

# Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse

En kortversjon av De Utrolige Årenes foreldreprogram, spesielt rettet mot alminnelige barn, er et effektivt virkemiddel for å endre foreldres oppdragspraksis til en mer positiv foreldrestil og for å styrke deres opplevde kompetanse i forelderollen.

## TEKST

**Charlotte Reedtz**

**PUBLISERT 5. desember 2012**

## ABSTRACT:

Parent training promotes mental health in children and parents

The aim of the present study was to evaluate whether a short parent-training program (PT) reduces risk factors related to development of childhood socio-emotional and behavior problems in a non-clinical community sample. Data were obtained from parents in a randomized controlled trial (RCT) on PT for children aged 2 to 8 years (N = 186) at pre-intervention, post-intervention and one-year-follow up. There were significant differences in the changes in the two groups, with reductions in harsh parenting and child behavior problems, an enhancement of positive parenting and of the parents' sense of competence in the intervention group. The effects on parenting and parents' satisfaction all lasted through one-year follow up. Our findings suggests that a shortened version of a well-structured parenting intervention, The Incredible Years program, implemented in primary care at community level, reduces harsh parenting and strengthens positive parenting and parents' sense of competence, as reported by the parents. Issues related to a public health approach to promote positive parenting are discussed.

Keywords: Parent training, child rearing, universal population

## EMNER

Foreldreopplæring

barneoppdragelse

universell befolkning

*Dette arbeidet er en norsk oppsummering av funn publisert i to internasjonale artikler (Reedtz, Handegård & Mørch, 2011; Reedtz, Martinussen, Jørgensen, Handegård & Mørch, 2011).*

«De Utrolige Årene» (DU Å) er en veldokumentert behandlingsmetode for barn diagnostisert med atferdsvansker i alderen 3–8 år. Behandlingsmetoden har vist seg å føre til store reduksjoner i utagerende atferd hos barn, samt økning i barnas sosiale kompetanse (se f.eks. Fossum, Handegård, Martinussen & Mørch, 2008; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004). Denne artikkelen er en norsk oppsummering av funn publisert i artikler i internasjonale tidsskrifter (Reedtz, Handegård & Mørch, 2011; Reedtz, Martinussen, Jørgensen, Handegård & Mørch, 2011). Artikkelen belyser om en kortversjon av DU Ås foreldreprogram («Basic») rettet mot alminnelige barn uten atferdsvansker endrer foreldres oppdragspraksis på en måte som reduserer risikoen for utvikling av atferdsvansker i en normalpopulasjon.

**«Kvaliteten på den oppdragelse barn får, er den mest potente risikofaktor for utvikling av**

## atferdsvansker og sosioemosjonelle vansker hos barn, samtidig som det er den lettest modifierbare risikofaktoren»

Det er godt dokumentert i forskning at inadekvat barneoppdragelse karakterisert av røffe oppdragelsesmetoder og inkonsekvent disiplinering predikerer utviklingen av sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer både i barndommen og ungdomstiden (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Biglan, 1995; Foster, Prinz, Sanders & Shapiro, 2008; Hoeve m.fl., 2009; Granic & Patterson, 2006). Kvaliteten på den oppdragelse barn får, er den mest potente risikofaktor for utvikling av atferdsvansker og sosioemosjonelle vansker hos barn, samtidig som det er den lettest modifierbare risikofaktoren (Morawska, Winter & Sanders, 2009). I en rekke empiriske artikler publisert det siste tiåret understrekes det at foreldretreningsprogrammer er de mest virksomme og kostnadseffektive tiltak for å behandle og forebygge utvikling av omsorgssvikt, sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer (Foster, Prinz, Sanders & Shapiro, 2008; Lundahl, Nimer & Parsons, 2006; Sanders, Calam, Durand, Liversidge & Carmont, 2008). I disse programmene (for eksempel DU Å, Triple P, PMTO, Marte Meo) er målet med foreldreveiledningen å hjelpe foreldre til mer hensiktsmessig oppdragelse, og slik bidra til at barnas atferd endres (Beauchaine, Webster Stratton & Reid, 2005; Fossum, 2005). En stor mengde forskning illustrerer at en ikke-disiplinerende og positiv foreldrestil preget av entusiastisk lek der foreldre følger barnets interesse og ledelse, og der foreldre gir positiv oppmerksomhet i en responderende og støttende kontekst, gir barnet den beste utviklingsstøtte. Alle disse faktorene bidrar til utvikling av god mental helse og forebygger utvikling av sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer (Biglan, 1995; Gardner, Sonuga-Barke & Sayal, 1999; Hutchings & Lane, 2005; Webster-Stratton & Reid, 2003).

