



HEILBRIGÐISDEILD

HJÚKRUNARFRÆÐI

2007

ÁHRIF BOWEN TÆKNI

Á BÖRN MEÐ OFVIRKNI OG/EDA ÁTHÝGLISBREST

LOKAVERKEFNI TIL B.SC. GRÁÐU Í HEILBRIGÐISDEILD
JÓHANNA HARÐARDÓTTIR

LEIÐBEINANDI
HAFDÍS SKÚLADÓTTIR, M.SC.

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.Sc. prófs í hjúkrunarfræði.

Verkefnið vann:

Jóhanna Harðardóttir

**Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir kröfum til B.Sc. prófs í
hjúkrunarfræði.**

Hafdís Skúladóttir, leiðbeinandi

Margrét Tómasdóttir, prófdómari

Útdráttur

Tilgangur rannsóknarinnar var að gera frumkönnun á áhrifum einnar óhefðbundinnar meðferðar, Bowen tækni, á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest (ADHD).

ADHD er krónísk og almenn taugageðfræðileg röskun sem venjulega kemur fram snemma á barnsaldri. Megineinkennin eru meðal annars áberandi eftirtektarleysi, áhugaleysi og einbeitingarskortur, að barnið á erfitt með að sitja lengi kyrrt og er oft á iði. Helstu meðferðarúræði við ADHD eru lyfjameðferðir og atferlismótandi meðferðir. Lítið er vitað um áhrifa annarra meðferða en lyfjameðferða. Rannsóknir hafa þó sýnt að foreldrar nota í auknum mæli óhefðbundnar meðferðir fyrir börn sín.

Rannsóknaraðferðin var meginlæg og lýsandi. Þýði rannsóknarinnar voru þau börn sem komu til fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar frá því í byrjun febrúar fram í byrjun maí 2007. Úrtakið innihélt sex börn á aldrinum fjögurra til ellefu ára sem uppfylltu greiningarskilyrði fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest. Gögnin voru fengin úr tveimur spurningalistum, annars vegar margprófuðum matslista fjölskyldudeildar og hins vegar spurningalista rannsakanda sem verið var að forprófa og úr sjúkraskrá þátttakenda. Þrír voru fyrir meðferð greindir ofvirkir en fimm með athyglisbrest. Eftir meðferðina var aðeins einn sem enn uppfyllti greiningarskilyrði fyrir ofvirkni og fjórir sem uppfylltu greiningarskilyrði fyrir athyglisbrest.

Við meðferðina batnaði svefn og hvíld þátttakenda verulega og leiddi það til betri hegðunar þeirra og einbeitingar.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera opnir fyrir og hafa góða þekkingu á óhefðbundnum aðferðum og geta komið til móts við þarfir skjólstæðinga sinna og sýnt skilning á þeim hugmyndum sem þeir hafa til að bæta líðan sína.

Lykilorð: ofvirkni, athyglisbrestur, Bowen tækni, svefnvandamál, óhefðbundnar meðferðir.

Abstract

The purpose of this research was to provide a pilot study of the effects of one alternative therapy, Bowen Technique, for children with ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder).

ADHD is a chronic and pervasive neuropsychiatric disorder usually presenting in early childhood, the core symptoms of which are a functionally significant level of inattentiveness, distractibility and impairments in executive functioning, difficulty remaining seated and often fidgeting.

The most common therapy for ADHD is medication and behavioural therapy. Knowledge of other methods than medication is lacking. However, research has shown that parents increasingly use alternative methods for their children.

The research method was quantitative and descriptive. The population of the study was all children who were treated by the Akureyri Family Service from early February to early May 2007.

The sample in this research was six children at the age of four to eleven who met the diagnostic criteria for ADHD. Data was accumulated from two sorts of questionnaires, one which has frequently been used by the Family Service and one which was composed by the author of this study, and from the participants' medical records. Before the treatment with Bowen Technique, three of the children were diagnosed with hyperactive disorder and five with attention deficit. After the treatment only one met the diagnostic criteria for hyperactive disorder and four for attention deficit. The treatment provided the children with considerably better sleep and rest, which resulted in better behaviour and attention.

Nurses need to be openminded and to be familiar with alternative therapy. They must be able to meet the needs of their patients and show understanding of the ideas they have to improve their health.

Keywords: Hyperactivity, attention deficit, Bowen technique, sleeping disorders, alternative therapy.

Efnisyfirlit

ÚTDRÁTTUR	III
ABSTRACT	IV
EFNISYFIRLIT	VII
MYNDASKRÁ	XI
TÖFLUSKRÁ.....	XII
ÞAKKARORÐ	XIII
KAFLI 1 INNGANGUR.....	1
BAKGRUNNUR OG GREINING VIÐFANGSEFNIS	1
TILGANGUR OG GILDI FYRIR HJÚKRUN	2
TILGÁTUR RANNSAKANDA	2
VAL Á RANNSÓKNARAÐFERÐ	3
MEGINHUGTÖK	3
GILDISMAT RANNSAKANDA.....	5
HUGMYNDAFRÆÐILEGUR RAMMI.....	6
UPPBYGGING LOKAVERKEFNIS.....	6
KAFLI 2 FRÆÐILEGUR GRUNNUR	9
MÓTUN HUGTAKSINS.....	9
ATHYGLISBRESTUR MEÐ OFVIRKNI (ADHD).....	9
<i>Einkenni.</i>	10
<i>Svefnvandamál.</i>	11
<i>Greining.</i>	12
<i>Tíðni ADHD.</i>	14

<i>Líffræðilegir orsakabættir.....</i>	14
<i>Lyfjameðferð, áhrif og virkni.</i>	15
<i>Þróun meðferðar með örvandi lyfjum.....</i>	16
<i>Viðhorf til lyfjameðferðar.</i>	17
<i>Áhrif lyfjameðferðar til framtíðar.....</i>	17
<i>Aðrar meðferðir.</i>	18
<i>Fylgiraskanir.....</i>	19
<i>Framvinda og horfur.....</i>	20
ÓHEFÐBUNDNAR MEÐFERÐIR	21
<i>Áhrif óhefðbundinna meðferða á börn með ADHD.</i>	21
BOWEN TÆKNI.....	23
<i>Hvað er Bowen tækni?</i>	24
<i>Rannsóknir á Bowen tækni.....</i>	27
SAMANTEKT.....	27
KAFLI 3 AÐFERÐAFRÆÐI.....	29
MARKMIÐ RANNSÓKNAR.....	29
MEGINDLIG RANNSÓKNARAÐFERÐ	29
ÞÁTTTAKENDUR	30
MÆLITÆKI	31
FRAMKVÆMD	33
RÉTTMÆTI.....	33
GREINING GAGNA	34
SÍÐFERÐILEGAR VANGAVELTUR.....	34
SAMANTEKT.....	35
KAFLI 4 NIÐURSTÖÐUR.....	37

SPURNINGALISTI FJÖLSKYLDUDEILDAR	37
<i>Greiningarskilyrði.....</i>	<i>37</i>
<i>Stigafföldi.....</i>	<i>38</i>
SPURNINGALISTI RANNSAKANDA	40
<i>Svefn.....</i>	<i>40</i>
<i>Hegðun.....</i>	<i>43</i>
<i>Almenn liðan.....</i>	<i>45</i>
NIÐURSTÖÐUR EINSTAKRA ÞÁTTTAKENDA.....	46
SAMANBURÐUR Á SPURNINGALISTUM.....	47
SAMANTEKT.....	48
KAFLI 5 UMRÆÐA.....	49
ÁHRIF ADHD	49
SAMANBURÐUR EINSTAKRA ÞÁTTTAKENDA	51
SAMANBURÐUR SPURNINGALISTA FJÖLSKYLDUDEILDAR OG RANNSAKANDA.....	53
SVÖR VIÐ TILGÁTUM	54
TENGL VIÐ SVEFN	56
MEÐFERÐARÚRRÆÐI.....	57
SAMANTEKT.....	58
KAFLI 6 NOTAGILDI OG FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR.....	59
TAKMARKANIR RANNSÓKNAR	59
HAGNÝTT GILDI RANNSÓKNAR	59
<i>Gildi fyrir hjúkrun.....</i>	<i>60</i>
<i>Gildi fyrir hjúkrunarstjórnun.....</i>	<i>60</i>
<i>Gildi fyrir hjúkrunarmenntun.....</i>	<i>61</i>

<i>Gildi fyrir hjúkrunarrannsóknir.....</i>	<i>61</i>
FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR.....	62
SAMANTEKT.....	63
LOKAORÐ.....	63
HEIMILDASKRÁ	65
FYLGISKJAL A: UMSÓKN TIL VÍSINDASIÐANEFNDAR.....	75
FYLGISKJAL B: SAMÞYKKI VÍSINDASIÐANEFNDAR.....	86
FYLGISKJAL C: TILKYNNING TIL PERSÓNUVERNDAR.....	87
FYLGISKJAL D: SAMÞYKKI PERSÓNUVERNDAR.....	90
FYLGISKJAL E: KYNNINGARBRÉF OG UPPLÝST SAMÞYKKI.....	91
FYLGISKJAL F: BRÉF TIL FJÖLSKYLDUDEILDAR	97
FYLGISKJAL G: BRÉF FRÁ FJÖLSKYLDUDEILD AKUREYRARBÆJAR... 	100
FYLGISKJAL H: SPURNINGALISTI RANNSAKANDA.....	101
FYLGISKJAL I: SPURNINGALISTI FJÖLSKYLDUDEILDAR AKUREYRARBÆJAR	104
FYLGISKJAL J: SJÚKRASKRÁ.....	105

Myndaskrá

Mynd 1	<i>Niðurstöður úr spurningalista fjölskyldudeildar.</i>	39
Mynd 2	<i>Niðurstöður á útreikningi fjölskyldudeildar.</i>	40
Mynd 3	<i>Hvernig finnst þér þú sofa núna miðað við fyrir meðferðina?</i>	41
Mynd 4	<i>Hvernig gengur þér að sofna á kvöldin núna?</i>	41
Mynd 5	<i>Vaknarðu á nóttunni?</i>	42
Mynd 6	<i>Hvernig gengur að vakna á morgnana?</i>	42
Mynd 7	<i>Hvernig líður þér þegar þú vaknar á morgnana?</i>	43
Mynd 8	<i>Hreyfirðu þig mikið í svefni?</i>	43
Mynd 9	<i>Hvernig finnst þér þú haga þér núna miðað við fyrir meðferðina?</i>	44
Mynd 10	<i>Hvernig gengur að sitja kyrr?</i>	44
Mynd 11	<i>Hvernig gengur þér að einbeita þér?</i>	45
Mynd 12	<i>Hvernig eru samskipti við aðra?</i>	45
Mynd 13	<i>Hefur almenn líðan breyst?</i>	46

Töfluskra

Tafla 1	<i>Fjöldi greiningaratriða þátttakenda fyrir og eftir meðferð.</i>	37
Tafla 2	<i>Niðurstöður útreikninga fjölskyldudeildar.</i>	39
Tafla 3	<i>Niðurstöður einstaklinga samkvæmt spurningalista rannsakanda.</i>	47
Tafla 4	<i>Samanburður á spurningalistum rannsakanda og fjölskyldudeildar.</i>	48

Þakkarorð

Ég vil þakka þeim sem veittu mér aðstoð við gerð þessa lokaverkefnis. Sérstakar þakkir fær leiðbeinandi minn, Hafdís Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri fyrir góða leiðsögn, hvatningu og stuðning.

Ég vil þakka öllum skemmtilegu strákunum sem tóku þátt í rannsókninni og foreldrum þeirra.

Einnig vil ég þakka starfsmönnum fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar, þeim Jiri Berger sálfræðingi, Líney Helgadóttur sérkennsluráðgjafa, Elvu Haraldsdóttur leikskólasérkennara og Karen Júlíu Sigurðardóttur, sálfræðingi skólateymis, fyrir að finna fyrir mig þátttakendur og aðstoða við úrvinnslu gagna.

Þá vil ég þakka Oddnýju Ösp Gísladóttur samnemanda mínum fyrir hugmyndir, hvatningu og yfirlestur. Maðurinn minn, Haraldur Ingólfsson, fær þakkir fyrir prófarkalestur og fyrir aðstoð við þýðingu á útdrætti.

Að lokum vil ég þakka fjölskyldu minni fyrir stuðning, hvatningu og ótrúlega þolinmæði meðan á vinnu við lokaverkefnið stóð.

ÉG VIL LÁTA KITLA MIG MEIRA...

Kafli 1 Inngangur

Rannsókn þessi er gerð af fjórða árs nema í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Markmiðið er að kanna áhrif Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Í þessum kafla verður skýrt frá tilgangi verkefnisins og mikilvægi slíks verkefnis fyrir hjúkrunarfræði og þá einstaklinga sem greindir eru með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Val á rannsóknaraðferð verður kynnt auk þess sem hugmyndafræðilegur rammi verður settur fram. Meginhugtök verða skilgreind og forsendur verkefnis sem og gildismat rannsakanda. Í lok kafla verður uppbygging verkefnis kynnt.

Bakgrunnur og greining viðfangsefnis

Athyglisbrestur og ofvirkni (ADHD), oft kallað ofvirkni í daglegu tali, er hegðunartruflun sem kemur yfirleitt snemma fram eða fyrir sjö ára aldur og getur haft viðtæk áhrif á daglegt líf, nám og félagslega aðlögun (Ragna F. Karlsdóttir, 2001). Einkenni ADHD eru margvísleg. Slæm hegðun barnanna er talin vera truflandi og óviðeigandi og er því líkleg til að valda vandræðum í skóla (Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson og Páll Magnússon, 2000a; Ragna F. Karlsdóttir, 2001) auk þess sem margir nemendur með ADHD eiga í námserfiðleikum. Það stafar þó yfirleitt ekki af því að þá skorti hæfni til náms heldur er það athyglisbresturinn sem kemur í veg fyrir að þeir geti nýtt hana (Ragna F. Karlsdóttir, 2001).

Niðurstöður bandarískra rannsókna benda til þess að 3-5% barna á grunnskólaaldri eigi við ADHD að stríða. Orsakir ADHD eru líffræðilegar, rannsóknir benda til að þeirra sé að leita í truflun í boðefnakerfi heila á stöðum sem gegna mikilvægu hlutverki í stjórn hegðunar (Ragna F. Karlsdóttir, 2001).

Örvandi lyf eru í dag algengasta meðferðin við ofvirkni (Spencer o.fl., 1996). Virðast margir foreldrar samt sem áður reyna að leita annarra leiða og í nýlegri rannsókn

sögðust 71% foreldra barna með ofvirkni og/eða athyglisbrest hafði prófað að minnsta kosti eina óhefðbundna meðferð fyrir barnið sitt og 26% höfðu prófað þrenns konar meðferðir (Concannon og Tang, 2005). Ein af þeim meðferðum sem hafa verið notaðar fyrir börn með ADHD er **Bowen tækni** en áhrif hennar hafa hingað til lítið verið rannsökuð. Markmið rannsóknarinnar er því að meta áhrif Bowen tækni á börn á aldrinum 4-16 ára með ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Tilgangur og gildi fyrir hjúkrun

Verkefnið er lokaverkefni til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna áhrif Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest og einungis er gert ráð fyrir að verið sé að rannsaka hvort og þá hvaða áhrif meðferðin hafi á þá einstaklinga sem taka þátt. Þó svo rannsóknin hafi ekki alhæfingargildi má notast við niðurstöður hennar um þau áhrif sem meðferðin hefur fyrir þá einstaklinga sem taka þátt og gæti þá opnast ný leið fyrir hjúkrunarfræðinga að benda á kosti eða galla hennar fyrir börn.

Tilgátur rannsakanda

Settar eru fram þrjár tilgátur:

- 1. Eftir Bowen meðferð á börn með ofvirkni dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.***
 - 2. Eftir Bowen meðferð á börn með athyglisbrest dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.***
-

3. Eftir Bowen meðferð mun stigafjöldi á matslista sálfræðinga verða lægri en fyrir meðferð.

Val á rannsóknaraðferð

Rannsóknin verður meginleg forrannsókn, þar sem notast verður við þægindaúrtak og munu niðurstöður verða settar fram á lýsandi hátt. Þátttakendur verða valdir eftir aldri og búsetu. Skilyrði er að þeir séu ekki á lyfjum. Sálfræðingar fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar leggja matspróf (sjá fylgiskjal I) fyrir skjólstæðinga sína. Til að greinast með ofvirkni og/eða athyglisbrest þarf að fá tvö eða þrjú stig í að minnsta kosti sex spurningum af níu mögulegum fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest. Þeim sem uppfylla þessi skilyrði er boðin þátttaka í rannsókninni.

Þátttakendur munu koma í fylgd forráðamanns í Bowen meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Í upphafi meðferðar er fyllt út sjúkraskrá (sjá fylgiskjal J) fyrir viðkomandi samkvæmt sögu hans. Í upphafi hvers meðferðartíma er einnig skráð hvernig líðan viðkomandi hefur verið frá síðustu meðferð. Við lok síðasta meðferðartíma svarar þátttakandi, í samvinnu við foreldra/forráðamenn, opnum og lokuðum spurningum um áhrif meðferðar á heilsufar almennt, svefnvenjur og á einkenni sjúkdómsins. Spurningalistinn (sjá fylgiskjal H) er nafnlaus en merktur númeri þátttakanda. Að meðferð lokinni leggja sálfræðingar hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar matspróf aftur fyrir þátttakendur til samanburðar við upphaflegt próf.

Meginhugtök

Bowen tækni (The Bowen technique): Tegund meðferðar sem notuð er á líkamann og kemur af stað heilunarferli, er verkjastillandi og -losandi og endurnýjar orku líkamans.

Áhrifin eru þægileg, djúp og afslappandi. Með meðferðinni er líkaminn hvattur til eigin endurnýjunar og lagfæringar (Baker, 2002).

Bowen tækni: Notar þumla og fingur á ákveðna staði á líkamanum og gerir rúllandi hreyfingar með það að markmiði að trufla boðskipti milli heila, vöðva og bandvefs og að hafa þannig áhrif á orkuflæði innan líkamans. Hann beitir engri þvingun né heldur afli við meðferðina (Baker, 2002).

Athyglisbrestur og ofvirkni (ADHD): Krónísk og almenn taugageðfræðileg röskun sem venjulega kemur fram snemma á barnsaldri, þar sem megineinkenni eru áberandi eftirtektarleysi, áhugaleysi og einbeitingarskortur eins og erfiðleikar við að vinna verkefni og ljúka vinnunni og takmörkun við framkvæmdir og stjórnun gerða svo sem skipulagning og minnisvandamál (American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement (AAPCQIP), 2000a).

Ofvirkniröskun (Hyperactivity disorder): Heilkenni einkenna á sviði hreyfiofvirkni, hvatvísi og athyglisbrests sem eru í ósamræmi við aldur og þroska (Gísli Baldursson o.fl., 2000a) og eru oft í almennu tali kölluð ofvirkni (Ragna F. Karlsdóttir).

Athyglisbrestur (Attention deficit): Einstaklingurinn á erfitt með að einbeita sér að og ljúka verkefnum sem hann tekur sér fyrir hendur. Minnsta utanaðkomandi truflun dregur athyglina frá því sem verið er að sinna (Páll Magnússon, 2002).

Svefnvandamál: Erfiðleikar barns með ADHD við að ná sér niður og róast koma fram sem vandamál við að sofna og/eða mótþrói á háttatíma. Óvær eða slitróttur svefn er sérstaklega til vandræða fyrir börn með ADHD og geta svefnlotur orðið áberandi stuttar og svefn almennt ónógur (Owens, 2005).

Greiningarskilyrði ADHD: Á Ofvirknikvarðanum (sjá fylgiskjal I) eru 18 spurningar sem blandað er saman á listanum. Þar af eru níu fyrir athyglisbrest, sex fyrir ofvirkni og þrjár fyrir hvatvísi. Til að greinast með ofvirkni og/eða athyglisbrest þarf að fá

tvö eða þrjú stig í að minnsta kosti sex spurningum af níu mögulegum fyrir annað hvort ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Gildismat rannsakanda

Reynsla rannsakandi af vinnu með Bowen tækni, meðal annars á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest, hefur gert það að verkum að honum finnst rétt að skoða áhrifin á vísindalegan hátt þar sem hún virðist hafa gefið ágætis árangur. Bowen tæknin hefur hingað til lítið verið rannsökuð en þó eru til nokkrar rannsóknir sem benda til þess að hún hafi góð áhrif á fólk með ýmis sjúkdómseinkenni. Því telur rannsakandi mikilvægt að framkvæma rannsóknir sem þessa þannig að hægt sé að koma niðurstöðum þeirra á framfæri við heilbrigðisstarfsfólk jafnt sem almenning.

Rannsakandi lærði Bowen tækni í The European College of Bowen Studies. Skólinn er staðsettur í London en er með kennara á sínum snærum hér á Íslandi. Rannsakandi hóf nám í nóvember 2003 og útskrifaðist haustið 2004 eftir skriflegt og verklegt lokapróf. Síðan hefur hann unnið með Bowen tækni og tekið framhaldsnámsskeið í henni.

Rannsakandi hefur meðhöndlað börn með ýmiss konar sjúkdómseinkenni með góðum árangri og þá meðal annars stráka greinda með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Náðst hefur góður árangur með þá, einkenni þeirra hafa minnkað og þeir sofið og hvílst mun betur. Fyrir meðferð var svefn þeirra ekki nægilega góður. Í upphafi hvers meðferðartíma spyr rannsakandi um almenna líðan, breytingu á svefni og breytingu á þeim einkennum sem skjólstæðingurinn talaði um í fyrsta tíma. Rannsakandi tók eftir því við meðhöndlun þessara stráka að þeir áttu það sameiginlegt að vera með stífa vöðva í hálsi. Þegar þeir lágu á bakinu lágu þeir í boga til hægri. Þeir sváfu órólega, vöknuðu þreyttir á morgnana, voru oft lengi að sofna á kvöldin og lengi á fætur á morgnana. Eftir að hafa komið í meðferð einu sinni í viku í þrjár vikur í röð höfðu þessi einkenni lagast mikið. Strákarnir voru farnir að liggja beinir á

bekknum, sofa betur og voru ekki þreyttir á morgnana. Þeir komu svo flestir aftur í fjórða tímann eftir tvær til þrjár vikur. Þeir sem voru með athyglisbrest komu foreldrum sínum á óvart með því að fara að gera heimavinnuna sína óbeðnir, og klára verkefni án vandræða. Suma af strákunum hefur rannsakandi fengið í meðferð aftur eftir kannski sex til átta mánuði, aðra hefur rannsakandi ekki séð aftur. Þeir sem hafa komið aftur eiga það sameiginlegt að hafa kvartað við foreldra sína um að þeir væru aftur orðnir stífir í hálsinum. Þessi reynsla varð til þess að kveikja áhuga rannsakanda á að gera þá rannsókn sem hér er lýst.

Hugmyndafræðilegur rammi

Hugmyndafræðilegir rammar hjúkrunarfræðinga og þeirra sem vinna með óhefðbundnar meðferðir eru á margan hátt samrýmanlegir. Eins og lækningar setja fram sjúkdómsgreiningar, setja hjúkrunarfræðingar fram hjúkrunargreiningar. Í hjúkrunargreiningum felst að greina vandamál sjúklingsins í heild en ekki eingöngu tengt sjúkdómsgreiningu hans. Þeir sem vinna með óhefðbundnar meðferðir eru að vinna með einstaklinga, ekki sjúkdóma eða einkenni þeirra. Í báðum tilvikum er verið að meðhöndla einstaklinga á heildrænan hátt til að ná fram sem mestri vellíðan einstaklingsins.

Uppbygging lokaverkefnis

Annar kafli rannsóknarinnar byggir á fræðilegum grunni. Honum er skipt niður í undirkafla sem fjalla um Bowen meðferðina, rannsóknir sem gerðar hafa verið á Bowen meðferðinni, ofvirkni og athyglisbrest og meðferðarúrræði sem nú eru notuð. Þriðji kafli fjallar um gagnasöfnun, greiningu gagna og aðferðafræði sem notast er við. Niðurstöður koma í fjórða kafla og í fimmta kafla túlkar rannsakandi niðurstöðurnar og tengir þær fræðilegum heimildum. Í lokin verður fjallað um hagnýtt gildi rannsóknarinnar fyrir

heilbrigðisstarfsfólk og almenning. Einnig kemur rannsakandi fram með vangaveltur um frekari rannsóknir í þessa veru.

Kafli 2 Fræðilegur grunnur

Í þessum kafla verður fjallað um athyglisbrest með ofvirkni (ADHD), sagt frá skilgreiningum, greiningarskilyrðum, lyfjameðferð og öðrum meðferðarúrræðum. Fjallað verður um notkun almennings á óhefðbundnum meðferðum og áhrifum þeirra.

Bowen tækni meðferðinni verður lýst og rætt um þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á henni.

Mótun hugtaksins

Strax um 1980 var búið að móta þann skilning á ofvirkni heilkenninu að það samanstandi af þremur meginflokkum einkenna, það er einkennum athyglisbrests, hreyfiofvirkni og hvatvísi.

Í þriðju útgáfu DSM greiningarkerfisins (American Psychiatric Association, 1987) var fyrirbærinu valið heitið athyglisbrestur með ofvirkni (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD).

Á síðari árum hafa rannsóknir reyndar bent til þess að réttara sé að líta svo á að um sé að ræða tvo einkennaflokka, einkenni athyglisbrests og einkenni hreyfiofvirkni/hvatvísi (Gísli Baldursson o.fl., 2000a) þar sem athyglisbrestur sé að öllum líkindum sérstök röskun (Barkley, 1998a).

Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD)

ADHD er krónísk og almenn taugageðfræðileg röskun sem venjulega kemur fram snemma á barnsaldri (AAPCQIP, 2000a). Megineinkenni þess eru áberandi eftirtektarleysi, áhugaleysi og einbeitingarskortur eins og erfiðleikar við að vinna verkefni og ljúka vinnunni og takmörkun við framkvæmdir og stjórnun gerða svo sem skipulagningu og minnisvandamál. Hún kemur meðal annars fram í því að barnið á erfitt með að sitja lengi

kyrrt og þegar það situr hættir því til að iða og vera stöðugt á hreyfingu í sæti sínu (Páll Magnússon, 2002). Oft er ofvirku börnunum lýst þannig að þau séu sífellt á ferðinni og stöðvist lítið. Mörg þeirra eru afar málgefin og eiga erfitt með að leika sér hljóðlega, enda hefur ADHD oft verið lýst sem truflandi hegðun og mikilli munnlegri tjáningu eins og að tala út í loftið og vera truflandi.

Einkenni.

ADHD hefur áhrif á börn á ýmsum sviðum. Það felur í sér einbeitingarerfiðleika, ofvirkni og hvatvísi, en einnig námserfiðleika, slaka samhæfingu hreyfinga, árásargirni og miklar sveiflur í tilfinningalífi (Gísli Baldursson o.fl., 2000a). Slæm hegðun barnanna er talin vera truflandi og óviðeigandi og er því líkleg til að valda vandræðum í skóla.

Einnig skilur og metur fólk með ADHD upplýsingar öðruvísi en aðrir. Það á erfitt með að einbeita sér í langan tíma eða að klára verkefni (Currie og Stabile, 2006).

Þau einkenni sem verið er að leita eftir í greiningu á ADHD eru (sjá fylgiskjal I)

Fyrir athyglisbrest:

- Hugar illa að smáatriðum
 - Á erfitt með að halda athygli vakandi
 - Virðist ekki hlusta
 - Fylgir ekki fyrirmælum og lýkur ekki verkefnum
 - Á erfitt með að skipuleggja verkefni og athafnir
 - Forðast verkefni sem krefjast mikillar beitingar hugans
 - Týnir hlutum
 - Truflast auðveldlega af utanaðkomandi áreiti
 - Er gleyminn í athöfnum daglegs lífs
-

Fyrir hreyfiofyrir

- Er mikið á iði eða hreyfingu
- Á erfitt með að sitja kyrr
- Hleypur um og þrilar þar sem það á ekki við
- Á erfitt með að vera hljóður
- Er á fleygiferð
- Talar óhóflega mikið

Fyrir hvatvísi

- Grípur fram í áður en spurningu er lokið
- Á erfitt með bíða eftir að röðin komi að honum
- Grípur fram í eða ryðst inn í það sem aðrir eru að gera

Svefnvandamál.

Í rannsókn á hópi 494 barna komu svefnvandamál fram sem umkvörtunarefni foreldra 11% skólabarna á aldrinum 4-12 ára og upp í 37% hjá eldri grunnskólabörnum (Owens, Spirito, McGuinn og Nobile, 2000b). Svefnvandamál, sérstaklega vandamál við að sofna og viðhalda svefni, voru sögð metin um 25-50% hjá börnum og fullorðnum með ADHD (Corkum, Tannock og Moldofsky, 1998). Órólegur og truflaður svefn var einu sinni hluti af DSM greiningartæki fyrir ADHD en var síðar álitð vera einkenni og var tekið út úr greiningunni. Erfiðleikar barns með ADHD við að ná sér niður og róast koma fram sem vandamál við að sofna og/eða mótþrói á háttatíma. Óvæð eða slitróttur svefn er sérstaklega til vandræða fyrir börn með ADHD og geta svefnlotur orðið áberandi stuttar og svefn almennt ónógur (Owens, 2005).

