



Stabilitet och förändring i delaktighet för barn med och utan utvecklingsförsening

Lena Almqvist

Mälardalens Högskola, Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap

INLEDNING

Delaktighet anges som den viktigaste dimensionen av hälsa och välbefinnande för barn i allmänhet såväl som för barn med funktionshinder i Världshälsoorganisationens klassifikation "Internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa" (ICF: WHO, 2001) och definieras där som "en persons engagemang i sin egen livssituation". I FN:s barnkonvention betonas också barnets rätt till delaktighet. Delaktighet är förutom en viktig faktor för socialt och emotionellt välbefinnande också en viktig faktor för att lyckas väl i skola och samhälle. Att öka barns delaktighet är därför ett viktigt mål både i generella hälsofrämjande insatser och specifika åtgärder riktade mot barn i behov av särskilt stöd. Ett problem med åtgärder riktade mot att öka delaktighet för barn i behov av särskilt stöd är att dessa oftast är inriktade på ett genomsnittligt utfall. Detta trots att stor individuell variation i hur barn agerar och reagerar på samma åtgärd (Guralnick, 2005). Tidigare forskning har mestadels fokuserat på att studera personegenskaper hos barn i behov av särskilt stöd som generellt påverkar delaktighet i vardagssituationer (Block, 1980; Bandura, 1997; deKruif & McWilliam, 1999; Ford & Lerner, 1992; Kagan & Snidman, 1991) eller egenskaper i de vardagsmiljöer där delaktighetssituationer uppstår (Bronfenbrenner, 1989; deKruif et al., 2000; Dunst et al., 2001). Även om mycket empirisk forskning studerat familjen som kontext för barns sociala och emotionella välbefinnande har få studier fokuserat hur enskilda barn använder sig av olika delar av kontexten och hur detta påverkar barnets delaktighet över tid. Kunskap om den specifika kontexten så som den uppfattas av det enskilda barnet är begränsad.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var därför att öka kunskapen om dessa individuella variationer i hur barn med och utan utvecklingsförsening använder sig av förutsättningar i sin hemmiljö och hur detta påverkar barnens delaktighet över tid och situation. Med utvecklingsförsening menas här en långsammare kognitiv, biologisk och/eller social utveckling än förväntat där diagnos saknas eller är ospecifik (Bernheimer & Keogh, 1982, 1986). Utvecklingsförsening har rapporterats av föräldrar och validerats mot BVC-journaler.

De specifika frågeställningarna var:

- Hur är mönster av samspel och vardagsaktiviteter i barns hemmiljö relaterade till barns delaktighet över tid?
- Hur är mönster av samspel och vardagsaktiviteter i barns hemmiljö relaterade till barns delaktighet i förskolemiljö?
- Vad kännetecknar barn med utvecklingsförsening i mönster av delaktighet, samspel och vardagsaktiviteter i barns hemmiljö över tid och över situationer?

Tidigare forskning

Delaktighet och engagemang är besläktade begrepp som ansetts representera hälsa och välbefinnande samt predicera lärande och utveckling. När små barn i förskolan beskriver hälsa och välbefinnande framträder engagemang och delaktighet som viktiga komponenter (Almqvist, 2006). Engagemang har definierats som "den tid barn spenderar i samspel med sin omgivning på ett för situation och utveckling adekvat sätt" (McWilliam & Bailey, 1995, s.125). Engagemang och delaktighet är begreppsligt relaterade med begreppet "mastery motivation" som definierats som en inneboende drivkraft att utforska, förstå och kontrollera sin omgivning (Turner & Johnson, 2003). Delaktighet uppstår i samspelet mellan barnet och den nära omgivningen och kan både betraktas som del i en process av utökad delaktighet och lärande över tid och ett utfall av positivt fungerande eller positiv hälsa (WHO, 2001). WHO's definition av delaktighet som "en individs engagemang i sin livssituation" tar fasta på den sociala och funktionella aspekten av hälsa och välbefinnande, där individen ses som aktivt medverkande i sin egen utveckling. För barn sker denna utveckling i samspel med den närmaste omgivningen, t ex viktiga vuxna, andra barn, material och symboler i sk proximala processer präglade av kontinuitet och ömsesidighet (Bronfenbrenner, 1999). Proximala processer är nära besläktat med hur delaktighet har beskrivits som ett hälsobegrepp. Delaktighet för barn innebär till stor del engagemang i lek och aktivitet i vardagliga situationer.

