kvelling, 2012a s.27), men både Larsson og Drugli (2011) og Bongers et al. (2003) fant ingen eller ubetydelige kjønnsforskjeller vedrørende sosiale problemer. Det var heller ikke signifikante kjønnsforskjeller for sosiale problemer i denne undersøkelsen.

5.2 Kjønnsforskjeller for førskole- og skolebarn

Moffitt og Caspi (2001) avdekket at gutter generelt debuterer tidligere med antisosial atferd enn jenter. Tidlig identifikasjon av problematferd er viktig for å kunne avverge og hindre at problemene utvikles videre. For eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødre i denne studien det funnet signifikant forskjell mellom jenter og gutter i førskolen, med høyere gjennomsnittsnivå for sistnevnte. Funnet støttes av studien til Mesman, Bongers, og Koot (2001) som fant at blant barn i alderen 4-5 år ble gutter rapportert med høyere eksternalisert atferd enn jenter. Resultatet gir også antydninger til at det er mulig å identifisere problematferd hos de yngste guttene i utvalget, noe som samsvarer med tanken om at gutter har tidligere debut. Samtidig er det uvanlig med et markert kjønnskill for atferdsproblemer i småbarnsalderen (Campbell, 1995). Ettersom sinne, trass og frustrasjon ofte er en del av barns utvikling, kan en stille spørsmål om mødre tolket en relativ normal trassatferd som et problem. Det er imidlertid et utydelig skille mellom trassatferd og tidlige symptomer på atferdsproblemer. Faren med dette er at faktiske atferdsproblemer bagatelliseres og tolkes som en del av normalutviklingen (Drugli, 2013). Sett i sammenheng med at pedagogene heller ikke rapporterte om en signifikant kjønnsforskjell for eksternalisert atferd kan en ikke med sikkerhet konkludere hva som er gjeldende i dette tilfellet.

Hos de eldste barna var det derimot ingen signifikante kjønnsforskjeller for eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødrene. Annen forskning viser at graden av aggressiv og utagerende atferd gradvis avtar hos gutter fra alderen 2 til 6 år, (Gilliom & Shaw, 2004), og at gutter kan ha en raskere reduksjon av aggressiv atferd enn jenter etter hvert som barna blir eldre (Bongers et al., 2003). Utviklingsmønsteret indikerer dermed at kjønnsforskjeller for atferdsproblemer utjevnes i takt med alderen. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor det er en kjønnsforskjell blant de yngste barna, men ingen betydelig forskjell blant de eldste. I tabell 6 og 7 kan man se at gjennomsnittet for atferdsproblemer målt med ECBI er høyere blant guttene i førskolealderen, enn i skolealder (førskole 121.31 og skolealder 106.03). For jentene er gjennomsnittet relativt likt (førskole 98.02 og skolealder 97.22). Samtidig må en bemerke at dette er kun antagelser. Det foreligger kun data fra et måletidspunkt i denne undersøkelsen, og resultatene gir ikke informasjon om utviklingsløpene til noen av barna i utvalget.

Den signifikante kjønnsforskjellen hos de yngste barna for internaliserte atferdsproblemer i denne undersøkelsen var noe overraskende. Andre studier har ikke identifisert samme mønster (Bongers et al., 2003; Keiley et al., 2000). Jentene i skolealdere ble også i denne undersøkelsen rapportert med signifikant høyere gjennomsnitt for symptomene *angst/deprimert* og *tilbaketrukket/deprimert*. Et markert kjønnskillen for internalisert atferd oppstår ofte først i ungdomsårene, og det er noe uventet at resultatet er signifikant med tanke på barnas alder. Bongers et al. (2003) fant derimot at symptomer som *angst/deprimert* var noenlunde stabil hos gutter, men økte hos jentene etter hvert som de ble eldre. Samtidig fant de ikke noen kjønnsforskjeller i utviklingsløypen for tilbaketrukket atferd, noe som gir mindre støtte til funnet i denne oppgaven.

Keenan og Shaw (1997) påpekte at jenter ofte modnes tidligere og raskere utvikler språklige ferdigheter enn gutter. Ujevn utvikling kan resultere i at jenter i større grad enn gutter uttrykker behov eller mistilpasning i andre former, enn utagering og frustrasjon. Dette kan for eksempel innebære at jenter kan eksplisitt uttrykke følelser og hvordan de har det, mens gutter i større grad tyr til utagering eller frustrasjon. Videre diskuterte Keenan og Shaw (1997) hvordan ulike rolleforventninger, oppdragelsesstrategier og hva som anses som akseptert atferd knyttet til gutter og jenter kan medvirke til hvordan atferdsproblemer kommer til uttrykk. Dersom det forventes at gutter er mer aktive, røffe og utagerende, og denne typen atferd blir mindre tolerert hos jenter av voksne, er det ikke unaturlig at de finner andre måter å uttrykke seg på. For eksempel ved å rette vanskelige følelser innover seg. Det ble imidlertid

understrekt at effekten kjønnsroller har for utvikling av emosjonelle problemer er lite utforsket (Keenan & Shaw, 1997). I følge transaksjonsmodellen og den utviklingsøkologiske modellen kan man heller ikke fremholde individuelle faktorer ved barnet eller miljømessige påvirkninger som mer betydningsfull enn den andre (Bronfenbrenner, 1979; Sameroff, 2009). Denne undersøkelsen har i tillegg begrenset med variabler som kunne gitt en større helhetsforståelse av hvorfor jentene oppnår et høyere gjennomsnittsnivå av internaliserte symptomer. Det er også lite støtte i andre forskningsartikler som finner likende resultater med tanke på aldersgruppen. Dette gir antydninger til at funnet kan være et resultat av metodiske forutsetninger, som for eksempel utvalgets sammensetting.

5.3 Sammenhenger av eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer, samt oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer.