Til viðbótar eru augljós teikn frá rannsóknum um að ónógur og lélegur svefn leiði af sér dagsyfju og hegðunarvandamál og hafi áhrif á tauga-hugræna virkni í börnum,

sérstaklega þá virkni sem tengist framberki heila (eins og einbeitingu, vinnuminni og fleira) (Fallone, Owens og Deane, 2002). Svefnvandamál hjá börnum með ADHD hafa ekki aðeins bein neikvæð áhrif á margs konar dagleg einkenni ADHD heldur gefa þau einnig tilefni til að þróa áhrifaríka meðferðartækni (Corkum o.fl., 1998; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn og Msall, 2000a). Einnig er þekkt að svefnleysi hefur bein áhrif á skap (Fallone o.fl., 2002) og svefnleysi barna hefur áhrif á svefn foreldra og streitubátt þeirra (Wolfson, Lacks og Fatterman, 1992).

Eitt hundrað og níutíu börnum á aldrinum 0-18 ára, sem leitað var með til barnadeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur (nú Landspítala Fossvogi) vegna svefntruflana voru lögð inn á barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur yfir nótt og var svefnmunstur þeirra skráð með svefnrannsóknartækinu EMBLA. Helstu einkenni svefnröskunar og ábending fyrir svefnrannsókn, talið frá algengari til fátíðari einkenna, voru eftirfarandi samkvæmt rannsókn Hákonar Hákonarsonar og Árna V. Þórssonar (2001): Barnið vaknar oft (3-12 sinnum) á nóttu (85%), hrotur (75%), ælur og/eða tíð uppköst (45%), næturhósti (25%), skapgerðarrestir og/eða breyting á skapgerð (16%), dagþreyta (11%), námsröskun (6%), ofvirkni (6%), athyglisbrestur (6%), seinþroski (4%) og undirmiga (3%). Flest barnanna höfðu fleiri en eitt einkenni.

Greining.

Flöktandi einbeiting, mikil virkni og hvatvísi eru oft til staðar hjá börnum á leikskólaaldri og greining ofvirkniröskunar því oft erfið (Blackman, 1999). Um þriggja til fjögurra ára aldurinn eru hreyfiofirkni/hvatvísieinkenni orðin nokkuð skýr í því formi sem þeim er lýst í greiningarskilmerkjum. Athyglisbrestseinkennin virðast koma fram heldur seinna eða um fimm til sjö ára aldurinn (Barkley, 1996).

Talsverður munur var áður á greiningarskilmerkjum ofvirkniröskunar samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO, 1992) sem gefur út ICD-10 greiningarkerfið og Samtökum bandarískra geðlækna (APA) sem gefa út DSM-IV kerfið (American Psychiatric Association, 1994). Síðustu útgáfurnar eru líkari en áður þó ákveðinn skilgreiningarmunur sé enn fyrir hendi. Bæði kerfin leggja áherslu á að áreiðanlegar upplýsingar komi fram um að hamlandi einkenni séu til staðar við að minnsta kosti tvenns konar aðstæður og að einkenni séu komin fram fyrir sjö ára aldur. Þess ber að geta að ofvirkniröskun eða hyperkinetic disorder í ICD-10 greiningarkerfinu (WHO, 1992) er mun afmarkaðri greining en athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD) samkvæmt bandaríska greiningarkerfinu DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Athyglisbrestur og hreyfiofviðvirkni verða bæði að vera til staðar í ofvirkniröskun en í athyglisbresti með ofvirkni (ADHD) eru auk þess undirflokkar hvors um sig. Þetta leiðir til lægri tíðni ofvirkniröskunar samanborið við athyglisbrest með ofvirkni (ADHD) (Gísli Baldursson, Páll Magnússon og Ólafur Ó. Guðmundsson, 2000b).

Á Íslandi eru helstu hegðunarmatskvarðarnir sem notaðir eru við greiningu á ofvirkniröskun *Ofvirknikvarðinn* (DuPaul, Power, Anastopolous og Reid, 1998), kvarðinn *Hegðun á heimili* (Barkley og Edelbrock, 1987) og *Spurningalisti yfir atferli barna og unglinga á aldrinum 4-16 ára* (Achenbach, 1991).

Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar notar *Ofvirknikvarða* (ADHD rating scale, DuPaul) (sjá fylgiskjal I) til að meta börnin fyrir og eftir meðferð. Á honum er 18 blandaðar spurningar þar sem 9 spurningar eiga við athyglisbrest, 6 eiga við hreyfiofviðvirkni og 3 eiga við hvatvísi. Þessi listi eru greiningarviðmiðin DSM-IV: ADHD Combined Type frá APA 1994 sem samsvarar ADHD-greiningu eftir ICD-10 frá WHO (Ragna F. Karlsdóttir, 2001).

Tíðni ADHD.

Erfitt hefur reynst að greina tíðni ADHD og er umdeilt hvort sjúkdómurinn sé van-
eða ofgreindur (Cuffe, Moore og McKeown, 2005). Að mati AAPCQI (2000a) er ADHD
talin hafa áhrif á 5-10% barna á skólaaldri og vera algengasta geðfræðilega röskunin á
barnsaldri. Aftur á móti sýna flestar rannsóknir að 3-5% skólabarna í Bandaríkjunum hafi
ADHD (National Institutes of Health, 1998).

Drengir virðast vera að minnsta kosti þrisvar sinnum líklegri til þess að hafa ADHD
(American Academy of Pediatrics, 2000b; Cuffe o.fl., 2005; Jensen o.fl., 1999) eða
ofvirkniröskun (Barkley, 1998c; Szatmari, Offord og Boyle, 1989) en stúlkur.

Þó þær rannsóknir sem eingöngu hafa mælt algengi ofvirkniröskunar út frá
einkennamatskvörðum sýni margar hverjar tiltölulega háar tölur (Baumgaertel, Wolraich og
Dietrich, 1995; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel og Brown, 1996) þá sýndi íslensk
athugun á algengi samkvæmt einkennamatskvörðum lægri tölur eða 5,8% samkvæmt mati
kennara og 4,7% samkvæmt mati foreldra sex og átta ára barna í Reykjavík (Páll
Magnússon, Jakob Smári, Hrönn Grétarsdóttir og Hrunn Þrándardóttir, 1999).

Líffræðilegir orsakapættir.

Á undanförunum áratugum hafa komið fram margar kenningar um líffræðilega
orsakapætti ofvirkniröskunar. Talið hefur verið að skemmd í *basal ganglia* heilans leiði til
taugalífefnafræðilegra frávika sem hefðu áhrif á dópamínframleiðslu í taugaendum (Lou,
1996).

Ýmislegt bendir til að truflun í tjáningu eða starfi sympatheticus-hluta ósjálfráða
taugakerfisins hafi með ADHD að gera. Sýnt hefur verið fram á að efni eða lyf sem draga úr
losun noradrenalins inn í synapsa taugakerfisins geti haft góð áhrif á hegðun sumra barna
með ADHD. Trufluð tjáning eða starfsemi noradrenalins og dopamins bendir sterklega til

Þess að ADHD eigi sér lífefnafræðilegan grunn (Magnús Stefánsson, munnleg heimild 11. september 2006).

Ennfremur hefur verið sýnt fram á afbrigðilega virkni á *frontal* og *frontostriatal* svæðum heilans bæði með taugagreiningu og taugasálfræðilegum aðferðum (Castellanos o.fl., 1994; Semrud-Clikeman, 1997; Zametkin og Liotta, 1998).

Með hjálp segulómunar hefur greinst mismunur milli einstaklinga með ofvirkniröskun og viðmiðunarhóps í byggingu og virkni heila (Semrud-Clikeman, 1997; Zametkin og Liotta, 1998). Á sama hátt hefur verið hægt að sýna fram á að hvelatengsl (corpus callosum) og rófukjarni (caudatus) séu hlutfallslega minni en í viðmiðunarhópi (Giedd o.fl., 1994; Hynd o.fl., 1991). Aftur á móti telja Baumeister og Hawkins (2001) að ekki hafi verið sýnt fram á með taugafræðilegum rannsóknum að neitt sé óeðlilegt við byggingu eða virkni heilans.

Lyfjameðferð, áhrif og virkni.

Sú meðferð við ofvirkni sem hefur lengst verið stunduð á markvissan máta og byggir á ítarlegustum rannsóknarniðurstöðum er lyfjameðferð, en rannsóknir á áhrifum örvandi lyfja á ofvirknieinkennum hófust á árunum 1937-1941 (Barkley, 1998a). Örvandi lyf eru í dag algengasta lyfjagerðin í meðferð ofvirkni (Spencer o.fl., 1996).

Örvandi lyfin eru adrenhermandi lyf sem líkjast katekólamínunum. Ritalin eða metýlfenýdat er langmest notað. Áhrif þess koma fram innan 30 mínútna með hámarks virkni eftir eina til þrjár klukkustundir og eru þau yfirleitt ekki merkjanleg eftir fimm klukkustundir (Spencer o.fl., 1996). Lyfið hefur áhrif á ofvirknieinkennin, bæði á sviði athyglisbrests og hreyfiofviðvirðni/hvatvísi (Spencer, o.fl., 1996). Amfetamín er mun sjaldnar notað. Ef litið er á einkenni á borð við þau sem sjást hjá einstaklingum sem þjást af athyglisbresti með ofvirkni væru væntingarnar þær að með örvandi lyfjum myndi einnig

sjást bati hvað árásarhneigð varðar (Lauth, 2003). Lyfjaframleiðandinn ráðleggur ekki notkun metýlfenýdats fyrir sex ára aldur. Hér á landi og víðast annars staðar er hins vegar byrjað að gefa lyfið mun fyrr (Gísli Baldursson o.fl., 2000b) enda hafa rannsóknir sýnt fram á árangur hjá mun yngri börnum (Buitelaar, Van der Gaag, Swaab-Barneveld og Kuiper, 1995).

Rannsóknir hafa endurtekið staðfest áhrif þessara lyfja en þau hafa þó ekki tilætluð áhrif hjá allt að 30% barna (Barkley, McMurray, Edelbrock og Robbins, 1990c). Aukaverkanir koma fram hjá 4-6% barna. Algengustu aukaverkanir eru svefnleysi, lystarleysi, kviðverkir, höfuðverkur og pirringur (Barkley o.fl., 1990c; Spencer, o.fl., 1996).

Þróun meðferðar með örvandi lyffjum.

Notkun metýlfenýdat (Ritalins) meira en tvöfaldaðist á tímabilinu 1990 til 1995 í Bandaríkjunum og árið 1995 voru 2,8% barna á aldrinum 5-18 ára á lyfinu þar í landi (Safer, Zito og Fine, 1996). Sama þróun hefur líklega einnig átt sér stað á Íslandi en nákvæmar upplýsingar liggja ekki fyrir. Ástæður aukningarinnar eru margar en ein eflaust sú að greindum ofvirknitilfellum hefur fjölgað (Gísli Baldursson o.fl., 2000b).

Í afturskyggðri rannsókn Gísla Baldurssonar o.fl. (2000b) sem náði til 102 barna á aldrinum 3-15 ára sem höfðu komið til athugunar vegna ofvirkni eða gruns um ofvirkni á göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL) á tímabilinu 1. júní 1998 til 31. maí 1999 kom fram að við komu voru 56 börn á lyfjameðferð og 11 þeirra fengu fleiri en eina tegund lyfja. Amitriptýlín og metýlfenýdat voru oftast valin sem fyrsta meðferð en önnur lyf voru mun sjaldnar notuð og hjá 35% barnanna sem komu til greiningar hjá barna- og unglingageðdeild Landspítalans hafði lyfjameðferð ekki verið reynd. Algengast var að lyfjameðferð hæfist milli fjögurra og átta ára aldurs.

Viðhorf til lyfjameðferðar.

Viðhorf til lyfjanotkunar við ofvirkniröskun eru mismunandi meðal lækna og milli landa. Læknar í Evrópu mæla yfirleitt með atferlismeðferð sem fyrstu meðferð og ávísa lyfjum aðeins í alvarlegustu tilvikum (Sergeant og Steinhausen, 1992). Í Bandaríkjunum er hins vegar fyrir hendi margra áratuga reynsla af notkun örvandi lyfja og lyfjameðferð oftast ráðlögð sem fyrsta meðferð samhliða atferlismótun (Swanson o.fl., 1998). Meðferðarnálgun íslenskra lækna virðist vera líkari þeirri bandarísku en evrópsku samanber áðurnefnda rannsókn Gísla Baldurssonar o.fl. (2000b).

Áhrif lyfjameðferðar til framtíðar.

Þó ekki séu til langsniðsrannsóknir til að sýna fram á meðferðarárangur til lengri tíma (Overmeyer, Taylor, Blanz og Schmidt, 1999) þá sýndi rannsókn Gillbergs o.fl. (1997) sem fylgdu hópi 62 barna á aldrinum 6 til 11 ára eftir í yfir eitt ár betri árangur metýlfenýdats en lyfleysu. Ennfremur bentu niðurstöður umfangsmikillar langsniðsrannsóknar frá Norður-Ameríku til yfirburða lyfjameðferðar í samanburði við aðra meðferð. Árangur var metinn á 14 mánaða meðferðartímabili hjá 579 börnum á aldrinum 7 til 10 ára með ADHD sem voru sett á fjórar mismunandi meðferðir:

- Lyfjaumsjón (medication management) þar sem lyfið var títrað og eftir það heimsóknir einu sinn í mánuði.
- Ströng atferlismeðferð (intensive behavioral treatment) hjá foreldrum, skóla og barni, þar sem meðferðaraðili minnkar afskipti sín smátt og smátt.
- Báðar fyrrnefndu saman.
- Venjuleg umönnun í heimabyggð (standard community care) meðferð veitt af umönnunaraðilum í heimabyggð.

Börnin sem fengu lyfjameðferð og blandaða meðferð sýndu áberandi betri árangur en hin (The MTA cooperative group, 1999).

Þrátt fyrir að ADHD auki líkur á vímuefnafíkn hafa rannsóknir ekki bent til tengsla við notkun örvandi lyfja (Greenhill, Halperin og Abikoff, 1999).

Aðrar meðferðir.

Margar tilraunir hafa verið gerðar til að hafa áhrif á ofvirknieinkenni með breyttu mataræði, svo sem fæði án litar- og rotvarnarefna og sykurs. Einnig hafa verið reyndir háir skammtar af vítamínum, steinefnum svo og ýmis svokölluð fæðubótarefni. Ekki liggja fyrir rannsóknir sem sýna fram á áhrif breytts mataræðis á einkenni ofvirkniröskunar (Barkley, 1998b). Hvað varðar sálfélagslega (psychosocial) meðferð við ofvirkni byggja aðferðir atferlismótunar mest á rannsóknum á meðferðarárangri (Anastopoulos, Shelton, DuPaul og Guevremont, 1993; Dulcan, 1997; Pelham, Wheeler og Chronis, 1998). Stutt meðferð af þessu tagi breytir ekki atferli ofvirkra barna til langframa heldur þarf að breyta uppeldisumhverfi barnsins þannig að uppeldisaðferðir byggist til lengri tíma á aðferðum atferlismótunar (Barkley, 1997). Þetta er gert meðal annars með því að halda svokölluð þjálfunarnámskeið fyrir foreldra þar sem foreldrum er kennt að beita viðeigandi uppeldisaðferðum, meðal annars umbunarkerfum. Kennarar þurfa á sama hátt að fá ráðgjöf og fræðslu um atferlismótunaraðferðir sem beita má í skólastofum (Pelham o.fl., 1998). Jafnframt er talið mikilvægt að foreldrar, kennarar og eftir atvikum barnið sjálft, fái fræðslu um athyglisbrest með ofvirkni, einkenni, orsakir, horfur og meðferðir (Dulcan, 1997). Af yfirliti yfir ráðlögð meðferðarúrræði má ráða að í öllum tilvikum þar sem barn fær greiningu er ráðlögð einhvers konar sálfélagsleg íhlutun. Þetta er í samræmi við ráðlögð vinnubrögð samtaka bandarískra barnageðlækna (Dulcan, 1997).

Ýmis önnur meðferðarúrræði hafa verið reynd, svo sem hugræn meðferð og félagshæfnipjálfun, en rannsóknir hafa ekki sýnt fram á árangur þessara aðferða þótt þær virðist geta gert nokkurt gagn ef þær eru notaðar samhliða öflugri atferlismótun. Rannsóknir

benda ekki til þess að hefðbundin samtalsmeðferð eða leikmeðferð hafi áhrif á einkenni ofvirkniröskunar (Barkley, 1998b).

Í fyrrnefndri rannsókn Gísla Baldurssonar o.fl. (2000b) á barna- og unglingageðdeild Landspítalans var algengasta meðferðarúrræðið að foreldrum væri boðið upp á ráðgjafarviðtöl. Næstalgengast var að mælt væri með skólafundi þar sem kynntar væru greiningarniðurstöður og síðan að mælt væri með fræðslunámskeiði sem haldið var á vegum fræðsluþjónustunnar Eirðar og Foreldrasamtaka misþroska barna. Fjórða algengasta úrræðið var þjálfunarnámskeið fyrir foreldra ofvirkra barna (Gísli Baldursson o.fl., 2000b).

Fylgiraskanir.

Geðrænar fylgiraskanir eru mjög algengar meðal barna með ofvirkniröskun. Í niðurstöðum rannsókna hefur komið fram að 54-67% uppfylla greiningarskilmerki mótþróaþrjóskuröskunar (oppositional defiant disorder) og 20-56% barna og 44-50% unglinga uppfylla greiningarskilmerki alvarlegrar hegðunarröskunar (Barkley, DuPaul og McMurray, 1990; Barkley og Biederman, 1997). Meðalgreindarvísitala í hópum barna með ofvirkniröskun fellur innan sviðs meðalgreindar en er heldur lægri en hópa sem ekki eiga við ofvirkniröskun að stríða (Blackman, 1999). Þó námserfiðleikar séu algengir meðal barna með ofvirkniröskun eru niðurstöður rannsókna mjög mismunandi eða frá 10-92% (Halperin, Gittelman, Klein og Rudel, 1984; Silver, 1981) sem að hluta til skýrist af mismunandi greiningarskilmerkjum. Rannsóknir undanfarinna ára sýna að allt að 50-80% barna með ofvirkniröskun eigi enn við hamlandi einkenni að stríða á fullorðinsárum (Barkley, Fischer, Edelbrock og Smallish, 1990b). Einkennamyndin breytist þannig að hreyfiofvirknin minnkar en önnur frávík eru hins vegar oft viðvarandi, til dæmis skipulagserfiðleikar, dagdraumar, gleymni, óstundvísi og einbeitingarerfiðleikar (Hart, Lahey, Loeber, Applegate og Frick, 1995).

Framvinda og horfur.

Eins og áður er getið koma einkenni ofvirkniröskunar fram fyrir sjö ára aldur. Um 8-10 ára aldur fer oft heldur að draga úr hreyfiofþvirkni en síður úr athyglisbrestseinkennum. Þessi minnkun einkenna er þó ekki meiri en svo að á unglingsárum hafa 70-80% enn einkenni í þeim mæli að þau séu hamlandi og í ósamræmi við aldur og þroska (Barkley o.fl., 1990b). Cantwell (1996) ályktaði í yfirlitsgrein að greina megir þrjá hópa einstaklinga með ofvirkniröskun sem fylgt hefur verið með rannsóknum fram á fullorðinsár. Í fyrsta hópnum eru 30% einkennalausir eða hafa ekki einkenni að því marki að valdi marktækri hömlun. Í öðrum hópnum eru 40% sem hafa ofvirkniröskunareinkenni sem valda nokkurri starfrænni hömlun og eiga að auki við að etja nokkra erfiðleika í félagslegri og tilfinningalegri aðlögun. Í þriðja hópnum, sem telur 30%, eru einstaklingar sem hafa enn alvarlegri einkenni athyglisbrests með ofþvirkni og jafnframt alvarlegar tegundir fylgiröskunar, svo sem áfengis- og fíkniefnamisnotkun og andfélagslega persónuleikaröskun (Cantwell, 1996). Fjöldi einkenna, vitsmunabroski og fylgiröskun skipta máli. Geðrænir sjúkdómar hjá foreldrum og þjóðfélagsleg staða virðast einnig hafa áhrif. Enginn einn þáttur sker sig þó úr heldur virðist um samspil bæði líffræðilegra og umhverfisþátta að ræða (Gísli Baldursson o.fl., 2000a).

Rannsókn Gillberg o.fl. (1997) sem fylgdu eftir hópi 62 barna á aldrinum sex til ellefu ára í yfir eitt ár sýndi betri árangur Ritalins en lyfleysu. Niðurstöður umfangsmikillar langsníðsrannsóknar frá Norður-Ameríku þar sem meðal annars var borinn saman árangur lyfjameðferðar og atferlismeðferðar þegar þeim var beitt einum sér og samtímis á 14 mánaða tímabili hjá 579 sjö til tíu ára börnum með ADHD sýndu betri árangur lyfjameðferðar en atferlismeðferðar. Aftur á móti ef til dæmis kvíðaröskun og fjölskylduerfiðleikar bættust við var árangur betri þegar bæði meðferðarformin voru notuð saman. Fyrir börn með ADHD án hliðarkvilla gat lyfjameðferð því verið nægjanleg en

atferlismeðferð gaf lakari en ásættanlegan árangur fyrir þá sem ekki vildu lyf (The MTA cooperative group, 1999).

Óhefðbundnar meðferðir

Í grein Bombardieri og Easthope (2000) er talað um að vinsældir óhefðbundinna meðferða hafi aukist á síðastliðnum 20 árum. Eins og nafnið gefur til kynna eru óhefðbundnar meðferðir þær meðferðir sem eru frábrugðnar hefðbundnum læknisfræðilegum meðferðum. Sem dæmi um óhefðbundnar meðferðir má nefna Bowen tækni, Thought Field Therapy, höfuðbeina- og spjaldhryggsjöfnun, kírópraktík, notkun fæðubótarefna, ilmolíumeðferð, svæðanudd og svo mætti lengi telja. Hefðbundnar meðferðir eru aftur á móti lyfjameðferðir, sjúkrapjálfun og hugrænar atferlismeðferðir svo eitthvað sé nefnt.

Með auknum kröfum almennings um notkun óhefðbundinna meðferða er nauðsynlegt að heilbrigðisstarfsfólk geti tekið upplýsta ákvörðun um hvenær eða hvort skjólstæðingum er vísað á slíkar meðferðir. Leiðbeiningar frá þeim sem veita óhefðbundnar meðferðir um það hvaða meðferð geti gagnast við ákveðnar aðstæður/sjúkdóma geta hjálpað heilbrigðisstarfsfólki (Long, Huntley og Ernst, 2001).

Áhrif óhefðbundinna meðferða á börn með ADHD.

Markmið rannsóknar Long o.fl. (2001) var að komast að því hvaða meðferðir samtök þeirra sem stunda slíkar meðferðir teldu hæfa hverju læknisfræðilegu viðfangsefni. Sendir voru 223 spurningalistar til félaga þeirra óhefðbundnu meðferða sem voru innan samtaka þeirra sem stunda slíkar meðferðir. Niðurstöðurnar sýndu meðal annars að Bowen meðferð var talin hafa áhrif á höfuðverk/mígreni, bakverki, öndunarfærasjúkdóma, þar með

talinn astma, vöðva- og beinavandamál, tíðir og tíðahvörf, húðvandamál, þar með talið exem, síþreytu, háls- og axlaverki, ristilvandamál og íþróttameiðsli (Long o.fl., 2001).

Stubberfield, Wray, og Parry (1999) sendu út spurningalista til 381 fjölskyldu barna sem greind höfðu verið með ADHD í State Child Development Center í Perth, Ástralíu. Markmiðið var að meta tíðni notkunar óhefðbundinna meðferða, hverjir væru að vísa á meðferðirnar og upplifun á gagnsemi af óhefðbundinni meðferð fyrir börn með ADHD. Fram kom í greininni að 64% svarenda í könnun þeirra höfðu notað meðferðir sem lækniir hafði ekki skrifað upp á. Meðferðir tengdar breytingu á mataræði voru vinsælastar. Fram kom að það voru helst kennarar, fjölskylda og vinir sem bentu fólki á að leita í óhefðbundnar meðferðir. Niðurstaða þeirra var að heilbrigðisstarfsfólk þyrfti að vera meðvitað um óhefðbundnar meðferðir og hversu mikið þær eru notaðar af fjölskyldum barna með ADHD.

Concannon og Tang (2005) sendu út spurningalista til 11.184 barna á aldrinum 10-12 ára sem bjuggu í Norður-Sydney í Ástralíu árið 2000. Spurt var meðal annars hvort barnið hefði verið greint með ADHD, um meðferðir sem notaðar hefðu verið, skynjun forelda á notagildi meðferðanna og hversu sáttir foreldrar væru með heildarstjórnun sjúkdómsins. Foreldrar 7.226 (65%) barna svöruðu og af þeim voru 278 börn með ADHD. Niðurstöður rannsóknarinnar voru meðal annars að 71% aðspurðra foreldra barna með ADHD hafði prófað að minnsta kosti eina óhefðbundna meðferð fyrir barnið sitt og 26% prófað þrenns konar meðferðir. Algengust var breyting á mataræði (37%), aukin inntaka á fitusýrum (31%), vítamín (22%), atferlisaugnpjálfun (behavioural optometry) (11%), náttúrulyf (19%) og kírópraktík (11%). Gagnsemi meðferðanna var metin á bilinu 33-61%, þar sem helmingur þeirra sem prófuðu breytingu á mataræði, vítamín og augnpjálfun taldi þær meðferðir gagnlegar, fitusýrur töldust gagnlegar hjá þriðjungi svarenda. Kírópraktík var sú meðferð sem fékk mestu meðmælin (61%) en fáir höfðu notað hana. Í framhaldi af

Þessum niðurstöðu töldu rannsakendurnir að heilbrigðisstarfsfólk þyrfti að vera vakandi fyrir þessum fjölda óhefðbundinna meðferða og spyrja um þær með opnum huga.

Sinha og Efron (2005) rannsökuðu notkun óhefðbundinna meðferða hjá börnum með ADHD. Úrtakið var einstaklingar á aldrinum 5-17 ára með ADHD sem komu á göngudeild Royal Children's Hospital í Melbourne í Ástralíu á tímabilinu maí til september 2003. Spurningalisti með 20 spurningum var sendur til foreldra barnanna sem samþykkt höfðu þátttöku. Af 105 spurningalistum sem sendir voru komu 75 til baka. Fimmtíu fjölskyldur (67,6%) sögðust hafa notað eða vera að nota óhefðbundnar meðferðir. Af þeim 23 meðferðum sem nefndar voru var algengast að breyta mataræði (33 fjölskyldur), vítamín og steinefni (16), fæðubótarefni (12), ilmolíumeðferð (12) og kírópraktík (10). Mismunandi var hversu áhrifaríkar meðferðirnar voru taldar. Um 58% fundu að minnsta kosti eina meðferð sem hjálpaði það mikið að ástæða væri til að halda henni áfram. Ástæður sem nefndar voru fyrir því að velja óhefðbundnar meðferðir voru að minnka einkenni (40 fjölskyldur), viðbót við hefðbundna meðferð (30) og til að koma í veg fyrir aukaverkanir (29). Þrjátíu og tvær fjölskyldur (64%) sögðust segja lækni sínum frá notkun óhefðbundinna meðferða. Og niðurstaða þeirra var einnig að læknar þyrftu að spyrja fólk um notkun þessara meðferða og nota tiltækar upplýsingar til að leiðbeina fjölskyldum um hvaða meðferðir komi að notum.

Bowen tækni

Bowen tækni er meðferð sem Thomas Ambrose Bowen fann upp. Hann fæddist í Ástralíu 1916 og bjó lengst af í Geelong í Viktoríuríki (Baker, 2002; Carter, 2002).

Í starfi sínu í steypuskála einingaverksmiðju tók Tom eftir því að vinnufélagarnir áttu við ýmiss konar álagsmeiðsli að stríða. Hann fór að prófa sig áfram við að hjálpa þeim. Starf hans virtist bera árangur og stöðugt fjölgaði þeim sem sóttu til hans bót meina sinna.

Að lokum hafði skjólstæðingum hans fjölgað svo mikið að hann varð að velja á milli vinnu sinnar í verksmiðjunni og að hjálpa fólki. Tom opnaði stofu og gerði meðferðarvinnuna að fullu starfi (Baker, 2002).