Tidigare forskning har lyft fram engagemang som en kritisk medierande faktor i relation till barns positiva fungerande och hälsa, även hos barn med funktionshinder (se Buysse & Bailey, 1993; Dunst et al., 2001; McWilliam, Trivette, & Dunst 1985; McWilliam & Bailey, 1992, 1995). Barns delaktighet och engagemang i vardagsaktiviteter har visat sig minska risken för beteendevårigheter och emotionell utvecklingsförsening (Rae-Grant et al., 1989), särskilt för barn i social- eller miljömässig risk (Feldman et al., 2000). Barn som tillbringar en stor andel tid i utvecklingsbefrämjande samspel med sin omgivning upplever troligen en form av välbefinnande som kan observeras som hälsa ur ett positivt perspektiv.

Studier som intresserar sig för de processer som är involverade i uppkomsten av positivt fungerande, t ex delaktighet och engagemang är dock fortfarande en bristvara (Mahoney & Bergman, 2002; Seligman & Chikzentmihayli, 2000). Positivt fungerande studeras ofta i förhållande till motståndskraft och skyddsfaktorer, med antagandet att frånvaro av ett negativt utfall tolkas som ett bra utfall och frånvaro av sjukdom, utvecklingsförsening eller funktionshinder blandas ihop med välbefinnande. I många åtgärdsstudier av barn med t ex bokstavsdiagnoser finns endast mått på om symptomen

minskar. En longitudinell studie av barn med bl a conduct disorder (Pickles et al., 2001) visar dock att närvaron av risk- och skyddsfaktorer predicerar mängden symptom vid ny mätning ett och ett halvt år senare i ungefär samma utsträckning som mängden symptom vid den första mätningen.

Gallimore, Keogh, och Bernheimer (1999) visade att barn med uppskattad utvecklingsförsening vid 2-3 års ålder sannolikt också uppvisade utvecklingsförsening vid 4-5 års ålder. Generella åldersmässiga framsteg undergrävdes av stabiliteten i utvecklingsförseningen. Resultaten visade dock också stor individuell variation mellan barnen i urvalet. Vissa barn uppvisade snabba framsteg, några uppehöll en stabil utvecklingskurva medan andra gick bakåt utvecklingsmässigt. Forskarna drar slutsatsen att kognitiv utvecklingsnivå inte nödvändigtvis predicerar social kompetens över tid. Guralnick et al. (2003) har studerat social kompetens hos barn med lindrig utvecklingsstörning. Han rapporterar att familjefaktorer som t ex familjens upplevda stress och familjens upplevda kontroll över barnet förklarar så mycket som 40 % av variansen i social kompetens hos barnen. Sammantaget indikerar alltså forskningen att ett högt välbefinnande ökar sannolikheten för en god prognos för barn i behov av särskilt stöd liksom för barn i allmänhet. Trots det ingår sällan åtgärder inriktade på positivt fungerande, hälsa eller delaktighet på ett fokuserat sätt i åtgärdsplanering.

För att studera barns hälsa och delaktighet bör utöver egenskaper hos det enskilda barnet och egenskaper i miljön också samspelet mellan barnet och miljö beaktas på ett strukturerat och formaliserat sätt. Bedömning sker idag ofta med hjälp av standardiserade instrument fokuserade på olika aspekter av kroppsfunction eller genomförande av aktivitet, oavsett det identifierade problemet (Shonkoff et al., 1992). En analys av hur kartläggningsinstrument används inom Barn- och Ungdomshabiliteringen i Sverige (Björck-Åkesson, Granlund, & Simeonsson, 2000) indikerar att det nästan uteslutande är för att kartlägga individfaktorer som standardiserade instrument används. Delvis beror detta på svårigheter i att avgränsa vad som utgör positivt fungerande och att definiera vad som är ett bra utfall för det enskilda barnet.

