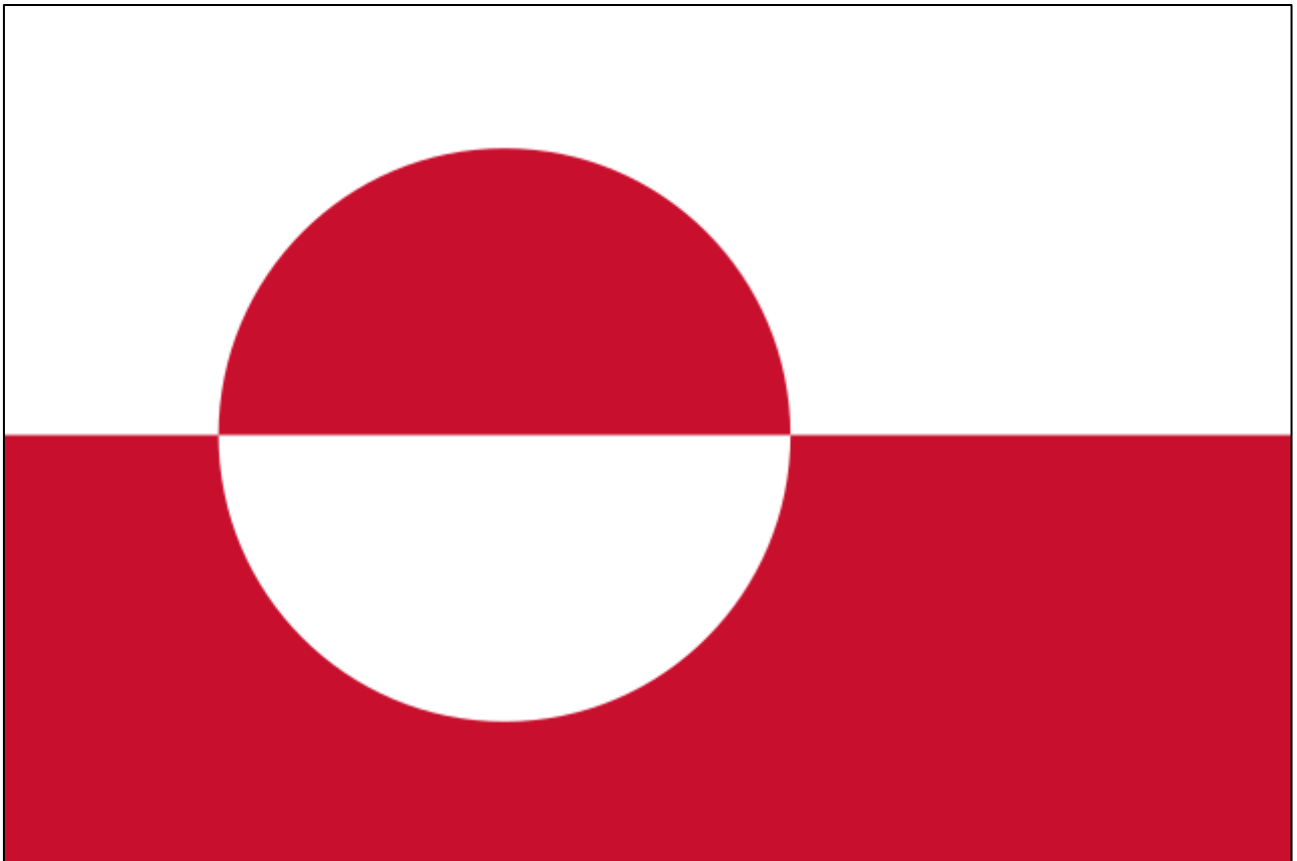


**SDQ NORMDATA FOR DEN GRØNLANDSKE UDGAVE
AF STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE**



Trine Banzon & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU

2023

Titel: SDQ normdata for den grønlandske udgave af Strengths and Difficulties Questionnaire

Udgiver: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Udgivelse: Oktober, 2023

Forfattere:

Trine Banzon

Ask Elklit

© Videnscenter for Psykotraumatologi

Institut for Psykologi

Syddansk Universitet

Campusvej 55 5230 Odense M

Denne rapport kan frit citeres ved brug af nedenstående kildeangivelse: Banzon, T. & Elklit, A. (2023). *SDQ normdata for den grønlandske udgave af Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.

SDQ normdata for den grønlandske udgave af Strengths and Difficulties Questionnaire

Indholdsfortegnelse

Introduktion	1
Hvad er SDQ?.....	2
<i>Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.....</i>	<i>3</i>
<i>Adfærdsmæssige symptomer</i>	<i>4</i>
<i>Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder.....</i>	<i>5</i>
<i>Følelsesmæssige symptomer</i>	<i>5</i>
<i>Sociale styrkesider</i>	<i>6</i>
Hvad kan SDQ bruges til?.....	7
Undersøgelsens metode: Forældreudgaven	8
Undersøgelsens metode: Selvrapporteringsudgaven	10
Normdata	11
<i>Kønsmæssige forskelle.....</i>	<i>11</i>
<i>Aldersforskelle</i>	<i>12</i>
<i>Bopælsforskelle</i>	<i>12</i>
Diskussion	12
Konklusion.....	16
Litteratur	17
Table 1. Norms for the full self-report sample (11-17 years)*	20
Table 2. Norms for the full parent-report sample (3-14 years)*	21
Table 3. Norms for the parent-report SDQ differentiated by age groups*	21

Introduktion

Denne rapport præsenterer normdata for Strengths and Difficulties spørgeskemaet på grønlandsk i forældre- og selvrapporteringsversionen. Skemaet og de normer, der er tilvejebragt, betyder at det bliver muligt mere præcist at identificere de børn og unge, som har størst brug for hjælp.