I arbeidet med å forebygge og behandle sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer hos de minste barna har forskere, klinikere og tilbydere av helsetjenester i Skandinavia erfart at det er vanskelig å nå ut til barn under seks år. Statistikk fra norske poliklinikker for barn og ungdom viser at færre enn 14 % av pasientene er under seks år, og færre enn 0,4 % er under fire år (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Også internasjonalt er antallet små barn som behandles for atferdsproblemer, fortsatt lavt (Ellingson, Briggs-Gowan, Carter & Horwitz, 2004; Sayal, 2006; Weitzman & Leventhal, 2006).

Problemene med å nå de yngst barna er alarmerende fordi det er en kjensgjerning at tidlig debut med sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer i barndommen er en betydelig risikofaktor for utvikling av akademiske, sosiale og psykiske problemer (Webster-Stratton, 1998). Prognosene for de som har atferdsproblemer i førskoleårene, er også dårligere enn for de som debutterer med atferdsproblemer senere (Scott, Spender, Dooland, Jacobs & Aspland, 2001), og forskning tyder på at tidlig intervensjon (før åtte år) gir bedre utfall og kan hindre eskalering av sosioemosjonelle vansker og atferdsproblemer i barndoms- og ungdomstiden (Bauer & Webster-Stratton, 2006).

I den norske atferdssatsingen som startet på 1990-tallet, har det vært et sterkt fokus på betydningen av tidlig identifikasjon og intervensjon, og satsing på familiebaserede tiltak (Ogden, 2010). Til tross for dette fins det relativt lite forskning på universalforebyggende tiltak på kommunalt nivå og tiltak som tar sikte på å styrke foreldres kompetanse (Sanders, Calam, Durand, Liversidge & Carmont, 2008; Reedtz, Martinussen, Jørgensen, Handegård & Mørch, 2011). Denne artikkelen bidrar til forskningslitteraturen om foreldres oppdragelsesmetoder gjennom å undersøke hvorvidt en kortversjon av foreldreveiledningsprogrammet DU Å kan redusere viktige risikofaktorer og styrke viktige beskyttelsesfaktorer knyttet til utvikling av atferdsvansker i et ikke-klinisk utvalg. Vår hypotese var at foreldreveiledningen ville påvirke foreldres bruk av positive og røffe oppdragelsesmetoder på en slik måte at positive metoder ville styrkes, mens røffe og straffende

metoder ville svekkes. Vi forventet også at foreldreveiledningen ville styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse i foreldrerollen, slik at de ville føle seg mer tilfreds og effektive i foreldrerollen.

## Metode

*Deltakere.* Totalt 269 familier ble rekruttert til studien. Av disse ble 58 barn (22 %) ekskludert fordi de skåret over 90-prosentilene på ECBI-intensitetsskåren (se Reedtz & Martinussen, 2011). Eksklusjon av barn med for høye skårer ble gjort av etiske årsaker, ettersom disse barna hadde rett til og ble tilbudt behandling for atferdsproblemene sine i spesialisthelsetjenesten, som også hadde implementert fullversjonen av DU Å. Videre falt 10 % av deltakerne fra i startfasen av programmet. Foreldrene til de gjenværende 186 deltok i studien.

Barna var i alderen 2 til 8 år, 112 gutter (59 %) og 77 jenter (41 %). Gjennomsnittsalderen hos guttene var 3,95 år (SD = 1,63) og hos jentene 3,81 år (SD = 1,13). Både mor og far responderte på spørreskjemaene i 112 familier (59 %), kun mor i 74 familier (39 %) og kun far i 3 familier (2 %). Betegnelsen «foreldre» brukes i alle tilfeller, også i de tilfellene hvor bare mor responderte.