I studier med multidimensionella utfall som t ex hälsa och delaktighet ökar komplexiteten i att samtliga delar i processen måste fångas i sitt sammanhang. Olika förutsättningar kan leda till samma utfall, och olika utfall kan följa på samma förutsättningar. Att summera resultat från olika studier kan möjligen ge information om vilka faktorer som sammantaget kan anses viktiga i förhållande till hälsa och delaktighet, men ger otillräcklig information för att förklara betydelsen av många samspelande faktorer. Den stora variationen mellan barn med liknande initiala förutsättningar påvisar svårigheten i att predicera individuella utfall genom s k variabelbaserade studier på gruppnivå. Med en personbaserad ansats studeras varje barn utifrån sin särskilda profil eller mönster av förutsättningar. Barnet och den omgivande miljön uppfattas inte som oberoende av varandra utan som mönster av samspelande faktorer.

METOD OCH DESIGN

Studien var longitudinell och egenskaper hos det enskilda barnet, egenskaper i familjen och hemmiljön, egenskaper i samspelet mellan barn och föräldrar samt hur barn använder sig av dessa förutsättningar studerades över tid.

Deltagare

Vid första datainsamlingen (T1) lämnades information om 450 barn via enkäter från föräldrar. Vid andra datainsamlingen lämnades information om 148 barn via enkäter från föräldrar. För 127 barn lämnades information från föräldrar både vid T1 och T2, vilket utgör urvalet för föreliggande studie. Av de 127 barnen var 52 % pojkar. Barnens medelålder var vid T1 29.52 månader (12-45 månader) och vid T2 52.52 månader (36-69 månader). Tidsintervallet mellan de T1 och T2 var alltså 2 år. Majoriteten barn var födda i Sverige (96 %) och för 9 % av dessa barn var föräldrarna födda utomlands. Föräldrarna skattade 9.5% av barnen som sena i utvecklingen, 3 % av dessa barn angavs ha problem med tal- och språkutvecklingen och 2 % angavs ha problem i den sociala utvecklingen. Validering av föräldrarnas bedömningar mot BVC-journaler visade 85.6 % samstämmighet, vilket ledde till att föräldrarnas skattningar bedömdes som tillförlitliga och användes i kommande analyser.

Mätinstrument

Samtliga skattningar gjordes vid både T1 och T2 av barnens föräldrar.

Generell delaktighet. För att mäta barnens generella delaktighet användes Child Engagement Questionnaire (CEQ; McWilliam, 1991). Detta instrument syftar till att mäta barns globala engagemang och är inte bundet till någon specifik kontext. Skalan består ursprungligen av 32 frågor, i denna studie användes en något förkortad version med 28 frågor. Föräldrar och förskolepersonal skattade var och en barnets engagemang på en fyrgradig skala (1 = händer nästan aldrig, 2 = händer ibland, 3 = händer ganska ofta, och 4 = händer mycket ofta). Exempel på frågor är: "barnet leker med leksaker", "barnet prövar nya sätt att leka med saker", och "barnet reagerar på förändring i miljö". Tidigare studier har genom faktoranalys gett skalan tre underliggande faktorer: problemlösning, uppmärksamhet och differentierat beteende/lek (Almqvist & Granlund, under utarbetande). Dessa faktorer har visat sig förklara 62.1% av variationen och föräldrars och lärares skattningar har visat sig ha en hög grad av samstämmighet.

Delaktighet i vardagsaktiviteter. För att skatta barnens deltagande i olika aktiviteter i hemmiljön användes formuläret "Aktivitet" (Simeonsson et al., 1990). Formuläret innehåller en lista med vanligt förekommande aktiviteter i hemmiljö. Aktiviteterna är både typiska lek- och familjeaktiviteter inom och utomhus, sociala aktiviteter tillsammans med familjen och rutinaktiviteter. Exempel på aktiviteter är: "klä ut sig/rollek", "lyssna på saga", "gå till lekparken" och "hjälpa till att duka före maten". Föräldrarna ombeds skatta hur tillgängliga dessa aktiviteter är för barnet (0 = finns ej/ej tillgänglig, 1 = minimalt tillgänglig, 2 = delvis tillgänglig, och 3 = helt tillgänglig) samt i vilken grad barnet engagerar sig i/genomför aktiviteten (0 = ej engagerad/gör ej, 1 = minimalt engagerad, 2 = ganska engagerad, och 3 = mycket engagerad).