Da vi ofte ser betydelige forskelle mellem hvordan forskellige informanter svarer på samme spørgsmål (for eksempel forældre, lærere og børnene selv) (De Los Reyes et al., 2015), kan det give værdifuld information ikke blot at spørge en forælder, men også inddrage barnet selv i besvarelsen af Strengths and Difficulties Questionnaire. Tilsammen kan de to skemaer og det tilhørende normmateriale medvirke til forbedrede hjælpemuligheder for mange grønlandske børn og unge. Det vil kunne hjælpe fagpersoner og myndigheder til at prioritere indsatserne der, hvor behovet er størst. Samtidig bliver det også muligt at evaluere effekten af psykosociale interventioner og behandling, så man kan få et klart billede af hvor virksomme de er. Endvidere betyder de to redskaber at det fremover bliver muligt at validere andre tests på grønlandsk, både indenfor småbørnsområdet, skoleområdet og hos de unge, som kan give yderligere viden om børns psykiske problemer såvel som bidrage til at gøre en behandling mere effektiv.

Ifølge en undersøgelse fra Center for Folkesundhed i Grønland (2021) har omkring halvdelen af grønlændere oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet enten "ofte" eller "af og til". Derudover har 30-40% af befolkningen oplevet vold i barndomshjemmet, mens 40% kvinder og 12% mænd har oplevet seksuelle overgreb, inden de var fyldt 18 år. Alkoholproblemer, vold og seksuelle overgreb er alle oplevelser, som kan føre til udviklingen af traumer, posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), og som kan føre til mistrivsel blandt de børn, som har disse oplevelser (Ottendahl et al., 2021). Det er derfor relevant at kunne identificere børn, som er i risiko for dårlig trivsel og traumatisering. Det kan man ved hjælp af Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som kan belyse et barns styrker og vanskeligheder (Obel et al., 2003). Spørgeskemaet bruges i dag

over hele verden, og kan udfyldes af barnet selv, barnets forældre eller barnets daglige omsorgsgivere og lærere (Arnfred et al., 2019).

I 2008 offentliggjorde SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (i dag: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) en rapport, hvori de kortlagde 0-14-årige børns og familiers trivsel i Grønland (Christensen et al., 2008). I deres undersøgelse benyttede de SDQ til at kortlægge børns trivsel gennem forældrerapportering. Børnene i undersøgelsen var mellem 0 og 14 år gamle, fra hele Grønland og tilfældigt udvalgt (Christensen et al., 2008). Den indsamlede data på SDQ-besvarelserne kan derfor benyttes som normdata for grønlandske børns scoringer på SDQ-spørgeskemaet, når mødrene vurderer børnenes trivsel og mentale helbred.

I 2022-2023 har Videnscenter for Psykotraumatologi i samarbejde med Departementet for Sociale Anliggender i Grønland indsamlet et repræsentativt materiale for 11-17-årige børn og unges selvrapporterede SDQ-skemaer. Dette materiale kan benyttes som normdata for grønlandske børns scoringer på SDQ-spørgeskemaet, når børnene selv vurderer deres egen trivsel og mentale helbred. Det betyder, at vi nu kan fortælle noget om, hvad der ligger indenfor og udenfor normalområdet for jævnaldrende grønlandske børn, når et grønlandsk barn vurderes med SDQ-spørgeskemaet.

Denne rapport præsenterer normdata for forældre- og selvrapporteringsversionen og kan ses som et praktisk værktøj i scoringen og tolkningen af SDQ, når den anvendes med det enkelte barn.

Hvad er SDQ?

SDQ er et kort adfærdsbaseret spørgeskema på 25 spørgsmål, som kan bruges til at vurdere mental sundhed og mistrivsel hos børn og unge i alderen 2-17 år (Obel et al., 2003; Arnfred et al., 2019).

De første versioner af SDQ-spørgeskemaet blev publiceret af den britiske psykiater Robert Goodman i 1997 (Goodman, 1997). Spørgeskemaet blev oversat til dansk i 2007 og har siden været brugt i en lang række forskningsprojekter (Obel et al., 2016). Den danske udgave af spørgeskemaet

har gode psykometriske egenskaber og høj brugertilfredshed (Niclasen et al., 2012; Niclasen et al., 2013). I dag bruges SDQ-spørgeskemaet over hele verden, og er et af de mest populære spørgeskemaer til vurdering af børn og unges mentale helbred (Arnfred et al., 2019).

Som antydnet i spørgeskemaets navn kan de 25 spørgsmål bruges til at belyse barnets eller den unges styrker og vanskeligheder (Arnfred et al., 2019). For at få et nuanceret billede af barnets styrker og vanskeligheder på forskellige livsarenaer, er SDQ udviklet i versioner til både selvrapportering (fra 11 år), forælderreportering og lærer- eller pædagograpportering (Obel et al., 2016). Spørgsmålene er formuleret som udsagn om barnets adfærd over de sidste seks måneder. For hvert spørgsmål bedes barnet, forælderen eller læreren/pædagogen svare på en 3-punkt Likert-skala, hvorvidt udsagnet ”passer ikke” (=0), ”passer delvist” (=1) eller ”passer godt” (=2) (Obel et al., 2003). Spørgsmålene er inddelt i fem subskalaer, som hver indeholder fem spørgsmål. Fire subskalaer vurderer barnets vanskeligheder, mens den femte subskala afdækker barnets styrker. Spørgsmålene er blandede, så de, der udfylder spørgeskemaet, ikke præsenteres for dem i rækkefølge eller ordnet efter område. Dette sker, for at søge at undgå, at informanten er farvet af foregående svar (Obel et al., 2016). De fem subskalaer, som der spørges ind til, er; 1) vanskeligheder i forhold til jævnaldrende, 2) adfærdsmæssige symptomer, 3) hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder, 4) følelsesmæssige symptomer, og 5) sociale styrkesider (Obel et al., 2003). Nedenfor præsenteres de fem subskalaer og hvad man kan udlede ved henholdsvis en høj eller en lav score på subskalaen.

Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende

Børnenes relationer til jævnaldrene er belyst gennem spørgsmål om, hvorvidt barnet har mindst én god ven, leger med andre børn eller mest leger alene, om barnet er vellidt af andre børn, om barnet bliver mobbet, samt om barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn (Christensen et al., 2008).