Resultatene av korrelasjonsanalyser for hele utvalget samlet viste jevnt over en positiv korrelasjon mellom de fire syndromskalaene (eksternaliserte, internaliserte, sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer). Korrelasjonsanalyser separat for guttene og jentene viste at sammenhengene utspilte seg nokså likt uavhengig av kjønn. Det var imidlertid kun guttene som fikk signifikant sammenheng mellom eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer ($r = .36, p < .01$). Jentene hadde tilnærmet lik effektstørrelse ($r = .32$), men korrelasjonen var ikke-signifikant. Dette kan skyldes at det er flere gutter ($n = 60$) enn jenter ($n = 36$) i utvalget. Et nokså likt bilde av sammenhenger av ulik problematferd støttes av Moffitt (2001), som påpeker at det er ubetydelige kjønnsforskjeller vedrørende atferdsproblemer og komorbide lidelser. Jenter er imidlertid oftere utsatt for emosjonelle tilleggsproblemer, som for eksempel angst.

Det var middels til høy sammenheng mellom sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer knyttet til eksternalisert atferd, både for guttene og jentene. Dette kan ses i sammenheng med annen forskning som finner at atferdsproblemer og ADHD ofte oppstår samtidig (Loeber & Keenan, 1994; Maughan et al., 2004). Resultatet samsvarer også med Kirkhaug og kollegaers (2013) studie hvor blant annet høyt nivå av sosiale problemer og oppmerksomhetsproblemer viste en sammenheng med høyt nivå av atferdsproblemer. Det synes også som at sosiale problemer er gjennomgående hos mange barn med atferdsproblemer. For eksempel fant Keiley et al. (2000) at barn som opplevde avvisning fra andre jevnaldrende hadde stabile eller en økning av nivå for eksternalisert atferd, kontra barn som ikke ble avvist. Gode gjensidige relasjoner med andre personer er viktig for å sikre en

normal utvikling (Kvello, 2012a). Sosiale vansker kan være en risikofaktor for å utvikle atferdsproblemer, men kan også oppstå som en konsekvens av at barnet allerede har (begynnende) atferdsproblemer. Transaksjonsmodellen kan bidra til å forstå forholdet mellom sosiale problemer og atferdsproblemer, med henhold til hvordan barnets atferd fremskaffer responser fra andre og hvordan denne responsen igjen påvirker barnets atferd (Sameroff, 2009). For eksempel kan noen barn ha vanskelig for å tolke sosiale koder og å regulere atferden sin etter aksepterte normer. Mislykkede forsøk på å aktivere seg med andre jevnaldrende kan resultere i aggressiv atferd som frastøter andre barn. Følelsen av å bli avvist kan igjen føre til mer aggresjon og problematferd (Drugli, 2013). Dette mønsteret kan muligens gjenspeile resultatet i denne undersøkelsen som viste positiv korrelasjon med høy effekt mellom sosiale problemer og aggressiv atferd hos både guttene og jentene.

I Kirkhaug et al. (2013) undersøkelse ble det ikke funnet signifikant korrelasjon mellom internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer, verken for gutter eller jenter. En av begrunnelsene deres for dette var at det kan være vanskelig for lærere å oppdage symptomer på angst og depresjon, da utagerende atferd ofte tiltrekkes mest oppmerksomhet og naturlig nok er mer synlig. Studien til Keiley et al. (2000) underbygger dette ved at kun mødre rapporterte om en signifikant sammenheng mellom høyt nivå av eksternalisert og internalisert atferd hos barnehagebarn. Denne begrunnelsen kan også ses i forbindelse med at internaliserte atferdsproblemer viste jevnt over en lavere korrelasjon med de andre variablene i denne undersøkelsen. Det var imidlertid en sammenheng mellom eksternaliserte symptomer som *regelbrytende og aggressiv atferd og tilbaketrukket/deprimerte* symptomer for guttene, mens for jentene viste de respektive eksternaliserte symptomene sammenheng med *angst/deprimert* (se tabell 10). Dette gir indikasjoner på at noen jenter og gutter i dette utvalget med atferdsproblemer også strever med følelsesmessige vansker. Loeber og Keenan (1994) påpekte at angst er en vanlig tilleggslidelse hos jenter med atferdsproblemer, mens det er mer tvetydige kjønnsforskjeller for komorbid depresjon. Samtidig må en ta i betraktning at symptomer for angst, depresjon og tilbaketrukket atferd har svært mange likhetstrekk. På grunn av dette kan det være vanskelig å skille mellom de spesifikke symptomene.

Oppsummert kan en hevde at det er en generell konsensus i forskningsfeltet om at atferdsproblemer sjeldent oppstår alene. Ogden (2015) påstår at tilleggsproblemer til atferdsproblemer er heller regelen enn unntaket. Kartlegging, tilnærming og tiltak bør dermed i størst mulig grad gjenspeile bredden av hvordan problematferden kommer til uttrykk. Dette handler om å se problematferd i sammenheng med barnets individuelle og kontekstuelle

ramme (Drugli, 2013). Til bemerkning identifiserer ikke måleinstrumentene i denne undersøkelsen psykiatriske diagnoser, og kan kun vise til tendenser av sammenheng mellom atferdsproblemer og andre tilleggsproblemer. En konsekvens av dette er at sammenligning med andre studier som opererer med diagnoser blir noe svakere.

5.4 Betydning av mors bakgrunnsfaktorer for eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer

Resultatene fra regresjonsanalysene viste varierende funn avhengig av informantgrunnlag og type atferdsproblem. Det ble ikke funnet signifikant sammenheng av mors bakgrunnsfaktorer og internaliserte atferdsproblemer. Modellen forklarte kun 4,3 % av guttene og 0,9 % av jentenes internaliserte atferdsproblemer. Det ble heller ikke funnet en signifikant sammenheng for bakgrunnsvariablene og eksternaliserte atferdsproblemer rapportert av mødrene. Forklart varians var også her svært liten. Ikke-signifikante funn kan antyde at andre faktorer som ikke er inkludert i analysene har større betydning for utvikling av atferdsproblemer. Resultatene er samtidig ikke overraskende med tanke på hvor sammensatt atferdsproblem som fenomen er.