Samspel mellan barn och föräldrar. Barnet samspel med föräldrarna och föräldrarnas samspel med barnet skattades av föräldrarna utifrån ett formulär av Granlund och Olsson (1998). Detta formulär är väl validerat i åtgärdssammanhang och i empiriska studier och består dels av frågor som tar utgångspunkt i barnets samspel med föräldrarna och frågor som tar utgångspunkt i föräldrarnas samspel med barnet. Exempel på frågor är: "barnet påbörjar samspelet", "barnet stannar tillräckligt länge i en aktivitet/situation", "jag svarar på barnets kommunikation" och "jag engagerar mig i

aktiviteter och använder material som passar för barnets ålder, utvecklingsnivå och intressen”. Dessa frågor besvaras på en femgradig skala (1 = sällan, 2 = ganska sällan, 3 = i 50 %, 4 = ganska ofta, och 5 = oftast).

Känsla av sammanhang (KASAM). Föräldrarna skattade sin känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991) som ett mått på hur de upplever att de kan hantera vardagen och dagliga stressorer. I denna studie användes den korta versionen med 13 frågor som skattas på en sjugradig skala.

Hemförfållanden och hemmiljö. Detta formulär är utformat av Simeonsson et al. (1990) och innehåller frågor om familjens sammansättning, ekonomi och arbete, hemmiljö samt upplevt stöd i vardagen och avlastning genom det sociala nätverket.

Barnets fysiska hälsa. Detta skattades med ett formulär utvecklat av Cernerud (2002) där föräldrarna uppger om barnet har någon fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning, medicinering, om barnet är sjukt oftare än andra barn samt ofta frånvarande från förskolan pga sjukdom.

Barnets utveckling. Föräldrarna besvarade hur de upplever barnets utveckling i jämförelse med andra barn. Föräldrarnas uppgifter validerades mot den utvecklingsbedömning som görs vid BVC vid olika nyckelåldrar (12 mån, 18 mån, och 3 år).

Mental hälsa/beteende. Föräldrarna skattade barnets mentala hälsa/beteende med Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000). Formuläret var ett utdrag ur originalchecklistan och bestod av 25 frågor med vardera tre svarsalternativ (1 = stämmer ej, 2 = stämmer någorlunda, eller ibland, och 3 = stämmer mycket bra, eller ofta). Exempel på frågor var: ”kan inte koncentrera sig”, ”gråter mycket”, och ”visar lågt intresse för saker runt omkring”.

Procedur

Samtliga formulär distribuerades via barnens förskolor. Med tanke på den longitudinella designen har kodlistor på barnen förvarats i säkerhet under den pågående studien och dessa listor användes nu för att koda enkäterna så att longitudinella skattningar kunde ske. Listor skickades ut till förskolan så personalen kunde distribuera ut rätt enkät till rätt barn. Enkäterna återsändes av föräldrarna anonymt i adresserade svarskuvert eller lämnades tillbaka till förskolorna som organiserade returnerandet. Tillsammans med enkäten lämnades också en blankett som föräldrarna ombads skriva under som tillåtelse att deras barn medverkade i studien samt eventuellt också att forskarna tog del av uppgifter avseende barnets utveckling från BVC. Dessutom lämnades ett missivbrev där syftet med studien tydligt angavs och föräldrarna informerades också om de humanistisk-samhällsvetenskapliga etiska regler som studien följer samt information om den granskning som inledningsvis utförts av medicinsk-etisk kommitté. Uppgifter om forskarna och vart föräldrarna kunde vända sig med eventuella frågor angavs också i detta brev. I de fall föräldrarna gav sin tillåtelse till att inhämta BVC information kontaktades barnets BVC. Om den ansvarige för respektive BVC gav sin tillåtelse till att inhämta uppgifter insamlades information avseende barnets utveckling vid upp till tre olika nyckelåldrar (12 mån, 18 mån och 3 år). Detta förfarande resulterade i BVC data för 67 % av barnen i studien.

Datanalys

I analyserna användes såväl traditionella parametriska variabelbaserade analysmetoder, som exempelvis variansanalys och oberoende t-test, men också personbaserade analysmetoder, främst klusteranalys, för att utgå från homogena grupper av barn med liknande mönster av fungerande och aktivitet i hemmiljön. För de longitudinella analyserna användes även där personbaserade metoder där kluster länkades mellan tidpunkter för att analysera om och hur barnens mönster av vardagsfungerande och hemmiljö förändras över tid. För att studera vilka faktorer som är relaterade till sådana förändringar användes bl a t-test för upprepade mätning. De variabelbaserade analyserna genomfördes främst med SPSS och de personbaserade och longitudinella analyserna med hjälp av SLEIPNER.