Udsagnene beskriver forskellige aspekter af barnets sociale funktion med fokus på jævnaldrende (Obel et al., 2016). En lav delscore i denne subskala er et udtryk for, at barnet eller den unge ikke har problemer eller vanskeligheder i relationer til jævnaldrende, hvilket kan ses som beskyttende mod mistriivsel (Obel et al., 2016). En høj delscore betyder derimod, at den unge har en isoleret position i forhold til jævnaldrende, som bør tages alvorligt (Obel et al., 2016). En høj delscore kan ses som et udtryk for mistriivsel på dette område (Obel et al., 2016).

Adfærdsmæssige symptomer

Børnenes adfærdsproblemer belyses gennem spørgsmål om, hvorvidt barnet som regel gør, hvad der bliver sagt, om barnet har raserianfald eller let bliver hidsig, om barnet kommer i slagsmål med eller mobber andre børn, om barnet lyver eller snyder samt om barnet stjæler fra hjemmet eller andre steder (Christensen et al., 2008).

Udsagnene beskriver adfærdsmæssige problemer og omfatter adfærd af mere udadreagerende og i de fleste sociale sammenhænge uacceptabel adfærd (Obel et al., 2016). En lav delscore i denne subskala er et udtryk for, at barnet generelt opfører sig socialt acceptabelt, ikke har adfærdsproblemer og fungerer godt på dette område (Obel et al., 2016). En høj delscore betyder derimod, at barnet er udadreagerende. En høj score i denne subskala ses sjældent isoleret fra andre vanskeligheder, og forekommer ofte sammen med en høj score i subskalaen for hyperaktivitet (Obel et al., 2016). Det er samtidig relevant at vurdere de enkelte spørgsmål, og i hvilken sammenhæng, problemer forekommer. Det kan derfor være særligt relevant at holde besvarelser fra forskellige informanter op mod hinanden (Obel et al., 2016).

Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder

Børnenes hyperaktivitet er belyst gennem spørgsmål om, hvorvidt barnet er rastløst, overaktivt og har svært ved at holde sig i ro i længere tid, om barnet kan sidde stille på stolen, har svært ved at holde hænder og fødder i ro, om barnet let bliver distraheret og mister koncentrationen, om barnet tænker sig om før det handler, samt om barnet færdiggør opgaver og er god til at fastholde opmærksomheden (Christensen et al., 2008).

Udsagnene har til formål at beskrive impulsivitet, hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder hos barnet. En lav delscore er et udtryk for, at barnet ikke har problemer på dette område (Obel et al., 2016). En høj delscore kan derimod tyde på, at barnet har hyperaktivitet eller opmærksomhedsproblemer. Denne slags vanskeligheder kan være særligt problematiske for børn, der skal fungere i en skolesammenhæng (Obel et al., 2016). Opmærksomhedsproblemer uden samtidige vanskeligheder med impulsivitet og hyperaktivitet kan let overses, hvis der kun benyttes forældre- og lærerrapportering. Det kan derfor være særligt vigtigt at medtage barnet eller den unges besvarelse på SDQ-spørgeskemaet, hvis de er over 11 år eller gennem en samtale med barnet, hvis det er yngre (Obel et al., 2016).

Følelsesmæssige symptomer

Børnenes emotionelle problemer er belyst gennem spørgsmål om, hvorvidt barnet ofte har hovedpine, ondt i maven eller kvalme, om barnet bekymrer sig om mange ting eller ofte virker bekymret, om barnet ofte er ked af det, trist eller har let til gråd, om barnet er bange for mange nye ting og let bliver skræmt, samt om barnet er utryk eller klæbende i nye situationer og let bliver usikker (Christensen et al., 2008).

Udsagnene beskriver følelsesmæssige symptomer og omfatter adfærd relateret til angst, depression og funktionelle problemer (Obel et al., 2016). En lav delscore på denne subskala er et udtryk for, at barnet sandsynligvis ikke har følelsesmæssige eller emotionelle vanskeligheder (Obel et al., 2016). Der er dog risiko for, at disse vanskeligheder går uopdagede, hvis det kun er forældre eller lærere/pædagoger, som besvarer SDQ-spørgeskemaet. Det er derfor relevant at inddrage selvrapportering, som ofte rapporteres højere af barnet eller den unge selv – formodentlig, fordi disse problemer ikke påvirker omgivelserne så direkte som vanskeligheder på andre subskalaer, for eksempel hyperaktivitet (Obel et al., 2016). En høj delscore tyder på problemer indenfor disse områder. En høj score kan være en følge af barnet eller den unges vanskeligheder på andre subskalaer, men kan også eksistere uden samtidige problemer på andre subskalaer. I situationer, hvor delscoren er høj, vil det være relevant at være opmærksom på de sociale forhold, hvor problemerne optræder og ses (Obel et al., 2016).

Sociale styrkesider

Børnenes prosociale adfærd belyses gennem spørgsmål om, hvorvidt barnet er hensynsfuld og betænksom overfor andre, om barnet deler med andre børn (slik, legetøj, spil el. lign.), om barnet prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller skidt tilpas, om barnet er god mod yngre børn, samt om barnet tilbyder at hjælpe andre ofte (forældre, lærere eller andre børn) (Obel et al., 2016).

Udsagnene beskriver barnets prosociale adfærd og er alle positivt formuleret. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at en høj score på denne subskala er positiv, hvorimod den på de andre subskalaer var negativ. En høj delscore kan ses som et udtryk for, at barnet viser prosocial adfærd, hvilket kan være en beskyttende faktor for barnets mentale sundhed og trivsel, da de øger potentialet for gode relationer til både voksne og jævnaldrende (Obel et al., 2016). En lav delscore

kan derimod betyde, at barnet ikke udviser prosocial adfærd. Da det er centralt for barnets muligheder for at knytte positive sociale relationer, er det relevant at være opmærksom på, om barnet scorer højt på andre subskalaer. Specielt kan det være relevant at se på scoren for relationer med jævnaldrene, for at afdække, hvorvidt der er tale om generel nedsat empatisk evne eller en mere socialt betinget mangel på prosocial adfærd (Obel et al., 2016).