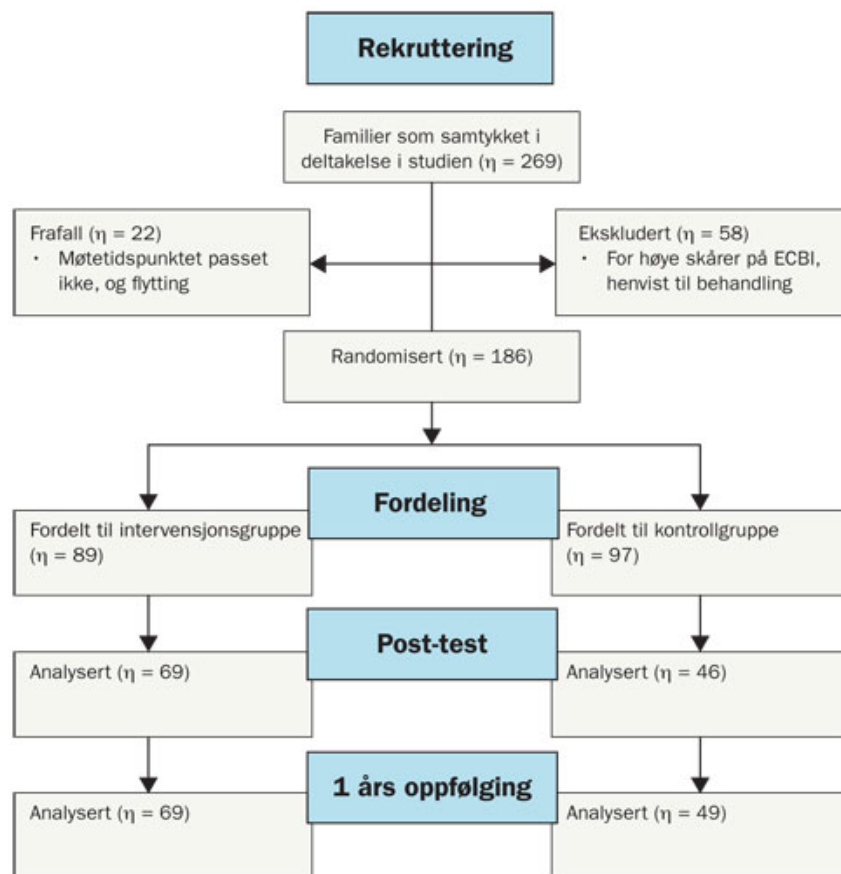
Analyser av de demografiske data viste at de fleste foreldrene som rekrutterte seg selv til studien, jobbet fulltid (61 %), var to-foreldre-familier (80 %), hadde ett eller to barn (79 %) og hadde høyere utdanning med en bachelorgrad eller høyere (78 %). Hele 49 % av utvalget hadde utdanning på mastergrads- eller doktorgradsnivå, mens 20 % hadde en bachelor.

Intensitetsskåren på ECBI i utvalget ( $M = 103,3$ ;  $SD = 16,7$ ) var signifikant høyere enn de gjennomsnittlige skårene ( $M = 93,0$ ;  $SD = 23,6$ ) i Norge for barn på samme alder (intensitet:  $t = 7,7$ ;  $p < 0,001$ ; Problem:  $t = 7,1$ ;  $p < 0,001$ ). Differansen mellom utvalget i studien og en normgruppe (Reedtz et al., 2008) representerer en medium effekt vurdert etter Cohens kriterier (1988) for intensitetsskåren (Hedges'  $g = 0,44$ ) og problemskåren (Hedges'  $g = 0,60$ ).

*Frafallsanalyse.* For å undersøke hvorvidt utvalget i studien var forskjellig fra de familiene som falt fra, sammenlignet vi de to utvalgene på alle variabler som ble målt i studien. De to gruppene var like både når det gjaldt bakgrunnsopplysninger og skårene for de utvalgte målene i studien.

Mange foreldre responderte ikke på spørreskjemaene ved post-målinger og ved et års oppfølging (se figur 1). Ved postmåling var det 24,7 % som ikke responderte i intervensjonsgruppen, mens 46,4 % ikke responderte i kontrollgruppen. Ved 1 års oppfølging var det 24,7 % fra intervensjonsgruppen som ikke responderte, mens 52,6 % ikke responderte fra kontrollgruppen. Vi undersøkte hvorvidt de som ikke responderte, var forskjellige fra de som responderte i de to gruppene, og fant ingen signifikante interaksjoner mellom ikke-respondenters status og deltakernes status på de målte variablene. Det var heller ingen hovedeffekter av status for ikke-respondenter på spørreskjemaene og status hos deltakerne. Dette indikerer at om foreldrene deltok eller ikke i de senere målingene, ikke var relatert til skårer på variablene før oppstart av intervensjonen. Vi antar at det høye frafallet i kontrollgruppen var knyttet til at disse foreldrene ikke fikk noe tilbud og ikke på noen måte profiterte på å delta i studien. Deres motivasjon til kontinuerlig å fylle ut spørreskjemaer ble derfor svekket etter hvert som tiden gikk.