Bowen tæknin barst til Englands árið 1993 og er nú að verða vinsælasta grein óhefðbundinna lækninga þar í landi. Í dag er þessi aðferð notuð á hinum ýmsu stofnunum og endurhæfingardeildum sjúkrahúsa í Bretlandi og víðar um heim. Íþróttafélög hafa ráðið til sín Bowen tækna til að flýta fyrir bata hjá meiddum leikmönnum og til að nota sem fyrirbyggjandi meðferð gegn meiðslum, með mjög góðum árangri. Sjúkraþjálfarar, læknar og fleiri hafa tekið upp aðferðir Bowens til að ná sem bestum árangri í meðferð skjólstæðinga sinna (Baker, 2002).

Hvað er Bowen tækni?

Bowen tækni er tegund meðferðar sem notuð er á líkamann og kemur af stað heilunarferli, er verkjastillandi og -losandi og endurnýjar orku líkamans. Eitt af einkennum Bowen tækni er að áhrifin eru þægileg, djúp og afslappandi (Baker, 2002).

Bowen tæknir notar þumla og fingur á ákveðna staði á líkamanum, yfir vöðva, sinar, liðbönd og húð, og gerir rúllandi hreyfingar með það að markmiði að trufla boðskipti milli heila, vöðva og bandvefs og hafa þannig áhrif á orkuflæði innan líkamans (Baker, 2002).

Hreyfingarnar eru gerðar á fyrirfram ákveðin svæði á líkamanum, mismunandi eftir því að hvaða líkamskerfi eða líkamshluta áhrifin eiga að beinast (Carter, 2002). Bowen hreyfing hefur áhrif á viðkomandi stað í nokkrar sekúndur með því að beita mjúkum hliðlægum þrýstingi sem beitt er með þumlum Bowen tæknisins á miðlæga brún vöðvans, vöðvaþræðirnir og bandvefurinn verða fyrir truflun frá þeirra hlutlausu stöðu og þeir eru aðeins strekktir. Notaður er mjúkur þrýstingur á kjarna vöðvans með því að nota þann skinnskaka sem er til staðar og fingrunum rúllað hliðlægt yfir vöðvann (Baker, 2002; Carter,

2001). Eftir að þummlarnir rúlla yfir vöðvann og þrýsta aðeins á hann þarf vöðvinn að bregðast við með því að fara til baka í sína upphaflegu stöðu (Carter, 2001).

Bowen tæknirinn finnur hversu mikil spenna er í vefjunum undir fingrum hans og það segir honum til um hversu mikinn þrýsting á að nota og hvenær á að framkvæma hreyfinguna til að losa um spennuna sem hlaðist hefur upp (Baker, 2002). Hann reynir að nota sem fæstar hreyfingar og ferla til að koma af stað sjálfsheilunarferli líkamans (Carter, 2002). Jafnvel þótt hreyfingin sé ekki hörð á vöðvann kveikir hún á eins konar viðvörunarbjöllu í heilanum sem kemur af stað náttúrulegum viðbrögðum líkamans til þess að laga það sem þarf. Vegna þess hve lítið við vitum um það hvernig heilinn vinnur hafa skapast miklar vangaveltur um áhrifamátt Bowen tækninnar og hvernig hún virkar í raun (Baker, 2002).

Eitt af lykilatriðum meðferðar með Bowen tækni er að Bowen tæknirinn fer út úr herberginu á milli ákveðinna hreyfinga, ákveðinna aðgerða, til þess að meðferðin verði áhrifaríkari (Baker, 2002; Carter, 2002). Þótt meðferðin sé mjúk og þægileg verða heili og líkami skjólstæðingsins að fá tíma og tækifæri til þess að *skoða* hvað er að gerast og hvað gera þurfi til þess að ná fram breytingu. Brotthvarf Bowen tæknisins gefur það svigrúm sem þarf (Baker, 2002).

Markmiðið með *Bowen hreyfingunum* er að trufla boðskipti milli viðkomandi hluta líkamans og heilans, koma á þau eins konar lykkju þannig að þau fari aftur til baka til líkamshlutans sem um ræðir. Þetta er mjög náttúrulegt ferli til þess að trufla þau 600 þúsund boð sem heilinn sendir á hverri sekúndu (Baker, 2002).

Þegar heilinn leitast við að túlka boðin sem voru trufluð sendir hann boð til taugaenda og á þau svæði sem Bowen tæknirinn hefur verið að vinna með. Með því er heilinn að spyrja ákveðinna spurninga í þeim tilgangi að vita hvernig hann á að bregðast við. Hann byrjar á upplýsingum sem hann þekkir, til dæmis hvort snertingin hafi verið heit,

sársaukafull á einhvern hátt og svo framvegis. Hann heldur áfram að leita að viðmiðum til þess að nota í viðbrögðum sínum við þessari snertingu. Þegar ekki fæst skynsamlegt svar reynir hann að finna fyrir höndunum á líkamanum. Bowen snertingin er honum hins vegar svo óvenjuleg eða framandi að heilinn á erfitt með að finna þessi viðmið og fer því út í ítarlegri rannsóknir á því hvað er að gerast. Á þessum tímapunkti hefst hið raunverulega starf Bowen tæknisins – og hann yfirgefur herbergið þar sem skjólstæðingur hans er. Að Bowen tækninum fjarstöddum byrjar heilinn strax að reyna að átta sig á því hvað gerðist þegar þessi snerting var framkvæmd. Þessi snerting er hins vegar ekki eitthvað kunnuglegt eins og til dæmis heitt, kalt, sársauki eða þrýstingur þannig að alfa heilabylgjurnar taka við og líkaminn slakar á. Þegar Bowen tæknir kemur aftur inn í herbergið er algengt að skjólstæðingur segi að sér hafi fundist eins og hendur hans hafi haldið snertingunni allan tímann eða að hann hafi fundið einhvers konar hitaleiðing á því svæði sem snert var. Þetta bendir til þess að heilinn hafi leitað eftir frekari upplýsingum frá líkamanum til að geta ákveðið viðbrögð við snertingunni (Baker, 2002).

Einn af kostum Bowen tækninnar er það sem kalla mætti óvæntan hliðarárangur. Meðferðin sjálf er almenn og er ekki beint sérstaklega að ákveðnum sjúkdómi. Einmitt vegna þessa hefur fólk fengið bata á öðrum sviðum en þeim sem voru upphaflega ástæða fyrir því að það ákvað að fara í meðferð. Til dæmis gæti skjólstæðingur komið í meðferð vegna verkja en fengið óvænta bót á heymæði vegna áhrifamáttar meðferðarinnar. Þetta undirstrikar að það er ekki Bowen tæknirinn sem er að vinna verkið heldur líkaminn sjálfur. Örvunin sem hann fær með snertingunni í meðferðartímanum verður til þess að fleira lagast en það sem skjólstæðingurinn helst bjóst við eða vildi losna við eða laga (Baker, 2002).

Rannsóknir á Bowen tækni.

Á vefsíðunni *The Gentel power of Bowen* (e.d.) er yfirlit um nokkrar rannsóknir á fólki með tiltekna kvilla eða sjúkdóma sem farið hefur í gegnum meðferð með Bowen tækni.

Þar er meðal annars rætt um niðurstöður rannsókna á heilalömun sem benda til bættrar talgetu, rólegri hegðunar, betri einbeitingar og skilnings, betri stjórnar á stöðu höfuðs og betra jafnvægis. Einnig er rætt um rannsókn sem gerð var af Jo Anne Whitaker lækni við American College of Rheumatology þar sem gerðar voru mælingar á breytileika mynstra í hjartslætti fyrir og eftir Bowen meðferð. Sýndu þær að meðferðin hafði áhrif á ósjálfráða taugakerfið og kom á betra jafnvægi. Ennfremur er rætt um sjúkdóma eins og vefjagigt, mígreni og astma þar sem meðferðin hefur verið að gefa góðan árangur.

Samantekt

Hér á undan hefur verið fjallað um athyglisbrest með ofvirkni, orsakir, einkenni, hvernig einstaklingar eru greindir og hvaða meðferðir eru í boði fyrir þá. Fjallað var um áhrif óhefðbundinna meðferða á börn með ADHD og hversu mikið þær eru notaðar. Einnig var Bowen tækni meðferðinni lýst, saga hennar reifuð og skoðaðar rannsóknir sem gerðar hafa verið.

Kafli 3 Aðferðafræði

Í þessum kafla er fjallað um þá aðferðafræði sem notuð var og val hennar rökstutt. Gerð er grein fyrir meginindlegri rannsóknaraðferð og úrtakinu sem notað var. Aðferð við gagnasöfnun verður tekin fyrir ásamt greiningu gagna. Í lokin eru siðfræðilegar vangaveltur.

Markmið rannsókna

Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Settar voru fram þrjá tilgátur til skoðunar:

- Eftir Bowen meðferð á börn með ofvirkni dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.
- Eftir Bowen meðferð á börn með athyglisbrest dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.
- Eftir Bowen meðferð mun stigafjöldi á matslista sálfræðinga verða lægri en fyrir meðferð.

Megindleg rannsóknaraðferð

Rannsóknaraðferðin var meginindleg og lýsandi. Meginindleg rannsóknaraðferð er formleg, kerfisbundið og hlutbundið ferli þar sem tölfræðilegar upplýsingar eru notaðar til að fá upplýsingar um þá þætti sem rannsaka á. Hún er notuð til að lýsa mismunandi breytum, útskýra tengsl á milli breytanna og til að skýra orsakir og áhrif á milli breyta (Burns og Grove, 2001). Breytur eru hvert það fyrirbæri sem rannsakað er og er breytilegt á milli einstaklinga (Amalía Björnsdóttir, 2003). Meginindleg rannsóknaraðferð krefst þess að notað sé mælitæki sem gefur tölfræðilegar upplýsingar og þær upplýsingar eru svo settar

fram á skipulagðan hátt þannig að þær útskýri tengsl milli breyta og mismun á milli hópa (Burns og Grove, 2001).

Við gerð rannsóknarinnar var notast við lýsandi snið megindlegrar rannsóknar. Lýsandi rannsóknaraðferð dregur upp mynd af þýðinu og lýsir því sem á sér stað við raunverulegar aðstæður og í daglegu lífi. Slík rannsóknaraðferð er notuð til að öðlast nýja þekkingu um ákveðið efni sem lítið hefur verið rannsakað. Tilgangur lýsandi rannsóknaraðferðar er að rannsaka og lýsa fyrirbærum í raunverulegu ástandi. Þessi aðferð er notuð til að gefa af sér nýja þekkingu um hugtök og efni sem fáar eða engar rannsóknir hafa verið gerðar um. Í gegnum lýsandi rannsóknaraðferð er hugtökum lýst og sambönd skilgreind til að búa til grunn fyrir frekari megindlegar rannsóknir og prófun kenninga (Burns og Grove, 2001).

Þátttakendur

Skilgreining á þýði (population) er einstaklingar og hlutir sem falla undir fyrirfram ákveðin skilyrði og hafa sameiginleg mælanleg einkenni (Burns og Grove, 2001). Þýði rannsóknarinnar var óþekktur fjöldi þeirra barna í leik- og grunnskólum sem komu til fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar á því tímabili sem rannsóknin fór fram með óstaðfesta ofvirkni og/eða athyglisbrest. Úrtakið var valið annars vegar eftir aldri og hins vegar eftir búsetu, það er að segja einstaklingar sem voru á leik- og grunnskólaaldri og búsettir á þjónustusvæði fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar. Þar sem um trúnaðarupplýsingar fjölskyldudeildar var að ræða var rannsakanda ekki gefið upp hversu mörgum einstaklingum var boðin þátttaka.

Úrtak (sample) er ákveðinn hópur sem valinn er til að taka þátt í rannsókn, það er að segja sem á að skoða eða prófa og rannsakandi hefur upplýsingar um (Burns og Grove, 2001).

Notað var þægindaúrtak (convenience sample) í þessari rannsókn. Í rannsóknum þar sem notast er við þægindaúrtak eru þátttakendur valdir meðal annars vegna þess að þeir eru á réttum stað á réttum tíma. Þátttakendur sem gefa færi á sér eru fengnir í rannsóknir þangað til réttri stærð af úrtaki er náð (Burns og Grove, 2001). Úrtak rannsóknarinnar samanstóð af sex strákum á aldrinum fjögurra til ellefu ára sem uppfyllt höfðu greiningarskilyrði hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar.

Ýmsir þættir hafa áhrif á hversu góða mynd úrtakið gefur af þýðinu eins og stærð úrtaksins. Eftir því sem úrtakið er stærra aukast líkurnar á því að það endurspegli þýðið. Ef mikill munur er á einstaklingum innan úrtaksins þarf stærra úrtak til að gefa góða mynd af þýðinu (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2003). Þó hér sé um lítið úrtak að ræða skýrist það af því að um forrannsókn (pilot study) er að ræða en æskilegt er að framkvæma slíka forrannsókn áður en stærri rannsókn fer fram þar sem í henni eru framkvæmd flest skref stærri rannsóknarinnar en umfangið og þar með úrtakið er minna (Bailey, 1997). Gefst þá færi á að sníða vankanta af hugsanlegri stærri rannsókn.

Mælitæki

Rannsakandi taldi að best væri að notast við meginlegga rannsóknaraðferð til að fá fram upplýsingar um viðfangsefnið. Talið var heppilegt að notast við tvenns konar spurningalista þar sem „styrkur spurningakannana er fyrst og fremst sá að safna má fjölbreyttum gögnum á skömmum tíma“ (Þorlákur Karlsson, 2003, bls. 331). Annars vegar notaði fjölskyldudeild Akureyrarbæjar ofvirkniþvarða, sem er sambland af spurningum fyrir ofvirkni, athyglisbrest og hvatvísi og kenndur er við DuPaul (sjá fylgiskjal I). Hann samanstendur af 18 spurningum sem hafa fjóra svarmöguleika hver. Gefin eru stig frá núll upp í þrjú eftir því sem við á. Til þess að uppfylla greiningarskilyrði þarf að hafa tvö til þrjú

stig í að minnsta kosti sex spurningum sem tilheyra annað hvort ofvirkni og hvatvísi eða athyglisbresti.

Hins vegar var spurningalisti hannaður af rannsakanda (fylgiskjal H) og var þetta fyrsta forprófun á honum. Hér var um að ræða spurningalista sem rannsakandi vonast til að geta nýtt í starfi sínu sem Bowen tæknir til að leggja mat á framför barnanna. Valið var að nota spurningalista frekar en að taka viðtöl við þátttakendur og foreldra þeirra þar sem talið var betra að fá fram eitt svar við ákveðnum spurningum sem hægt væri að bera saman við spurningalista fjölskyldudeildar. Spurningalistinn samanstóð af 11 spurningum með mismunandi svarmöguleikum. Svarmöguleikar voru annars vegar já og nei eða hins vegar að merkja við raðkvarða (ordinal scale): miklu betur, betur, eins, verri eða miklu verri. Einnig var ein opin spurning þar sem svarendum gafst kostur á að skrifa um hvernig almenn líðan hafði breyst ef því var til að dreifa. Spurningarnar á listanum voru unnar út frá reynslu rannsakanda við að meðhöndla börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Með því að spyrja foreldra og börn í upphafi hvers meðferðatíma um breytingar á einkennum sjúkdómsins, svefni og almennri líðan, upplifði rannsakandi ákveðna fylgni í svörum milli þeirra barna sem komu í meðferð. Út frá þeirri reynslu setti rannsakandi fram spurningar sem skipt var upp í þrjú þemu: svefn, hegðun og almenna líðan. Við sumar spurningarnar (sjá fylgiskjal H) var útskýring á því eftir hverju væri verið að leita. Í síðustu spurningunni gafst kostur á að skrifa ef breyting hefði orðið á almennri líðan. Hún var sett fram til þess að leitast við að fá upplýsingar sem annars færu jafnvel forgörðum og fá fram hugsanlegar spurningar fyrir frekari þróun spurningalistans.

Gögnum þátttakenda var skipt upp miðað við hvort þeir væru greindir með ofvirkni eða athyglisbrest og niðurstöður hvers þátttakanda fyrir sig settar fram miðað við svörum þeirra á spurningalistunum (sjá fylgiskjöl H og I) og úr sjúkraskrá (sjá fylgiskjal J). Samanburður var gerður á niðurstöðum þeirra fyrir og eftir meðferð. Niðurstöður

þátttakenda sem greindust með ofvirkni og þeirra sem greindust með athyglisbrest voru bornar saman.

Framkvæmd

Sálfræðingar hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar lögðu matspróf fyrir hugsanlega þátttakendur og var þeim börnum sem uppfylltu greiningarskilyrði fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest boðin þátttaka í rannsókninni. Þeim sem áhuga höfðu á að taka þátt var afhent kynningarbréf og bréf um upplýst samþykki (sjá fylgiskjal E). Þeir höfðu síðan samband við rannsakanda til að fá tíma í fyrstu meðferð. Í upphafi fyrstu meðferðar var farið yfir kynningarbréfið með foreldrum barnanna og í framhaldi af því skrifuðu þeir undir upplýst samþykki.

Börnin komu í fylgd með forráðamanni í Bowen meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Hver meðferðartími tók um það bil eina klukkustund. Í upphafi meðferðar var fyllt út sjúkraskrá (sjá fylgiskjal J) fyrir viðkomandi samkvæmt sögu hans. Í upphafi hvers meðferðartíma var einnig skráð hvernig líðan viðkomandi var frá síðustu meðferð. Eftir síðasta meðferðartíma svaraði þátttakandi ásamt forráðamönnum opnum og lokuðum spurningum á spurningalista rannsakanda. Spurningalistinn var nafnlaus en merktur númeri þátttakanda. Að meðferð lokinni lögðu sálfræðingar hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar matspróf fyrir þátttakendur til samanburðar við upphaflegt próf.

Sjúkraskrá var haldin þar sem skráð var almennt heilsufar barnsins og skráðar breytingar á líðan milli meðferðartímanna.

Réttmæti

Gæði meginlegra rannsókna byggist að miklu leyti á *innra réttmæti* sem gefur til kynna að hve miklu leyti svörin sem komu fram hafi svarað þeim spurningum sem spurt var um. (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Því má segja að með því að notast við tvo spurningalista

(fylgiskjöl H og I) sem svarað var á mismunandi tímum sé verið að auka innra réttmæti spurningalista rannsakanda með því að bera hann saman við margprófaðan spurningalista fjölskyldudeildar. *Ytra réttmæti* byggir á því að hægt sé að alhæfa um niðurstöður úr einni rannsókn yfir á aðrar aðstæður. Þar sem úrtak rannsóknarinnar var lítið og enginn samanburðarhópur notaður, á ytra réttmæti ekki við hér.

Greining gagna

Eftir að leyfi fékkst frá vísindasiðanefnd fyrir þessari rannsókn (sjá fylgiskjal B) og búið var að tilkynna hana til persónuverndar (sjá fylgiskjal C og D) var hafist handa við gagnasöfnun. Hún fór fram á tímabilinu frá því í febrúar 2007 og fram í byrjun maímánaðar 2007. Við tölfraðilega og myndræna úrvinnslu gagnanna var notast við töflureikninn Microsoft Excel. Gögnin voru sett fram sem samanburður á líðan einstaklinganna fyrir og eftir meðferð. Við túlkun á niðurstöðum var lýsandi tölfraði notuð og framsetningin í prósentutölum og stigafjölda. Niðurstöður rannsóknarinnar voru settar fram í rituðu máli, töflu- og myndrænu formi.

Siðferðilegar vangaveltur

Hér á landi sem og annars staðar þurfa rannsóknir á mönnum lögum samkvæmt að hljóta sérstakt samþykki vísindasiðanefndar. Hlutverk slíkrar nefndar er almennt að sjá til þess að fyrirhugaðar rannsóknir samrýmist góðum siðum eins og þeim er lýst í alþjóðlegum siðareglum. Þetta þýðir að siðanefndir eiga fyrst og fremst að vernda réttmæta hagsmuni þátttakenda í vísindarannsóknum (Sigurður Kristinsson, 2003). Í þessari rannsókn var fengið leyfi frá vísindasiðanefnd (sjá fylgiskjöl A og B) þar sem rannsóknargögnum var safnað saman fyrir einstaklinga og þau því rekjanleg til ákveðinna einstaklinga á meðan á

rannsókninni stóð. Tilkynning um rannsóknina var send til persónuverndar (sjá fylgiskjöl C og D).

Eins og áður sagði var forráðamönnum hugsanlegra þátttakenda boðið með kynningarbréfi að barnið þeirra tæki þátt í rannsókninni (fylgiskjal E) þar sem tilgangur rannsóknarinnar var kynntur, hvernig hún yrði framkvæmd, að hún væri þátttakendum að kostnaðarlausu, að algjör nafnleynd væri tryggð, að engar persónuupplýsingar kæmu fram, að þeim væri heimilt að hætta þátttöku hvenær sem væri á rannsóknartímabilinu án eftirmála og að öllum gögnum yrði eytt að lokinni vinnslu. Forráðamenn barnanna samþykktu þátttöku með því að skrifa undir upplýst samþykki sem fylgdi með kynningarbréfinu.

Samantekt

Rannsóknaraðferðin var meginlæg og lýsandi. Þýði rannsóknarinnar var þau börn sem komu til fjölskyldudeildar á því tímabili sem rannsóknin fór fram. Úrtak rannsóknarinnar samanstóð af sex börnum á aldrinum fjögurra til ellefu ára sem boðin var þátttaka eftir að hafa tekið matspróf fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest hjá sálfræðingum fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar og uppfyllt greiningarskilyrði fyrir ofvirkni og/eða athyglisbresti. Ekki liggur fyrir hversu mörgum var boðin þátttaka þar sem það eru trúnaðarupplýsingar fjölskyldudeildar.

Gögnin sem notuð voru við gerð rannsóknarinnar voru fengin úr spurningalistum og úr sjúkraskrár þátttakenda. Rannsóknin stóð yfir frá því í byrjun febrúar fram í byrjun maí 2007. Gögn voru meðhöndluð í töflureikninum Microsoft Excel. Þátttakendur tóku þátt í rannsókninni af fúsum og frjálsum vilja, engin persónugögn komu fram og var öllum gögnum eytt að lokinni vinnslu við rannsóknina í maí 2007.

Kafli 4 Niðurstöður

Í þessum kafla verða kynntar þær niðurstöður sem fram komu í frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Niðurstöður voru teknar saman úr útreikningum fjölskyldudeildar á stigafjölda þátttakenda (sjá fylgiskjal I) og hvernig þeir raðast eftir prósenturöð (percentile). Einnig eftir spurningalista rannsakanda (sjá fylgiskjal H), þar sem tekin verða inn gögn úr sjúkraskýrslum (sjá fylgiskjal J). Niðurstöður beggja spurningalistanna verða bornar sama og settar fram í máli og myndum.

Spurningalisti fjölskyldudeildar

Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar lagði 18 spurninga lista fyrir þátttakendur fyrir og eftir meðferð. Níu spurningar voru fyrir ofvirkni og níu fyrir athyglisbrest. Þátttakendur voru sex, þrír þeirra greindust með ofvirkni og fimm með athyglisbrest.

Greiningarskilyrði

Í töflu 1 má sjá breytingu á fjölda spurninga með annars vegar núll eða eitt stig og hins vegar tvö eða þrjú stig fyrir þátttakendur fyrir og eftir meðferð. Þátttakendur voru númeraðir frá 1 upp í 6.

Fjöldi greiningaratriða		Nr. 1 Fyrir	Nr. 1 Eftir	Nr. 2 Fyrir	Nr. 2 Eftir	Nr. 3 Fyrir	Nr. 3 Eftir	Nr. 4 Fyrir	Nr. 4 Eftir	Nr. 5 Fyrir	Nr. 5 Eftir	Nr. 6 Fyrir	Nr. 6 Eftir
Ofvirkni	2-3 stig	2	2	4	1	4	2	8	3	9	2	9	9
	0-1 stig	7	7	5	8	5	7	1	6	0	7	0	0
Athyglisbrestur	2-3 stig	6	8	6	2	8	8	7	7	4	3	9	7
	0-1 stig	3	1	3	7	1	1	2	2	5	6	0	2

Tafla 1 Fjöldi greiningaratriða þátttakenda fyrir og eftir meðferð.

Þrír voru greindir ofvirkir en fimm með athyglisbrest. Eftir meðferðina er aðeins einn sem uppfyllir greiningarskilyrði (sjá kafla 1, bls. 5) fyrir ofvirkni og fjórir sem uppfylla greiningarskilyrði fyrir athyglisbrest. Gulu reitirnir segja til um hvort þátttakandi er ofan viðmiðunarmarka eða ekki.

Stigafjöldi.

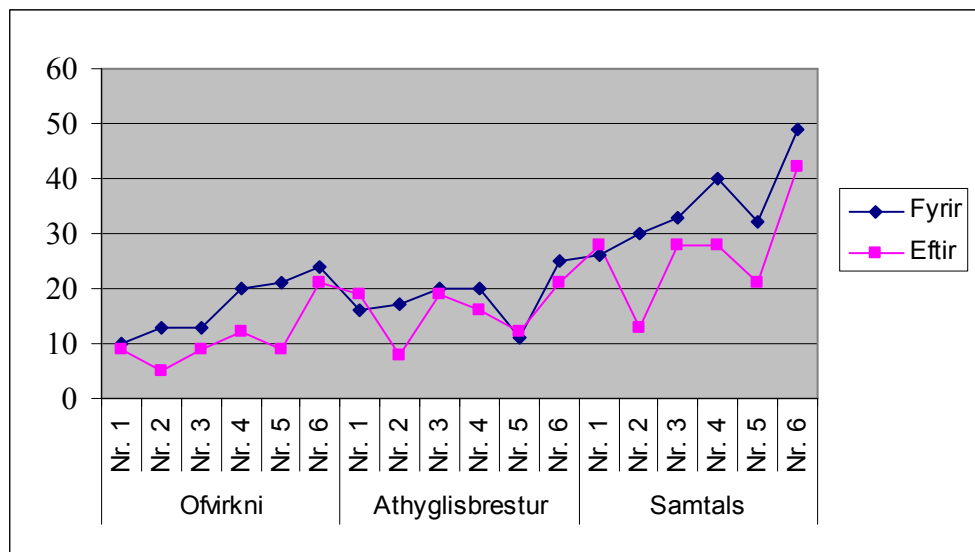
Tafla 2 sýnir niðurstöður einstakra þátttakenda samkvæmt fjölskyldudeild skipt niður í ofvirkni, athyglisbrest og samtals stig. Gulu reitirnir segja til um hvenær einstaklingur er ofan við viðmiðunarmörk fyrir þátttöku.

Stigafjöldi fyrir ofvirkni var í byrjun 10-24 stig og fór eftir meðferð í 5-21 stig. Stigafjöldi fyrir athyglisbrest var í byrjun 11-25 stig og eftir meðferð 8-21 stig. Stigafjöldi þátttakenda fyrir ofvirkni lækkaði eftir meðferð á bilinu 10% til 61,54%. Stigafjöldi fimm af sex þátttakendum fyrir athyglisbrest lækkaði eftir meðferð á bilinu 5% til 52,94%. Tveir þátttakendanna hækkuðu í stigum fyrir athyglisbrest á meðferðartímanum á bilinu 9,09% til 18,75% (sjá töflu 2).

Niðurstöður fjölskyldudeildar						
Ofvirkni	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Fyrir	86,40%	95,40%	95,40%	99,80%	99,90%	100,00%
Eftir	81,60%	54,70%	81,60%	93,20%	81,60%	100,00%
Fyrir	10	13	13	20	21	24
Eftir	9	5	9	12	9	21
Breyting á stigum	10,00%	61,54%	30,77%	40,00%	57,14%	12,50%
Athyglisbrestur						
Fyrir	98,00%	98,80%	99,80%	99,90%	95,40%	100,00%
Eftir	99,60%	69,80%	99,60%	98,00%	90,10%	99,90%
Fyrir	16	17	20	20	11	25
Eftir	19	8	19	16	12	21
Breyting á stigum	-18,75%	52,94%	5,00%	20,00%	-9,09%	16,00%
Samtals						
Fyrir	95,20%	98,10%	99,10%	99,90%	99,60%	100,00%
Eftir	96,90%	63,20%	96,90%	96,90%	87,60%	100,00%
Fyrir	26	30	33	40	32	49
Eftir	28	13	28	28	21	42
Breyting á stigum	-7,69%	56,67%	15,15%	30,00%	34,38%	14,29%

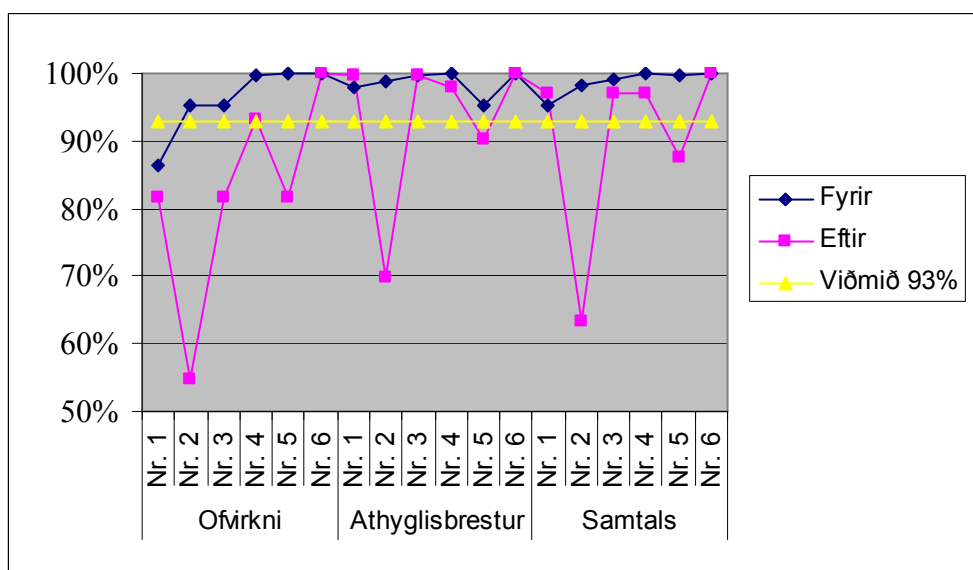
Tafla 2 Niðurstöður útreikninga fjölskyldudeildar.