På baggrund af informanternes besvarelser af SDQ-spørgeskemaet kan der udregnes forskellige scorere. Der kan udregnes delcores og en samlet SDQ-score, som kalkuleres på baggrund af de fire subskalaer, som afdækker barnets vanskeligheder (www.sdq.dk). Scoringen af SDQ-spørgeskemaet muliggør, at den enkelte score kan sammenlignes med viden om, hvordan informanter almindeligvis svarer på SDQ-skemaet med hensyn til hyppighed, kendte problemmønstre, indsatsmuligheder og prognose (Obel et al., 2016).

Hvad kan SDQ bruges til?

SDQ-spørgeskemaet giver et systematisk indblik i barnet eller den unges mentale sundhed (Obel et al., 2003). Besvarelser fra henholdsvis forældre, lærere/pædagoger og barnet selv kan hver for sig give et godt indtryk af barnets styrker og vanskeligheder, men især en kombination af flere besvarelser kan give værdifulde informationer (Obel et al., 2016). De ligheder og forskelle, som kan eksistere mellem de forskellige informanternes besvarelser af samme spørgsmål, kan bidrage med vigtige pointer om, hvordan barnets hverdag kan udløse forskellig adfærd hos barnet, afhængig af, hvilken situation det sættes i (Obel et al., 2016).

Det kan danne grundlaget for at kortlægge de vanskeligheder, barnet har i sin interaktion med omgivelserne, og kan derfor være et relevant redskab i den elementære udredning af et barn (www.sdq.dk). Ligeledes kan besvarelsen på SDQ-spørgeskemaet anvendes i planlægningen af en

passende intervention for barnet, samt i opfølgning og evaluering af indsatser. SDQ-skemaet kan både dokumentere, hvis der er sket positive forandringer eller hvis der er væsentlige forhold, som det ikke er lykkedes at ændre. Dermed kan en opfølgende besvarelse danne baggrund for en revurdering af indsatsen om et barn. Endelig kan SDQ-skemaet benyttes i forskning med flere funktioner, herunder til at belyse den eventuelle effekt af en given indsats på børns trivsel og funktion (www.sdq.dk).

Undersøgelsens metode: Forældreudgaven

I 2008 udkom undersøgelsen ”Børn i Grønland: En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel” fra VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (tidligere SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd).

Undersøgelsen søgte at få et bedre overblik over grønlandske børn og familiers generelle trivsel samt forekomsten af omsorgssvigt (Christensen et al., 2008). I den forbindelse har VIVE i samarbejde med Landsstyret ved Departementet for Familie og Sundhed og med hjælp fra Grønlands Statistik foretaget en kvantitativ, telefonisk interviewundersøgelse. I undersøgelsen er der spurgt ind til; familie og aktiviteter; børns trivsel; omsorgssvigt; familier, der har modtaget hjælp fra det offentlige; familiens ressourcer og børns trivsel, herunder forholdene for børn af enlige mødre og børn i plejefamilier (Christensen et al., 2008). I interviewundersøgelsen er der desuden inkluderet SDQ-spørgeskemaet i forbindelse med undersøgelsen af børnenes trivsel.

I undersøgelsen er det de 0-14 årige børns mødre (i enkelte tilfælde fædre), som er blevet interviewet. Børnene blev tilfældigt udtrukket af Grønlands Statistik og omfatter børn født i perioden 1993-2006. I alt blev der udtrukket 1300 børn. Da det var børn som blev udtrukket, og ikke familier, kan der være flere børn fra samme familie, som blev udtrukket til at deltage (Christensen et al., 2008). Interviewskemaet blev udarbejdet på dansk og derefter oversat til

grønlandsk. Telefoninterviewene blev derefter udført på grønlandsk af grønlandske interviewere. Interviewet tog i gennemsnit omkring 45 minutter og interviewene blev gennemført i perioden oktober 2007 til april 2008 (Christensen et al., 2008).

Af de 1300 børn, som blev udtrukket til undersøgelsen, var 12 flyttet til Danmark og blev derfor trukket ud af undersøgelsen. Af de kontaktede familier afslog 30, 68 var flyttet til en anden adresse og kunne ikke findes og to familier var bortrejst, så interviewet ikke kunne gennemføres. Desuden blev 28 interviews gennemført, men besvarelsen gik tabt grundet computernedbrud. I alt deltog 1160 børns forældre i undersøgelsen. I undersøgelsen indgår altså 90% af de kontaktede børn og familier (Christensen et al., 2008). Det svarer til 8% af det samlede antal børn i alderen 0-14 år, som boede på Grønland i perioden, hvor undersøgelsen foregik (Christensen et al., 2008). Mødrene til de mindste børn fra 0-2 år blev ikke interviewet med SDQ, så i alt 942 deltagere blev stillet spørgsmålene i SDQ'en. Af disse var 652 fulde SDQ-besvarelser, mens 287 havde delvise besvarelser af SDQ. Det gav i alt 939 deltagere i undersøgelsen og den efter følgende dataanalyse. Af de børn, hvis forældre svarede på SDQ, var 436 (46,4%) piger og 503 (53,6%) drenge. De fleste børn var født i 1997 og var derfor 9-10 år da undersøgelsen fandt sted (11,5%), mens færrest børn var født i 2000 og var 6-7 år (7,7%). Der var dog en god repræsentation i alle aldersgrupper. Undersøgelsen fra 2008 fandt, at de fleste børn i Grønland i alderen 0-14 år trivedes og havde et almindeligt godt og velfungerende liv (Christensen et al., 2008). Et stort mindretal havde dog alvorlige vanskeligheder; de blev drillet, holdt uden for kammeratskabet og var hverken glade for livet eller for skolen (Christensen et al., 2008). En gruppe børn oplevede desuden trivselsproblemer, seksuelle overgreb, fysisk mishandling, forældre med alkoholproblemer, samt forældre med få økonomiske, sociale og personlige ressourcer (Christensen et al., 2008).