*Mål.* Foreldrene besvarte spørsmål om barnets kjønn, alder, antall barn, barnets nummer i søskenflokk, foreldrenes alder, sivilstatus, arbeidsstatus, utdanning og informasjon om hvem som gjennomførte spørreskjemaene. Fire standardiserte spørreskjemaer ble brukt:



Figur 1: CONSORT-flyttdiagram

1. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI ; Robinson, Eyberg & Ross, 1980; Reedtz & Martinussen, 2012). ECBI er standardisert for foreldre med barn i alderen 2 til 16 år. Kartleggingsverktøyet presenterer en liste med atferd som er typisk for barn med atferdsvansker. ECBI inneholder 36 ledd som skåres på to skalaer, en intensitetsskala og en problemskala. Intensitetsskalaen måler frekvensen av utfordrende atferd hos barnet på en skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid), og disse ble summert opp i en totalskår for ECBI - intensitet ( $r = 0,82$ ) og varierer fra 36 til 252. Eksempler på ledd er «slåss med søsken» og «krangler med foreldrene om regler».
2. Foreldres opplevelse av kompetanse («Parenting Sense of Competence»; PSOC; Johnston & Mash, 1989). PSOC inneholder 16 ledd som besvares på en skala fra «Helt uenig» til «Helt enig». Skåring av noen ledd ble reversert slik at høyere skårer i alle ledd indikerte høyere foreldrerelatert selvtillit. To subskalaer måler effektivitet (7 ledd,  $r = 0,69$ ) og tilfredshet (9 ledd,  $r = 0,77$ ) i foreldres oppdragelse av barna, og beregnes ved å summere skårene innenfor hver skala.
3. Foreldres oppdragelsespraksis («Parenting Practices Interview»; PPI; Webster- Stratton, Reid & Hammond, 2001). PPI ble tilpasset fra Oregon Social Learning Centre's Discipline Questionnaire. To subskalaer ble benyttet: røff disiplin (14 ledd,  $r = 0,79$ ) og positiv oppdragelsespraksis (15 ledd,  $r = 0,67$ ). Valget av disse knytter seg til at det var disse subskalaene som ble benyttet som utfallsmål. Foreldre oppgir med hvilken sannsynlighet og i hvilken utstrekning de benytter ulike oppdragelsesstrategier på en 7-punkts skala, og gjennomsnittsskårer kalkuleres på hver subskala.
4. Foreldrestress («Parenting Stress Index- Short Form»; PSI -SF ; Abidin, 1995; Kornør & Martinussen, 2011). PSI-SF er et selvrapporterings skjema utledet av fullversjonen av PSI. Kortversjonen har 36 ledd som omhandler foreldrestress. PSISF gir en skår for Totalt stress ( $r = 0,90$ ), som ble benyttet i denne studien.

*Prosedyre.* Familier med barn i alderen 2–8 år i Tromsø ble rekruttert gjennom oppslag i barnehager og på skoler, annonser på busser og i lokalaviser, samt invitasjoner gjennom brevutsendelser. Når

familiene tok kontakt, ble de kort informert om prosjektet og fikk tilsendt et informasjonsskriv om prosjektet. Hvis familien hadde mer enn ett barn mellom 2 og 8 år, ble det minste barnet valgt for å sikre datauavhengighet. Studien ble godkjent av Regional etisk komité i helseregion V.

*Design.* En randomisert eksperimentelt kontrollert mellomgruppe-design ble brukt med pre- og post-målinger (2–4 uker etter intervensjon), samt et års oppfølging. Familiene ble randomisert til enten en kortversjon av DU Å (n = 89) eller til kontrollgruppen (n = 97).