Samtals lækkaði stigafjöldi fimm þátttakenda af sex um 14,29% til 56,67% en einn þátttakenda hækkaði um 7,69%. Á línuritinu á mynd 1 má sjá hvernig stigagjöf einstakra þátttakenda var fyrir og eftir meðferð.



Mynd 1 Niðurstöður úr spurningalista fjölskyldudeildar.

Fjölskyldudeild setti niðurstöður sínar fram sem normalkúrfu og miðaði við að þeir sem röðuðust í 93% eða meira fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest væri boðin þátttaka í rannsókninni (sjá fylgiskjal G). Á línuritinu á mynd 2 má sjá breytingu á prósenturöðinni (percentile) hjá einstaka þátttakendum. Eins og sjá má á myndinni eru fjórir þátttakendur neðan viðmiðunarmarka fyrir ofvirkni og tveir neðan viðmiðunarmarka fyrir athyglisbrest eftir meðferð.



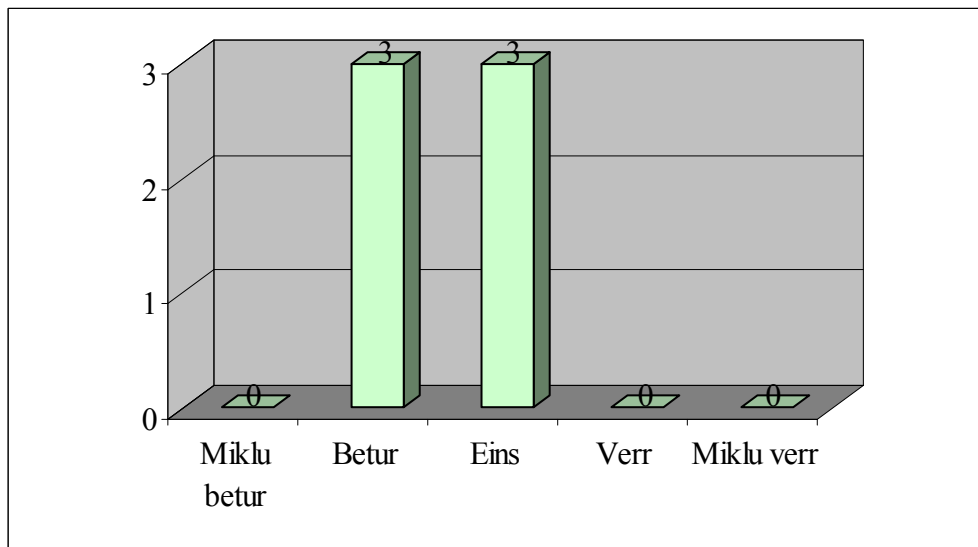
Mynd 2 Niðurstöður á útreikningi fjölskyldudeilda.

Spurningalisti rannsakanda

Þátttakendur svöruðu í samvinnu við foreldra sína spurningalista rannsakanda eftir að meðferð var lokið. Hér eftir verður fjallað um svör þátttakenda eins og þeir hafi svarað sjálfir.

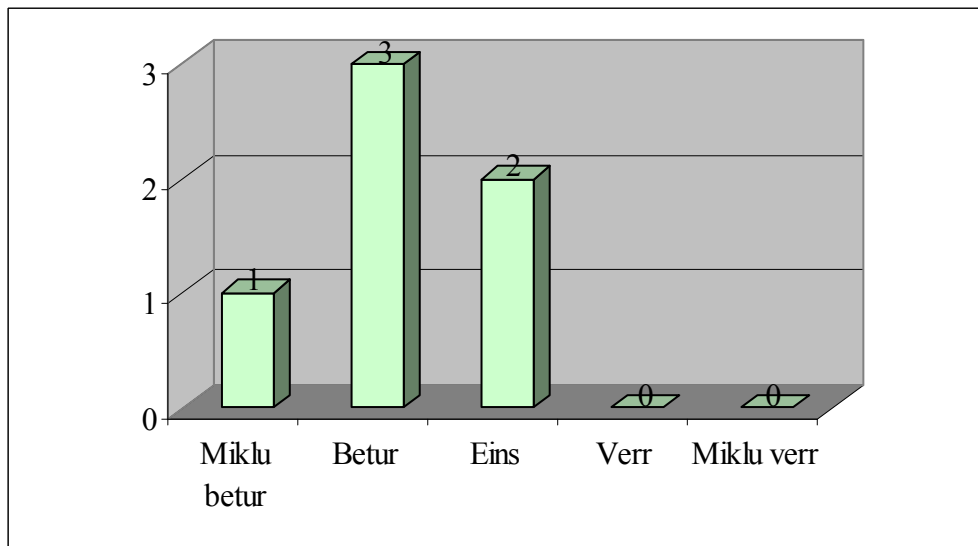
Svefn.

Þátttakendur voru spurðir hvernig þeim fyndist þeir sofa miðað við hvernig þeir sváfu fyrir meðferðina (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 1). Helmingur þátttakenda sagði að þeim fyndist þeir sofa betur (sjá mynd 3).



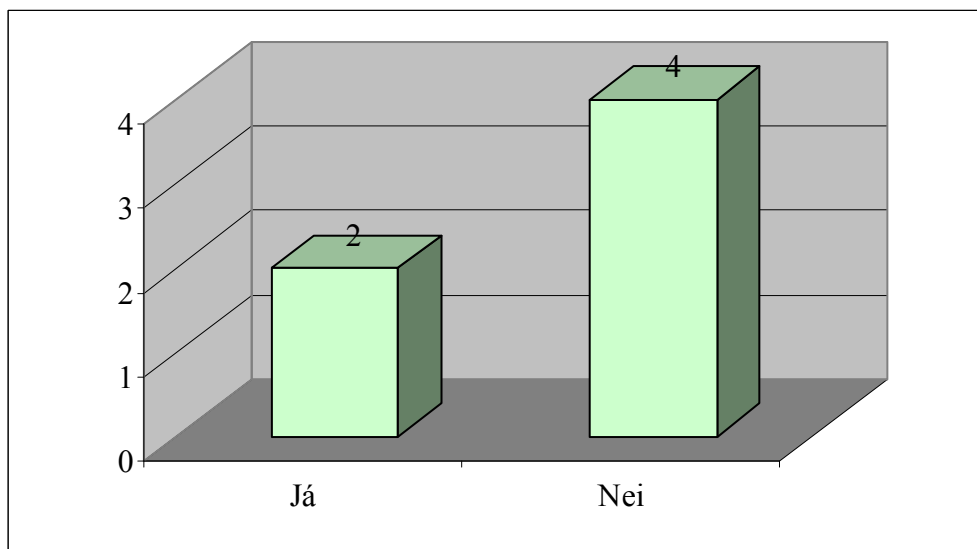
Mynd 3 Hvernig finnst þér þú sofa núna miðað við fyrir meðferðina?

Þegar spurt var hvernig þátttakendum gengi að sofna á kvöldin eftir að meðferð var lokið (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 2) sagði meirihluti að þeim gengi það betur (sjá mynd 4).



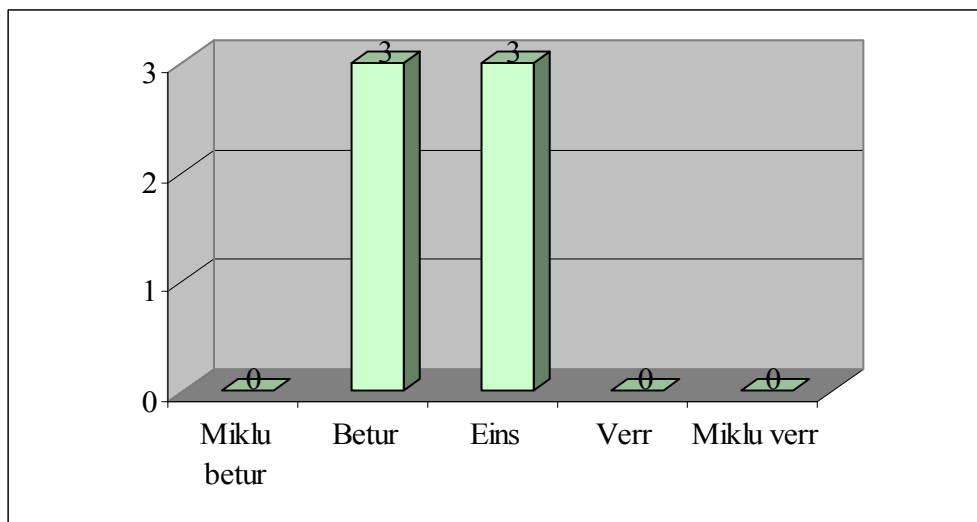
Mynd 4 Hvernig gengur þér að sofna á kvöldin núna?

Þátttakendur voru spurðir hvort þeir vöknuðu á nóttunni. Þeir sem sögðust gera það voru í framhaldinu spurðir að því hvort það hefði breyst, hvort þeir vöknuðu oftar, jafn oft eða sjaldnar (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 3). Tveir þátttakendur áttu það til að vakna á nóttunni (sjá mynd 5) en sögðu báðir að þeir vöknuðu sjaldnar eftir meðferðina.



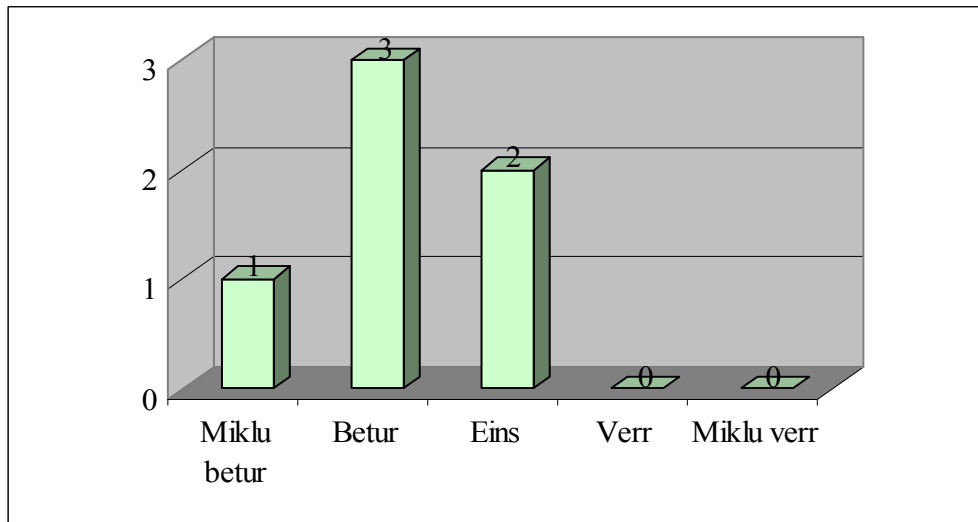
Mynd 5 Vaknarðu á nóttunni?

Spurt var hvernig þátttakendum gengi að vakna á morgnana (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 4) og svöruðu þeir því ýmist að það gengi betur eða eins (sjá mynd 6).



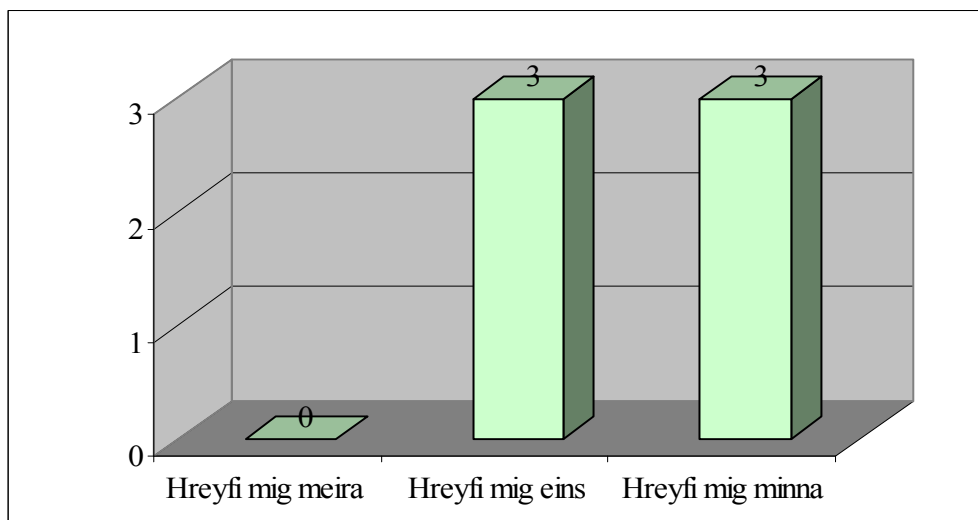
Mynd 6 Hvernig gengur að vakna á morgnana?

Spurt var hvernig þátttakendum liði þegar þeir vöknúðu á morgnana (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 5). Spurt var um hvort þeir væru úthvíldir eða þreyttir þegar þeir vöknúðu. Meirihluti þeirra sagði að þeim liði betur eftir meðferðina (sjá mynd 7).



Mynd 7 Hvernig líður þér þegar þú vaknar á morgnana?

Síðasta spurningin í þessum flokki var hvort þátttakendur hreyfðu sig mikið í svefni (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 6). Helmingur þátttakenda sagðist hreyfa sig minna eftir meðferðina (sjá mynd 8).



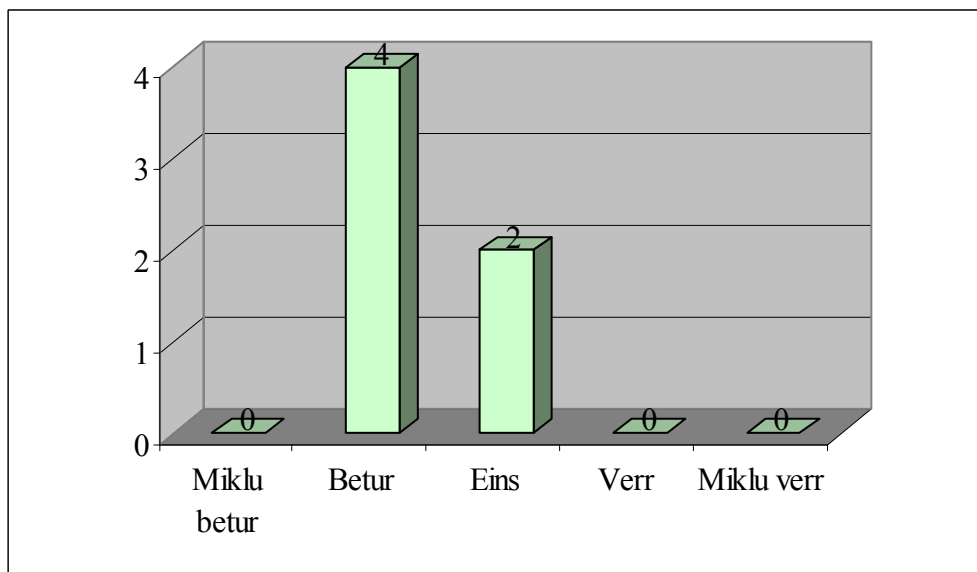
Mynd 8 Hreyfirðu þig mikið í svefni?

Hegðun.

Í þessum flokki voru fjórar spurningar þar sem þátttakendur, í samráði við forráðamenn sína, voru beðnir að meta breytingu á hegðun. Fyrsta spurningin var: „Hvernig

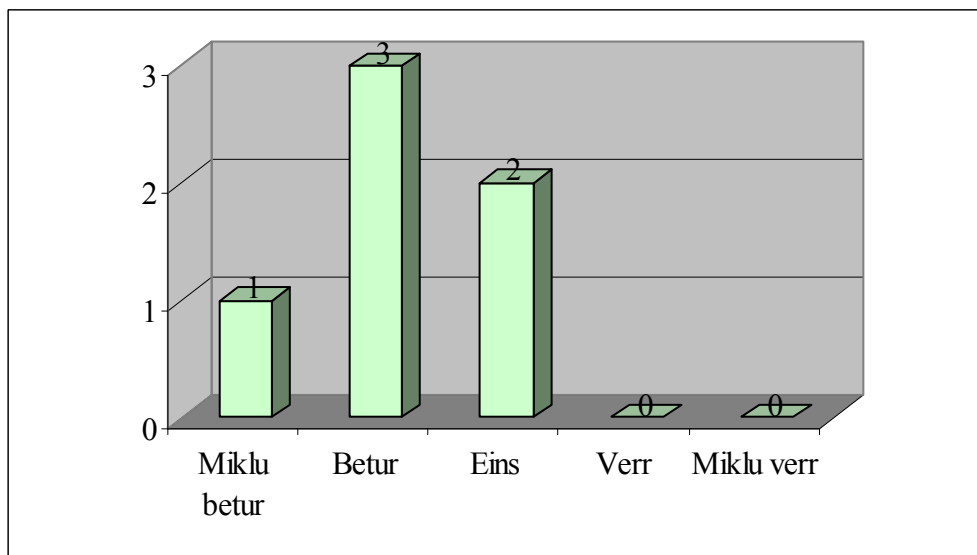
finnst þér þú haga þér núna miðað við fyrir meðferðina?“ (Sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 7).

Meirihluti þátttakenda sagðist haga sér betur. (sjá mynd 9).



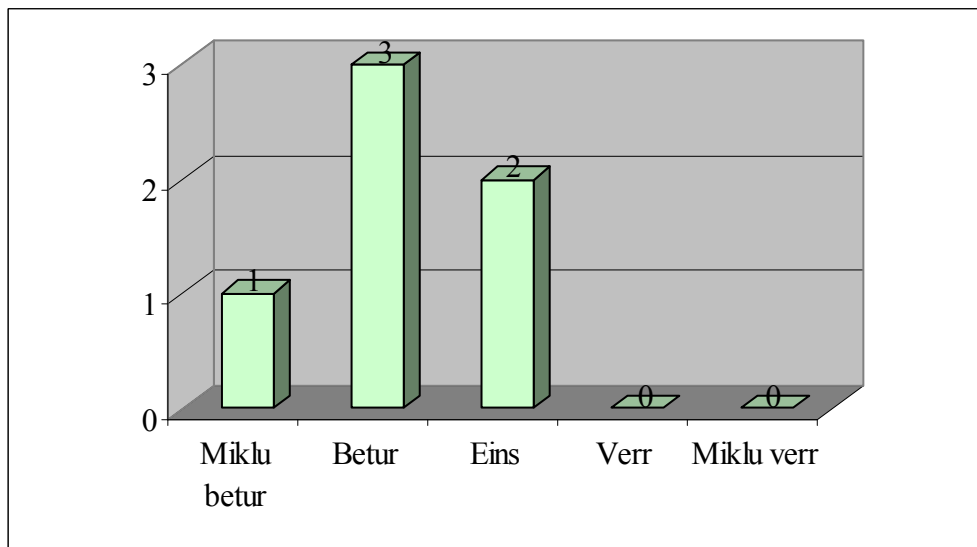
Mynd 9 Hvernig finnst þér þú haga þér núna miðað við fyrir meðferðina?

Önnur spurningin var um hvernig þátttakendum gengi að sitja kyrrir eftir meðferðina miðað við áður (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 8). Meirihluta þeirra gekk betur að sitja kyrrir eftir meðferð (sjá mynd 10).



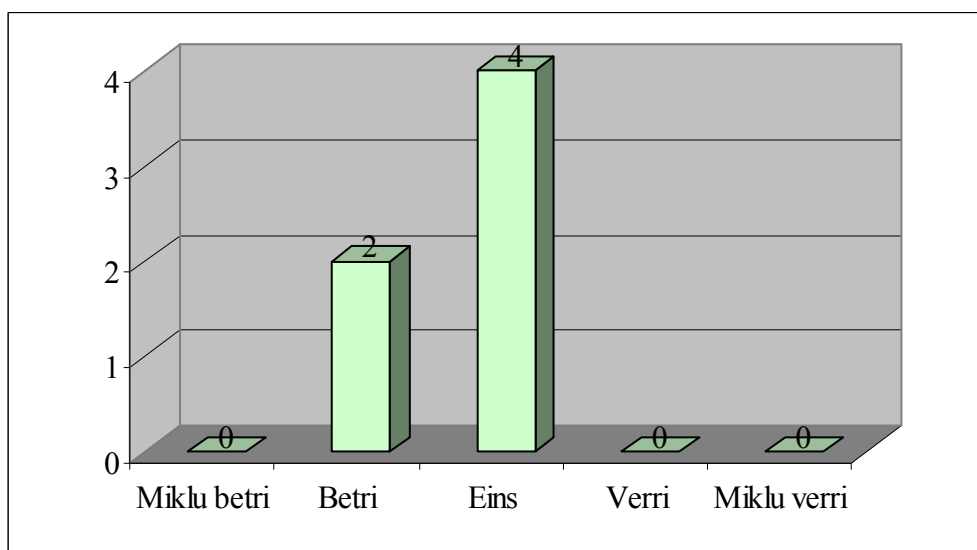
Mynd 10 Hvernig gengur að sitja kyrr?

Næst var spurt um hvernig þátttakendum gengi að einbeita sér (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 9). Meirihluti þeirra upplifði að þeim gengi það betur (sjá mynd 11).



Mynd 11 Hvernig gengur þér að einbeita þér?

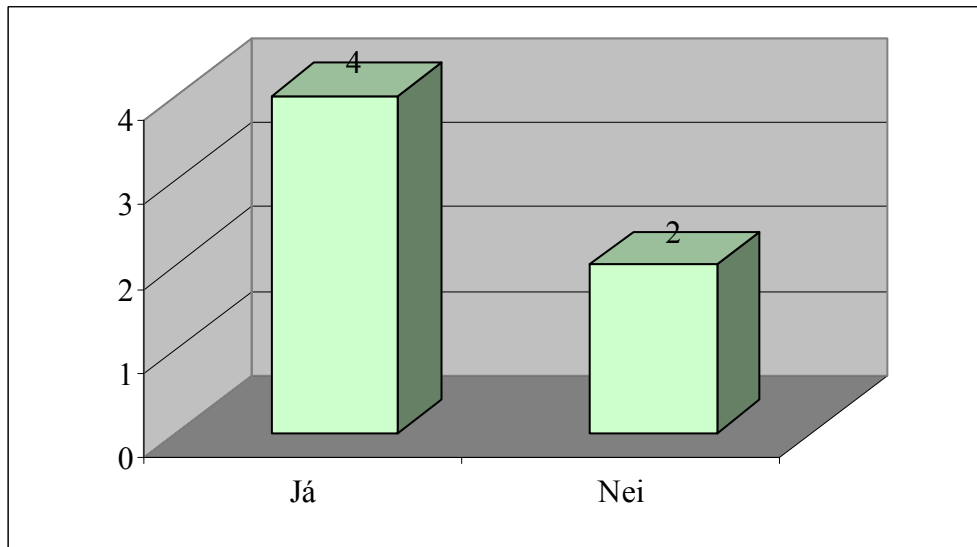
Síðasta spurningin í þessum flokki fjallaði um hvernig samskipti við aðra væru (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 10). Meirihluti þátttakenda taldi þau eins (sjá mynd 12).



Mynd 12 Hvernig eru samskipti við aðra?

Almenn líðan.

Í þessum flokki var aðeins ein spurning um hvort almenn líðan hefði breyst (sjá mynd 13) og þá með möguleika á að skrá þær breytingar sem átt hefðu sér stað (sjá fylgiskjal H, spurningu nr. 11).



Mynd 13 Hefur almenn líðan breyst?

Fjórir þátttakendur töluðu um að almenn líðan hefði breyst. Sem dæmi af svörum foreldra sem skrifuðu umsögn um barn sitt má nefna: „Mér finnst hann rólegri og jákvæðari. Honum gengur vel að vakna á morgnana og er í góðu jafnvægi og góðu skapi.“ „...það gekk mjög vel með heimanámið í dag. Hann settist niður og vann en sýndi ekki eins mikla óþolinmæði og oft áður“ (þátttakandi 1). „Kvartar minna um höfuðverki“ (þátttakandi 2). „...aðallega breyting á málþroska og máltjáningu“ (þátttakandi 6). „Hann sefur betur, er rólegri, hlustar og fer eftir því sem sagt er við hann. Sem sagt betri á öllum sviðum“ (þátttakandi 5).

Í sjúkraskrár þátttakenda kom fram að öllum þótti gaman að koma í meðferðina, þeir slökuðu vel á og fannst þetta notalegt. Einn þátttakandi var þó svolítið óþolinmóður vegna þess að meðferðartíminn stangaðist á við leiktímann hans. Þá kitlaði oft við meðferðina og fannst gaman að koma og láta kitla sig.

Niðurstöður einstakra þátttakenda

Í töflu 3 má sjá niðurstöður samkvæmt spurningalista rannsakanda (sjá fylgiskjal H) fyrir hvern þátttakanda teknar saman.

Spurningalisti rannsakanda						
Svefn						
	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
1. Að sofa	Eins	Eins	Eins	Betur	Betur	Betur
2. Að sofna	Betur	Eins	Betur	Betur	Miklu betur	Eins
3. Vakna um nótt	Nei	Nei	Nei	Nei	Já	Já
4. Að vakna	Betur	Eins	Eins	Betur	Betur	Eins
5. Líðan á morgnana	Betri	Betri	Eins	Betri	Miklu betri	Eins
6. Hreyfing í svefni	Eins	Eins	Minni	Minni	Eins	Minna
Hegðun						
7. Hegðun	Betri	Betri	Betri	Eins	Betur	Eins
8. Að sitja kyrr	Betur	Betur	Betur	Eins	Miklu betur	Eins
9. Að einbeita sér	Betur	Betur	Betur	Eins	Miklu betur	Eins
10. Samskipti	Betri	Eins	Eins	Eins	Betur	Eins
Almenn líðan						
11. Almenn líðan	Já	Já	Nei	Nei	Já	Já

Tafla 3 Niðurstöður einstaklinga samkvæmt spurningalista rannsakanda.

Samanburður á spurningalistum

Þegar spurningalisti rannsakanda (sjá fylgiskjal H) og spurningalisti fjölskyldudeildar (sjá fylgiskjal I) voru bornir saman kom í ljós að ekki var alltaf samhengi á milli þess hvernig listunum er svarað. Niðurstöðurnar má sjá í töflu 4.

Spurningar á lista fjölskyldudeildar voru flokkaðar upp í fjóra flokka:

- Hegðun: spurningar 7, 11 og 17
- Einbeiting: spurningar 1, 3, 5, 9, 13 og 15
- Að vera/sitja kyrr: spurningar 2, 4, 6 og 10
- Samskipti: spurningar 8, 12, 14, 16 og 18

Spurningar úr kaflanum um hegðun í lista rannsakanda voru bornar saman við þessa flokka.

Hegðun	Nr. 1		Nr. 2		Nr. 3		Nr. 4		Nr. 5		Nr. 6	
7. Hegðun	Betri	-2	Betri	3	Betri	0	Eins	3	Betur	0	Eins	1
9. Að einbeita sér	Betur	-1	Betur	6	Betur	1	Eins	1	Miklu betur	2	Eins	3
8. Að sitja kyrr	Betur	3	Betur	4	Betur	2	Eins	2	Miklu betur	5	Eins	2
10. Samskipti	Betri	-2	Eins	4	Eins	2	Eins	6	Betur	5	Eins	1

Tafla 4 Samanburður á spurningalistum rannsakanda og fjölskyldudeildar.

Í fyrri dálknum fyrir hvern þátttakanda (Nr. 1-6) kemur fram hvernig spurningum var svarað á lista rannsakanda og í seinni dálknum hvernig spurningum á lista fjölskyldudeildar var svarað. Stigin í spurningaflokkunum hér að ofan voru lögð saman og stigin eftir meðferð dregin frá stigum fyrir meðferð. Því eru plústölurnar hér að ofan jákvæð breyting og mínustölur neikvæð breyting.