Undersøgelsens metode: Selvrapporteringsudgaven

I 2022 begyndte indsamlingen af et repræsentativt normmateriale for den grønlandske selvrapporteringsversion af SDQ. Spørgeskemaet blev oversat til grønlandsk (kalaallisut) og derefter tilbageoversat og tilpasset, hvorefter det blev accepteret af den internationale SDQ-organisation (www.sdqinfo.org). Ved hjælp af administrative lister fra Departementet for Uddannelse i Grønland blev et repræsentativt udsnit af børn og unge i alderen 11-17 år udvalgt til at deltage i undersøgelsen. Skoler rundt omkring i Grønland blev udvalgt til at deltage på baggrund af befolkningsstørrelsen i de forskellige byer og bygder. For de skoler som sagde ja til at deltage i undersøgelsen, kom Børnerejsholdet på besøg og uddelte spørgeskemaer til børnene i klasseværelset. På forhånd var børnenes forældre blevet informeret om undersøgelsen og havde mulighed for at sige fra, hvis ikke de ønskede, at deres børn skulle deltage i undersøgelsen. Børnene blev på dagen informeret om formålet med undersøgelsen, og havde ligeledes mulighed for at sige fra, hvis de ikke selv ønskede at deltage. Spørgeskemaet blev besvaret på papir og var anonyme, så det enkelte barns besvarelse ikke kunne genkendes. I nogle tilfælde var det lærerne, som stod for at uddele spørgeskemaet, og i andre tilfælde udfyldte børnene spørgeskemaet online. Psykologer og lærere i klasseværelset hjalp børnene med at forstå spørgsmål, hvis de blev spurgt om hjælp. Spørgeskemaerne blev indsamlet mellem marts 2022 og februar 2023.

I alt fik 704 børn udleveret SDQ-spørgeskemaet. Af disse besvarede 548 børn det fulde spørgeskema, mens 93 havde delvise besvarelser. I alt blev 641 spørgeskemaer inkluderet i den videre dataanalyse. Af disse var 332 (51,8%) piger, 304 (47,4%) drenge, mens 5 (0,8%) ikke valgte en svarmulighed. Flest børn var 13 (18,6%) og 14 år (17,3%), mens færrest var 16 (5,8%) og 17 (7,5%) år. Det var generelt en udfordring at få nok besvarelser for de 16-17-årige, da mange unge var droppet ud eller færdige med skolen, og vi derfor ikke havde en indgang til at få fat i disse.

Normdata

Det er værd at bemærke, at børnene selv scorer væsentligt højere på SDQ'en end forældre gør, når de svarer på vegne af deres børn. Derfor ser vi også højere normscores for selvrapporteringsudgaven i forhold til forælderapporteringsudgaven. Se normtabeller i Tabel 1, 2 og 3.

I det følgende præsenteres tre analyser af fordelinger på SDQ-spørgeskemaet, herunder; 1) fordeling efter sværhedsgrad og køn, 2) fordeling efter sværhedsgrad og alder og 3) fordeling efter sværhedsgrad og bopæl.

Kønsforskelle

For forældredugaven er der gennemgående ikke de store kønsforskelle ved en visuel inspektion af tabellen. En statistisk analyse (one-way ANOVA) viser, at der er signifikante kønsforskelle på fire subskaler: hyperaktivitet-uopmærksomhed, emotionelle vanskeligheder, adfærdsproblemer og prosocial adfærd, hvor drenge scorer højest på de tre første og pigerne højest på den sidste.

Drengene scorer også højest på den samlede score. En analyse af effektstørrelse viser imidlertid at forskellene er små (η^2 ligger mellem .021 og .031). Så forskellene er primært en funktion af samplets størrelse.

For selvrapporteringsudgaven rapporterede piger i højere grad emotionelle vanskeligheder end drengene, med en stor effektstørrelse (η^2 på .145). Piger scorede også højere på vanskeligheder med jævnaldrende og på totalscoren, men med mindre effektstørrelser (.020-.042). Piger scorede til gengæld også højest på prosocial adfærd, hvor en høj score signalerer mere prosocial adfærd (η^2 .006). Denne forskel er dog så lille, at den primært er en funktion af samplets størrelse.

Aldersforskelle

Tilsvarende analyser med one-way ANOVA viser, at der for forældreudgaven er signifikante aldersforskelle på totalscoren og emotionelle vanskeligheder. Efterfølgende post-hoc analyser kan dog ikke finde signifikante forskelle for de enkelte aldersgrupper. Forældre scorer således nogenlunde ens på tværs af børns aldre.

For børnene selv er der udelukkende aldersforskelle på prosocial adfærd, hvor ældre børn scorer højere end yngre børn.

Bopælsforskelle

Forskelle i sværhedsgrad på SDQ alt efter bopæl (by eller bygd) er udelukkende undersøgt for selvrapporteringsudgaven, da denne data ikke er indsamlet på forældreudgaven. Der blev fundet forskelle på hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder, hvor børn i byer scorede højere end børn i bygder, og på vanskeligheder med jævnaldrende, hvor børn i bygder scorede højere end børn i byer. For begge undersøgelser er der dog små effektstørrelser (η^2 .011-.012).

For flere undersøgelser og mere uddybende information om de enkelte undersøgelser henvises der desuden til Banzon & Elklit (under review).

Diskussion

Der har generelt været god tilslutning til både den oprindelige undersøgelse fra SFI (VIVE) for 2008 (næsten 90% besvarelsesrate) og den nyere undersøgelse fra Videnscenter for Psykotraumatologi, hvor besvarelsesraten ikke er kendt, men hvor børn i skolerne generelt har svaret og forældrene generelt har givet lov til at børnene deltog i undersøgelsen.

Sammenligningen af de to undersøgelser besværliggøres af det faktum, at 1) besvarelsene ikke er indsamlet samtidig, men med flere års forskel, 2) besvarelsene er indsamlet med forskellige procedure, og 3) børnenes alder er forskellig i de to indsamlinger. Uagtet disse forbehold kan vi dog alligevel sige noget om de to sæt normer, når vi holder dem op mod hinanden. Vi ser blandt andet, at børnenes besvarelses er væsentligt højere end forældrenes besvarelses på børns vegne. Der kan være flere forklaringer på dette.