De variabler som användes i klusteranalysen var *tillgänglighet till aktivitet i hemmiljö, deltagande i aktivitet i hemmiljö, samspel barn-föräldrar samt generell delaktighet*. I Tabell 1 visas korrelationen mellan dessa variabler. I Tabell 1 visar korrelationen mellan de olika variablerna som användes i analyserna.

Tabell 1. Pearson produktmomentkorrelationer mellan variabler vid T1 och (T2)

Variabler	Tillgänglighet till aktivitet	Deltagande i aktivitet	Globalt engagemang	Mental hälsa/beteende	Samspel barn-föräldrar
tillg			.47** (.40**)	(-.25*)	
delt	.70** (.67**)				
eng	.47**	.51** (.48**)			
mh/bet			(-.20*)		
sam	.42** (.40**)	.47** (.38**)	.56** (.51**)	(.40**)	
KASAM	(.28**)	(.21*)	(.21*)	-.41** (-.33**)	.30** (.35**)

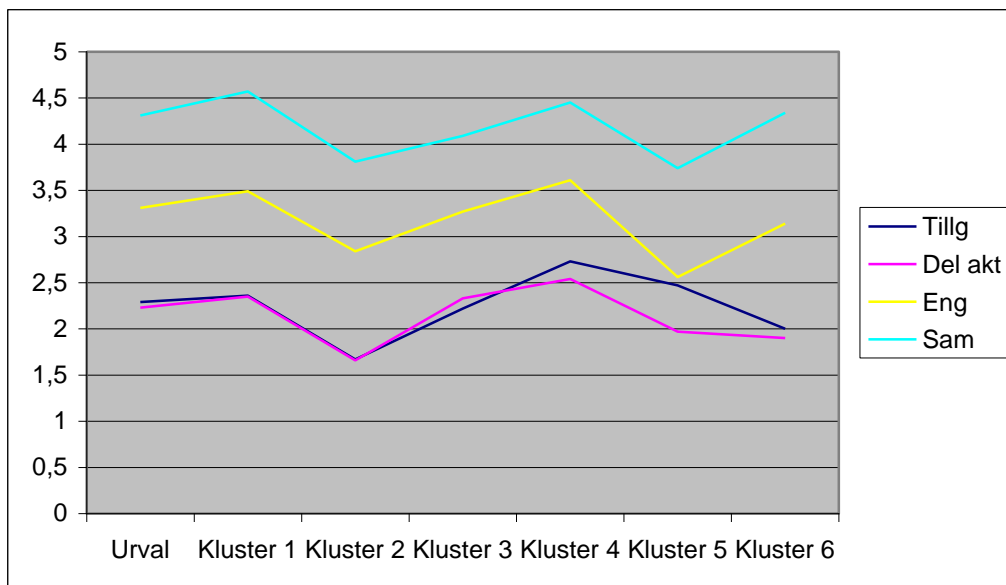
RESULTAT

En klusteranalys vid T1 resulterade i en klusterlösning med 6 kluster. Denna lösning förklarade 67.22 % av variansen i materialet och god homogenitet i respektive kluster (.57 – 1.10). Medelvärden för de ingående variablerna presenteras i Tabell 2 och en grafisk illustration av klustren presenteras i Figur 1.

Tabell 2. Medelvärden (standardavvikelse) för kluster 1 – 6 vid T1

Variabler	Urval (n=127)	Kluster 1 (n=33)	Kluster 2 (n=10)	Kluster 3 (n=20)	Kluster 4 (n=27)	Kluster 5 (n=5)	Kluster 6 (n=23)
Tillg	2.29 (.35)	2.36 (.12)	1.67 (.12)	2.22 (.24)	2.73 (.17)	2.47 (.25)	2.00 (.17)
Del akt	2.23 (.32)	2.35 (.20)	1.66 (.23)	2.33 (.15)	2.54 (.14)	1.97 (.21)	1.90 (.15)
Eng	3.31 (.39)	3.49 (.31)	2.84 (.45)	3.27 (.24)	3.61 (.25)	2.56 (.13)	3.14 (.24)
Sam	4.31 (.31)	4.57 (.13)	3.81 (.15)	4.09 (.19)	4.45 (.18)	3.74 (.25)	4.34 (.17)