Av atferdsproblemer rapportert av pedagogene viste resultatene en klar sammenheng mellom jentenes eksternaliserte atferdsproblemer og mors sivilstatus. Det ble også funnet en tydelig sammenheng mellom guttenes eksternaliserte atferdsproblemer og opplevd økonomi. Funnene kan belyses av den utviklingsøkologiske modellen som vektlegger at faktorer i barnets miljø er med på å forme barnets utvikling (Bronfenbrenner, 1979). Tidligere forskning har også gitt indikasjoner på at faktorer ved familien kan ha betydning for utvikling av atferdsproblemer. For eksempel fant Keiley et al. (2000) at lav sosioøkonomisk status (utdanning, arbeid og sivilstatus) hadde sammenheng mellom eksternaliserte atferdsproblemer. Heiervang et al. (2007) fant også en sammenheng mellom atferdsforstyrrelser og barn som vokste opp i utradisjonelle familier. I deres studie ble en tradisjonell familie ansett der barn bodde med begge sine biologiske foreldre. Anser man mors bakgrunnsvariabler som faktorer i eksosystemet vil de ha en mer indirekte påvirkning til barnet. Bøe (2013) fant for eksempel at lav familieøkonomi påvirket grad av eksternalisert atferd hos barn, via forelderens trivselsopplevelse. Det kan tenkes at mødre som strever med å få pengene til å strekke til, eller har en krevende hverdag som alenemor (eksempelvis i form av økonomiske begrensninger eller mer ansvar alene) kan ha en stressende hverdag med mindre overskudd til å ivareta barnets behov. Samtidig blir dette kun antagelser, og for å kunne gi et tydeligere bilde av

årsakssammenhengene ville det krevd andre typer analyser som inkluderte flere og andre variabler (gjærne knyttet til forhold ved barnet).

Det er i mindre grad identifisert om det er noen familiefaktorer som har større eller mindre betydning for enten gutter eller jenter. Jeg har ikke funnet konkrete studier som kan avkrefte eller bekrefte resultatene i denne undersøkelsen som viser ulik betydning av opplevd økonomi og mors sivilstatus knyttet til kjønn. Noen studier har imidlertid vist antydninger til at atferdsproblemer hos gutter i større grad enn jenter blir påvirket av partnerbytte hos mor (Najman et al., 1997). Dodge og Pettit (2003) viser også til forskning som indikerer at gutter kan være mer sårbar ovenfor fattigdom og enslig foreldreskap. Det er imidlertid vanskelig å knytte spesifikke risikofaktorer opp mot kjønn, og forskningsresultater kan være svært varierende. Moffitt (2001) hevder også at familierelaterte risikofaktorer ikke alene kan forklare hvorfor flere gutter begår antisosiale handlinger. Begge kjønn synes å være like eksponert eller utsatt for familiære risikofaktorer, som for eksempel sosioøkonomisk status, disiplinær oppdragelse, skift av omsorgspersoner og enslig foreldreskap. Det kan likevel være tendenser til at gutter er mer sårbar ovenfor individuelle risikofaktorer (hyperaktivitet, nevrokognitive problemer, vanskelig temperament) som i samspill med familiefaktorer kan gi økt sjanse for å utvikle antisosial atferd (Moffitt, 2001).

Det kan heller ikke utelukkes at de signifikante resultatene skyldes tilfeldigheter.

Atferdsproblemer som fenomen er svært komplekst, og det kan ligge flere årsaker og faktorer bak utviklingen enn det som fremkommer av analysene. Hill (2002) påpeker at på grunn av mangfoldet av mulige årsaksfaktorer som kan føre til atferdsproblemer vet man fortsatt ikke hvordan det hele henger sammen. Noen risikofaktorer har for eksempel en større påvirkningskraft enn andre, mens kombinasjonen av noen faktorer også kan utgjøre en større risiko for utvikling av atferdsvansker. Mathiesen (2009) understrekte også at de fleste barn som opplever symptomer på psykiske lidelser i all hovedsak kommer fra familier med få risikofaktorer. Signifikante funn betyr dermed ikke at mors sivilstatus og opplevd økonomi eksplisitt har betydning for eksternaliserte atferdsproblemer. Den forklarte variansen var i tillegg nokså lav, noe som antyder at andre faktorer kan ha større betydning. Det er heller ikke gitt at mors sivilstatus, opplevd økonomi og utdannelsesnivå utgjør en risiko i denne konteksten. Heiervang et al. (2007) fant for eksempel ingen direkte forbindelser mellom mors utdannelsesnivå og atferdsproblemer (eller emosjonelle lidelser) hos barn. I lys av den utviklingsøkologiske modellen og transaksjonsmodellen kan man heller ikke forstå mors bakgrunnsvariabler som isolerte faktorer. Det sentrale i modellene er samspill mellom barn og

miljø, og utvikling av atferdsproblemer er avhengig av både barnets medfødte biologiske karakteristikk og av utviklingsfremmende eller -hemmende faktorer i miljøet (Aasen et al., 2002). Når bakgrunnsvariablene i denne oppgaven kun er knyttet til mor, og ikke barnet, kan man ikke vite sikkert om faktorer ved barnet har en betydning. På bakgrunn av dette kan det vanskelig trekkes konkrete slutninger ut i fra resultatene.

5.5 Betraktninger ved undersøkelsen

Ved å undersøke antall barn i klinisk område og gjennomsnittskåren opp mot skalaenes range viste det seg at mange barn i denne undersøkelsen skåret relativt lavt på måleinstrumentene, i forhold til hva som kanskje var forventet ut i fra inntakskriteriene (tabell 3 og 5). Det har tidligere i oppgaven blitt diskutert om det er etisk forsvarlig å tilby et atferdsrettet tiltak som PMTO til barn som har et lavt nivå av atferdsproblemer. Bjørknes (2011) understrekte at intervensjonen som mødrene ble tilbudt var ment som et forebyggende program, og ikke nødvendigvis en klinisk basert behandlingsmetode. For denne oppgaven kan det være aktuelt å undre seg over om man i det hele tatt kan snakke om atferden til barna som et atferdsproblem. For det første kan dette gi implikasjoner for hvordan man tolker og forstår signifikante resultater. Det at jentene skåres høyere enn guttene på internalisert atferd betyr ikke nødvendigvis at jentene *har* internaliserte atferdsproblemer, men sammenlignet med guttenes skåre er tendensen for atferd som karakteriseres som internalisert høyere hos jentene. Det motsatte gjelder for gjennomsnitt av eksternalisert atferd. På den andre siden kan man heller ikke utelukke at noen barn i utvalget kan ha store atferdsproblemer, og at det vil være behov for tiltak. Lav overensstemmelse mellom mødrene og pedagogene sett i sammenheng med at hver informantgruppe skåret ca 1/3 hver i klinisk område for eksternalisert atferd (27 % og 28 %), kan indikere at litt under halvparten av barna har kliniske atferdsproblemer. Videre kan man anta at noen barn i utvalget kan være i risikoområde, noe som støtter Bjørknes (2011) poengtering av en forebyggende intervensjon. Samtidig må man vise varsomhet med hvordan man omtaler atferdsproblemer hos barn og unngå å personifisere problemene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Deltakelse i studien er basert på mødrenes selvrapporing av barnas atferd, og det er viktig å anerkjenne mødrenes opplevelse av utfordringer i forhold til barnet sitt. Men det trenger ikke bety at barnet har et atferdsproblem. Det kan være andre forhold ved livssituasjonen til familien som gjør at mor *opplever* barnet som utfordrende.