Samantekt

Niðurstaða úr spurningalista fjölskyldudeildar (sjá fylgiskjal I) sýndi að stigafjöldi fimm þátttakenda af sex lækkaði í heildina á bilinu 14,29% og upp í 54,67% en stigafjöldi eins þátttakanda hækkaði um 7,69%. Þrír voru fyrir meðferð greindir ofvirkir en fimm með athyglisbrest. Eftir meðferðina er aðeins einn sem enn uppfyllir greiningarskilyrði fyrir ofvirkni og fjórir sem uppfylla greiningarskilyrði fyrir athyglisbrest.

Niðurstöður spurningalista rannsakanda (sjá fylgiskjal H) sýndu að við flestum spurningum svöruðu þátttakendur því til að svefn þeirra, hegðun og almenn líðan hefði batnað.

Kafli 5 Umræða

Hér verður rætt um niðurstöður rannsóknarinnar sem settar voru fram í kafla 4 og þær settar í samhengi við fræðilega þekkingu og tilgátur rannsakanda. Umræðunni verður skipt upp í sex hluta: Áhrif ADHD, samanburð einstakra þátttakenda, samanburð á spurningalista rannsakanda og fjölskyldudeildar, svör við tilgátum, tengsl við svefn og meðferðarúrræði. Í lokin er samantekt.

Áhrif ADHD

ADHD hefur áhrif á börn á ýmsum sviðum. Í fyrsta lagi er slæm hegðun barnanna talin vera truflandi og óviðeigandi og er því líkleg til að valda vandræðum í skóla. Í öðru lagi skilur og metur fólk með ADHD upplýsingar öðruvísi en aðrir. Það á erfitt með að einbeita sér í langan tíma eða að klára verkefni (Currie og Stabile, 2006). Á leikskólaaldri gætir eirðaleysis sem felst í því að börnin eiga erfitt með að stjórna sér og eru mikið á ferðinni. Þegar barnið byrjar í skóla koma einkennin betur í ljós. Þá aukast meðal annars kröfur um einbeitingu, skipulagningu og barnið verður að sitja kyrrt (Ragna F. Karlsdóttir, 2001). ADHD felur í sér einbeitingarerfiðleika, ofvirkni og hvatvísi, en einnig námserfiðleika, slaka samhæfingu hreyfinga, árásargirni og miklar sveiflur í tilfinningalífi (Gísli Baldursson o.fl., 2000a). Með því að einbeiting barnsins batni á það auðveldara með að læra, auðveldara með að vinna verkefni og gengur því betur í skóla.

Eldri börn í grunnskóla með ADHD eru misjafnlega í stakk búin til að standast þær kröfur sem til þeirra eru gerðar. Hafi eitthvað farið úrskeiðis í skólanum fyrstu mótunarárin og þau beðið hvert skipbrotið af öðru er hætta á ferðum. Erfiðleikarnir hrannast upp og þá geta þau þróað með sér meiri þrjúsku, ögrun, hvatvísi, mótmæli og mótþróa. Þetta atferli leiðir til enn meiri hegðunarerfiðleika (Ragna F. Karlsdóttir, 2001).

Á unglingsárum hafa 70-80% enn einkenni í þeim mæli að þau séu hamlandi og í ósamræmi við aldur og þroska (Barkley o.fl., 1990b). Cantwell (1996) segir að gera megi ráð fyrir að 30% einstaklinga verði einkennalausir á fullorðinsárum, 40% hafi einkenni sem valdi starfrænni hömlun og eigi við erfiðleika að etja í félagslegri og tilfinningalegri aðlögun og 30% hafi enn alvarlegri einkenni athyglisbrests með ofvirkni og jafnframt alvarlegar tegundir fylgiröskunar, svo sem áfengis- og fíkniefnamisnotkun og andfélagslega persónuleikaröskun.

Í nýrri íslenskri rannsókn Emils Einarssonar sem kynnt var í kvöldfréttum sjónvarps 3. maí 2007 kom fram að 94 fangar á aldrinum 19-56 ára sem komu til afplánunar í fangelsi voru beðnir að taka þátt í rannsókninni. Þeir sem tóku þátt voru teknir í viðtöl og sálfræðiþróf. Niðurstöður benda til þess að 50% fanga í íslenskum fangelsum hafi átt við ADHD að stríða í æsku. Þar af voru 15% enn með ofvirkni. Af þeim 50% sem voru með ofvirkni í æsku voru 14 eða 31% en ofvirkir í dag, 13 eða 29% með hluta einkenna ofvirkni í dag og 18 eða 40% með ofvirkni í lámarki í dag (Anna Heiður Oddsdóttir, 2007). Það er því til mikils að vinna að minnka einkenni barnanna eins mikið og hægt er.

Áhrif á fjölskyldu barns með ADHD geta verið mikil. Foreldrarnir einangrast stundum með barnið sitt. Þeir eru oft kvíðnir, fara í vörn og jafnvel afneitun þegar einhver gagnrýnir barnið þeirra. Spenna, gremja og reiði geta beinst að aðilum utan heimilis (Ragna F. Karlsdóttir, 2001). Þegar barnið róast og er í betra jafnvægi hefur það einnig áhrif á alla fjölskylduna.

Heimanámið tekur oftast langan tíma og barnið fæst ekki til að vinna fyrr en seint og um síðir og mjög oft eftir árekstra og leiðindi heima fyrir. Barnið er lengi að koma sér að verki og þarf stöðuga aðstoð og hvatningu. Samskipti fjölskyldunnar enda oft í slæmum vítahring og samverustundirnar sem tengjast heimanáminu verða fyrirkvíðanlegar (Ragna F.

Karlsdóttir, 2001). Sjá má í töflu 4 hvernig meðferðin hafði jákvæð áhrif á einbeitingu barnanna. Tveir af þátttakendunum nefndu að þeim gengi betur að læra eftir meðferðina.

Það var athyglisvert að yngsti þátttakandinn sem enn er á leikskóla og var greindur með ofvirkni bætti sig það mikið að hann losnaði við greininguna. Því má velta fyrir sér hvort ekki væri gott að reyna að ná til þessara barna enn yngri til að hægt sé að minnka líkur á vandræðum í skóla og á fullorðinsárunum.

Af framansögðu má sjá að til mikils er að vinna að minnka einkenni ofvirkni og/eða athyglisbrests.

Samanburður einstakra þátttakenda

Þegar borinn var saman árangur einstakra þátttakenda kom í ljós að í flestum tilvikum batnaði svefn þeirra þannig að þeir voru betur hvíldir á morgnana og þannig betur í stakk búnir að takast á við daginn. Það kom fram í betri hegðun, þeir áttu auðveldara með að einbeita sér að þeim verkefnum sem þeir þurftu að vinna í tengslum við skólann. Samskipti við fjölskylduna bötnuðu þegar ekki þurfti endalaust að vera að skamma þá fyrir slæma hegðun.

Þátttakandi nr. 1 var greindur af fjölskyldudeild með athyglisbrest (sjá töflu 1). Eins og fram kemur í töflu 3 gekk honum betur að sofna á kvöldin, betur að vakna á morgnana og honum leið betur þegar hann vaknaði á morgnana. Hegðun hans var betri, það gekk betur að sitja kyrr, að einbeita sér og hafa samskipti. Eftir meðferðina hafði hann greiningu athyglisbrests með fleiri greiningaratriði en áður (sjá töflu 1).

Þátttakandi nr. 2, sem greindur var af fjölskyldudeild með athyglisbrest, náði ekki betri svefni eftir meðferðina. Hann tjáði hins vegar betri líðan þegar hann vaknar á morgnana. Hegðun hans og einbeiting bötnuðu og hann átti auðveldara með að sitja kyrr en

samskipti voru eins (sjá töflu 3). Eftir meðferðina var hann hvorki greindur með ofvirkni eða athyglisbrest (sjá töflu 1).

Þátttakandi 3, sem greindur var með athyglisbrest fyrir meðferð, átti auðveldara með sofna á kvöldin eftir meðferð og hreyfði sig minna í svefni. Hegðun hans, einbeiting og geta til að sitja kyrr batnaði eftir meðferð en samskipti voru eins (sjá töflu 3). Eftir meðferð var hann enn greindur með athyglisbrest og með svipaða stigagjöf en stigagjöf hans fyrir ofvirkni lækkaði (sjá töflu 2).

Þátttakandi 4, sem greindur var með bæði ofvirkni og athyglisbrest (sjá töflu 1), bætti svefn sinn samkvæmt öllum spurningunum (sjá töflu 3). Hegðun hans var eins að öllu leyti eftir meðferð (sjá töflu 3). Eftir meðferð greindist hann með athyglisbrest en var kominn niður fyrir viðmiðunarmörk í ofvirkni (sjá töflu 1).

Þátttakandi 5 var greindur með ofvirkni fyrir meðferð (sjá töflu 1). Hann svaf betur og átti miklu auðveldara með að ná sér niður á kvöldin. Hann átti það til að vakna á nóttunni en sjaldnar en áður, það var auðveldara að vekja hann og honum leið betur á morgnana. Hegðun hans var betri, hann átti miklu auðveldara með að sitja kyrr og einbeita sér og samskipti hans höfðu batnað (sjá töflu 3). Eftir meðferðina uppfyllti hann ekki greiningarskilyrði fyrir ofvirkni lengur (sjá töflu 1).

Þátttakandi 6 var greindur með bæði ofvirkni og athyglisbrest með 49 stigum af 54 mögulegum (sjá töflu 1). Hann svaf betur eftir meðferðina, vaknaði sjaldnar en áður á nóttunni og hreyfði sig minna í svefni. Hegðun hans, geta til að sitja kyrr, einbeiting og samskipti voru eins eftir meðferð. Eftir meðferð var hann enn með bæði ofvirkni og athyglisbrest en stigagjöf hans hafði lækkað um 14,29% (sjá töflu 2).

Samanburður spurningalista fjölskyldudeildar og rannsakanda

Athyglisvert var að bera saman svör við spurningarlista rannsakanda og spurningum fjölskyldudeildar (sjá töflu 4). Þegar búið var að raða spurningum fjölskyldudeildar upp í samræmi við spurningar á spurningalista rannsakanda kom fram að ekki var alltaf samræmi milli svaranna. Spurningar 7 og 9 eiga við athyglisbrest og spurningar 8 og 10 eiga við ofvirkni. Þegar skoðuð var hegðun þátttakanda 1, einbeiting og samskipti þá sagði hann þau atriði betri á spurningalista rannsakanda. Aftur á móti fékk hann fleiri stig eftir meðferð en fyrir hana samkvæmt spurningalista fjölskyldudeildar. Þátttakandi 2 bætti stigatölu sína hjá fjölskyldudeild í samræmi við svör á spurningalista rannsakanda, nema fyrir samskipti. Hann segir samskiptin vera eins en gefur þeim fjórum stigum minna á lista fjölskyldudeildar. Þátttakandi 3 taldi hegðun sína betri þó stigagjöf hjá fjölskyldudeild fyrir hegðun hefði ekki breyst. Hann taldi einnig samskipti sín eins þó að samkvæmt spurningalista fjölskyldudeildar hefðu þau batnað um 2 stig. Þátttakandi 4 sagði hegðun sína, einbeitingu, það að geta setið kyrr og samskipti eins eftir meðferð en samkvæmt spurningalista fjölskyldudeildar bætti hann sig í öllum liðum. Þátttakandi 5 sagði hegðun sína betri þó stigafjöldi á spurningalista fjölskyldudeildar hefði ekki breyst. Þátttakandi 6 sagði enga breytingu hafa orðið á hegðun, einbeitingu, því að geta setið kyrr og samskiptum á spurningalista rannsakanda en þó bætti hann sig í öllum liðum á spurningalista fjölskyldudeildar.

Þó svo að ekki væri alltaf fylgni milli svara við spurningalistunum (sjá fylgiskjal H og I) er hægt að nota spurningalista rannsakanda til að meta áhrif meðferðarinnar á meðan á henni stendur. Í framtíðinni væri hægt að þróa hann betur sem mælitæki á árangur meðferðarinnar.

Svör við tilgátum

Greiningarskilyrði ADHD eru meðal annars að barn hafi sex eða fleiri einkenni á matslista (Currie og Stabile, 2006). Órólegur og truflaður svefn var einu sinni hluti af DSM greiningartæki fyrir ADHD en var síðar álitíð vera einkenni og var tekið út úr greiningunni. (Owens, 2005).

Allir þátttakendur sögðu að gott væri að koma í meðferðina og að þeir slökuðu vel á. Einn þátttakenda var þó svolítið pirraður yfir því að koma þar sem meðferðartíminn stangaðist á við leiktímann hans. Samkvæmt sjúkraskýrslum þeirra voru þeir rólegri og í betra jafnvægi eftir að þeir komu heim úr hverjum tíma.

Þrjár tilgátur voru settar fram í byrjun:

Tilgáta 1: Eftir Bowen meðferð á börn með ofvirkni dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.

Þrír þátttakendur voru greindir ofvirkir í upphafi meðferðar. Hjá tveimur þeirra fækkaði greiningarskilyrðum það mikið að eftir meðferð uppfylltu þeir ekki greiningarskilyrði fyrir ofvirkni. Þriðji þátttakandinn hafði fyrir og eftir meðferð jafn mörg greiningarskilyrði en stigafjöldi hans fyrir ofvirkni hafði lækkað um 14,29%.

Stigagjöf þeirra fór úr 20-24 stigum fyrir meðferð í 9-21 stig eftir meðferð sem er lækkun á bilinu 12,5% upp í 57,14%. Þó svo að samkvæmt spurningalista rannsakanda teldu tveir þeirra enga breytingu hafa orðið á því að geta setið kyrr eða samskiptum þá sýndi spurningalisti fjölskyldudeildar lækkun um þrjú og átta stig.

Eftir meðferðina sögðust þeir allir sofa betur, einn taldi sig eiga miklu betur með að sofna á kvöldin, einn sagðist eiga betur með það og sá þriðji taldi enga breytingu á því. Tveir þeirra áttu það til að vakna á nóttunni en gerðu það sjaldnar eftir meðferðina. Tveir

þátttakenda sögðu að betra væri að vakna á morgnana og einn að það væri eins. Þeir sögðu líðan sína á morgnana vera miklu betri, betri og eins.

Miðað við þessar niðurstöður stenst tilgátan sem sett var fram í upphafi.

Tilgáta 2: Eftir Bowen meðferð á börn með athyglisbrest dofna eða hverfa einkenni röskunarinnar. Meðferðin hefur slakandi áhrif og börnin eru í betra jafnvægi, sofa betur og hvílast betur.

Fimm þátttakendur voru greindir með athyglisbrest í byrjun (sjá töflu 1). Eftir meðferðina hafði greiningarskilyrðum tveggja þeirra fækkað það mikið að þeir uppfylltu ekki greiningaskilyrði lengur. Greiningarskilyrði tveggja þeirra stóðu í stað þó svo stigafjöldi þeirra lækkaði um 5-20%, úr 20 stigum fyrir meðferð í 16-19 stig eftir meðferð. Greiningarskilyrðum eins þátttakanda fjölgaði við meðferðina. Stigafjöldi hans hækkaði úr 16 stigum í 19 en samt sagði hann bæði hegðun sína og einbeitingu betri eftir meðferðina. Greiningarskilyrðum eins þátttakanda fækkaði um tvö eftir meðferðina. Stigafjöldi hans lækkaði um 4 stig, þó sagði hann hegðun sína og einbeitingu eins eftir meðferð (sjá töflu 2).

Eftir meðferðina sögðu tveir þátttakendanna að þeir svæfu betur en þrír þeirra sögðu enga breytingu á því. Aðspurðir hvernig gengi að sofna á kvöldin sögðu þrír þeirra það ganga betur en hinir enga breytingu hafa orðið á því. Einn þeirra vaknaði á nóttunni en sjaldnar en áður. Tveir sögðu að það gengi betur að vakna á morgnana en þrír sögðu enga breytingu á því. Þrír sögðu líðan á morgnana betri en tveir enga breytingu á því. Þrír sögðust hreyfa sig minna í svefni en tveir sögðu það eins.

Tilgátan sem sett var fram í upphafi um áhrif Bowen tækni á börn með athyglisbrest stenst líka. Þó svo stig þátttakenda hafi ekki lækkað það mikið að þeir séu ekki með greiningu fyrir athyglisbrest lengur er árangur þeirra samt viðunandi.

Tilgáta 3: Eftir Bowen meðferð mun stigafjöldi á matslista sálfræðinga verða lægri en fyrir meðferð.

Stigafjöldi þátttakenda fyrir bæði ofvirkni og athyglisbrest var í öllum nema tveimur tilvikum lægri eftir meðferð.

Lækkun stiga fyrir ofvirkni var á bilinu 10-61,54%. Þrír þátttakendur voru greindir ofvirkir og lækkaði stigafjöldi þeirra um 12,5-57,14%. Tveir þeirra uppfylltu ekki greiningarskilyrði fyrir ofvirkni eftir meðferð.

Stig hjá þeim sem greindir voru með athyglisbrest lækkuðu um 5-52,94%. Stigafjöldi eins þátttakanda hækkaði úr 16 í 19 stig eftir meðferð. Einn þátttakandi sem greindur var með athyglisbrest fyrir meðferð uppfyllti ekki greiningarskilyrði eftir meðferð og lækkaði stigafjöldi hans um 52,94%.

Í heildina lækkuðu stig þátttakenda á bilinu 14,29% og upp í 56,57%. Einn þátttakandi bætti við sig tveimur stigum í heildina eftir meðferðina. Stig hans voru ekki í samræmi við svör á spurningalista rannsakanda (sjá fylgiskjal H og töflu 4) þar sem hann sagði hegðun, einbeitingu, að sitja kyrr og samskipti betri en fyrir meðferð og má segja að þessi munur sé innan skekkjumarka. Breyting á líðan þátttakenda er afgerandi á þessum rúma mánuði sem meðferðin stóð. Sú tilgáta sem sett var fram í upphafi um að stigafjöldi þátttakenda myndi lækka stenst fullkomlega.

Tengsl við svefn

Ónógur og lélegur svefn leiðir af sér dagsyfju og hegðunarvandamál og hefur áhrif á þá virkni sem tengist framberki heila (eins og einbeitingu, vinnuminni og fleira) og hefur bein áhrif á skap (Fallone o.fl., 2002).

Vandamál við að sofna og viðhalda svefni voru sögð metin um 25-50% hjá börnum og fullorðnum með ADHD (Corkum o.fl., 1998). Erfiðleikar barns með ADHD við að ná

sér niður og róast koma fram sem vandamál við að sofna og/eða mótþrói á háttatíma (Owens, 2005). Samkvæmt töflu 3 taldi helmingur þátttakenda að þeim gengi betur að sofna á kvöldin en áður. Óvær eða slitróttur svefn er sérstaklega til vandræða fyrir börn með ADHD og geta svefnlotur orðið áberandi stuttar og svefn almennt ónógur (Owens, 2005). Tveir af sex þátttakendum áttu það til að vakna á nóttunni, en þeim skiptum fækkaði eftir því sem leið á meðferðina. Þó svo þátttakendur teldu sig sofa eins bendir það að þeir eigi auðveldara með að vakna á morgnana og séu ekki eins þreyttir til þess að þeir sofi betur (sjá töflu 3). Það leiðir svo af sér að virkni þeirra og hegðun er betri og þeir eru í betra jafnvægi.

Meðferðarúrræði

Lítið er til af rannsóknum um áhrif annarra meðferða en lyfjameðferða á börn með ADHD. Rannsóknir á áhrifum Bowen tækni á þessi einkenni eru heldur ekki fyrir hendi. Ýmis meðferðarúrræði önnur en lyfjameðferð hafa verið reynd, svo sem hugræn meðferð og félagshæfnipjálfun, en rannsóknir hafa ekki sýnt fram á árangur þessara aðferða þótt þær virðist geta gert nokkurt gagn ef þær eru notaðar samhliða öflugri atferlismótun (Barkley, 1998b). Ýmsar atferlismótandi aðferðir henta vel til að breyta hegðun nemenda en hafa ber í huga að það getur tekið langan tíma að breyta atferli (Ragna F. Karlsdóttir, 2001). Niðurstöður þessarar rannsóknar benda sterklega til að meðferðin hafi gert heilmikið gagn á aðeins einum mánuði fyrir alla þátttakendur. Fróðlegt gæti verið að fylgja eftir þátttakendunum til að sjá hver langtímaáhrifin væru.

Samantekt

Hér á undan hefur verið fjallað um niðurstöður einstakra þátttakenda. Bornar voru saman niðurstöður úr spurningalista fjölskyldudeildar og niðurstöður rannsakanda.

Niðurstöðurnar gáfu til kynna að Bowen tæknin hefði verulega góð áhrif á líðan þátttakenda og stigafjöldi þeirra væri að lækka umtalsvert. Niðurstöðurnar sýndu að allar þrjár tilgáturnar sem settar voru fram í upphafi stóðust. Svefn og hvíld þátttakenda batnaði verulega sem leiðir til betri hegðunar þeirra og einbeitingar. Bent var á hvaða afleiðingar ofvirkni og/eða athyglisbrestur gætu haft í för með sér ef ekkert er að gert.

Kafli 6 Notagildi og framtíðarrannsóknir

Í þessum kafla verður sagt frá takmörkunum rannsóknar og hagnýtu gildi hennar fyrir hjúkrun, hjúkrunarstjórnendur, hjúkrunarmenntun í landinu, hjúkrunarrannsóknir, stjórnvöld og fleiri. Einnig verður sagt frá tillögum rannsakanda að framtíðarrannsóknunum.

Takmarkanir rannsókna

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að um er að ræða forkönnun á litlu úrtaki barna sem greind hafa verið með ADHD hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar. Rannsóknin hefur ekki alhæfingargildi þar sem ekki var notast við samanburðarhóp. Niðurstöðurnar gilda aðeins fyrir þá sem tóku þátt. Ennfremur er notast við spurningalista rannsakanda sem verið er að forprófa og hefur ekki verið rannsakaður með tilliti til próffræðilegra þátta (psychometric properties).

Einnig má benda á að þó svo niðurstöður gefi til kynna afgerandi breytingu hjá flestum þátttakendum getur verið erfitt að sanna að um orsakasamband sé að ræða. Ýmsar breytur gætu hafa haft áhrif og því erfitt að fullyrða um hvað sé orsök og hvað afleiðing.

Hagnýtt gildi rannsókna

Rannsóknir hafa sýnt að foreldrar barna með ADHD eru að nota óhefðbundnar meðferðir fyrir börn sín og að þau hafi prófað fleiri en eina meðferð (Concannon og Tang, 2005; Stubberfield o.fl., 1999). Rannsóknir á notkun óhefðbundinna meðferða hér á landi eru litlar sem engar. Þetta er fyrsta rannsóknin á áhrifum Bowen tækni á Íslandi. Niðurstöður þessarar rannsóknar ættu, þrátt fyrir takmarkanir hennar, að vera hvatning til frekari rannsókna á áhrifum Bowen tækni og annarra óhefðbundinna meðferða.

Niðurstöður þessarar rannsóknar gætu nýst foreldrum barna með hegðunarvandamál, skólahjúkrunarfræðingum og hjúkrunarfræðingum í ungbarnavernd, sálfræðingum og geðlæknum sem sinna börnum með ADHD, ásamt því að foreldrar þeirra barna sem eiga við svefnvandamál að stríða gætu haft gagn af niðurstöðunni.

Gildi fyrir hjúkrun.

Rannsóknin og niðurstöður hennar ættu að koma að góðum notum fyrir hjúkrunarfræðinga ásamt starfsfólki á heilbrigðisstofnunum almennt. Í starfi hjúkrunarfræðinga felst að leiðbeina skjólstæðingum sínum um meðferðir og fræða þá.

Rannsakandi telur eðlilegt að heilbrigðisstarfsfólk sé betur upplýst um óhefðbundnar meðferðir og áhrif þeirra. Þar sem notkun óhefðbundinna meðferða hefur aukist á undanförunum árum (Bombardieri og Easthope, 2000) ættu upplýsingar um þær að vera aðgengilegar á öllum heilbrigðisstofnunum.

Gildi fyrir hjúkrunarstjórnun.

Hjúkrunarstjórnendur þurfa að hafa yfirgripsmikla þekkingu og ætti hún einnig að ná til óhefðbundinna meðferða. Alþingi Íslendinga samþykkti lög nr. 34 um græðara í maí 2005 þar sem markmiðið var „...að stuðla að gæðum heilsutengdrar þjónustu græðara og öryggi þeirra sem leita eftir slíkri þjónustu eða nýta sér hana.“ (*Lög um græðara*, 2005). Í sjöundu grein laganna kemur fram að: „Heilbrigðisstofnun er heimilt að koma til móts við óskir sjúklunga sem vilja nýta sér heilsutengda þjónustu græðara þar sé það í samræmi við stefnu stofnunarinnar og ber þá að skrá það í sjúkraskrá sjúklings.“ (*Lög um græðara*, 2005). Hjúkrunarstjórnendur þurfa því að sjá til þess að skráning á óhefðbundnum

meðferðum sjúklinga sé með eðlilegum hætti og ætti þá smám saman að verða til gagnagrunnur um hvaða meðferðir sjúklingar nýta sér og hvaða áhrif þær að hafa.

Gildi fyrir hjúkrunarmenntun.

Nauðsynlegt er fyrir nema í hjúkrunarfræði að útskrifast með víðtæka þekkingu. Sú þekking þarf einnig að ná til þeirra fjölmörgu óhefðbundnu meðferða sem Íslendingar nýta sér. Kennsla í íslenskum háskólum í þessum efnum er mjög lítil. Hluti af starfi hjúkrunarfræðinga er að fræða og til þess að geta frætt fólk, hvort sem það er fræðsla til skjólstæðinga, samstarfsfólks, nema eða almennings þá þarf þekkingu. Jafnframt þurfa hjúkrunarfræðingar að kunna að hlusta og vera opnir fyrir óhefðbundnum meðferðum til að auka líkur á því að skjólstæðingurinn sé að segja frá því hvaða meðferðir hann er að nota.

Gildi fyrir hjúkrunarrannsóknir.

Rannsakandi vissi áður en vinna við þessa rannsókn hófst að ekki væru til neinar rannsóknir á áhrifum Bowen tækni á börn með ADHD. Rannsóknir á áhrifum óhefðbundinna meðferða á Íslandi eru einnig af skorum skammti. Flestar þær erlendu rannsóknir sem vitnað er í hér að fram eru rannsóknir sem miða frekar að því að kanna útbreiðslu notkunar óhefðbundinna meðferða heldur en áhrifa viðkomandi meðferða á ákveðin einkenni.

Rannsóknir í hjúkrun er afar mikilvægar. Þær auka þekkingu og skilning á ákveðnu efni sem ætti að skila sér í betri þjónustu við skjólstæðingana. Hjúkrunarfræðin nær yfir vítt svið og auðvelt er að koma óhefðbundnum meðferðum fyrir innan þess. Hjúkrunarfræðingar eru að meðhöndla skjólstæðinga sína heilðrænt og þurfa því að vita hvað skjólstæðingarnir

eru að gera. Hjúkrunarfræðingar ættu að sýna frumkvæði í því að vera sú heilbrigðisstétt sem best er að sér um óhefðbundnar aðferðir og virkni þeirra.

Það er von rannsakanda að niðurstöðurnar nýtist til frekari rannsókna. Rannsakandi vonast til þess í framtíðinni að eiga þess kost að rannsaka áhrif Bowen tækninnar á börn með ADHD enn betur. Hluti af því verkefni væri þá að þróa spurningalista rannsakanda enn frekar. Athyglisvert væri að fylgja eftir þeim börnum sem nú tóku þátt og sjá hvernig þeim reiðir af eftir ákveðinn tíma.

Framtíðarrannsóknir

Hugmyndir að framtíðarrannsóknum á svipuðu sviði eru margar. Hér verða nefnd nokkur dæmi.

- Áhugavert væri að halda áfram að þróa spurningalista rannsakanda með það að markmiði að hægt sé að nota hann til að meta árangur meðferðarinnar.
 - Athyglisvert væri að rannsaka áhrif Bowen tækninnar á einstaklinga með annars konar einkenni. Má þar nefna migreni, vefjagigt, bakvandamál og líkamlega kvilla sem komið hafa í kjölfar íþróttameiðsla eða annarra slysa. Hægt væri að gera það með því að nota matslista á einkennum sjúkdómanna fyrir og eftir meðferð, hafa samanburðarhóp sem ekki fengi meðferð og senda út spurningalista til þátttakenda eftir ákveðinn tíma til að spyrja um árangur meðferðarinnar til lengri tíma.
 - Fróðlegt væri að skoða hvaða óhefðbundnu meðferðir Íslendingar nota og hvaða áhrif þeir telja að þær hafi á ákveðin einkenni. Það mætti gera með því að senda stóru úrtaki þjóðarinnar spurningalista með spurningum um hvaða meðferðir fólk hafi notað, við hvaða sjúkdómseinkennum og hvaða áhrif þær hafi haft.
-

- Ennfremur væri tilvalið að gera rannsóknir á því hvernig ákveðnar óhefðbundnar meðferðir virka á fólk. Það mætti gera með sama sniði og nefnt var hér að framan fyrir rannsóknir á áhrifum Bowen tækni á fleiri sjúkdómseinkennum.