Figur 1. Kluster 1 – 6, fördelning mellan variabler vid T1

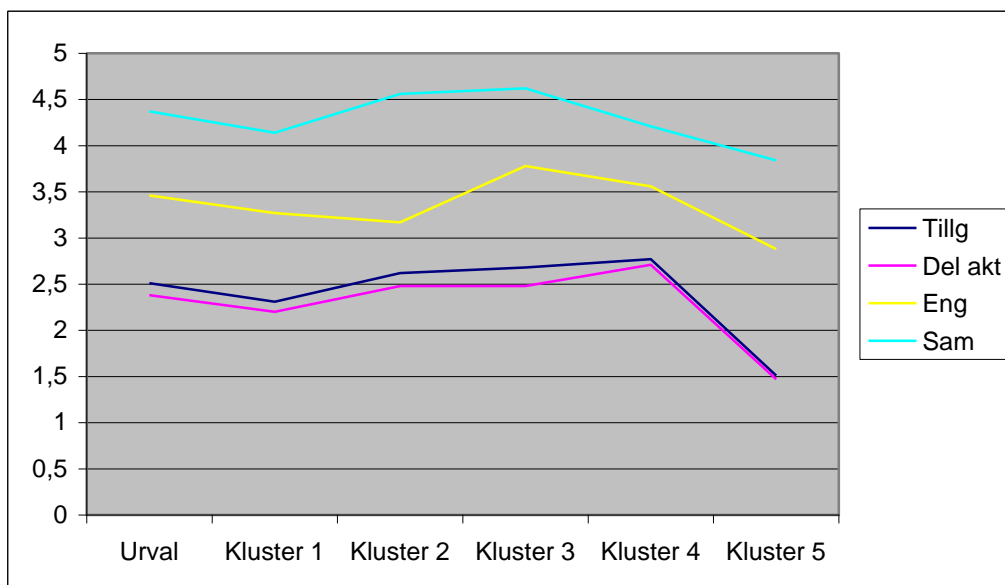


En klusteranalys genomfördes vid T2 och resulterade i en klusterlösning med 5 kluster. Denna klusterlösning förklarade 61.43 % av variansen i materialet och gav god homogenitet i respektive kluster (.52 – 1.25). Resultatet av klusteranalysen presenteras i Tabell 3 och en grafisk illustration av klusterlösningen presenteras i Figur 2.

Tabell 3. Medelvärden (standardavvikelse) för kluster 1 – 5 vid T2

Variabler	Urval (n=127)	Kluster 1 (n=41)	Kluster 2 (n=16)	Kluster 3 (n=44)	Kluster 4 (n=14)	Kluster 5 (n=4)
Tillg	2.51 (.37)	2.31 (.24)	2.62 (.15)	2.68 (.15)	2.77 (.13)	1.51 (.13)
Del akt	2.38 (.32)	2.20 (.19)	2.48 (.20)	2.48 (.17)	2.71 (.14)	1.47 (.19)
Eng	3.46 (.30)	3.27 (.33)	3.17 (.20)	3.78 (.16)	3.56 (.25)	2.88 (.21)
Sam	4.37 (.32)	4.14 (.26)	4.56 (.13)	4.62 (.17)	4.21 (.18)	3.84 (.25)

Figur 2. Kluster 1 – 5, fördelning mellan variabler vid T2



Hur är mönster av samspel, delaktighet och vardagsaktiviteter i barns hemmiljö relaterade till barns delaktighet över tid?

En ANOVA visade att det fanns en signifikant skillnad mellan klustergrupperna i delaktighet över tid, $F(5,118) = 3.06, p < .05$. Barnen i kluster 4 vid T1 visade signifikant bättre delaktighet vid T2 än barnen i kluster 2. Även barnen i kluster 5 vid T1 visade betydligt sämre delaktighet än barnen i kluster 2; denna skillnad var dock ej signifikant pga för få barn i gruppen ($n = 5$).

Hur är mönster av samspel och vardagsaktiviteter i barns hemmiljö relaterade till barns delaktighet i förskolemiljö?

Med hjälp av ANOVA analyserades skillnaden mellan kluster vid T1 avseende delaktighet i förskolemiljö vid T2; signifikanta skillnader, $F(5,88) = 2.56, p < .05$, fanns mellan kluster 2 och 5, se Tabell 4.

Vad kännetecknar barn med utvecklingsförsening som över tid utvecklar positiva mönster av delaktighet?