Først og fremmest er en mulig forklaring, at de er indsamlet mere flere års forskel. En undersøgelse af korrespondens mellem informanter (Rescorla et al., 2012), hvor 25 lande deltog, viste, at besvarelses indsamlet tidligere havde lavere problemscores end besvarelses indsamlet i senere år, både for forældre- og selvrapportering. Derfor kan forskellen være udtryk for en generel udvikling over årene, hvor man rapporterer flere problemer.

En anden mulig forklaring på forskellene i scores på forældre- og selvrapporteringsudgaven er de forskellige aldersgrupper i hver enkelt undersøgelse. Måske oplever ældre børn generelt flere problemer end yngre børn. Studier viser, at livskvaliteten for grønlandske børn falder mellem 11 og 15 år (Currie et al., 2012). Da gennemsnitsalderen er højere i selvrapporteringsversionen, kan det derfor være en forklaring på de højere scores i denne gruppe.

En tredje forklaring kan handle om de forskellige informanter i de to udgaver (hhv. børnene selv og forældrene). Forældre kan være mere tilbøjelige end børn og unge til at give socialt ønskværdige svar, og af den grund rapporterer de måske færre problemer for deres børn. Desuden kræver forældrerrapportering af forældrene har indsigt i børnenes problemer, hvorimod selvrapportering blot kræver at børnene selv kender deres problemer. Pålideligheden af forældrerrapportering udfordres, hvis ikke forældrene er opmærksomme på barnets problemer, hvilket kan være tilfældet, hvis forældrene enten selv er traumatiserede eller er genstanden til børnenes traumatisering (for

eksempel hvis forældrene er voldelige eller har alkoholmisbrug). En del forældre kan have denne udfordring, hvilket kan forklare de lavere normscores på forældreudgaven.

Også i de danske normer ser vi højere scores på selvrapporing i forhold til forældrerapporing. Dog ser vi det ikke i samme høje grad.

Det er en styrke for undersøgelse, at de er repræsentative for den underliggende population.

Børnene er ligeligt fordelt mellem piger og drenge og aldersgrupperne er tilnærmelsesvist lige store.

Der er færre 16-17-årige med i selvrapporingversionen. Mange unge dropper ud af skolen i den alder, og dem der er tilbage, kan tænkes at være bedre stillet end dem der er droppet ud. Denne

aldersgruppe er derfor muligvis bedre stillet end baggrundpopulationen i Grønland. I

forældreversionen var 15-17-årige ikke inkluderet. Vi mangler derfor normer for denne

aldersgruppe på forældreudgaven. Med den store uoverensstemmelse mellem forældre- og

selvrapporingudgaverne er det dog mere væsentligt at forholde sig til det, som børnene selv rapporterer, end det, forældrene fortæller. I kliniske sammenhænge bør børnenes stemmer derfor vægte højest.

Undersøgelsen fra 2008 er gennemført som telefoninterview (Christensen et al., 2008). Der er flere

udfordringer forbundet med brugen af telefoninterviews. Først og fremmest er familier udelukkede, som ikke har en telefon. Ud over de praktiske udfordringer forbundet med brugen af

telefoninterviews, peger flere undersøgelser på, at interviewet kan føles mindre personligt, idet det ikke for respondenter er muligt at have øjenkontakt med interviewer, ligesom det for

intervieweren kan være sværere at tilkendegive, at denne er interesseret og følger med i det der bliver sagt, for eksempel gennem nik eller smil (Burnard, 1994; Carr & Worth, 2001).

Det kan ligeledes være sværere for interviewer at tolke respondenterens reaktioner på spørgsmålene gennem for eksempel kropssprog, mimik og ansigtsudtryk (Carr & Worth, 2001). Det kan derfor

være sværere for interviewereren at afgøre, hvorvidt respondenteren har forstået spørgsmålet og svarer på et informeret grundlag, hvorvidt respondenteren er opmærksom og deltagende, samt hvorvidt respondenteren oplever situationen og spørgsmålene som acceptable og ikke grænseoverskridende. Tilsammen er det altså værd at være opmærksom på disse udfordringer i tolkningen og vurderingen af undersøgelser udført ved brug af telefoninterviews.

Der er samtidig fordele forbundet med udførelsen af telefoninterviews. En klar fordel er den økonomiske og tidsmæssige besparelse, idet interviewereren ikke skal rejse til respondenteren (Sweet, 2002). Det betyder desuden, at der er større mulighed for at inkludere respondenter, som bor langt væk eller på svært tilgængelige steder, som ellers ville være ekskluderet fra deltagelse i undersøgelsen. Det kan altså være nemmere at opnå en repræsentativ gruppe af respondenter.

Telefoninterviews kan samtidig være forbundet med planlægningsmæssige fordele, idet det ofte er nemmere at finde et tidspunkt, som passer både interviewer og respondenter, hvilket kan øge antallet af deltagere i en undersøgelse (Burnard, 1994). Det kræver desuden minimal plads, da interviewet kan gennemføres hvor som helst i rolige omgivelser (Burnard, 1994).

Den afstand, der både fysisk og mentalt er mellem interviewer og respondenter i et telefoninterview, kan give respondenteren mulighed for at føle sig mere anonym, hvilket kan tænkes at fremme respondenterens lyst til både at deltage i undersøgelsen, samt afgive oplysninger af mere personlig og sensitiv karakter (Burnard, 1994). Det betyder, at et telefoninterview kan tænkes at mindske bias, hvor respondenteren søger at fremstille sig selv på en mere socialt attraktiv måde (eng: social desirability bias) og derfor tilvejebringe mere ærlige svar på spørgsmålene, og derfor i højere grad repræsentere de faktiske forhold i befolkningen, som undersøges.