Samantekt

Notkun almennings á óhefðbundnum meðferðum hefur verið að aukast undanfarin ár. Það er meðal annars hlutverk hjúkrunarfræðinga að fræða skjólstæðinga sína og því þurfa þeir að vera opnir fyrir og hafa góða þekkingu á óhefðbundnum aðferðum. Hjúkrunarfræðingar þurfa að koma til móts við þarfir skjólstæðinga sinna og sýna skilning á þeim hugmyndum sem skjólstæðingarnir hafa til að bæta líðan sína.

Tilgangur rannsóknarinnar var að gera frumkönnun á áhrifum einnar óhefðbundinnar meðferðar, Bowen tækni, á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Úrtakið var lítið þar sem það var valið úr þeim börnum sem komu til fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar á tímabilinu frá miðjum janúar 2007 og fram í byrjun apríl. Niðurstöðurnar sýndu að meðferðin bætti líðan þátttakenda verulega.

Lokaorð

Vinnan við þessa rannsókn hefur kennt rannsakanda mikið. Hún hefur aukið skilning rannsakanda á því hvernig raskanir ofvirkni og athyglisbrestur eru og hefur sýnt rannsakanda hversu lítið er til af rannsóknum á Íslandi sem lúta að annarri meðferð en lyfjameðferð við þessum röskunum. Einnig hefur rannsakandi fengið góða innsýn í það ferli sem vinna við gerð rannsókna er og mun það koma til góða við framkvæmd, lestur og

nýtingu rannsókna í framtíðinni. Það er von rannsakanda að geta í framtíðinni unnið að frekari rannsóknum á þessu sviði.

Heimildaskrá

- Achenbach T. (1991). *Integrative Guide for the 1991*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Amalía Björnsdóttir (2003). Útskýringar á helstu tölfræðihugtökum. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 115-129). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement (2000a). Clinical practice guidelines: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158–1170.
- American Academy of Pediatrics (2000b). Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder [Vefútgáfa]. *Pediatrics*, 105, 1158–70.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T.L., DuPaul, G. J. og Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning [Vefútgáfa]. *Journal of abnormal child psychology*, 21, 581-96.
- Anna Heiður Oddsdóttir (Útsendingarstjóri). (2007, 3. maí). *Fréttir/50% fanga glímdi við ofvirkni og athyglisbrest* [Sjónvarpsútsending]. Reykjavík: RÚV.
- Baker, J. (2002). *The Bowen technique*. (2. útg.) Lydney, Gloucestershire: Corpus.
- Bailey, D. M. (1997). *Research for the health professional: A practical guide*. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Barkley, R. A. (1996). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Í E. J. Mash og R. A. Barkley (ritstj.), *Child psychopathology* (bls. 63-112). New York: Guilford.
-

- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998a). History. Í R. A. Barkley (ritstj.), *Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2. útg.) (bls. 3-40). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998b). Developmental course, adult outcome, and clinic-referred adhd adults. Í R. A. Barkley (ritstj.), *Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2. útg.) (bls. 186-224). New York: Guilford.
- Barkley R.A. (1998c) Etiologies. Í R.A. Barkley (ritstj.), *Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2. útg.) (bls. 164-85) New York: Guilford.
- Barkley, R. A. og Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 1204-10.
- Barkley, R. A. og Edelbrock, C. (1987). Assessing situational variation in children's problem behaviours: The Home and School Situations Questionnaires. Í R. J. Prinz (ritstj.), *Advances in behavioural assessment of children and families* (bls. 157-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. og McMurray, M. B. (1990a). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 775-89.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. og Smallish, L. (1990b). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 29, 546-57.
-

-
- Barkley, R. A., McMurray, M. B., Edelbrock, C. S. og Robbins, K. (1990c). Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*, 86, 184-92.
- Baumeister, A. A. og Hawkins, M. F. (2001). Incoherence of Neuroimaging Studies of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical neuropharmacology*, 24, 2–10.
- Baumgaertel, A., Wolraich M. L. og Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 629-38.
- Blackman, J. A. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. Does it exist and should we treat it? *Pediatric clinics of North America*, 46, 1011-25.
- Bombardieri, D. og Easthope, G. (2000). Convergence between ortodox and alternative medicine: a theoretical elaboration and empirical test. *Health*, 4, 479-494.
- Buitelaar, J. K., Van der Gaag, R. J., Swaab-Barneveld, H. og Kuiper, M. (1995). Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1025-32.
- Burns, N. og Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4. útg.). Philadelphia: Saunders.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 978-87.
- Carter, B. (2001). A pilot study to evaluate the effectiveness of Bowen technique in the management of clients with frozen shoulder. *Complementary Therapies in Medicine*, 9, 208–215
- Carter, B. (2002). Clients' experiences of frozen shoulder and its treatment with Bowen technique. *Complementary therapies in nursing and midwifery*, 8, 204-10
-

- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, A. C., Kaysen, D. o.fl. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *The american journal of psychiatry*, 151, 1791-6.
- Concannon, P. E. og Tang, Y. P. (2005). Management of attention deficit hyperactivity disorder: A parental perspective. *Journal of paediatrics and child health*, 41, 625-630.
- Corkum, P., Tannock, R. og Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 37, 637–646.
- Cuffe, S. P., Moore, C. G. og McKeown, R. E. (2005). Prevalence and correlates of ADHD Symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9, 392-401.
- Currie, J. og Stabil, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 38, 797–805.
- Dulcan, M. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 85-121.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopolous, A. D. og Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV. Checklists, norms and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Fallone, G., Owens, J. og Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep medicine reviews*, 6, 287–306.
- Giedd, J. N., Castellanos, F. X., Casey, B. J., Kozuch, P., King, A. C., Hamburger, S. D. o.fl. (1994). Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *The american journal of psychiatry*, 151, 665-9.
-

-
- Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thernlund, G., Hagglof, B. o.fl. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 54, 857-64.
- Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson og Páll Magnússon (2000a). Ofvirkniröskun, yfirlitsgrein, *Læknablaðið*, 86, 413-419
- Gísli Baldursson, Páll Magnússon og Ólafur Ó. Guðmundsson (2000b). Greiningar og meðferðarúræði 102 barna og unglunga sem komu til barna- og unglingageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999. *Læknablaðið*, 86, 337-342
- Greenhill, L. L., Halperin, J. M. og Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 38, 503-12.
- Halperin, J. M., Gittelman, R., Klein, D. F. og Rudel, R. G. (1984). Readingdisabled hyperactive children: a distinct subgroup of attention deficit disorder with hyperactivity? *Journal of abnormal child psychology*, 12, 1-14.
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B. og Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 23, 729-49.
- Hákon Hákonarson og Árni V. Þórsson, (2001). Algengar orsakir svefnröskunar hjá íslenskum börnum sem gangast undir svefnrannsókn, *Læknablaðið*, 87, 799-804
- Hynd, G. W., Semrud-Clikeman, M., Lorys, A. R., Novey, E. S., Eliopoulos, D. og Lyytinen, H. (1991). Corpus callosum morphology in attention deficit-hyperactivity disorder: morphometric analysis of mri. *Journal of learning disabilities*, 24, 141-6.
-

Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C. o.fl. (1999).

Are stimulants over-prescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities.

Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 38, 797–805.

Lauth, B. (2003). Notkun geðlyfja hjá börnum og unglingum „Erum við að dópa niður börnin okkar?“. *Læknablaðið*, 89, 236-39.

Long, L., Huntley, A., og Ernst E. (2001). Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations *Complementary Therapies in Medicine* 9, 178–185.

Lou H. C. (1996). Etiology and pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): significance of prematurity and perinatal hypoxic-haemodynamic encephalopathy. *Acta Paediatrica*, 85: 1266-71.

Lög um græðara nr. 34/2005

Magnús Stefánsson (2006, 11. september). *Barnahjúkrun og barnasjúkdómafræði*. Glósur úr kennslustund við Háskólann á Akureyri.

National Institutes of Health (1998). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *NIH Consens Statement*, 16, 1–37.

Overmeyer, S., Taylor, E., Blanz, B. og Schmidt, M. H. (1999). Psychosocial adversities underestimated in hyperkinetic children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 259-63.

Owens, J.A. (2005). The ADHD and Sleep Conundrum: A Review Division of Pediatric Ambulatory Medicine, Rhode Island Hospital, Providence, Rhode Island, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 312-322.

Owens, J., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M. og Msall, M. (2000a). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 549–555.

-
- Owens, J. Spirito, A., McGuinn, M. og Nobile, C. (2000b). Sleep habits and sleep disturbance in school-aged children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 21(1), 27-36.
- Páll Magnússon (2002, 24. ágúst). *Ofvirkni í bernsku*. Sótt 10. nóvember 2006 frá http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Lydheilsa/Ofvirkni_Páll%20Magnússon.doc
- Páll Magnússon, Jakob Smári, Hrönn Grétarsdóttir og Hrund Þrándardóttir (1999). Attention-deficit/hyperactivity symptoms in icelandic school children: assessment with the attention deficit/hyperactivity rating scale-iv. *Scandinavian Journal of Psychology* 40, 301-6.
- Pelham, Jr W.E., Wheeler, T. og Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Ragna F. Karlsdóttir (2001). *Ofvirknibókin*. Kópavogur: Ragna F. Karlsdóttir
- Safer, D. J., Zito, J. M. og Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98, 1084-8.
- Semrud-Clikeman, M. (1997). Evidence from imaging on the relationship between brain structure and developmental language disorders. *Seminars in Pediatric Neurology*, 4, 117-24.
- Sergeant, J.A. og Steinhausen, H-C. (1992). European perspective on hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 34-41.
- Sigurður Kristinsson (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 161-179). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
-

- Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Eigindlegar eða meginlegar rannsókanaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-235). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Silver, L.B. (1981). The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility, and behavioral problems: a clinical analysis. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 385-97.
- Sinha, D. og Efron, D. (2005). Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health* 41,23-26.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. og Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 35, 409-32.
- Stubberfield, T.G., Wray, J.A. og Parry, T.S. (1999). Utilization of alternative therapies in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, 450-453.
- Swanson, J. M., Sergeant, J. A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J., Jensen, P. S. og Cantwell, D. P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 351, 429-33.
- Szatmari, P., Offord, D. R. og Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-30.
- The Gentle Power of Bowen* (e.d). Sótt 10. nóvember 2006 frá <http://boweninfo.com/research.htm>
-

- The MTA cooperative group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 56, 1097-9.
- Wolfson, A., Lacks, P. og Futterman, A. (1992). Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 41–48.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgaertel, A. og Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3):319-324.
- World Health Organization (1992). *The International Classification of Diseases, 10th revision*. Geneva: WHO.
- Zametkin, A. J. og Liotta, W. (1998). The neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59/Suppl 7:17-23.
- Þorlákur Karlsson (2003). Spurningakannanir: Uppbygging, orðalag og hættur. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 331-355). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson (2003). Um úrtök og úrtaksaðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 51-66). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
-

Fylgiskjal A: Umsókn til Vísindasiðanefndar

Nr. umsóknar:	Móttékin:	Afgreidd:
---------------	-----------	-----------

Umsókn til Vísindasiðanefndar

1. HEITI RANNSÓKNAR. Beðið er um fullt heiti rannsóknar, íslenskt eða erlent eftir atvikum.

Frumkönnun til að meta áhrif Bowen tækni meðferðar á börn með ofvirkni og/þá athyglisbrest. (A pilot study to evaluate the effectiveness of Bowen technique in management of children with Attention deficit / Hyperactivity disorder).

2. TILGANGUR RANNSÓKNAR OG LÝSING Í HNOTSKURN Á ÍSLENSKU. Útdráttur úr rannsókninni, þar sem fram koma m.a. upplýsingar um markmið, þátttakendur, framkvæmd, vísindalegt gildi og vísindalegan ávinning. Útdrátturinn skal vera 300 orð hið mesta, á íslensku og er m.a. ætlaður til birtingar á vefsíðu VSN eftir að umsóknin hefur hlotið endanlegt samþykki.

Bowen tækni kom til Íslands í byrjun þessarar aldar. Hún var þróuð í Ástralíu af Tom Bowen. Bowen tækni er tegund meðferðar sem notuð er á líkamann og kemur af stað heilunarferli, er verkjastillandi og -losandi og endurnýjar orku líkamans. Eitt af einkennum Bowen tækni er að áhrifin eru þægileg, djúp og afslappandi.

Bowen tæknir notar þumla og fingur á ákveðna staði á líkamanum og gerir rúllandi hreyfingar með það að markmiði að trufla boðskipti milli heila, vöðva og bandvefs og að hafa þannig áhrif á orkuflæði innan líkamans. Með meðferðinni er líkaminn hvattur til eigin endurnýjunar og lagfæringar. Engri þvingun né heldur afli er beitt við meðferðina.

Áhrif Bowen tækni meðferðar hafa litið verið rannsökuð. Markmið rannsóknarinnar er að meta áhrif Bowen tækni á börn með ofvirkni og/þá athyglisbrest. Þátttakendur verða börn á aldrinum 6-16 ára sem metin eru með ofvirkni og/þá athyglisbrest. Framkvæmd rannsóknar verður með þeim hætti að sálfræðingar í fjölskyldudeild Akureyrarbæjar leggja fyrir skjólstæðinga sína matsblað með spurningum. Gefin eru stig fyrir svörin og er mest hægt að fá 54 stig. Þau börn sem fá 50 stig eða meira verður boðin þátttaka í rannsókninni. Ekki er gert ráð fyrir að kyn skipti máli. Í framhaldi af mati verða börnin verða tekin í meðferð með Bowen tækni einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Haldin verður sjúkraskrá um meðferðirnar. Í lok síðasta meðferðartímans verður lagður fyrir spurningalisti sem þau svara í samvinnu við foreldra. Spurt verður meðal annars um hver áhrif meðferðin hefur haft á líðan almennt, áhrif á svefn og svefnvenjur og áhrif á einkenni ofvirkni og/þá athyglisbrests. Eftir þá meðferð munu sálfræðingarnir meta börnin aftur eftir sama matslista og áður. Ávinningurinn af rannsókninni er að finna út hvort hægt er að bæta líðan þessara barna og minnka lyfjainntöku þeirra í framhaldinu.

3. ÁBYRGÐARMADUR RANNSÓKNAR. Rannsakendur skulu tilnefna einn ábyrgðarmann úr sínum hópi sem annast samskipti við Vísindasiðanefnd og sem ber jafnframt faglega ábyrgð á framkvæmd rannsóknarinnar.

Nafn:	Hafdis Skúladóttir	Kennitala:	0610622469	Staða:	Lektor
Vinnustaður:	Háskólinn á Akureyri	V-Sími:	460-8456	Fax:	
Deild:		H-Sími:	462-7271		
Heimilisfang vinnustaðar:	Norðurslóð, 602 Akureyri	GSM:	8495591	Netfang:	hafdis@unak.is

4. AÐRIR UMSÆKJENDUR. Tilgreina þarf nöfn og vinnustaði allra rannsakenda, þ.e. annarra en ábyrgðarmanns.

Nafn:	Jóhanna Harðardóttir	Vinnustaður/Skóli:	Háskólinn á Akureyri	Staða:	Hjúkrunarnemi á 4 ári
		GSM:	824-2777		
Nafn:		Vinnustaður/Skóli:		Staða:	
		GSM:			
Nafn:		Vinnustaður/Skóli:		Staða:	
		GSM:			
Nafn:		Vinnustaður/Skóli:		Staða:	
		GSM:			

5. AÐRIR SAMSTARFSADILAR (þ.m.t. fjármögnunar- og styrktaraðilar). Hér skal t.d. greina frá þeim stofnunum og fyrirtækjum, innlendum eða erlendum, sem að rannsókninni koma hafi slíkar upplýsingar ekki þegar komið fram í liðum 2 og 3.

Stofnun/fyrirtæki:	Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar	Heimilisfang:	Glerárgötu 26, 600 Akureyri
Stofnun/fyrirtæki:		Heimilisfang:	
Stofnun/fyrirtæki:		Heimilisfang:	

6. VERKASKIPTING SAMSTARFSADILA. Hér skal greina frá því hvaða aðilar hafa umsjón með einstökum verkþáttum rannsóknarinnar. Ef rannsakendur njóta styrkja eða annarrar fjármögnunar vegna rannsóknarinnar þurfa einnig að koma fram upplýsingar um tengsl fjármögnunaraðila við rannsakendur.

Jóhanna Harðardóttir mun vinna rannsóknina undir leiðsögn Hafðísar Skúladóttur. Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar sér um að finna mögulega þátttakendur og senda þeim bréf með ósk um að taka þátt í rannsókninni. Fjölskyldudeild leggur spurningar fyrir þátttakendur til að meta hvort um ofvirkni og/eða athyglisbrest er að ræða. Sami listi er lagður fyrir eftir meðferð í þeim tilgangi að meta árangur meðferðarinnar.

7. ÞÁTTTAKENDUR. Tilgreinið fjölda þátttakenda svo og hvernig og á hvaða forsendum úrtakið verður valið.

Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar mun sjá um að senda kynningarbréf til foreldra barna sem komið hafa til þeirra vegna ofvirkni og/eða athyglisbrests. Skilyrði er að börnin séu á aldrinum 6-16 ára og hafi 50 stig eða meira samkvæmt matsblaði um ofvirkni og/eða athyglisbrest. Fjöldi þátttakenda verður 10-20. ekki er gert ráð fyrir kynjaskiptingu.

8. ÁVINNINGUR/ÁHÆTTA. Tilgreinið í hverju ávinningur jafnt sem áhætta þátttakenda í rannsókninni verður helst fólgin.

Hugsanlegur ávinningur þátttakenda er að áhrif sjúkdómsins á daglegt líf þeirra minnki, þau eigi auðveldar með sjálfsstjórn, svefn og liði betur. Annar ávinningur er að aðrir líkamlegir kvillar ættu að minnka eða hverfa. Áhætta af meðferðinni er engin.

9. ÖFLUN UPPLÝSTS SAMÞYKKIS. Tilgreinið hvernig upplýst samþykki þátttakenda verður aflað, þ.m.t. hvaða aðili muni leita til þeirra eftir slíku samþykki. Athugið að ef aflað á upplýsinga eða sýna frá börnum þarf samþykki frá foreldri eða forráðamanni. Afrit af upplýsingum og samþykkisblöðum skulu fylgja umsókninni.

Forráðamenn barna fá bréf með kynningu á rannsókninni frá Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar. Hafi þeir áhuga á að taka þátt munu þeir hafa samband við Jóhanna Harðardóttur sem mun kynna rannsóknina nánar fyrir þeim og síðan undirrita skjal til staðfestingar á upplýstu samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni.

10. RANNSÓKNARGÖGN. Hvers konar gögnum (persónuupplýsingum, lífsýnum o.s.frv.) er fyrirhugað að safna vegna rannsóknarinnar? Hvaða aðilar munu hafa aðgang að þeim gögnum? Hvaða öryggisráðstafanir verða gerðar? Hver hefur umráðarétt yfir gögnunum að rannsókn lokinni? Hvernig verður trúnaður við þátttakendur varðveittur?

Haldin verður sjúkraskrá yfir meðferð barnanna sem verður geymd hjá ábyrgðarmanni Enginn hefur aðgang að sjúkraskránni nema ábyrgðarmaður og meðferðaraðili. Sjúkraskránnig verður eytt að rannsókn lokinni. Niðurstöður mats fjölskyldudeilda Akureyrarbæjar verða í höndum hennar þar til búið er að meta fyrir og eftir meðferð og eftir það í höndum meðferðaraðila á meðan á vinnu við úrvinnslu rannsóknar stendur og verður eytt að henni lokinni, í maí 2007. Spurningalistar sem lagðir verða fyrir eftir að meðferð lýkur munu verða í vörslu meðferðaraðila á meðan á vinnu við rannsóknina stendur og verða eytt að því loknu, vorið 2007. Fullum trúnaði verður haldið við þátttakendur og mun enginn nema ábyrgðaraðili og rannsóknaraðili sjá sjúkraskýrslur og svör við spurningalista.

11. SIÐFERÐILEG ÁLITAMÁL. Hér skal greina frá helstu álitamálum af siðferðilegum toga sem rannsóknina varða.

Bowen tæknin hefur verið notuð í Ástralíu frá því um miðja síðustu öld og barst til Evrópu upp úr 1990. Tími er kominn til að rannsaka áhrif þessarar meðferðar á líkamann. Þátttakendur fá í hendur kynningarbréf og fá í framhaldi nánari kynningu á hvernig rannsóknin fer fram og hvers er að vænta af henni. Þeim verður í sjálfsvald sett hvort þeir taka þátt eða ekki. Þeim verður greint frá því að þeir geti dregið sig út úr rannsókninni á hvaða tíma sem er án ástæðu og án þess að gefa skýringar. Rannsakandi, Jóhanna Harðardóttir telur enga áhættu fylgja því að taka þátt í rannsókninni. Fullrar nafnleyndar verður gætt. Þátttakendum verða gefin númer frá 1-20. Foreldri/forráðamaður verður ávallt nálægur í Bowen meðferð. Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar, Hafðís Skúladóttir til taks.

12. VÍSINDALEGT GILDI. Gerið stuttlega grein fyrir þeim vísindalega ávinningi talið er að verði af rannsókninni.

Rannsóknin mun sýna fram á hvort hægt er að notast við fleiri aðferðir en þær sem nú eru þekktar til að meðhöndla ofvirkni og/eða athyglisbrest. Ef niðurstöður benda til þess að áhrif á sjúkdómana og almenna líðan einstaklings séu góð, getur það leitt af sé minni lyfjanotkun sjúklinga. Ennfremur getur rannsóknin þá sýnt fram á að rétt sé að rannsaka áhrif Bowen tækni á aðra sjúkdóma og vandamál.

13. FRÆÐIGRUNNUR RANNSÓKNAR. Lýsa skal fræðilegri þekkingu á rannsóknarsviðinu og öðrum bakgrunni rannsóknarinnar, þ.m.t. helstu niðurstöðum eldri rannsókna. Taka skal sérstaklega fram hvaða reynsla er af viðkomandi aðferðum og/eða meðferð í fyrri rannsóknum. Þessum lið má skila á sérblaði eða vísa í ýtarlegri rannsóknaráætlun sem þá skal fylgja umsókn.

Sjá fylgiskjal

14. RANNSÓKNARAÐFERÐIR. Gera skal grein fyrir aðferðafræði rannsóknarinnar. Taka skal fram hvort ætlunin sé að afla upplýsinga annarsstaðar frá en frá þátttakendum sjálfum. Ef ætlunin er að notast við upplýsingar úr sjúkraskrá, gagnaböndum (s.s. Krabbameinsskrá) eða sýnum úr lífsýnabanka þurfa afrit af tilskildum leyfum að fylgja umsókninni (sbr. lið 23 hér á eftir). Koma þarf fram til hvers er ætlast af þátttakendum, s.s. hvers konar rannsóknir verði gerðar á þeim, hversu oft þeir munu koma í eftirlit eða mat og hvers konar sýna og/eða upplýsinga verður aflað. Þessum lið má skila á sérblaði ef þörf krefur.

Rannsóknin verður meginlægt, þar sem notast verður við hentiúrtak. Þátttakendur verða valdir eftir aldri, búsetu og eftir að hafa tekið matspróf fyrir ofvirkni og/eða athyglisbrest hjá sálfræðingum hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar og fengið 50 stig eða meira af 54 mögulegum. Þátttakendur munu koma í Bowen meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Í upphafi meðferðar verður fyllt út sjúkraskrá fyrir viðkomandi samkvæmt sögu hans. Sjúkraskráin verður skráð og geymd hjá rannsakanda í samræmi við ákvæði laga nr. 34 frá 25. maí 2005. Í upphafi hvers meðferðartíma verður einnig skráð hvernig líðan viðkomandi var frá síðustu meðferð. Við lok síðasta meðferðartíma mun þátttakandi í samvinnu við foreldra/forráðamenn svara opnum og lokuðum spurningum um áhrif meðferðar á heilsufar almennt, svefvenjur og á einkenni sjúkdómsins. Spurningalistinn verður nafnlaus en merktur númeri þátttakanda. Að meðferð lokinni munu sálfræðingar hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar leggja matspróf fyrir þátttakendur fyrir aftur til samanburðar við upphaflegt próf.

15. ÚRVINNSLA GAGNA. Tilgreinið hvers konar úrvinnsla (t.d. tölfraðileg) verður gerð og hvort stuðst hefur verið við “power analysis” eða aðrar hliðstæðar aðferðir við undirbúning rannsókna.

Unnið verður úr spurningalista í töflureikninum Excel og niðurstöðurnar settar fram sem töflur, línurit og texti. Unnið verður með niðurstöður matsprófs í Excel og niðurstöður settar fram í töflum, línuritum og texta.

16. RANNSÓKNARTÍMABIL. Tilgreinið hvenær áætlað er að rannsókn hefjist og muni ljúka.

Áætlað er að í byrjun árs 2007 verði byrjað að velja þátttakendur og að niðurstöður rannsóknar liggi fyrir ekki seinna en 1. maí 2007.

17. NIÐURSTÖÐUR RANNSÓKNAR. Gerið grein fyrir fyrirhugaðri nýtingu og/eða birtingu / kynningu á niðurstöðum rannsóknarinnar.

Niðurstöður rannsóknar verða birtar nemendum og kennurum Háskólans á Akureyri vorið 2007. Niðurstöður verða einnig kynntar heilbrigðisráðuneyti og landlæknisembætti bréflaga. Þátttakendur fá niðurstöðurnar sendar í pósti. Niðurstöður verða settar fram fyrir hóp þátttakenda í heild og greindar niður eftir útkomum úr mati fjölskyldudeilda og svörum við spurningalista. Þátttakendur hafa aðgang að sínum gögnum á meðan á rannsókn stendur.

18. FLUTNINGUR GAGNA. Ef fyrirhugað er að flytja gögn rannsóknarinnar (t.d. lífsýni eða persónuupplýsingar) úr landi verður að tilgreina í hvaða tilgangi og formi það verði gert, svo og til hvaða stofnunar og lands gögnin verði flutt. Jafnframt ber að tilgreina hver á viðkomandi stofnun fái umráðarétt yfir gögnunum og/eða beri ábyrgð á þeim.

Á ekki við X

19. VARÐVEISLA OG EYÐING GAGNA. Hvar verða rannsóknargögnin varðveitt? Hvenær og hvernig verður þeim eytt?

Sjúkraskrá og spurningalistar verða í vörslu ábyrgðarmanns. Mat fjölskyldudeildar verður í hennar höndum þar til að seinna matið hefur farið fram og verður eftir það í vörslu ábyrgðarmanns. Spurningalistum, sjúkraskrá og mati fjölskyldudeildar verður eytt þegar vinnu við rannsókn verður lokið í maí 2007.

20. SAMNÝTING GAGNA. Tilgreinið hvort fyrirhugað sé að samkeyra upplýsingar rannsóknarinnar við aðrar skrár eða samnýta upplýsingar og/eða sýni við aðrar rannsóknir. Ef svo er, greinið þá frá heiti viðkomandi rannsóknar og ábyrgðarmanni.

Á ekki við X

21. EFTIRLIT OG TRYGGINGAR. Hver mun annast eftirlit með heilsu og líðan þátttakenda og hvernig verður eftirliti háttað? Með hvaða hætti og hjá hvaða aðila eru þátttakendur tryggðir gagnvart hugsanlegum skaða?

Þátttakendur munu, ef þeim finnst ástæða til, verða í eftirliti hjá sínum lækni. Þátttakendur munu hafa aðgang að rannsakanda, Jóhönnu Harðardóttur og ábyrgðarmanni rannsóknarinnar, Hafði Skúladóttur, símleiðis hvenær sem er á meðferðartímanum. Rannsakandi er tryggður sem meðferðaraðili skv. lögum nr. 34 frá 2. maí 2005.

22. GREIÐSLUR VEGNA ÞÁTTTÖKU. Tilgreinið hvort greitt verði fyrir þátttöku í rannsókninni og þá jafnframt hvers eðlis og hversu háar þær greiðslur verða.

Á ekki við X

23. AÐRAR UMSÓKNIR EÐA LEYFI. Afrit af leyfi stjórnar lífsýnasafns vegna notkunar lífsýna, leyfi yfirlæknis/-lækna vegna aðgangs að sjúkraskrá, leyfi annarra skráarhaldara (s.s. Krabbameinsskrár) og leyfi stofnunar fyrir framkvæmd rannsóknar skulu fylgja með umsókn, eftir því sem við á. Hafi umsóknin áður hlotið samþykki Siðaráðs Landlæknisembættisins eða annarrar siðanefndar skal afrit þess leyfis einnig fylgja. Hafi heimild leyfisveitenda ekki enn fengist, skal skrá dagsetningu umsóknar til viðkomandi aðila.