5.6 Metodiske begrensninger

En av begrensningene ved studien er knyttet til måleinstrumentene. Dette er kort diskutert i metodekapittelet (punkt 3.5.2 og 3.8).

Teacher Report Form er tilpasset for å kartlegge atferdsproblemer hos barn i alderen 6-18 år, mens i denne undersøkelsen var totalt 47 barn under seks år ved første inntaksmåling. Dette kan gi implikasjoner for målingen av atferdsproblemene og resultatenes betydning på to måter. For det første kan atferdsproblemer hos små barna kjennetegnes av en annen atferd enn de spørsmålene som inngår i TRF, slik at instrumentet ikke fanger opp det teoretiske fenomenet det er ment å måle, altså atferdsproblemer. Videre er de etablerte cut-off normene for klinisk område basert på et eldre barneutvalg enn det som er tilfellet i denne studien (Drugli & Larsson, 2010). En kan ikke med sikkerhet fastslå at cut-off verdien for en fireåring er den samme som for en seksåring. Dette betyr at man ikke kan garantere at skille mellom klinisk/normal område for barn under seks år i dette utvalget er gjeldende. Kanskje noen barn som havnet i klinisk område ville vært ansett i normalområde med bruk av riktige normer, eller omvendt. En tilsvarende begrensning med studien gjelder også for hele utvalget ettersom ECBI og TRF ikke er standardisert og normert for å måle atferdsproblemer hos etniske minoritetsbarn i Norge. Reedtz et al. (2008) poengterte denne utfordringen i deres studie. De understrekte at til tross for at de etablerte normene er basert på et representativt barneutvalg, kan de ikke sikre en sikker validitet dersom instrumentet brukes for å måle atferdsproblemer i andre kulturer. Det anbefales som regel å bruke kartleggingsinstrument som er standardisert til den populasjonen som studeres for å sikre gyldige studier (Jávo, 2010). Dette kan også sende signaler om at det er behov for flere norske valideringsstudier.

Grunnet at ECBI ikke har samme egenskaper til å foreta målinger av internalisert atferd, samt sosiale- og oppmerksomhetsproblemer, bygger de fleste resultatene kun på data fra pedagogenes rapportering. Da det allerede ble registrert ulik besvarelse for eksternalisert atferd, er det heller ikke utenkelig at mødre kunne rapportert om ulike kjønnsforskjeller på andre atferdsområder. Et kartleggingskjema og bruk av én informant er kanskje ikke tilstrekkelig for å vurdere eller beskrive et så komplekst fenomen som atferd. Dette kan i verste fall føre til feilvurdering av barnets atferd (Drugli, 2013). Det kan derfor være uetisk å hevde at noen barn i utvalget har atferdsproblemer når vurderingen kun baseres på en informant. Særlig kan dette gjelde atferd som måles med TRF. I den grad det er mulig bør en bruke flere informanter, gjerne begge foreldrene, i tillegg til en pedagog som har god

kjennskap til barnet. Hvis det er hensiktsmessig er det også verdifullt å inkludere barnet selv som informant.

Mer generelle begrensninger ved undersøkelsen omhandler mangler eller andre muligheter som i etterkant av gjennomføringen er lett å observere. For det første består datamaterialet av et unikt utvalg med tanke på den etniske bakgrunnen til deltakerne. Siden oppgaven ikke har hatt fokus på dette vet man ikke om ulike faktorer eller kulturforskjeller i tilknytning til etnisk bakgrunn kan ha hatt betydning for noen av resultatene. Videre inneholder den opprinnelige studien som datamaterialet er hentet fra andre variabler knyttet til barnets atferd eller bakgrunnsfaktorer familien som ikke er tatt med i denne undersøkelsen. Det kan tenkes at noen av de utelatte variablene kunne bidratt til å gi et mer helhetlig bilde av atferdsproblemene eller identifisert faktorer som kan ha ulik eller lik betydning for gutter og jenters atferd. Det har for eksempel vist seg at foreldres oppdragelsesstrategi er nært knyttet til utvikling av atferdsproblemer (Forgatch & Martinez, 1999), og at foreldre kan samhandle ulikt avhengig av deres eget og barnets kjønn (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002).

Det teoretiske utgangspunktet til denne oppgaven har også sine begrensninger. For det første kan den utviklingsøkologiske modellen bidra til et oversiktlig perspektiv, og samtidig gi inngående og detaljert kunnskap på et komplisert tema som barns utvikling, og slik gi mulige forklaringer på hvordan atferdsproblemer oppstår. Samtidig er årsakssammenhengene svært komplekse, slik at modellen kan være utfordrende å benytte i praksis eller i en forskningssammenheng (Aasen et al., 2002). For å kunne benytte og implementere modellen i sin helhet ville det krevd at denne undersøkelsen innlemmet et mangfold av variabler ved de ulike systemene, barnet og miljøet, noe som er vanskelig å innfri.