*Intervensjon.* Intervensjonsprogrammet De Utrolige Årene er utviklet av Webster-Stratton og er et manual- og videobasert treningsprogram for foreldre med små barn med atferdsproblemer. Foreldrene i intervensjonsgruppen ble delt inn i grupper på 10–12 foreldre. Programmet ble ledet av to gruppeledere som over seks uker møtte foreldregruppen ukentlig med to timers varighet. Gruppelederne ledet diskusjoner knyttet til sentrale aspekter ved foreldreoppdragelse ved bruk av videovignetter, rollespill og hjemmelekser. Programmet lærte foreldrene positive foreldre-disiplinstrategier (lek, ros og belønning) ved bruk av den originale manualen for de seks første møtene i basisprogrammet i DU Å. Denne norske kortversjonen av DU Å skilte seg fra basisprogrammet i DU Å både i lengde (6 versus 12 gruppemøter) og i innhold (fullt basisprogram dekker også temaene effektiv grensesetting, ignorering av negativ atferd og tenkepause).

*Gruppeledere.* Til sammen 15 gruppeledere administrerte programmet. Gruppelederne hadde fått opplæring i henhold til sertifiseringsprosedyrene som er etablert i DU Å-programmet, og de fikk kontinuerlig veiledning av en sertifisert mentor eller «trainer» i programmet.

*Tiltaksintegritet.* Gruppelederne fulgte programmets manual og fullførte standardiserte sjekklister etter hvert gruppemøte.

*Statistiske analyser.* Statistikkprogrammene SPSS (V 17,0) og SAS (V 9,2) ble benyttet for statistiske analyser. I frafallanalysen brukte vi enveis ANOVA og khikvadrat-tester for å sammenligne deltakere, frafall og ekskluderte subjekter på barnets atferd, foreldres oppdragelsespraksis, foreldres tilfredshet, foreldrestress og demografiske variabler. Posthoc-tester med bonferroni-korreksjon ble brukt for å evaluere gruppeforskjeller.

Korrelasjoner ble beregnet ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisient. Uavhengige utvalgs t-tester ble benyttet for å sammenligne utvalget med nasjonale normer for kontinuerlige variabler. Effektstørrelser (Hedges'  $g = (M1 - M2)/SD \text{ pooled}$ ) ble beregnet ved hjelp av Cohens kriterier (Cohen, 1988) for små (0,2), medium (0,5) og store (0,8) effekter. En p-verdi  $< 0,05$  indikerte et statistisk signifikant resultat.

Vi ønsket å undersøke tre spørsmål om gruppeforandringer over tid: 1) Er det forskjell i endringer mellom gruppene fra pre-til post-mål? 2) Er det forskjell i endringer mellom gruppene fra pre-mål til oppfølging? 3) Er det forskjell i endringer mellom gruppene fra post-mål til oppfølging? Vi benyttet en ANCOVA, og brukte premålene som kovariat i analysene (Rausch, Maxwell & Kelley, 2003). For at ANCOVA-testen skulle være gyldig, skulle det ikke være noen gruppeforskjeller på premål i studien. For å undersøke hvorvidt intervensjonsgruppen var forskjellig fra kontrollgruppen ved pre-mål, benyttet vi en enveis ANOVA. Effektstørrelser ble kalkulert ved hjelp av partial eta square ( $\eta^2$ ) (Cohen, 1988). Cohen anslår en typisk liten effekt til å være ca.  $\eta^2 = 0,01$ , en typisk medium effekt til å være ca.  $\eta^2 = 0,06$  og en stor effekt til å være ca.  $\eta^2 = 0,14$ .

## Resultater

Forskjeller ved målinger før intervensjon. En enveis ANOVA viste at det ikke var noen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i skårer på barnets atferd, foreldres oppdragelsespraksis og foreldres opplevelse av kompetanse før intervensjonen.

Gruppeforskjeller i endring fra før intervensjon til etter intervensjon. ANCOVA-en viste at de to gruppene endret seg signifikant forskjellig fra før intervensjon til etter intervensjon på PPI positiv

oppdragelsespraksis, PPI røff disiplin, PSOC tilfredshet, PSOC effektivitet og ECBI intensitet. Intervensjonsgruppen viste en større positiv endring enn kontrollgruppen. Gjennomsnittsskårer, tester for gruppeforskjeller og effektstørrelser er presentert i tabell 1. Effektstørrelsene varierte fra store til små.

Gruppeforskjeller i endring fra før intervensjon til 1-års oppfølging. De to gruppene endret seg signifikant forskjellig fra før intervensjon til et års oppfølging på PPI positiv oppdragelsespraksis, PPI røff disiplin og PSOC tilfredshet. Intervensjonsgruppen viste en større positiv endring enn kontrollgruppen. Forskjellen i endring på PSOC effektivitet mellom gruppene og reduksjonen i atferdsvansker i intervensjonsgruppen forsvant og var ikke lenger til stede ved et års oppfølging.