JÁ <u>X</u> Persónuvernd, dags. _____	JÁ _____ Önnur siðanefnd, hver: _____
JÁ _____ Lyfjastofnun, dags. _____	JÁ _____ Lífsýnasafn, hvaða: _____
JÁ _____ Geislavarnir ríkisins, dags. _____	JÁ _____ Skráarhaldari, hvaða: _____
JÁ <u>X</u> Stofnun, hvaða? Fjölskyldudeild Akureyrar 6.11.06	JÁ _____ Yfirlæknir/-nar, hver(jir): _____

24. FYLGISKJÖL MEÐ UMSÓKN. Starfságrip/ritaskrá ábyrgðarmanns (þar sem birtingar í ritrýndum tímaritum eru sérstaklega tilgreindar), svo og upplýsinga- og samþykkisblöð vegna þátttöku í rannsókninni skulu ávallt fylgja umsókn til Vísindasiðanefndar. ÖLL FYLGISKJÖL SKULU SEND Í ÞRÍRITI.

☒ Starfsferilsskrá ábyrgðarmanns	☐ Nákvæmari rannsóknarlýsing(ar)
☒ Kynningarblað/-blöð	☒ Spurningalistar, fjöldi <u>2</u>
☐ Upplýsingablað/-blöð	☐ "Case Report Form"
☒ Samþykkisblað/-blöð	☐ Afrit af leyfum
☒ Önnur fylgiskjöl (hver?) <u>Bréf til fjölskyldudeildar, fræðilegur grunnur.</u>	

25. ATHUGASEMDIR UMSÆKJENDA. Hér er hægt að koma á framfæri athugasemdum eða skýringum sem ekki komust fyrir annarsstaðar í umsókninni.

**VERÐI EINHVERJAR BREYTINGAR Á RANNSÓKNARÁÆTLUNINNI BER
ÁBYRGÐARMANNI AÐ TILKYNNNA ÞÆR ÁN TAFAR TIL
VÍSINDASIÐANEFNDAR.**

Staður:

Dagsetning:

Undirskrift ábyrgðarmanns:

Akureyri _____

Vinsamlegast sendið umsókn í fimm eintökum en fylgiskjöl í þríriti.

Grunnupplýsingar um rannsókn (eitt eintak) fylgi frumriti umsóknar. Rannsakendur eru vinsamlegast beðnir um að kynna sér efnisatriði gátlista hér að neðan, en þar koma fram ýmis grunnskilyrði sem umsóknir þurfa að uppfylla.

Utanáskrift Vísindasiðanefndar:

Vísindasiðanefnd, Vegmúla 3, 108 Reykjavík.

Farið er fram á að umsóknin berist einnig, ásamt eins mörgum viðbótargögnum og mögulegt er, með tölvupósti á netfangið: visindasidanefnd@vsn.stjr.is.

Uppfært: 28.09.2005

26. GRUNNUPPLÝSINGAR UM RANNSÓKN

Vinsamlegast fyllið út vegna skráningar á umsóknum til Vísindasiðanefndar

1. HEITI RANNSÓKNAR

Frumkönnun til að meta áhrif Bowen tækni meðferðar á börn ofvirkni eða athyglisbrest. (A pilot study to evaluate the effectiveness of Bowen technique in management of children with Attention deficit / Hyperactivity disorder).

2. KOSTUNARADILI RANNSÓKNAR

Heiti: _____ Heimilisfang: _____ Á ekki við ☒ X

3. TRYGGINGARADILI RANNSÓKNAR

Heiti: _____ Heimilisfang: _____ Á ekki við ☐ X

4. GRUNNFLOKKUN RANNSÓKNAR:

☐ Samstarf við fyrirtæki (innlent eða erlent)	☐ Fjölpjóðleg rannsókn
☒ Samstarf við aðra innlenda stofnun	☒ Einyrkjarannsókn (einn rannsakandi)
☐ Samstarf við erlenda stofnun	☒ Námsverkefni
☐ Annað: _____	

5. TEGUND RANNSÓKNAR (merkið við einn eða fleiri flokka sem verkefnið fellur helst undir)

☐ Erfðarannsókn	☐ Faraldsfræðileg rannsókn
☐ Lyfjarannsókn	☒ Spurningakönnun
☒ Klínísk rannsókn	☐ Viðtalskönnun
☐ Annað: _____	

6. RANNSÓKNARGÖGN (merkið við allar tegundir gagna sem notast verður við)

☐ Ný blóðsýni	☐ Upplýsingar úr sjúkraskrá þátttakenda
☐ Ný vefjasýni	☒ Upplýsingar úr spurninga- eða viðtalskönnunum
☐ Blóðsýni úr lífsýnasafni	☐ Upplýsingar úr gagnagrunnum (t.d. Krabbameinsskrá)
☐ Vefjasýni úr lífsýnasafni	☐ Annað: _____

7. VÖRSLUADILI SÝNA EÐA ANNARRA GAGNA SEM VERÐA SEND ÚR LANDI

Heiti:	Heimilisfang:	Á ekki við <u> x </u>
--------	---------------	-------------------------

8. AÐILD MENNTASTOFNANNA (þ.e. ef um námsverkefni er að ræða)

Heiti: Háskólinn á Akureyri		Á ekki við <u> </u>	
Tegund námsverkefnis:		Heimilisfang: Norðurlóð 600 Akureyri	
<u> X </u> BA/BS <u> </u> MA/MS <u> </u> PhD			
Skjal:	Efnisatriði:	Í lagi	Á ekki við
Umsóknin sjálf:	300 orða útdráttur sem birtist á heimasíðu VSN. - Nemendur geta ekki verið ábyrgðarmenn rannsóknar. - Undirrituð og dagsett af ábyrgðarmanni.		
Upplýsingatexti	- Ef kynningarbréf er sent út til að kynna fyrir væntanlegum þátttakendum fyrirhugaða rannsókn, skal það fylgja með umsókn. - Haus stofnunar. Logo stofnunar - Titill rannsóknar. - Ábyrgðarmanns getið, ásamt titli, aðsetri, símanúmeri og tölvufangi - Aðrir rannsóknaraðilar, þ.m.t. fjármögnunaraðilar - Inntak rannsóknarinnar og markmið í hnotskurn. - Hvað felst í þátttöku? Timarammi, inngríp (ef einhver eru) lengd spurningalista/viðtala (ef við á). - Ávinningur og áhætta/möguleg óþægindi af þátttöku (eins og við á – það á s.s. ekkert að koma þátttakanda á óvart eftir að hann hefur skrifað undir samþykki). - Hvernig eru þátttakendur fundnir. - Taka þarf fram að væntanlegum þátttakendum sé frjálst að hafna þátttöku eða hætta í rannsókninni á hvaða stigi sem er, án útskýringa og án afleiðinga á aðra meðferð ef um sjúklinga er að ræða. - Greiðslur fyrir þátttöku - Taka skal fram að rannsóknin hafi verið samþykkt af Vísindasiðanefnd og tilkynnt/samþykkt af Persónuvernd (eftir því sem við á). - Undirskrift ábyrgðarmanns og rannsakenda. - Neðanmáls skal eftirfarandi klausa birtast: <i>Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444</i>		
Upplýst samþykki skal vera á sér síðu.	- Efst skal vera logo stofnunar. - Stuttur inngangstexti þar sem fram kemur í grófum dráttum hvað verið er að samþykkja og að viðkomandi hafi lesið upplýsingatexta. - Undirskrift þátttakanda; ef um ólöggráða aðila er að ræða (t.d. barn innan 18 ára) skal gera ráð fyrir undirskrift hans og kennitölu auk þess að gera ráð fyrir undirskrift forráðamanns. - Undirskrift þess sem leggur yfirlýsinguna fyrir - Dagsetning		
Leyfisbréf frá yfirlæknum.	Leyfi frá yfirlæknum/lækningaforstjóra		
Leyfisbréf frá öðrum:	Leyfi frá skólastjórum/fræðsluskrifstofum sveitarfélaga (ef rannsóknin fer fram í skólum).		
Spurningalistar:	- Endanleg útgáfa á íslensku. - Nafn eða kennitala skal ekki vera á spurningalistum heldur rúllandi númer þátttakenda.		

CV:	Starfsferilsskrá verður að fylgja.		
Ritskrá:	Ritskrá verður að fylgja.		
Auglýsing:	Ef auglýsa á eftir þátttakendum í rannsóknina, t.d. í blöðum eða á veggjum stofnana, verslana þá þarf afrit að fylgja umsókninni. Í auglýsingu skulu eftirtalin atriði koma fram: - Haus ("lógó") stofnunarinnar sem rannsóknin tengist - Titill rannsóknar - Eðli rannsóknar í örfáum orðum - Rannsóknarsvið - Hverjum boðin er þátttaka - Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar, titill, aðsetur og sími - Við hvern hafa skal samband til að fá frekari upplýsingar - Hvort greitt sé fyrir þátttökuna - Að þeir sem hafa samband við rannsakendur séu eingöngu að lýsa yfir áhuga á frekari upplýsingum en ekki skuldbinda sig til þátttöku		

FRÆÐIGRUNNUR RANNSÓKNAR. Lýsa skal fræðilegri þekkingu á rannsóknarsviðinu og öðrum bakgrunni rannsóknarinnar, þ.m.t. helstu niðurstöðum eldri rannsókna. Taka skal sérstaklega fram hvaða reynsla er af viðkomandi aðferðum og/eða meðferð í fyrri rannsóknum. Þessum lið má skila á sérblaði eða vísa í ýtarlegri rannsóknaráætlun sem þá skal fylgja umsókn

Ofvirkni og athyglisbrestur

Hegðunarraskanirnar athyglisbrestur, athyglisbrestur með ofvirkni, kækir eða árátta og þráhyggja eru ákaflega flókin fyrirbæri. Þetta eru innbyrðis tengd atferlisvandamál eins og kemur fram þegar verið er að fjalla um þau. Þessar hegðunarraskanir eru oft ákaflega erfiðar börnum í grunnskóla og fjölskyldum þeirra (*Hegðunar- og þroskaröskun*, e.d., inngangur). Í grein eftir Pál Magnússon sálfræðing sem birt er á vef Landlæknisembættisins og birt var í Morgunblaðinu 24. ágúst 2002 talar hann um að skipta megi hegðunareinkennum ofvirkni í þrjá flokka:

Hreyfiofþvirkni kemur m.a. fram í því að barnið á erfitt með að sitja lengi kyrrt og þegar það situr hættir því til að iða og vera stöðugt á hreyfingu í sæti sínu. Oft er ofvirku börnunum lýst þannig að þau séu sífellt á ferðinni og stöðvist lítið. Mörg þeirra eru afar málgefin og eiga erfitt með að leika sér hljóðlega.

Athyglisbresturinn kemur fram í því að barnið á erfitt með að einbeita sér að verkefnum sem það tekur sér fyrir hendur og ljúka þeim og minnsta utanaðkomandi truflun dregur athyglina frá því sem verið er að sinna. Þetta á einkum við um verkefni sem krefjast einbeitingar, en eru frekar einhæf og ekki mjög spennandi. Athyglisbresturinn kemur einnig fram í gleymsku; ofvirka skólabarnið gleymir og týnir hlutum oftar en önnur börn.

Hvatvísir lýsir sér þannig að ofvirka barninu hættir til að framkvæma það sem því dettur í hug án þess að gefa sér tíma til að hugsa um afleiðingarnar. Dæmigerð er einnig mikil óþolinmæði og erfiðleikar við að bíða (Páll Magnússon, 2002, Hver eru helstu einkenni ofvirkni? kaflinn).

Ítarlegar rannsóknir á tíðni ofvirkni meðal íslenskra barna liggja ekki fyrir. Niðurstöður bandarískra rannsókna benda til þess að 3-5% barna á grunnskólaaldri eigi við ofvirkni að stríða. Verulegur kynjamunur er á tíðni ofvirkni eða 3-4 drengir á móti hverri einni stúlku (Páll Magnússon, 2002). Á seinni árum hafa skóla- og heilbrigðisyfirvöld í auknum mæli viðurkennt þessar raskanir sem erfðafræðilegar, að hegðun þessara barna byggist á lífefnafræðilegri röskun (*Hegðunar- og þroskaröskun*, e.d.).

Meðferðarúræði

Tvenns konar meðferðarúræði eru árangursríkust; annars vegar lyfjameðferð og hins vegar sálfélagsleg nálgun sem byggist á aðferðum atferlismótunar (Páll Magnússon, 2002).

Örvandi lyf mest notuð í lyfjameðferð á ofvirkni. Hafa fjölmargar rannsóknir staðfest áhrif þessara lyfja hjá a.m.k. 70% ofvirkra barna.

Sálfélagslega meðferð á ofvirkni eru aðferðir atferlismótunar. Stutt meðferð af þessu tagi breytir ekki atferli ofvirkra barna til langframa heldur þarf að breyta uppeldisumhverfi barnsins þannig að uppeldisaðferðir byggist til lengri tíma á aðferðum atferlismótunar. Þetta er gert með ráðgjöf við foreldra og kennara barnanna (Páll Magnússon, 2002).

Athyglisbrestur og athyglisbrestur með ofvirkni geta haft veruleg áhrif á frammistöðu í námi, félagslega færni og tilfinningalega virkni. Margir einstaklingar þurfa á margs konar stuðningi að halda eins og sérkennslu. Þau sýna oft einkenni kvíða, þunglyndis og lélegs sjálfsálits.

Rannsóknir hafa sýnt að þó einkenni athyglisbrests með ofvirkni dofni á unglingsárunum hverfa ekki ýmis einkenni sem leiða af sér að þessum einstaklingum gengur ekki vel að aðlagast hinu daglega lífi. Þeim líður ekki vel, eiga við félagslegan vanda að stríða, gengur illa að hafa samskipti og skipta oft um starf svo eitthvað sé nefnt.

Niðurstöður rannsókna sýna að nemendur með athyglisbrest með ofvirkni sem fá fjölþætta meðferð hafa marktækt betri aðlögunarhæfileika heldur en nemendur sem fá enga meðferð eða bara eina tegund meðferðar (*Hegðunar- og þroskaröskun*, e.d.).

Bowen tækni

Bowen tækni er upprunnin í Ástralíu. Hún kom til Evrópu upp úr 1990 og upp úr árinu 2000 til Íslands. Bowen tækni hefur ekki verið rannsökuð áður á Íslandi en síðasta árið hefur verið í gangi óformleg könnun á áhrifum tækninnar á MND sjúklinga. Samkvæmt Margeiri Sigurðarsyni (2006) sem stjórnar þeirri tilraun sýna bráðabirgðaniðurstöður að meðferðin hefur jákvæð áhrif á gang sjúkdómsins. Bowen tækni er tegund meðferðar sem notuð er á líkamann og kemur af stað heilunarferli, er verkjastillandi og -losandi og endurnýjar orku líkamans. Eitt af einkennum Bowen tækni er að áhrifin eru þægileg, djúp og afslappandi.

Bowen tæknir notar þumla og fingur á ákveðna staði á líkamanum og gerir *rúllandi* hreyfingar með það að markmiði að trufla boðskipti milli heila vöðva og bandvefs og hafa þannig áhrif á orkuflæði innan líkamans.

Engri þvingun né heldur afli er beitt við meðferðina. Líkamleg áreynsla er engin, hvergi er togað, teygð, snúið eða með nokkrum hætti beitt líkamlegri þvingun eða meðferðinni þröngvað upp á líkamann.

Eina þvingunin – ef nota má það orð – felst í því að fá heilann til að bregðast við þessum litlu truflunum á boðskiptum sem verða þegar þrýst er létt á tiltekna staði líkamans. Þetta er einn af grundvallarþáttunum í Bowen tækninni – þrýstingur, truflun á boðskiptum, heilinn fer að athuga hvað er í gangi, leitar að lausn og þar með er hrundið af stað ferli sjálfsheilunar innan líkamans.

Markmiðið með *Bowen hreyfingunum* er að trufla boðskipti milli viðkomandi hluta líkamans og heilans. Þetta er mjög náttúrulegt ferli til þess að trufla þau 600 þúsund taugaboð sem heilinn sendir á hverri sekúndu.

Þegar heilinn leitast við að túlka boðin sem voru trufluð sendir hann boð til taugaenda og á þau svæði sem Bowen tæknirinn hefur verið að vinna með. Þessi snerting er hins vegar ekki eitthvað kunnuglegt eins og heitt, kalt, sársauki eða þrýstingur til dæmis þannig að alfa heilabylgjurnar taka við og líkaminn slakar á (Margeir Sigurðarson, 20. október 2003).

Rannsóknir á Bowen tækni

Bowen tæknin hefur ekki mikið verið rannsökuð í Evrópu enn sem komið er. Hér á eftir fara dæmi um rannsóknir sem gerðar hafa verið.

Nikke Ariff, sem starfar sem Bowen tæknir í London, rannsakaði árangur Bowen tækni fyrir astmasjúklinga. Rannsóknin náði yfir tólf mánaða tímabil. Meirihluti þátttakenda hafði þjáðst af astma í meira en fimm ár, flestir í meira en fimmtán ár. Niðurstöðurnar voru mjög jákvæðar. Af 24 sjálfboðaliðum sem luku rannsókninni sögðu 19 manns að astmaköstum hefði fækkað og 18 notuðu minna af lyfjum eftir að hafa farið í gegnum Bowen meðferð og rannsókn. Að auki sögðu 22 af 24 að önnur heilsuvandamál hefðu einnig lagast, þar á meðal bak-, háls og axlavandamál, hné- og liðamótavandamál, höfuðverkir og mígreni, heymæði, óþægindi í þörmum og meltingartruflanir, blóðrásarvandamál, svefnleysi, kvíði, stress, depurð og orkuleysi (*The Gentle Power of Bowen*, e.d.). Ósjálfráða taugakerfið (ANS) og hjartsláttarhraði - Frumniðurstöður í rannsókn sem gerð var af Jo Anne Whitaker, þar sem gerðar voru mælingar á breytileika mynstra í hjartslætti fyrir og eftir Bowen meðferð, sýndu að meðferðin hefur áhrif á ósjálfráða taugakerfið (ANS). Meðferðin kom á betra jafnvægi ósjálfráða taugakerfisins. Rannsóknarhópurinn samanstóð af þátttakendum með alls kyns gigtarvandamál (*The Gentle Power of Bowen*, e.d.).

Í grein í skoska tímaritinu N2N – eða Nurse to nurse, 12. júní 2001, eftir Janie Godfrey eru meðal annars tiltekin nokkur dæmi um árangur með Bowen tækni. Hún bendir á að hliðarverkanir, kostnaður, óþægindi og fleira neikvætt við þær meðferðir sem í boði eru gegn verkjum hafi leitt til þess að margir leiti aðstoðar í viðbótarmeðferðum. Eitt dæmið sem hún tiltekur er af konu á fimmtugsaldri sem hafði verið hölt í fjóra mánuði og verið greind með interdigital Neuritis (Morton's Foot Pain). Hún var send til sérfræðings sem áleit að skurðaðgerð gæti verið lausnin. Hún reyndist hins vegar ekki nauðsynleg því eftir einn meðferðartíma með Bowen tækni hvarf verkurinn. Í greininni eru tiltekin mörg fleiri dæmi um ýmiss konar vandamál sem Bowen tæknin hefur gagnast vel gegn (*The Gentle Power of Bowen*, e.d.).

Heimildaskrá

Hegðunar- og þroskaröskun (e.d.). Sótt 10. nóvember 2006, frá

<http://doktor.is/Article.aspx?greinid=1783>

Margeir Sigurðarson (2003, 20. október). *Bowen tækni, stig 1*. Glósur úr kennslustund við European College of Bowen Studies.

Margeir Sigurðarson (2006), Bowen tæknir. *Bowen tækni*. Viðtal tekið gegnum síma.

Páll Magnússon (2002, 24. ágúst). *Ofvirkni í bernsku*. Sótt 10. nóvember 2006 frá

http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Lydheilsa/Ofvirkni_Páll%20Magnússon.doc

The Gentle Power of Bowen. (e.d.) Sótt 10. nóvember 2006 frá

<http://www.boweninfo.com/research.htm>

Fylgiskjal B: Samþykki Vísindasiðanefndar

Háskólinn á Akureyri, heilbrigðissvið
Hafðís Skúladóttir, lektor
Sólborg við Norðurlóð
Pósthólf 224
602 Akureyri



VÍSINDASIÐANEFND

Vegmúla 3, 108 Reykjavík,
Sími: 551 7100, Bréfsími: 551 1444
netfang: vísindasiðanefnd@vsn.stjr.is

Reykjavík 23. janúar 2007

Tilvísun: VSNb2006110021/03-7 Námsverkefni - nemarannsóknir almennar/BH/--

Varðar: 06-129-S1 Frumkönnun til að meta áhrif Bowen tækni meðferðar á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. (A pilot study to evaluate the effectiveness of Bowen technique in management of children with Attention deficit / Hyperactivity disorder).

Vísindasiðanefnd þakkar svarbréf þitt, dags. 04.01.2007 vegna áðursendra athugasemda við ofangreinda rannsóknaráætlun sbr. bréf nefndarinnar dags. 07.12.2006. Í bréfinu koma fram svör og skýringar til samræmis við athugasemdir Vísindasiðanefndar og því fylgdu ný og endurbætt upplýsinga- og samþykkisbréf til þátttakenda rannsóknarinnar.

Fjallað var um svarbréf þitt og önnur innsend gögn á fundi Vísindasiðanefndar 23.01.2007 og voru þau talin fullnægjandi.

Rannsóknaráætlunin er endanlega samþykkt af Vísindasiðanefnd.

Vísindasiðanefnd bendir rannsakendum vinsamlegast á að birta VSN tilvísunarnúmer rannsóknarinnar þar sem vitnað er í leyfi nefndarinnar í birtum greinum um rannsóknina. Jafnframt fer Vísindasiðanefnd fram á að fá send afrit af, eða tilvísun í, birtar greinar um rannsóknina.

Rannsakendur eru minntir á að tilkynna rannsóknarlok til nefndarinnar.

Með kveðju,
f.h. Vísindasiðanefndar,

Ölöf Ýr Atladóttir, framkvæmdastjóri

Fylgiskjal C: Tilkynning til persónuverndar

Hjál:

- Tilkynning nr. S3184/2006 um vinnslu persónuupplýsinga.

Tilkynning um vinnslu
persónuupplýsinga

Tilkynning móttekin: 30.11.2006 11:33:53

Númer S3184

Er um að ræða nýja tilkynningu eða
breytingu á eldri tilkynningu?☒ Ný tilkynning☐ Tilkynning um breytinguEldra tilkynninganúmer sé um breytta
tilkynningu að ræða:

Kennitala ábyrgðaraðila:

0610622469

Nafn forsvarsmanns (s.s. forstjóra) ef
ábyrgðaraðili er
fyrirtæki/stofnun:

Jóhanna Harðardóttir

Nafn þess sem fyllir tilkynninguna út:

Nafn:

Hafðís Skúladóttir

Heimilisfang:

Hrafnagilsstræti 37

Póstnúmer:

600

Staður:

Akureyri

Símanúmer tengiliðs:

8242777

Titill verkefnis
(ss. nafn á skrá eða heiti rannsóknar)Frumkönnun til að meta áhrif Bowen tækni meðferðar á börn með
ofvirkni og/eða athyglisbrest

Tilgangur vinnslunnar?

Bowen tækni kom til Íslands í byrjun þessarar aldar. Hún var þróuð í Ástralíu af Tom Bowen. Bowen tækni er tegund meðferðar sem notuð er á líkamann og kemur af stað heilunarferli, er verkjastillandi og -losandi og endurnýjar orku líkamans. Eitt af einkennum Bowen tækni er að áhrifin eru þægileg, djúp og afslappandi. Bowen tæknir notar þumla og fingur á ákveðna staði á líkamanum og gerir rúllandi hreyfingar með það að markmiði að trufla boðskipti milli heila, vöðva og bandvefs og að hafa þannig áhrif á orkuflæði innan líkamans. Með meðferðinni er líkaminn hvattur til eigin endurnýjunar og lagfæringar. Engri þvingun né heldur afli er beitt við meðferðina. Áhrif Bowen tækni meðferðar hafa litið verið rannsökuð. Markmið rannsóknarinnar er að meta áhrif Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Þátttakendur verða börn á aldrinum 6-16 ára sem metin eru með ofvirkni og/eða athyglisbrest. Framkvæmd rannsóknar verður með þeim hætti að sálfræðingar í fjölskyldudeild Akureyrarbæjar leggja fyrir skjölstæðinga sína matsblað með spurningum. Gefin eru stig fyrir svörin og er mest hægt að fá 54 stig. Þau börn sem fá 50 stig eða meira verður boðin þátttaka í rannsókninni. Ekki er gert ráð fyrir að kyn skipti máli. Í framhaldi af mati verða börnin verða tekin í meðferð með Bowen tækni einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Haldin verður sjúkraskrá um meðferðirnar. Í lok síðasta meðferðartímans verður lagður fyrir spurningalisti sem þau svara í samvinnu við foreldra. Spurt verður meðal annars um hver áhrif meðferðin hefur haft á liðan almennt, áhrif á svefn og svefnvenjur og áhrif á einkenni ofvirkni og/eða athyglisbrests. Eftir þá meðferð munu sálfræðingarnir meta börnin aftur eftir sama

Hvaða upplýsingar verður unnið með?

Hvert verða upplýsingarnar sóttar?

Heimild(ir) til vinnslu persónuupplýsinga, sbr. 8. gr. laga um persónuvarnd og meðferð persónuupplýsinga:

Verður unnið með viðkvæmar persónuupplýsingar, sbr. 8. tl. 2. gr. laganna?

Viðbótarskýringar um vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga, sbr. 9. gr. laganna:

Frekari skýringar á þeim heimildum sem merkt er við hér að ofan (t.d. lagaákvæði eða ef byggt er á samþykki hins skráða skal hér greint frá efni samþykkisyfirlýsingar)

matslista og áður. Ávinningurinn af rannsókninni er að finna út hvort hægt er að bæta líðan þessara barna og minnka lyfjainntöku þeirra í framhaldinu.

Haldin verður sjúkraskrá yfir meðferð barnanna sem verður geymd hjá meðferðaraðila og er varðveisla hennar samkvæmt lögum nr. 34 frá 25. maí 2005 um græðara. Rannsakandi, Jóhanna Harðardóttir er félagi í Bandalagi íslenskra græðara. Enginn hefur aðgang að sjúkraskrár nema meðferðaraðili. Meðferðaraðili, Jóhanna Harðardóttir mun geyma sjúkraskrána að rannsókn lokinni. Niðurstöður mats fjölskyldudeilda Akureyrarbæjar verða í höndum hennar þar til búið er að meta fyrir og eftir meðferð og eftir það í höndum meðferðaraðila á meðan á vinnu við úrvinnslu rannsóknar stendur og verður eytt að henni lokinni, í maí 2007. Spurningalistar sem lagðir verða fyrir eftir að meðferð lýkur munu verða í vörslu meðferðaraðila á meðan á vinnu við rannsóknina stendur og verða eytt að því loknu, vorið 2007. Fullum trúnaði verður haldið við þátttakendur og mun enginn nema rannsóknaraðili sjá sjúkraskýrslur og svör við spurningalista. Upplýsingar koma aðeins frá þátttakendum.

Upplýsingar koma aðeins frá þátttakendum.

- ☒ samþykki hins skráða sbr. 1. tl.
- ☐ nauðsyn vegna samnings sbr. 2. tl.
- ☐ nauðsyn til að fullnægja lagaskyldu sbr. 3. tl.
- ☐ nauðsyn til að vernda hagsmuni hins skráða sbr. 4. tl.
- ☐ nauðsyn vegna almannahagsmuna sbr. 5. tl.
- ☐ nauðsyn við beitingu opinbers valds sbr. 6. tl.
- ☐ nauðsyn til að gæta lögmætra hagsmuna sbr. 7. tl.

Já

- ☒ upplýst og skriflegt samþykki hins skráða sbr. 1.tl.
- ☐ sérstök lagaheimild sbr. 2. tl.
- ☐ skylda skv. samningi aðila vinnumarkaðar sbr. 3. tl.
- ☐ nauðsyn til að vernda hagsmuni hins skráða sbr. 4. tl.
- ☐ nauðsyn vegna reglubundinnar starfsemi sbr. 5. tl.
- ☐ hinn skráði gerir upplýsingar opinberar sbr. 6. tl.
- ☐ vegna dómsmáls eða annara laganauðsynja sbr. 7. tl.
- ☐ nauðsyn vegna lækni/meðferðar/stjórnsýslu sbr. 8. tl.
- ☐ nauðsyn vegna tölfraði-/vísindarannsóknar sbr. 9. tl.
- ☐ lögmæt vöktun skv. 2.mgr.