5.7 Oppsummering og konklusjon

Den foreliggende studien tyder på at guttene i dette utvalget har et høyere nivå av eksternaliserte atferdsproblemer enn jentene. Dette støttes av flere andre studier som finner liknende funn. Konklusjon om en faktisk kjønnsforskjell kan derimot kun trekkes på bakgrunn av mødrenes rapportering. Det ble videre funnet høyere nivå av internaliserte atferdsproblemer hos jentene enn hos guttene. Man finner imidlertid mindre støtte i annen forskning tilknyttet dette funnet, og tendensen er heller at først i ungdomsårene viser jenter mer emosjonelle og psykiske plager enn gutter. Resultatene gav også antydninger til at de respektive kjønnsforskjeller fremtrådte allerede i førskolealderen. Dette var noe uventet

ettersom det ofte er vanskelig å observere markerte kjønnsforskjeller for atferdsproblemer (begge former) hos yngre barn. En kan dermed anta at noen av kjønnsforskjellene i denne studien enten skyldes metodiske begrensninger eller utvalgets sammensetting. På bakgrunn av dette kan det foreslåes økt fokus og ytterligere forskning vedrørende atferdsproblemer hos yngre barn, og kanskje med særlig fokus på internaliserte atferdsproblemer hos jenter. Resultatene viste nokså like sammenhenger mellom eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer og annen problematferd for gutter og jenter, og særlig i forhold til en synlig atferd for omgivelsene. Bakgrunnsfaktorer ved mødre viste overordnet liten eller ingen betydning for atferdsproblemer. Det var kun mors sivilstatus som hadde et signifikant bidrag til eksternalisert atferd for jenter, og opplevd økonomi hadde signifikant bidrag til eksternalisert atferd for gutter, basert på pedagogens rapportering. Resultatene kan antyde at sivilstatus og opplevd økonomi kan være potensielle risikofaktorer for enkelte barn i dette utvalget, men samtidig kan de ikke alene forårsake eller forklare atferdsproblemene til barna i dette utvalget.

Barneverntjenesten har etter bvl § 3-1 et særlig ansvar for blant annet å avdekke atferds-, sosiale-, og emosjonelle problemer, og å iverksette tiltak i forhold til dette (barnevernloven, 1992). I tråd med paragrafen kan resultatene fra denne undersøkelsen være relevant for barnevernsfaglig arbeid. Dersom gutter viser atferdsproblemer i utagerende og aggressive former, mens jenter i større grad vender følelsene innover, kan det stilles spørsmål om barnevernet må arbeide forskjellig med atferdsproblemer hos gutter og jenter. Mens PMTO i stor grad er rettet mot eksternaliserte atferdsproblemer, finnes det også tiltaksprogram som er rettet mot internaliserte vansker. «Psykologisk førstehjelp» er et relativt nytt tiltak, som fokuserer på å hjelpe barn og unge til å endre tanker og atferd, og å mestre negative emosjonelle følelser (Ogden, 2015, s.186). I motsetning til PMTO foreligger det derimot ingen ferdigstilte effektstudier på tiltaket (Ungsinn, 2013). Samtidig kan man ikke anta at et slikt kjønnsmonster gjelder for alle gutter og jenter, og det beste for barnet vil være å finne tiltak som er egnet til det særskiltes barnets behov.

Funnene gav også indikasjoner på at både gutter og jenter kan ha andre tilleggsproblemer som oppmerksomhetsproblemer eller sosiale problemer. Guttene viste også tendenser til å uttrykke både eksternaliserte og internaliserte atferdsproblemer. Flere problemområder kan gjøre det utfordrende å iverksette riktige tiltak da det viser det seg at noen barn med komorbide lidelser responderer dårligere på enkelte foreldreveiledningsprogrammer (Kjøbli et al., 2012). Dette understreker igjen betydningen av å finne tilpasset tiltak til det konkrete barnet, og sosial

ferdighetstrening for barnet kan for eksempel kombineres med tiltaksprogram rettet mot foreldre. I noen tilfeller kan det også være hensiktsmessig å vurdere om problemer skyldes biologiske betingelser, slik at eventuelle medisiner kan redusere enkelte symptomer (Aasen et al., 2002).

Funnene viste også at pedagogene og mødrene ikke identifiserte de samme barna med høy grad av atferdsproblemer. Dette sender signaler om hvor vesentlig det er å bruke flere informanter i kartleggingen av barns atferd, og oppfordrer til samarbeid mellom barnevern-skole/barnehage. Konteksten for atferdsproblemer synes også å spille en rolle, og tiltak bør tilrettelegges deretter. Drugli (2013) påpeker at dersom barn har atferdsproblemer i barnehage/skole, bør tiltak iverksettes der. På samme måte bør tiltak iverksettes i hjemmet dersom det er på denne arenaen atferdsproblemene kommer til uttrykk. I tråd med den utviklingsøkologiske modellen kan denne studien belyse at barns atferd må forstås ut i fra de ulike miljø som barnet oppholder seg i, hvordan individuelle og miljømessige forhold påvirker barns utvikling, og at tiltak bør rettes mot de systemer som atferdsproblemene opptrer i.

Referanser

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aasen, P., Nordtug, B., Ertesvåg, S., K., & Leirvik, B. (2002). *Atferdsproblemer - Innføring i pedagogisk analyse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Als Research. (2012). *Udfordringer i arbeidet med etniske minoritetsbørn i PPR-systemet*. Hentet fra: http://www.alsresearch.dk/uploads/Publikationer/Udfordringer_i_arbeidet_med_etniske_minoritetsboern_i_PPR-systemet.pdf
- Axberg, U., Hanse, J. J., & Broberg, A. G. (2008). Parents' description of conduct problems in their children—A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3–10. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 497-505. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00670.x
- Backe-Hansen, E. (2009). Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene Forskning*, 2, 4-16.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning (NOU 2009:8)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2009-08/id558007/>.
- Barne-ungdoms og familiedirektoratet. (2013). *Oppvekstrapporten 2013*. Hentet fra: http://www.bufetat.no/PageFiles/9263/1/Web_Oppvekstrapporten_2013_es.pdf.
- Barnevernloven. (1992). *LOV-1992-07-17-100*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Befring, E. (2007). *Forskingsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Bjørknes, R. (2011). *Parent Management Training - Oregon Model: Intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.
- Bjørknes, R., Jakobsen, R., & Nærde, A. (2011). Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 351-357. doi:10.1016/j.childyouth.2010.09.019