Gruppeforskjeller fra post-test til 1-års oppfølging. De to gruppene endret seg signifikant forskjellig fra post-test til oppfølging etter et år på PPI positiv oppdragelsespraksis. Ettersom det var en signifikant forskjell i endring mellom gruppene ved et års oppfølging, justert for målene før intervensjonen, kan man dra slutningen at intervensjonsgruppen hadde mer positiv oppdragelsespraksis enn kontrollgruppen ved oppfølging etter et år. De to gruppene endret seg ikke signifikant forskjellig fra post-test til et års oppfølging på PPI røff disiplinering. Det impliserer at intervensjonsgruppen fortsatt viste større reduksjon i røff disiplinering enn kontrollgruppen ved et års oppfølging.

De to gruppene endret seg ikke signifikant forskjellig fra post-test til et års oppfølging på PSOC tilfredshet. Foreldre i intervensjonsgruppen hadde dermed høyere grad av tilfredshet enn kontrollgruppen ved et års oppfølging.

## **Diskusjon**

En kortversjon av DU Å tilbudt foreldre med alminnelige barn ga signifikante forskjeller i endring mellom intervensjonsgruppen som hadde gjennomgått foreldretreningen, og kontrollgruppen. Kursgruppen viste en reduksjon i røffe oppdragelsesstrategier (sterk effekt), en økning i positive foreldrestrategier (moderat effekt) og en økning i foreldrenes tilfredshet (små effekter) sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatene vedvarte til målinger ved et års oppfølging. Det er naturlig at effektstørrelsene er mindre ved 1 års oppfølging, ettersom foreldre i intervensjonsgruppen ikke lærte noe nytt fra post-mål til 1 års oppfølging.

De varige endringene i foreldrenes oppdragelse kan forklares av økning av foreldrenes kompetanse (opplevelse av tilfredshet og effektivitet i foreldrerollen). Funnene tyder på at foreldrenes opplevelse av kompetanse økte som en konsekvens av å ha gjennomført kortversjonen av DU Å, og at dette var grunnlaget for de positive endringene i deres oppdragelse av barnet. Dette er i overensstemmelse med annen forskning, som viser at tilfredshet i foreldrerollen er negativt korrelert med atferdsvansker hos barnet (Ohan, Leung & Johnston, 2000).

Negativ eller røff oppdragelsespraksis er en sentral risikofaktor for utvikling av sosioemosjonelle vansker og atferdsvansker hos barn, og en reduksjon av slik oppdragelse vil etter mitt syn være både helsefremmende og forebyggende. Funnene i våre studier tyder på at betydningsfulle og varige endringer i foreldres oppdragelsespraksis kan oppnås gjennom kortversjonen av DU Å-programmet tilbudt foreldre av den generelle barnepopulasjonen.

Barna i denne studien levde i familier med høy sosioøkonomisk status (SES). Foreldrene representerte to-foreldre-familier i fulltids arbeid og med høy utdanning. Dette er i overensstemmelse med annen forskning, som viser at familier med høy SES i større grad melder seg på oppmøtebaserte foreldreveiledningsprogrammer (Morawska & Sanders, 2006). Resultatene i studien forstås som en tendens hos foreldre med høy SES til å være mer proaktive enn foreldre med lav SES, og disse foreldrene vegret seg dermed ikke for å delta i foreldreveiledningstiltaket. At foreldreveiledningen ble tilbudt gjennom deltakelse i et forskningsprosjekt, kan ha bidratt til at det i

enda mindre grad var stigmatiserende for høyt utdannede foreldre å delta. Når det gjelder spørsmålet om man kan forvente de samme effektene i en gruppe foreldre med lavere SES, spriker forskningen noe ut fra om det er intervensjoner for universelle, selekterte eller indikerte grupper. I en evaluering av DU Å rettet mot mødre med lav SES fant Baydar og hennes kollegaer (Baydar, Reid & Webster-Stratton, 2003) at mødrene i studien som lot seg engasjere, og fikk gode effekter av programmet. I en annen studie viste Calam med kollegaer (Calam, Sanders, Miller, Sadhnani & Carmont, 2008) at å få foreldre til å følge med på en TV-serie med seks episoder («sessions») av intervensjonen Triple P, styrket barnas atferd og foreldrenes oppdragelsespraksis etter at foreldre hadde sett serien.