Konklusion

Denne rapport præsenterer normdata på forældre- og selvrapporteringsversionen af SDQ og kan ses som et praktisk værktøj i scoringen og tolkningen af spørgeskemaet, når den anvendes med det enkelte barn. Dette normmateriale er et skridt på vejen mod at forbedre hjælpemulighederne for grønlandske børn og unge. Normerne kan fungere som en hjælp til fagpersoner og myndigheder til at prioritere indsats der, hvor behovet er størst. Materialet i denne rapport kan desuden bruges selvstændigt i vurderinger af grønlandske børns styrker og vanskeligheder. Det betyder, at man nu kan fortælle noget om, hvad der ligger indenfor og udenfor normalområdet for jævnaldrende grønlandske børn, når et grønlandsk barn vurderes med SDQ-spørgeskemaet.

Materialet kan desuden bruges i evaluering og monitorering af psykosociale interventioner og behandling og kan guide indsats. Endvidere kan materialet fremover bruges i valideringen af andre tests på grønlandsk for børn og unge. Disse andre tests kan bidrage yderligere til viden om grønlandske børns psykiske udfordringer og kan dermed bidrage til at målrette behandling og gøre den mere effektiv.

Oplysninger fra børn og unge selv anses ofte for at være mere værdifulde i nogen henseender end forældrebesvarelser, fordi man får barnets stemme at høre i besvarelserne, og fordi forældre kan have svært ved i nogle tilfælde at se deres børns problemer. De to sæt skemaer kan imidlertid supplere hinanden ved de større børn og bruges dynamisk til at undersøge og diskutere forskelle ved problemløsning og intervention. Hos de mindre børn kan SDQ's forældreversion være en vigtig og praktisk anvendelig metode til at vurdere børns problemer og ressourcer.

Litteratur

- Arnfred, J., K. Svendsen, C. Rask, P. Jeppesen, L. Fensbo, T. Houmann, C. Obel, J. Niclasen and N. Bilenberg (2019). "Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire." *Dan Med J*, 66(6).
- Banzon, T. & Elklit, A. (under review). Greenlandic norms for the Parent-Report and Self-Report Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *International Journal of Circumpolar Health*.
- Burnard, P. (1994). The telephone interview as a data collection method. *Nurse Educ Today*, 14, 67-72.
- Carr, ECJ & Worth, A. (2001). The use of telephone interview for research. *NTresearch*, 6(1):511-24.
- Christensen, E., Kristensen, L. G. & Baviskar, S. (2008). *Børn i Grønland. En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel*. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Currie C et al. (2012) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858-900.
<https://doi.org/10.1037/a0038498>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581-6.

Internetsider: www.sdq.dk og www.sdqinfo.org

Niclasen J, Skovgaard AM, Andersen AMN, Sømhovd MJ, Obel C. (2013). A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A large scale cohort study. *J Abnorm Child Psychol*, 41, 355-65.

Niclasen J, Teasdale TW, Andersen AMN, Skovgaard AM, Elberling H, Obel C. (2012). Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One*, 7(2): e32025.

Obel, C., Arnfred, J., Svendsen, K., Breinholt, N., Langkilde, L. & Poulsen, S. H. (2016). *Måling af mental sundhed med spørgeskemaet SDQ*. Anvendelse af SDQ i Skolesundhed.dk. Center for Sundhedssamarbejde, Health, Aarhus Universitet.

Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H. P. & Bilenberg, N. (2003): Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Et nyt instrument til screening for psykopatologi i alderen 4-16 år. *Ugeskrift for Læger*, 165, 462-465.

Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P., Svarta, D. L., Sørensen, I., Olesen, I., Nielsen, M. S., Larsen, C. V. L. (2021). *Mental sundhed og helbred blandt 15-34 årige i Grønland: Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer*. Nuuk: Center for Folkesundhed i Grønland. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Rescorla, L. A., Ginzburg, S., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P. W. L., Minaei, A., Novik, T. S., Oh, K., . . . Verhulst, F. C. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717870>

Sweet L. (2002). Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research" *Contemp Nurse*, 12(1):58-63.

Table 1. Normer for selvrapporing (11-17 år)*

Begge køn				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/Lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 605)	0-6 (84.0%)	7 (7.2%)	8 (4.3%)	9-10 (4.5%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 593)	0-3 (77.6%)	4 (11.1%)	5 (6.7%)	6-10 (4.6%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 599)	0-5 (77.3%)	6 (11.2%)	7 (7.3%)	8-10 (4.2%)
Problemer med jævnaldrende (n = 588)	0-5 (82.0%)	6 (12.0%)	-	7-10 (6.0%)
Totalscore (n = 548)	0-18 (78.8%)	19-20 (9.9%)	21-23 (6.2%)	24-40 (5.1%)
Sociale styrkesider (n = 598)	5-10 (80.3%)	4 (10.7%)	3 (3.7%)	0-2 (5.3%)
Piger				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 319)	0-6 (75.2%)	7-8 (18.2%)	-	9-10 (6.6%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 311)	0-3 (77.2%)	4 (9.9%)	5 (8.4%)	6-10 (4.5%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 316)	0-5 (78.8%)	6 (10.1%)	7 (7.9%)	8-10 (3.2%)
Problemer med jævnaldrende (n = 305)	0-5 (80.0%)	6 (13.1%)	-	7-10 (6.9%)
Totalscore (n = 289)	0-19 (78.5%)	20-21 (11.1%)	22-24 (5.6%)	25-40 (4.8%)
Sociale styrkesider (n = 310)	5-10 (83.1%)	4 (9.4%)	3 (3.2%)	0-2 (4.3%)
Drenge				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 281)	0-4 (81.9%)	5 (8.5%)	6 (4.3%)	7-10 (5.3%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 277)	0-3 (78.7%)	4 (12.3%)	5 (4.7%)	6-10 (4.3%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 278)	0-5 (75.9%)	6 (12.2%)	7 (6.9%)	8-10 (5.0%)
Problemer med jævnaldrende (n = 279)	0-5 (83.9%)	6 (11.1%)	-	7-10 (5.0%)
Totalscore (n = 255)	0-17 (80.8%)	18-19 (7.8%)	20-21 (7.1%)	22-40 (4.3%)
Sociale styrkesider (n = 283)	5-10 (76.0%)	4 (12.4%)	3-2 (8.1%)	0-2 (3.5%)

*n-værdierne varierer, da det ikke er alle børn, som har svaret på det fulde SDQ-spørgeskema. Delvise svar er inkluderet hvis en fuld subskalascore kan udregnes.