- Boggs, S. R., Eyberg, S., & Reynolds, L. A. (1990). Concurrent validity of the Eyberg child behavior inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(1), 75-78.
doi:10.1207/s15374424jccp1901_9
- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 179-192. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.179
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development* Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (2006). The Bioecological Model of Human Development. I R. M. Lerner (Red.), *Handbook of child psychology : Vol. 1 : Theoretical models of human development* (6th ed., s. 793-828). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1275-1293. doi:10.1097/00004583-200211000-00009
- Burns, G. L., & Patterson, D. R. (1990). Conduct problem behaviors in a stratified random sample of children and adolescents: New standardization data on the Eyberg Child Behavior Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(4), 391-397. doi:http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.2.4.391
- Bussey, K., & Bandura, A. (2004). Social Cognitive Theory of Gender Development and Function. I A. H. Eagly, A. E. Beall & R. J. Sternberg (Red.), *The Psychology of Gender* (2nd ed., s. 92-119). New York: The Guilford Press.
- Bøe, T. (2013). *Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(1), 113-149.
doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology, 12*(03), 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N. J: Erlbaum.

- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349-371. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.349>
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development*, 65(2), 649-665. doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00774.x
- Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2010). Psykisk helse blant norske skolebarn i 1-7 klasse - målt med Teacher Report Form (TRF). *Spesialpedagogikk*, 3, 4-11. Hentet fra: <http://uit.no/Content/184732/Psykisk%20helse%20blant%20norske%20skolebarn%20i%201.%20-%207.%20klasse.pdf>
- Dyrhaug, T., & Sky, V. (2015). *Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2012 (rapport 2015/16)*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/222464?ts=14c4ba14350>
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 145-168). Oslo: Abstrakt forlag.
- Eme, R. F., & Kavanaugh, L. (1995). Sex differences in conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(4), 406-426. doi:10.1207/s15374424jccp2404_5
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 12(3), 347-354. doi:10.1080/15374418309533155
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Los Angeles: Sage.
- Flaten, K. (2013). *Barnehagebarn og angst*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forgatch, M. S., & Martinez, C. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(10), 923-937.
- Forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som->

[pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi-2006.pdf](#)

- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and psychopathology*, 16(02), 313-333. doi:10.1017/S0954579404044530
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Eds.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-222). Oslo: Abstrakt forlag.
- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., & Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in nursing & health*, 27(6), 413-425. doi:10.1002/nur.20040
- Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., & Richardson, R. (2007). Reliability and validity of the Eyberg Child Behavior Inventory with African-American and Latino parents of young children. *Research in nursing & health*, 30(2), 213-223. doi:10.1002/nur.20181
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gulbrandsen, L. M. (2006). Urie Bronfenbrenner : En økologisk utviklingsmodell. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: innføring i psykologiske perspektiver* (s. 50-70). Oslo: Universitetsforlaget.
- Guneriussen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur: grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Haugen, R. (2008a). Emosjonelle vansker i form av angstlidelser og stemningslidelser. Hvordan kommer de til uttrykk? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 - med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 107-134). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Haugen, R. (2008b). Hva er sosiale og emosjonelle vansker? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 - med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 15-42). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Haugen, R. (2008c). Sosiale vansker. Hvordan kommer de til uttrykk? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 - med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 73-106). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Haugen, R., & Bjerke, T. (2006). Utvikling av egenkontroll. I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 1: Grunnleggende prosesser i læring og utvikling* (2. utg., s. 158-194). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebø, A.K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S.A & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (1), 133-164. doi:10.1111/1469-7610.00007
- Jávo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kalve, T. (2001). Innvandrerbarn i barnevernet - oftere hjelp, men færre under omsorg. *Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå*, 2. Hentet fra: http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/70626?_ts=137eb2c11f8
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological bulletin*, 121(1), 95-113. doi:10.1037/0033-2909.121.1.95
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 161-179. doi:10.1023/A:1005122814723
- Kirkhaug, B., Drugli, M. B., Lydersen, S., & Mørch, W.-T. (2013). Associations between high levels of conduct problems and co-occurring problems among the youngest boys and girls in schools: A cross-sectional study. *Nordic journal of psychiatry*, 67(4), 225-232. doi:10.3109/08039488.2012.731432
- Kjøbli, J. (2010). Nødvendigheten av evidens når vi skal hjelpe barn med atferdsvansker. *Norges Barnevern*, 87(2), 102-110. Hentet fra: <http://www.idunn.no/tnb/2010/02/art03>
- Kjøbli, J., Drugli, M. B., Fossum, S., & Askeland, E. (2012). Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp?

- Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 145-149. Hentet fra:
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/145-149.pdf>
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 823-830. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Kornør, H., & Drugli, M. B. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Teacher's Report Form (TRF). *PsykTestBarn*, 1:7. Hentet fra:
<http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/trf>
- Kvello, Ø. (2012a). Sosialiseringbegreper. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekstmiljø og sosialisering* (s. 13-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2012b). Transaksjonsmodellen. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekstmiljø og sosialisering* (s. 62-84). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, A. K. (2006). Barnet i samfunnet. I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 2 - med vekt på sosialisering, lek og tospråklighet* (s. 15-48). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Larsson, B., & Drugli, M. B. (2011). School competence and emotional/behavioral problems among Norwegian school children as rated by teachers on the Teacher Report Form. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(6), 553-559. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00889.x
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 505-520. doi:10.1007/s10802-005-6734-7
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 497-523. doi:10.1016/0272-7358(94)90015-9
- Ludvigsen, K., & Ravneberg, B. (2012). Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene (Notat 03-2012). Uni Rokkansenteret. Hentet fra:
http://cms.uni.no/media/manual_upload/302_notat_03_2012_ravneberg_og_ludvigsen.pdf
- Lund, I. (2012). *Det stille atferdsproblemet: innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009:8)*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x
- Mesman, J., Bongers, I. L., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(05), 679-689. doi:10.1017/S0021963001007351
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I. Associations with parent-and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1371-1378. doi:10.1097/00004583-200011000-00011
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674-701. doi:10.1037/0033-295X.100.4.674
- Moffitt, T. E. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behaviour : Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study* Hentet fra: <http://site.ebrary.com/lib/bergen/docDetail.action?docID=10006815>
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. I D. Cicchetti & C. D. J. (Red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (s. 570-598). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*, 13(02), 355-375. Hentet fra: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=74002&jid=DPP&volumeId=13&issueId=02&aid=74001&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>
- Mørch, W.-T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Norges Barnevern*, 89(3), 136-150. Hentet fra: http://www.idunn.no/tnb/2012/03/implementering_av_evidensbaserte_tiltak_i_barnevernet
- Najman, J. M., Behrens, B. C., Andersen, M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Williams, G. M. (1997). Impact of family type and family quality on child behavior problems: A

- longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1357-1365. doi:10.1097/00004583-199710000-00017
- Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogden, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Malcolm, R., Thomson, M. & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and psychopathology*, 20(2), 673-716. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579408000333>
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. (Doktoravhandling). Bergen. Hentet fra: https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4615/Dr.thesis_Terje%20Ogden.pdf?sequence=1
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T., & 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), 607-621. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>
- Oppedal, B., Azam, G., Dalsøren, S., Hirsch, S., Jensen, L., Kiamanesh, P., Moe, E.A., Romanova, E. & Seglem, K. (2008). *Psykososiale tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008:14)*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/3ef60b2cba.pdf>
- Ungsinn (2013, 27 november). Psykologisk førstehjelp. Hentet 05.mai 2015 fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/psykologisk-forstehjelp/
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G., & 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. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x

- Reedtz, C., & Martinussen, M. (2012). Kartlegging av atferdsvansker: Eyberg Child Behavior Inventory. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(2), 156-158. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=209899&a=3
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., . . . Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130-142. doi:10.1177/10634266070150030101
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (s. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association. Hentet fra: <http://psycnet.apa.org/books/11877/001.pdf>.
- Sameroff, A., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. I F. D. Horowitz, E. M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. M. Siegel (Red.), *Review of child development research* (Vol. 4, s. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology*, 15(03), 613-640. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579403000312
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2013:4)*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf>
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(7), 587-597. Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2005/587-597.pdf>
- Sørli, M.-A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen: en forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis forlag.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics*. Hentet fra: <https://www.dawsonera.com/readonline/9781292034546>
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 51(4), 341-367. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x

Webster-Stratton, C. (1996). Early onset conduct problems: Does gender make a difference?

Journal of consulting and clinical psychology, 64(3), 540-551.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.540>

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H.

(2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 53(6), 695-705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and*

Psychopathology, 5(01), 65-78.

Vedlegg

Vedlegg 1)

Barnets atferd

Bruksanvisning: Nedenfor er det en del utsagn som beskriver barns atferd. Vær vennlig og (1) sett et kryss for det tallet som tilsvarer *hvor ofte* atferden på *nåværende tidspunkt* forekommer hos ditt barn, og (2) sett et kryss for enten «ja» eller «nei» avhengig av om denne atferden på *nåværende tidspunkt* oppleves som *et problem for deg*.

Hvor ofte forekommer disse hos ditt barn?								Er dette et problem for deg?	
	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid			Ja	Nei
1. Somler med påkledning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
2. Somler eller haler ut tiden ved måltider	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
3. Dårlig bordskikk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
4. Nekter å spise maten som blir servert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
5. Nekter å utføre daglige gjøremål når han/hun blir bedt om det	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
6. Somler/haler ut tiden med kveldsstellet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
7. Nekter å legge seg til fastsatt tid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
8. Følger ikke husregler av seg selv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
9. Adlyder ikke uten trussel om straff	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
10. Reagerer med trass hvis han/hun blir bedt om å gjøre noe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
11. Krangler/diskuterer med foreldre om regler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
12. Blir sint hvis hun/han ikke får det om hun/han vil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
13. Har sinne/raserianfall	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
14. Er frekk overfor voksne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
15. Syter, klager	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
16. Gråter lett	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Hvor ofte forekommer disse hos ditt barn?								Er dette et problem for deg?	
	Aldri	Sjelden	Noen ganger		Ofte	Alltid	Ja	Nei	
17. Hylar og skriker	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
18. Slår foreldrene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
19. Ødelegger leker og andre ting	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
20. Er skjodesløs/uforsiktig med leker og annet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
21. Stjeler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
22. Lyver	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
23. Erter eller provoserer andre barn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
24. Krangler med venner på egen alder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
25. Krangler med søsken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
26. Slåss med venner på egen alder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
27. Slåss med søsken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
28. Forsøker stadig å få oppmerksomhet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
29. Avbryter andre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
30. Blir lett distraheret	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
31. Har vansker med å konsentrere seg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
32. Har vansker med å fullføre en oppgave	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
33. Har vansker med å underholde seg selv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
34. Har vansker med å konsentrere seg om en ting av gangen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
35. Er overaktiv og rastløs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
36. Sengevæting	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Liste over barns atferd i alderen 4-18 år

(Achenbach, 2001)

Nedenfor er en liste med utsagn som beskriver barn og ungdom. For hvert utsagn som beskriver barnet/ungdommen **nå eller siste 2 måneder**, vennligst kryss av for **2** hvis beskrivelsen **stemmer veldig bra eller ofte**, kryss av for **1** hvis beskrivelsen **stemmer delvis eller noen ganger**. Kryss av for **0** hvis beskrivelsen **ikke stemmer**.