Þátttakendur fá bréf með kynningu á rannsókninni og í framhaldi af því skrifa þeir undir upplýst samþykki ef þeir velja að taka þátt í rannsókninni. Samþykkisyfirlýsingin er: Ég undirrituð/áður hef lesið meðfylgjandi kynningarbréf um rannsóknina ?Frumkönnun á áhrifum Bowen meðferðar á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest?. Ég geri mér grein fyrir því að þátttaka barnsins míns í þessari rannsókn felur í sér að barnið fer í mat hjá sálfræðingi hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar í upphafi og lok meðferðar og í meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Meðferðin stendur í klukkustund í hvert skipti. Að henni lokinni verður lagður fyrir spurningalisti með spurningum um áhrif á almennt heilsufar, hegðun og svefn. Ég hef rétt til þess að hætta í rannsókninni hvenær sem er án fyrirvara. Ég hef leyfi til að gefa aðeins þær upplýsingar sem ég kys.

Ef aflað er persónuupplýsinga frá öðrum en hinum skráða, hvernig er þá uppfyllt viðvörðunarskylda gagnvart hinum skráða, sbr. 21. gr. laganna

Ef aflað er persónuupplýsinga frá hinum skráða sjálfum, hvernig er þá uppfyllt fræðsluskylda, sbr. 20. gr. laganna

Verður persónuupplýsingum safnað með notkun eftirlitsmyndavéla eða annars konar vöktunarbúnaðar?

Verða upplýsingarnar afhentar öðrum. Hverjum?

Verða upplýsingarnar fluttar úr landi?

Verða upplýsingarnar birtar á Netinu / Vefnum?

Hvaða öryggisráðstafanir verða viðhafðar?

Nafn og/eða stöðuheiti þess sem ber ábyrgð á framangreindum öryggisráðstöfunum

Verður upplýsingunum/auðkennunum eytt og þá hvenær?

Verður öðrum aðila (vinnsluaðila) með skriflegum samningi falin vinnsla upplýsinganna?

Kennitala vinnsluaðila

Nafn vinnsluaðila

Heimilisfang vinnsluaðila

Póstnúmer:

Staður:

Hverjar eru skyldur vinnsluaðila samkvæmt þessum samningi?

Ég gef fullt leyfi fyrir því að þær upplýsingar sem ég gef um heilsufar barnsins míns og þær upplýsingar sem koma fram við rannsóknina verði notaðar og treysti því að rannsakandi viðhaldi fullum trúnaði um persónuleg auðkenni og það sem fram kemur í sjúkraskrá. Hugsanlegur ávinningur þátttakenda er að eftir meðferðir verði einkenni ofvirkni og/eða athyglisbrests minni og að þeir eigi auðveldara með að hafa stjórn á sér. Annar ávinningur er að aðrir líkamlegir kvillar gætu minnkað eða horfið. Áhætta af meðferðinni er engin.

Ég veiti hér með samþykki mitt.

Persónuupplýsingar koma frá þátttakendum og forráðamönnum þeirra. Einnig koma fram upplýsingar úr mati fjölskyldudeilda á því hversu mörg stig viðkomandi þátttakandi fær í mati þeirra.

Þátttakendur og forráðamenn þeirra fá afhent kynnisbréf þar sem nákvæmlega er útskýrt fyrir þeim hvernig rannsóknin fari fram. Á meðan á meðferð stendur fá þeir einnig svör við öllum þeim spurningum sem þeir hafa.

Nei

Nei

Nei

Nei

☐ Aðgangsorð

☐ Dulkóðun

☒ Afmáun persónuauðkenna

☐ Annað

Ef annað, þá hvað?

Jóhanna Harðardóttir hjúkrunarfræðinemi og Hafðís Skúladóttir lektor við Háskólann á Akureyri ábyrgðamaður rannsóknarinnar

Við lok vinnslu gagna úr rannsókninni í lok maí 2007 verður öllum gögnum eytt, nema sjúkraskrár sem haldnar verða skv. lögum um bandalag íslenskra græðar..

Nei

Fylgiskjal D: Samþykki persónuverndar

Hafðís Skúladóttir

Hrafnagilsstræti 37
600 Akureyri



Persónuvernd

Rannsóknir 10 105 Reykjavík
sími: 510 9600 hréfasími: 510 9606
netfang: postur@personuvernd.is
vettung: personuvernd.is

Reykjavík 4. desember 2006

Tilvísun: S3184/2006/ HS/--

Hér með staðfestist að Persónuvernd hefur móttengið tilkynningu í yðar nafni um vinnslu persónuupplýsinga. Tilkynningin er nr. S3184/2006 og fylgir afrit hennar hjálagt.

Allar tilkynningar sem berast Persónuvernd birtast sjálfkrafa á heimasíðu stofnunarinnar. Tekið skal fram að með móttöku og birtingu tilkynninga hefur engin afstaða verið tekin af hálfu Persónuverndar um efni þeirra.

Virðingarfyllst,

Hrund Sigurðardóttir

Fylgiskjal E: Kynningarbréf og upplýst samþykki

Akureyri 4. janúar 2007 JH/--

Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Ábyrgðarmaður rannsóknar: Hafdís Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri,

hafdis@unak.is sími 460-8456.

Ágæti viðtakandi

Ég undirrituð, Jóhanna Harðardóttir (sími 824-2777 og 462-7727) er nemi á 4. ári í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri og vinn nú að undirbúningi rannsóknar sem verður lokaverkefni til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði. Leiðbeinandi minn og ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er Hafdís Skúladóttir hjúkrunarfræðingur M.S. og lektor við Háskólann á Akureyri.

Ég lauk námi í Bowen tækni frá The European College of Bowen Studies í október 2004, framhaldsnámskeiði í íþróttameiðslum í apríl 2005 og hef unnið með Bowen meðferðina síðan 2004.

Með þessu bréfi fer ég þess á leit við þig að barnið þitt taki þátt í rannsókn minni, „Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni meðferðar á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest“.

Tilgangur og markmið

Tilgangur rannsóknarinnar er að fá innsýn í hvort og þá hvernig Bowen meðferðin hefur áhrif á líðan barna með ofvirkni og athyglisbrest, með mati fyrir og eftir meðferð og spurningalista um líðan viðkomandi eftir meðferð.

Forsendur fyrir þátttöku

Sálfræðingar hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar munu leggja staðlaðan spurningalista fyrir mat á ofvirkni og/eða athyglisbresti fyrir þátttakendur. Á þeim lista er hægt að fá frá 0 og upp í 54 stig. Gert er ráð fyrir að þeir sem fá a.m.k. 93% stiga á þeim lista taki þátt í meðferð. Ekki er gert ráð fyrir kynjaskiptingu. Þátttakendur verða á aldrinum 6-16 ára. **Heimsóknin til sálfræðings er þátttakendum að kostnaðarlausu eins og aðrir þættir rannsóknarinnar.**

Ávinningur og áhætta

Ekki er hægt að fullyrða um beinan ávinning af meðferðinni. Þó getur ávinningur þátttakanda verið að áhrif sjúkdómsins minnki eða hverfi og að önnur líkamleg vandamál breytist við meðferðina. Áhætta af meðferðinni er engin. **Meðferðin verður þér að kostnaðarlausu.**

Framkvæmd

Rannsóknin er unnin í samvinnu við fjölskyldudeild Akureyrarbæjar sem aðstoðar mig við að komast í samband við þátttakendur. Tengiliður fjölskyldudeildar er Jiri Berger sálfræðingur, sími 460-1420.

Fjölskyldudeild sendir þetta bréf til þeirra sem hún telur að hefðu ástæður til að taka þátt í þessari rannsókn en ég mun aðeins fá upplýsingar um þátttakendur frá þeim sjálfum. Valdir verða 10 -20 þátttakendur. Þátttakendur fá úthlutað númeri á bilinu 1 – 20 og verða gögn þeirra merkt því númeri.

Ef þú, eftir yfirlestur þessa bréfs, ákveður að veita leyfi til þess að barnið þitt verði þátttakandi í þessari rannsókn bið ég þig vinsamlegast að hafa samband við sálfræðinga fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar sem í framhaldi munu leggja fyrir barnið þitt matslista til að meta hvort um ofvirkni og/eða athyglisbrest sé að ræða hjá þínu barni. Ef svo er og þú hefur áhuga á að barnið þitt taki þátt í rannsókninni bið ég þig um að hafa samband við mig, Jóhönnu Harðardóttur, eða leiðbeinanda minn Hafðísi Skúladóttur. Í framhaldi af því verður ákveðinn tími í samráði við þig um hvenær barnið þitt hefur meðferð. Þú munt fá kynningu á matinu sem sálfræðingar fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar sjá um, meðferðinni, sjúkraskránni sem haldin verður yfir meðferðina og spurningalistanum sem þú verður beðin(n) um að svara í lok meðferðar.

Að meðferðinni lokinni verður unnið með þau gögn sem koma út úr rannsókninni, niðurstöður spurningalista og niðurstöður greiningar sálfræðinga fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar í upphafi og lok meðferðar. Unnið verður með gögnin í Excel og þau birt sem töflur, línurit og texti. Ekki verða settar fram niðurstöður bundnar við kyn eða aldur. **Fullrar nafnleyndar verður gætt.** Þegar lokið verður við að vinna úr niðurstöðum verður spurningalistum, greiningum fjölskyldudeildar og sjúkraskrár eytt.

Bowen meðferðin fer þannig fram að einstaklingur liggur á bekk í þægilegum fatnaði sem auðvelt er að finna vöðva í gegnum. Með létttri snertingu eru ákveðnir vöðvar og sínar líkamans örvaðir og síðan er líkamanum gefinn tími, 2-5 mínútur, til að bregðast við þessu áreiti áður en næsti staður er örvaður. Þetta ferli er endurtekið nokkru sinnum á

mismunandi stöðum á líkamanum. Að meðferð lokinni er einstaklingur hvattur til að drekka vatn og hreyfa sig aðeins með reglulegu millibili næstu tvo daga eftir meðferð til að ná fram sem bestum árangri. Meðferðin er gerð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð og tekur um það bil klukkustund í hvert skipti. Nánari upplýsingar um Bowen meðferðina má finna á heimasíðu minni <http://heilsubot.com>

Í lok meðferðar verður lagður fyrir spurningalisti sem þú og barnið þitt svarið saman spurningum um áhrif meðferðar á svefn þátttakanda, áhrif á almennt heilsufar og áhrif á hegðun.

Rannsóknin verður kynnt á Rannsóknardegi heilbrigðisdeildar Háskólans á Akureyri í maí 2007 fyrir prófdómara, samnemendum og ef til vill fleirum. Þátttakendur fá sendar niðurstöður rannsóknarinnar í pósti. Verkefni verður síðan geymt á bókasafni Háskólans á Akureyri þar sem það verður aðgengilegt öðrum til aflestrar. Heimild hefur fengist hjá Vísindasiðanefnd fyrir framkvæmd þessarar rannsóknar.

Réttur þinn

Þér er að sjálfsögðu heimilt að neita þátttöku og einnig getur þú dregið þig út úr rannsókninni hvenær sem er ef þér sýnist svo, án þess að gefa upp ástæðu eða skýringu á þeirri ákvörðun og án nokkurra eftirmála. Þú mátt einnig neita að svara einstökum spurningum eða spurningalistanum í heild ef þér sýnist svo. Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444

Það er von mín að þú og barnið þitt sjáið ykkur fært að taka þátt í þessari rannsókn með mér. Ef þú vilt fá frekari upplýsingar þá hvet ég þig til að hafa samband við mig símleiðis eða með tölvupósti. Einnig getur þú haft samband við leiðbeinanda minn og ábyrgðarmann rannsóknarinnar, Hafdísí Skúladóttur, í netfangið hafdis@unak.is eða í síma 460 8456.

Með fyrirfram þökk og von um jákvæð viðbrögð!

Ábyrgðarmaður:

Hafdís Skúladóttir, lektor HA

Kt.: 061062-2469

Rannsakandi:

Jóhanna Harðardóttir

Kt.: 040563-5209

Háskólinn á Akureyri
Sólborg við Norðurslóð
602 Akureyri
Sími 460-8456
hafdis@unak.is

Smárahlið 7 L
603 Akureyri
<http://heilsubot.com>
Sími 462-7727 / 824-2777
johar@simnet.is

Upplýst samþykki

Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Ábyrgðarmaður rannsóknar: Hafðís Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri,

hafdis@unak.is sími 460-8456.

Ég undirrituð/aður hef lesið meðfylgjandi kynningarbréf um rannsóknina „Frumkönnun á áhrifum Bowen meðferðar á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest“.

Ég geri mér grein fyrir því að þátttaka barnsins míns í þessari rannsókn felur í sér að barnið fer í mat hjá sálfræðingi hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar í upphafi og lok meðferðar og í meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Meðferðin stendur í klukkustund í hvert skipti. Að henni lokinni verður lagður fyrir spurningalisti með spurningum um áhrif á almennt heilsufar, hegðun og svefn.

Ég hef rétt til þess að hætta í rannsókninni hvenær sem er án fyrirvara. Ég hef leyfi til að gefa aðeins þær upplýsingar sem ég kys. Ég gef fullt leyfi fyrir því að þær upplýsingar sem ég gef um heilsufar barnsins míns og þær upplýsingar sem koma fram við rannsóknina verði notaðar og treysti því að rannsakandi viðhaldi fullum trúnaði um persónuleg auðkenni og það sem fram kemur í sjúkraskrá.

Hugsanlegur ávinningur þátttakenda er að eftir meðferðir verði einkenni ofvirkni og/eða athyglisbrests minni og að þeir eigi auðveldara með að hafa stjórn á sér. Annar ávinningur er að aðrir líkamlegir kvillar gætu minnkað eða horfið. Áhætta af meðferðinni er engin.

Ég veiti hér með samþykki mitt.

Dagsetning: _____ Númer þátttakanda _____

Nafn barns sem tekur þátt í rannsókn: _____

Undirskrift forráðamanns: _____

Símanúmer: _____

Rannsakandi: _____

Eintak þátttakanda

Upplýst samþykki**Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest.**

Ábyrgðarmaður rannsóknar: Hafðís Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri,

hafdis@unak.is sími 460-8456.

Ég undirrituð/aður hef lesið meðfylgjandi kynningarbréf um rannsóknina „Frumkönnun á áhrifum Bowen meðferðar á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest“.

Ég geri mér grein fyrir því að þátttaka barnsins míns í þessari rannsókn felur í sér að barnið fer í mat hjá sálfræðingi hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar í upphafi og lok meðferðar og í meðferð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð. Meðferðin stendur í klukkustund í hvert skipti. Að henni lokinni verður lagður fyrir spurningalisti með spurningum um áhrif á almennt heilsufar, hegðun og svefn.

Ég hef rétt til þess að hætta í rannsókninni hvenær sem er án fyrirvara. Ég hef leyfi til að gefa aðeins þær upplýsingar sem ég kys. Ég gef fullt leyfi fyrir því að þær upplýsingar sem ég gef um heilsufar barnsins míns og þær upplýsingar sem koma fram við rannsóknina verði notaðar og treysti því að rannsakandi viðhaldi fullum trúnaði um persónuleg auðkenni og það sem fram kemur í sjúkraskrá.

Hugsanlegur ávinningur þátttakenda er að eftir meðferðir verði einkenni ofvirkni og/eða athyglisbrests minni og að þeir eigi auðveldara með að hafa stjórn á sér. Annar ávinningur er að aðrir líkamlegir kvillar gætu minnkað eða horfið. Áhætta af meðferðinni er engin.

Ég veiti hér með samþykki mitt.

Dagsetning: _____ Númer þátttakanda _____

Nafn barns sem tekur þátt í rannsókn: _____

Undirskrift forráðamanns: _____

Símanúmer: _____

Rannsakandi: _____

Eintak rannsakanda

Fylgiskjal F: Bréf til fjölskyldudeildar

7. nóvember 2006. JH/--

Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar
b.t. Jiri Berger sálfræðings
Glerárgötu 26
600 Akureyri

Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Ábyrgðarmaður rannsóknar: Hafdis Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri,
hafdis@unak.is sími 460-8456.

Ágæti viðtakandi.

Ég undirrituð, Jóhanna Harðardóttir (sími 824-2777 og 462-7727) er nemi á 4. ári í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri og vinn nú að undirbúningi rannsóknar fyrir lokaverkefni til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði. Leiðbeinandi minn er Hafdis Skúladóttir, hjúkrunarfræðingur M.S. og lektor við Háskólann á Akureyri.

Ég lauk námi í Bowen tækni frá The European College of Bowen Studies í október 2004, framhaldsnámskeiði í íþróttameiðslum í apríl 2005 og hef unnið með Bowen meðferðina síðan 2004.

Með þessu bréfi fer ég þess á leit við þig að fjölskyldudeild Akureyrarbæjar aðstoði mig við að finna þátttakendur í rannsókn mína, „Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest“.

Tilgangur rannsóknarinnar er að fá innsýn í hvort og þá hvernig Bowen meðferðin hefur áhrif á líðan barna með ofvirkni og athyglisbrest. Árangur verður mældur annars vegar með matslistum fyrir og eftir meðferð og hins vegar spurningalista um líðan viðkomandi eftir meðferð.

Ekki er hægt að fullyrða um beinan ávinning af meðferðinni. Þó getur ávinningur þátttakanda verið að áhrif sjúkdómsins minnki eða hverfi og að önnur líkamleg vandamál

breytist við meðferðina. Rannsóknin kemur til með að sýna hvort, og þá hvernig áhrif Bowen meðferð hefur á líkamann og þar af leiðandi ýta undir frekari rannsóknir í þessa veru. **Meðferðin verður þátttakendum að kostnaðarlausu.**

Bowen meðferðin fer þannig fram að einstaklingur liggur á bekk í þægilegum fatnaði sem auðvelt er að finna vöðva í gegnum. Með létttri snertingu eru ákveðnir vöðvar og sínar líkamans örvaðir og síðan er líkamanum gefinn tími, 2-5 mínútur, til að bregðast við þessu áreiti áður en næsti staður er örvaður. Þetta ferli er endurtekið nokkrum sinnum á mismunandi stöðum á líkamanum. Að meðferð lokinni er einstaklingur hvattur til að drekka vatn og hreyfa sig aðeins með reglulegu millibili næstu tvo daga eftir meðferð til að ná fram sem bestum árangri. Meðferðin er gerð einu sinni í viku í fjórar vikur í röð og tekur um það bil klukkustund í hvert skipti.

Að meðferðinni lokinni verður unnið með þau gögn sem koma út úr rannsókninni, niðurstöður spurningalista og niðurstöður mats sálfræðinga fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar í upphafi og lok meðferðar. Unnið verður með gögnin í Excel og þau birt sem töflur, línurit og texti. Fullrar nafnleyndar verður gætt. Þegar lokið verður við að vinna úr niðurstöðum verður spurningalistum og mati fjölskyldudeildar eytt en ég mun geyma sjúkraskrár í samræmi við ákvæði laga nr. 34 frá 25. maí 2005 um græðara.

Rannsóknin verður kynnt á Rannsóknardegi heilbrigðisdeildar Háskólans á Akureyri í maí 2007 fyrir prófdómara, samnemendum og ef til vill fleirum. Þátttakendur fá sendar niðurstöður í pósti. Verkefni verður síðan geymt á bókasafni Háskólans á Akureyri þar sem það verður aðgengilegt öðrum til aflestrar. Leitað verður heimildar hjá Vísindasiðanefnd fyrir framkvæmd þessarar rannsóknar.

Það er von mín að fjölskyldudeild sjái sér fært að aðstoða mig við að ná til þátttakenda og að sálfræðingur deildarinnar leggi staðlaðan spurningalista fyrir mat á ofvirkni og/eða athyglisbresti fyrir þau börn sem veljast til þátttöku, bæði fyrir og eftir meðferð. Á þeim lista er hægt að fá frá 0 og upp í 54 stig. Gert er ráð fyrir að þeir þátttakendur sem fá 50 stig eða meira geti tekið þátt í meðferðinni. Ekki er gert ráð fyrir kynjaskiptingu. Þátttakendur verða á aldrinum 6-16 ára. Æskilegt er að þátttakendur verði 10-20.

Meðfylgjandi er kynningarbréf sem forráðamenn þátttakenda munu fá í hendur. Þar er að finna frekari upplýsingar um framkvæmd rannsóknarinnar. Ef frekari upplýsinga er óskað er hægt að hafa samband við mig símleiðis eða með tölvupósti. Einnig getur þú haft samband við leiðbeinanda minn og ábyrgðarmann rannsóknarinnar, Hafdísí Skúladóttur, í netfangið hafdis@unak.is eða í síma 460 8456.

Með fyrirfram þökk og von um jákvæð viðbrögð!

Ábyrgðarmaður:

Hafðís Skúladóttir, lektor HA

Kt.: 061062-2469

Háskólinn á Akureyri

Sólborg við Norðurslóð

602 Akureyri

Sími 460-8456

hafdis@unak.is

Rannsakandi:

Jóhanna Harðardóttir

Kt: 040563-5209

Smárahlið 7 L

603 Akureyri

<http://heilsubot.com>

Sími 462-7727 / 824-2777

johar@simnet.is

Jóhanna Harðardóttir

Fylgiskjal G: Bréf frá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar



Akureyri 27.11.2006

Jóhanna Harðardóttir
Smárahlið 7 L
603 Akureyri

Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest.

Fjölskyldudeild Akureyrar (FD) samþykkir hér með aðild að rannsókninni þinni:

"Frumkönnun á áhrifum Bowen tækni á börn með ofvirkni og/eða athyglisbrest".

Starfsmenn skólateymis FD munu segja þeim forráðamönnum skjólstæðinga okkar sem þeir telja líklega til að eiga erindi í þessa rannsókn frá henni. Gert er ráð fyrir því að barnið þurfi að skora yfir 93 hundraðsröð á de Pauls lista um ADHD (mat á ofvirkni og/eða athyglisbresti) hjá bæði foreldrum og kennurum, til að teljast mögulegur þátttakandi. Ef foreldrar hafa áhuga á að taka þátt í rannsókninni eftir að hafa lesið kynningarbréf þitt, verður þeim bent á að hafa samband við þig vegna áframhaldandi þátttöku.

Að meðferð í Bowen tækni lokinni mun stafráfarar FD leggja sama próf fyrir skjólstæðinginn aftur. FD mun geyma niðurstöður fyrra prófsins þar til það seinna hefur farið fram og afhenda þér síðan afrit þeirra beggja. FD geymir frumrit af niðurstöðu prófanna hjá sér, samkvæmt reglum deildarinnar. Einungis verður talað við þá forráðamenn sem koma með börn sín til FD fram í lok mars 2007.

Hinn tengiliður FD fyrir utan Jiri Berger verður Líney Helgadóttir sérkennslufulltrúi á FD.

F.h. Fjölskyldudeild Akureyrarbæjar

Jiri Jón Berger, Ph.D.
Sálfræðingur



Fylgiskjal H: Spurningalisti rannsakanda**Spurningalisti eftir Bowen meðferð**

Þátttakandi númer _____

*Þátttakandi svarar spurningu í samvinnu við forráðamann.**Aðeins skal velja einn möguleika.**Svar skal miðast við breytingar á ástand þátttakanda fyrir og eftir meðferð.**Skáletraði textinn er til leiðbeiningar við spurningarnar.***TAKK FYRIR ÞÁTTTÖKUNA****Svefn**

1. Hvernig finnst þér þú sofa núna miðað við fyrir meðferðina?
☐ Miklu betur
☐ Betur
☐ Eins
☐ Verr
☐ Miklu verr
2. Hvernig gengur þér að sofna á kvöldin núna miðað við fyrir meðferðina?
☐ Miklu betur
☐ Betur
☐ Eins
☐ Verr
☐ Miklu verr
3. Vaknarðu á nóttunni?
☐ Já
☐ Nei

Ef já þá?

Ef þú vaknaðir á nóttunni fyrir meðferð, vaknarðu þá núna

- ☐
- Oftar
-
- ☐
- Jafn oft
-
- ☐
- Sjaldnar

4. Hvernig gengur að vakna á morgnanna? *Er auðvelt eða erfitt að vekja þig?*
____ Miklu betur
____ Betur
____ Eins
____ Verr
____ Miklu verr
5. Hvernig líður þér þegar þú vaknar á morgnanna? *Ertu úthvöld/ur eða þreytt/ur*
____ Miklu betur
____ Betur
____ Eins
____ Verr
____ Miklu verr
6. Hreyfirðu þig mikið í svefni? *Eru rúmfötin uppi í rúminu eða úti á gólfi þegar þú vaknar, eru þau slétt eða krumpuð?*
____ Hreyfi mig meira
____ Hreyfi mig eins
____ Hreyfi mig minna

Hegðun

7. Hvernig finnst þér þú haga þér núna miðað við fyrir meðferðina? *Ertu stillt/ur eða óþekk/ur róleg/ur eða með læti*
____ Miklu betur
____ Betur
____ Eins
____ Verr
____ Miklu verr
8. Hvernig gengur að sitja kyrr? *Miðað við fyrir meðferðina*
____ Miklu betur
____ Betur
____ Eins
____ Verr
____ Miklu verr
9. Hvernig gengur þér að einbeita þér? *Þegar þú ert til dæmis að gera verkefni eða leika þér*
____ Miklu betur
____ Betur
____ Eins
____ Verr
____ Miklu verr
-

Fylgiskjal I: Spurningalisti fjölskyldudeildar Akureyrarbæjar

Ofvirkniþvarði
(ADHD. Rating scale. DuPaul)

Nafn barns _____ kt. _____

Útfyllt af _____ dags. _____

Nafn _____ Tengsl við barn _____

Mikilvægt að fylla í allt ofangreint

Gerðu hring um töluna í þeim dálki sem best á við.

	Á alls ekki við	Á við að nokkru leyti	Á við að verulegu leyti	Á mjög vel við
1. Hugar illa að smáverkefnum og gerir fljótþæmislegar villur í skólaverkefnum.	0	1	2	3
2. Er mikið með hendur og fætur á hreyfingu eða íðar í sæti.	0	1	2	3
3. Á erfitt með að halda athygli vakandi við verkefni eða leiki.	0	1	2	3
4. Yfirgefur sæti í skólastofu eða við aðrar aðstæður þar sem ætlast er til að setið sé kyrr.	0	1	2	3
5. Virðist ekki hlusta þegar talað er beint til hennar/hans.	0	1	2	3
6. Hleypur um eða þrilar óhöflega við aðstæður þar sem slíkt á ekki við.	0	1	2	3
7. Fylgir oft ekki fyrirmælum til enda og lýkur ekki við verkefni.	0	1	2	3
8. Á erfitt með að vera hljóð(-ur) við leik eða tómstundastarf.	0	1	2	3
9. Á erfitt með að skipuleggja verkefni sín og athafnir.	0	1	2	3
10. Er á "fleggiferð" eða er "eins og þeytisþjald"	0	1	2	3
11. Forðast viðfangsefni (t.d. heimanám og verkefni í skóla) sem krefjast mikillar beitingar hugans.	0	1	2	3
12. Talar óhöflega mikið.	0	1	2	3
13. Týnir hlutum sem hann/hún þarf á að halda til verkefna sinna eða athafna	0	1	2	3
14. Grípur fram í með svari áður en spurningu er lokið	0	1	2	3
15. Trúfast auðveldlega af utanaðkomandi áreitum	0	1	2	3
16. Á erfitt með að bíða eftir að röðin komi að honum/henni.	0	1	2	3
17. Er gleymín(-n) í athöfnum daglegs lífs	0	1	2	3
18. Grípur fram í eða ryðst inn í (samræður eða leiki)	0	1	2	3

Stig alls _____

Þátt Tækniræðna barna- og unglingaheilsu

Fylgiskjal J: Sjúkraskrá

Leyfi sjúklings til að bera undir leiðbeinanda? Ef J/A, krossið hér		EUROPEAN COLLEGE OF BOWEN STUDIES MEDFERÐARSKÝSLA - TRÚNADARMÁL		Nafn meðhöndlara:	
Nafn sjúklings		Sími á daginn		Sími á kvöldin	
Heimilisfang		Póstnúmer		Bæjarfélag	
Kennitala		Starfsheiti		Lyf sjúklings	
1 Vika		Dagsetning		2 Vika	
Einkenni sem kvartað er undan og greining læknis (ef um er að ræða)				Núverandi ástand sjúklings og athugasemdir um meðferð:	
Almennt ástand sjúklings, hans eigin lýsing:				Meðferð / siður og athugasemdir:	
				Undirskrift sjúklings:	
				3 Vika	
				Dagsetning	
				Núverandi ástand sjúklings og athugasemdir um meðferð:	
Meðferð / siður:					
Athugasemdir:				Meðferð / siður og athugasemdir:	
				Undirskrift sjúklings:	
Undirskrift sjúklings:					
E.C.B.S.					