†Scoringen af sociale styrkesider er omvendt, så en lav score betyder problemer på området.

Tabel 2. Normer for forælderrapportering (3-14 år)*

Begge køn				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 808)	0-3 (83.0%)	4 (9.4%)	5 (4.8%)	6-10 (2.8%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 872)	0-2 (81.3%)	3 (9.7%)	4 (4.1%)	5-10 (4.9%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 783)	0-3 (84.3%)	4 (6.6%)	5 (4.6%)	6-10 (4.5%)
Problemer med jævnaldrende (n = 860)	0-3 (86.9%)	-	4 (6.9%)	5-10 (6.2%)
Totalscore (n = 652)	0-10 (81.9%)	11-13 (9.1%)	14-16 (4.1%)	17-40 (4.9%)
Sociale styrkesider (n = 844)	8-10 (87.8%)	7 (5.6%)	6 (4.1%)	0-5 (2.5%)
Piger				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 386)	0-3 (84.7%)	4 (9.1%)	-	5-10 (6.2%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 417)	0-2 (83.7%)	3 (9.6%)	-	4-10 (6.7%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 382)	0-2 (78.8%)	3 (11.3%)	4 (3.9%)	5-10 (6.0%)
Problemer med jævnaldrende (n = 406)	0-2 (72.7%)	3 (15.7%)	4 (5.7%)	5-10 (5.9%)
Totalscore (n = 326)	0-9 (81.9%)	10-11 (9.8%)	12-13 (4.0%)	14-40 (4.3%)
Sociale styrkesider (n = 403)	9-10 (72.5%)	8 (17.9%)	7 (3.5%)	0-6 (6.4%)
Drenge				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 422)	0-3 (81.5%)	4 (9.7%)	5 (4.8%)	6-10 (4.0%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 455)	0-2 (79.1%)	3 (9.9%)	4-5 (6.8%)	6-10 (4.2%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 401)	0-3 (78.8%)	4 (9.2%)	5-6 (8.0%)	7-10 (4.0%)
Problemer med jævnaldrende (n = 454)	0-3 (85.5%)	4 (8.1%)	-	5-10 (6.4%)
Totalscore (n = 326)	0-11 (81.0%)	12-14 (8.6%)	15-19 (5.5%)	20-40 (4.9%)
Sociale styrkesider (n = 441)	8-10 (85.5%)	7 (7.5%)	6 (3.9%)	0-5 (3.1%)

*n-værdierne varierer, da det ikke er alle børn, som har svaret på det fulde SDQ-spørgeskema. Delvise svar er inkluderet hvis en fuld subskalascore kan udregnes.

†Scoringen af sociale styrkesider er omvendt, så en lav score betyder problemer på området.

Table 3. Normer for forælderrapportering inddelt efter aldersgrupper*

Yngste aldersgruppe (3-5 år), begge køn				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 146)	0-3 (81.5%)	4 (9.6%)	5 (6.2%)	6-10 (2.7%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 153)	0-2 (83.0%)	3 (9.2%)	4 (4.5%)	5-10 (3.3%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 133)	0-3 (82.7%)	4 (8.3%)	5 (3.0%)	6-10 (6.0%)
Problemer med jævnaldrende (n = 142)	0-2 (76.8%)	3 (10.5%)	4 (6.4%)	5-10 (6.3%)
Totalscore (n = 111)	0-10 (78.4%)	11-14 (12.6%)	15-16 (4.5%)	17-40 (4.5%)
Sociale styrkesider (n = 146)	8-10 (81.5%)	7 (6.8%)	6 (8.2%)	0-5 (4.5%)
Mellemste aldersgruppe (6-10 år), begge køn				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 373)	0-3 (81.2%)	4 (10.2%)	5 (5.1%)	6-10 (4.5%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 395)	0-2 (79.5%)	3 (10.9%)	4 (4.0%)	5-10 (5.6%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 360)	0-3 (82.8%)	4 (6.6%)	5 (4.8%)	6-10 (5.8%)
Problemer med jævnaldrende (n = 396)	0-3 (84.3%)	4 (8.9%)	-	5-10 (6.8%)
Totalscore (n = 306)	0-10 (79.4%)	11-13 (9.8%)	14-19 (4.9%)	20-40 (4.9%)
Sociale styrkesider (n = 386)	9-10 (71.8%)	8 (17.6%)	7 (4.9%)	0-6 (5.7%)
Ældste aldersgruppe (11-14 år), begge køn				
Skala	Gennemsnitlig	Let forhøjet/sænket†	Høj/lav†	Meget høj/lav†
Følelsesmæssige symptomer (n = 289)	0-2 (74.7%)	3 (11.5%)	4 (8.3%)	5-10 (5.5%)
Adfærdsvanskeligheder (n = 324)	0-2 (82.7%)	3 (8.7%)	4 (4.0%)	5-10 (4.6%)
Hyperaktivitet/koncentrationsbesvær (n = 290)	0-2 (76.2%)	3-4 (16.6%)	5 (5.1%)	6-10 (2.1%)
Problemer med jævnaldrende (n = 322)	0-2 (76.7%)	3 (13.1%)	4 (4.9%)	5-10 (5.3%)
Totalscore (n = 235)	0-8 (79.1%)	9-11 (11.1%)	12-14 (5.5%)	15-40 (4.3%)
Sociale styrkesider (n = 312)	8-10 (88.8%)	-	7 (5.8%)	0-6 (5.4%)

*n-værdierne varierer, da det ikke er alle børn, som har svaret på det fulde SDQ-spørgeskema. Delvise svar er inkluderet hvis en fuld subskalascore kan udregnes.

†Scoringen af sociale styrkesider er omvendt, så en lav score betyder problemer på området.