**«Kursgruppen vår viste en reduksjon i røffe oppdragelsesstrategier, en økning i positive foreldrestrategier og en økning i foreldrenes tilfredshet»**

Resultatene i vår norske studie er interessante og reiser flere viktig spørsmål for faglige og politiske beslutningstakere som arbeider med å utvikle og implementere kommunebaserte helsefremmende og forebyggende tiltak relatert til barns utvikling og sosioemosjonelle helse. Mye forskning dokumenterer at det er en høy grad av stabilitet i atferdsvansker hos små barn, og at tidlig debut med slike vansker er den viktigste risikofaktoren for utvikling av en rekke akademiske, sosiale og psykiske vansker (se f.eks. Briggs-Gowan & Carter, 2008; Côté mfl., 2006; Webster-Stratton, 1998). Denne kunnskapen gjør det svært viktig å implementere strategier for å identifisere disse barna i så tidlig alder som mulig. Gjennomsnittsalderen for barna i vår studie var under fire år, og sammenlignet med gjennomsnittsalderen for de barna som får tilbud om forebyggende intervensjoner i norske kommuner og i spesialisthelsetjenesten, er barna i studien svært små barn. Da man evaluerte effektene av DU Ås behandlingsprogram i Norge, var gjennomsnittsalderen for barna i studien cirka seks og et halvt år (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård & Mørch, 2009), og forskerne hadde uttalte problemer med å rekruttere de minste barna til behandling. Det er positivt at vårt prosjekt lyktes med å rekruttere de yngste barna, da det er i denne gruppen man kan forvente de største forebyggende effekter på lang sikt (Gardener, Sonuga-Barke & Sayal, 1999).

Hele 22 % av barna der foreldrene meldte interesse for å delta i studien, ble ekskludert fra studien og henvist til behandling på grunn av høye ECBI-skårer. Gjennom tilbudet om en universell helsefremmende og forebyggende intervensjon i kommunen ble på denne måten en stor andel barn med reelle atferdsproblemer identifisert og henvist til behandling i forebyggende helsetjenester eller i spesialisthelsetjenesten. Dette viser hvordan foreldreveiledningstiltak tilbudt foreldre av den generelle barnebefolkningen kan ha stor betydning for å styrke tidlig identifisering og derigjennom bidra til tidlig intervensjon overfor små barn med behov for behandling for vanskene sine.

**Tabell 1. Gruffeforskjeller fra pre- til post-test, og et års oppfølging.**

Intervensjon (? = 89)			Kontroll (? = 97)			Intervensjon vs. Kontroll		
Pre	Post	Oppfølging	Pre	Post	Oppfølging			
M	M	M	M	M	M	F <sub>1, 183</sub> (?)	F <sub>1, 183</sub> (?)	F <sub>1, 183</sub> (?)

	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)	Pre- post	Pre- follow up	Post- follow up
ECBI intensitet	104,2	98,2	98,1	102,0	100,2	98,2	4,0*	0,8	1,6
	(18,6)	(17,6)	(19,8)	(14,4)	(17,4)	(16,5)	(0,02)	(0,004)	(0,01)
PPI røff disiplin	1,96	1,71	1,76	1,93	1,87	1,86	18,3***	9,9**	2,4
	(0,47)	(0,40)	(0,40)	(0,38)	(0,42)	(0,39)	(0,09)	(0,05)	(0,01)
PPI positiv oppdragelsespraksis	4,56	5,13	5,05	4,49	4,67	4,75	45,9***	24,8***	9,2**
	(0,49)	(0,52)	(0,47)	(0,57)	(0,58)	(0,53)	(0,20)	(0,12)	(0,05)
PSOC tilfredshet	39,4	42,6	43,0	40,1	41,7	42,5	7,8**	4,1*	0,6
	(6,6)	(6,1)	(5,6)	(6,0)	(6,5)	(6,4)	(0,04)	(0,02)	(0,003)
PSOC effektivitet	31,4	33,6	33,8	31,8	32,9	33,6	9,9**	2,4	3,1
	(3,6)	(3,6)	(3,6)	(3,8)	(3,9)	(3,9)	(0,05)	(0,01)	(0,02)