0 = Stemmer ikke (så vidt du vet) 1 = Stemmer delvis eller noen ganger 2 = Stemmer veldig bra eller ofte

0	1	2		0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Oppfører seg som yngre enn sin alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Vanskelig for å følge instruksjoner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Nynner, eller lager andre merkelige lyder i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ulydig i barnehagen eller på skolen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Krangler mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Forstyrrer andre barn/elever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Gjør seg ikke ferdig med ting han/hun begynner på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Kommer ikke overens med andre barn/elever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Det er svært lite han/hun setter pris på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Ser ikke ut til å ha skyldfølelse etter å ha gjort noe galt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Trassig, krangler med ansatte i barnehage/lærere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Blir lett sjalu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Skryter, er brautende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Bryter barnehagens/skolens regler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengere tid av gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Er redd for visse dyr, situasjoner eller steder utenom barnehagen/skolen (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Får ikke visse tanker ut av hodet; tvangstanker (beskriv):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Er redd for å gå i barnehagen eller på skolen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Er redd for å tenke eller gjøre noe galt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Klenger på voksne eller er for avhengig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Synes at han/hun må være perfekt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Klager over ensomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Klager over eller synes at ingen er glad i ham/henne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Er forvirret eller virker fjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Føler at andre er ute etter ham/henne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Gråter mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Føler seg mindreverdige eller underlegen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Plukker på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Slår seg mye, ulykkesfugl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Mobber, plager eller er slem mot andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Kommer ofte i krangel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Dagdrømmer eller fortaper seg i tankene sine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Blir ofte ertet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Skader seg selv med vilje eller har forsøkt å begå selvmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Er sammen med folk som ofte havner i trøbbel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Krever mye oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Hører lyder eller stemmer som ikke er der (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Ødelegger sine egne ting				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Ødelegger eiendeler som tilhører andre				

0 = Stemmer ikke (så vidt du vet) 1 = Stemmer delvis eller noen ganger 2 = Stemmer veldig bra eller ofte

0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Er impulsiv eller handler uten å tenke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Vil heller være alene enn sammen med andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Lyver eller jukser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Biter negler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Nervøs, overfølsom eller anspent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Nervøse bevegelser eller rykninger (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Underkaster seg regler for lett
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Blir ikke likt av andre barn/elever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Har vanskelig for å lære
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. For redd eller engstelig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Føler seg svimmel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Har for sterk skyldfølelse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Snakker utenom tur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Overtrett uten grunn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Overvektig

			56. Kroppslige plager uten kjent medisinsk årsak:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Smerter eller vondt (ikke magesmerter eller hodepine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Hodepine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Kvalme, føler seg uvel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Plager med øynene (ikke ta med dersom dette er korrigert med briller) (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Utslett eller andre hudplager
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Magesmerter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Brekninger, kaster opp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Annet (beskriv):

0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Går løs på andre fysisk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58. Plukker seg i nesen, på huden eller andre steder på kroppen (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59. Sover i timen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60. Apatisk eller umotivert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61. Dårlig skolearbeid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62. Er klosset eller har dårlig samordning av bevegelsene sine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63. Foretrekker å være sammen med eldre barn eller ungdommer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64. Foretrekker å være sammen med yngre barn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65. Nekter å snakke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66. Gjentar visse handlinger om og om igjen, tvangshandlinger (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67. Ødelegger arbeidsro i klassen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68. Skriker mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69. Hemmelighetsfull, holder ting for seg selv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70. Ser ting som andre ikke synes er der (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71. Blir lett flau eller forlegen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72. Rotete skolearbeid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73. Oppfører seg uansvarlig (beskriv):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74. Gjør seg til eller spiller bajas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75. For sjenert eller engstelig

0 = Stemmer ikke (så vidt du vet) 1 = Stemmer delvis eller noen ganger 2 = Stemmer veldig bra eller ofte

0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76. Eksplosiv og uforutsigbar adferd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Behov må tilfredsstilles øyeblikkelig, blir lett frustrert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78. Uoppmerksom, blir lett distraheret
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79. Talevansker (beskriv): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80. Stirrende, tomt blikk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81. Føler seg såret når kritisert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82. Stjeler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83. Samler på ting som han/hun ikke har bruk for (beskriv): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84. Oppfører seg underlig (beskriv): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85. Har underlige idéer (beskriv): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86. Sta, mutt eller irritabel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87. Plutselige forandringer i humør eller følelser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88. Furter mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89. Mistenksom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90. Banner eller bruker stygge ord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91. Snakker om å ta livet av seg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92. Underytter, utnytter ikke sine fulle utviklingsmuligheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93. Prater for mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94. Erter mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95. Får raseriutbrudd eller heftig sinne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96. Virker for opptatt av sex

0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97. Truer andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Kommer for sent på skolen eller til timen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99. Røyker eller snuser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100. Fullfører ikke pålagte oppgaver
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101. Skulk eller uforklarlig fravær
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102. For lite aktiv, beveger seg langsomt eller virker lite energisk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103. Ulykkelig, trist eller deprimeret
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104. Uvanlig bråkete
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105. Bruker alkohol eller medisin/narkotika/stoff Uten medisinsk grunn (ikke ta med tobakk) (beskriv): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106. For ivrig etter å tekkes andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107. Misliker barnehagen/skolen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108. Er redd for å gjøre feil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109. Sutrete
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110. Ustelt ytre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111. Tilbaketrukket, engasjerer seg ikke med andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112. Bekymrer seg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113. Vennligst anfør her eventuelle problemer barnet/eleven har som ikke finnes på listen _____ _____ _____

Vedlegg 3)

Spørsmål om deg

2. Hvilket land er du født i?

Somalia Pakistan Norge Annet: _____

6. Hva beskriver best din sivilstatus?

- Ugift
- Gift eller samboende med barnets andre biologiske forelder
- Gift eller samboende med andre enn barnets biologiske forelder
- Separert
- Skilt
- Enke

Syssetsetting, økonomi og boforhold

22. Har du utdanning/ skolegang?

Nei Ja

23. Dersom du har skolegang: Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- 9-årig grunnskole eller kortere
- 1-2-årig videregående
- Videregående yrkesfag
- 3-årig videregående allmenfaglig, gymnas
- Høyskole, universitet inntil 4 år (bachelor, cand.mag., sykepleier, ingeniør)
- Universitet, høyskole, mer enn 4 år (master, hovedfag, embetseksamen)

28. Hvor ofte hender det at du/dere ikke har råd til...

a. Mat?

Aldri Av og til Ofte, men ikke hver måned Hver måned

b. Helsetjenester og medisin?

Aldri Av og til Ofte, men ikke hver måned Hver måned

c. Klær?

Aldri Av og til Ofte, men ikke hver måned Hver måned

d. Fritidsutstyr og fornøyer?

Aldri Av og til Ofte, men ikke hver måned Hver måned

Spørsmål om barnet ditt

10. Barnets kjønn?

Jente Gutt

11. Hva er barnets fødselsdato? (dd/mm/åå): / /

12. Hvilket land er barnet født i?

Somalia Pakistan Norge Annet: _____