## Konklusjon

Strukturert, gruppebasert foreldreveiledning kan være et effektivt virkemiddel for å endre foreldres oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil og for å styrke deres opplevde kompetanse i foreldrerollen. Foreldreveiledningsprogrammet («Basic») som kurset i denne studien baserer seg på, er videreutviklet og fornyet av opprinnelsesmiljøet i USA. På bakgrunn av funnene i denne studien har Carolyn Webster-Stratton utviklet et nytt 6-ukers foreldreveiledningsprogram («Attentive Parenting») rettet mot den universelle populasjonen. Dette programmet er under utprøving i tre kommuner i Norge. En svakhet ved studien er at evalueringene av barnas atferd kun bygger på foreldres selvrapporteringer.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 12, 2012, side 1174-1179*

### TEKST

**Charlotte Reedtz**, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord -psykisk helse og barnevern (RKBU Nord)

KONTAKT: charlotte.reedtz@uit.no

+ Vis referanser

### Referanser

Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index (3. utg.). Odessa, USA: Psychological Assessment Resources.

Andersson, H. W., Ose, S. O. & Sitter, M. (2005). Psykisk helsevern for barn og unge - Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. SINTEF rapport.

Bauer, N. S., & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 654-660.

Baydar, N., Reid, M. J. & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74, 1433-1453.

Beauchaine, T. P., Webster Stratton, C. & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of*



Consulting and Clinical Psychology, 73, 371-388.

Biglan, A. (1995). Translating what we know about the context of antisocial behavior into a lower prevalence of such behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 479-492.

Briggs-Gowan, M. J. & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121, 957.

Calam, R., Sanders, M. R., Miller, C., Sadhni, V. & Carmont, S. A. (2008). Can Technology and the Media Help Reduce Dysfunctional Parenting and Increase Engagement With Preventative Parenting Interventions? *Child Maltreatment*, 13, 347.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Côté, S. M., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S. & Tremblay, R. E. (2006). The Development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 68-82.

Ellingson, K. D., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Horwitz, S. M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems predictors of sharing parental concern with health providers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 766-772.

Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M. & Mørch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 438-451.

Fossum, S. & Mørch, W.-T. (2005). «De utrolige årene» - empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 195-203.

Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R. & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30, 493-501.

Gardner, F., Sonuga-Barke, E. J. S. & Sayal, K. (1999). Parents Anticipating Misbehaviour: An Observational Study of Strategies Parents Use to Prevent Conflict with Behaviour Problem Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1185-1196.

Granic, I. & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W. & Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.

Hutchings, J. & Lane, E. (2005). Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 386.

Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.

Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Muller, K. E. & Nizam, A. (1998). *Applied regression analysis and other multivariable methods* (3. utg.). By Duxbury Press.

Kornør, H. & Martinussen, M. (2011). PSI: Parenting Stress Index, 3, versjon. I H. Kornør (red.), *Måleegenskaper ved tester og kartleggingsverktøy for psykososiale tjenester*. Nedlastet fra <http://psyktest.no/PsykTestBARN/PSI.63155.cms>

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., Mørch, W. T. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42-52.

Lundahl, B. W., Nimer, J. & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 3, 251-262.

Morawska, A., Winter, L. & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child: Care. Health and Development*, 35, 217-226.

Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge. Avhandling til graden doctor philosophiae (dr. philos)*. Universitetet i Bergen.

Ohan, J. L., Leung, D. W. & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence Scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 251-261.

Rausch, J. R., Maxwell, S. E. & Kelley, K. (2003). Analytic methods for questions pertaining to a randomized pretest, posttest, follow-up design. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 467-486.

Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J. I. M., 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, 31-38. Reedtz, C., Martinussen, M. (2012). Kartlegging av atferdsvansker: Eyberg Child Behavior Inventory.

- Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2, 156-158. Reedtz, C., Martinussen, M., Jørgensen, F. W., Handegård, B. H. & Mørch, W. T. (2011). Parents seeking help in child rearing: who are they and how do their children behave? *Journal of Children's Services*, 4, 264-275.
- Reedtz, C., Handegård, B. H. & Mørch, W. T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131-137.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M. & Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 22-29.
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T. & Carmont, S. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 924-932.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 649-659.
- Scott, S., Spender, Q., Dooland, M., Jacobs, B. & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behavior in clinical practice. *British Medical Journal*, 323, 1-7.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Webster Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers, and children series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. I A. E. & Kazdin J. R. Weisz (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: The Guilford press.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 943-952.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 105-124.
- Weitzman, C. C. & Leventhal, J. M. (2006). Screening for behavioral health problems in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 641.