Klustergrupperna jämfördes med hjälp av envägs variansanalys, ANOVA, och Chi² test (Kön, Utv, FH), se Tabell 3. Barn med utvecklingsförsening analyserades separat i en longitudinell analys med hjälp av korstabulering av de två klusteranalyserna. På detta sätt bildas longitudinella streams som visar hur barnen förflyttar sig mellan klustergrupperna över tid.

Tabell 3. Bakgrundsvariabler för kluster 1-6 vid T1

Variabler	Urval (n=127)	Kluster 1 (n=33)	Kluster 2 (n=10)	Kluster 3 (n=20)	Kluster 4 (n=27)	Kluster 5 (n=5)	Kluster 6 (n=23)	Sign
Ålder (mån)	29.52	31.94 ^a	22.00	31.42	33.37	29.20	23.91 ^a	**
Kön (% p)	52 %	48 %	40 %	46 %	48 %	60 %	70 %	
UtvFörs (n)	12	1	1	4	0	2	3	*
Neds FH (n)	13	3	4	1	2	2	1	*
MH/Bet	1.40	1.35	1.52	1.45	1.40	1.46	1.40	
Hemmiljö	2.50	2.42	3.40	2.50	2.37	2.20	2.39	
Stöd	4.70	4.52	5.00	4.92	4.63	6.00	4.43	*
Ek/Arb	2.21	2.12	2.40	2.27	2.15	2.40	2.22	
Avlastn	6.19	6.24	6.30	6.46	5.93	6.20	6.00	
KASAM	5.29	5.54	5.06	5.14	5.29	4.69	5.37	

Not. % p = % pojkar, UtvFörs = UtvFörs = utvecklingsförsening, Neds FH = nedsättning fysisk hälsa, MH/Bet = Mental hälsa/Beteende (ju högre värde desto mer problem), Ek/Arb = Ekonomi och arbete i vardagen, Avlastn = Avlastning i vardagen/Socialt nätverk, KASAM = Känsla av sammanhang (föräldraskattning). * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Tabell 3. Bakgrundsvariabler för kluster 1-5 vid T2

Variabler	Urval (n=127)	Kluster 1 (n=41)	Kluster 2 (n=16)	Kluster 3 (n=44)	Kluster 4 (n=14)	Kluster 5 (n=4)	Sign
Ålder (mån)	53.52	51.95	51.56	55.36	56.50	43.25	*
Kön (% p)	52 %	61 %	50 %	52 %	29 %	75 %	
Utvförs (n)	5	3	0	0	2	0	
Neds FH (n)	15	5	3	5	1	1	
MH/bet	1.32	1.39	1.27	1.23	1.38	1.46	**
Hemmiljö	4.35	2.32	1.88	8.50	1.64	2.25	
Stöd	5.87	5.83	6.00	5.59	6.00	6.50	
Ek/Arb	2.28	2.22	2.25	2.25	2.43	2.50	
Avlastn	6.28	6.32	6.31	6.23	6.14	6.25	
KASAM	5.29	5.20	5.49	5.57	4.98	4.78	*

Not. % p = % pojkar, UtvFörs = UtvFörs = utvecklingsförsening, Neds FH = nedsättning fysisk hälsa, MH/Bet = Mental hälsa/Beteende (ju högre värde desto mer problem), Ek/Arb = Ekonomi och arbete i vardagen, Avlastn = Avlastning i vardagen/Socialt nätverk, KASAM = Känsla av sammanhang (föräldraskattning). * = $p < .05$, ** $p < .01$.

Vid jämförelse mellan klustren avseende delaktighet över tid visade analyserna inga signifikanta skillnader mellan barn med och utan utvecklingsförsening avseende delaktighet vid T1 respektive T2, varken i hemmiljö eller i förskolemiljö. Av de 12 barn som bedömdes ha någon typ av utvecklingsförsening vid T1 återfanns 4 barn i kluster 3, samtliga pojkar. Dessa barn utgjorde signifikanta typer, vilket betyder att fler barn än förväntat återfinns i denna longitudinella stream, $p < .01$. Dessa pojkar karakteriserades av bättre delaktighet i problemlösning (2.92) och lek (3.46) vid T2 än övriga barn i klustret. Medelvärden avseende delaktighet i problemlösning, uppmärksamhet och lek presenteras i Tabell 4.

Tabell 4. Global delaktighet i förskolan vid T2, medel (SD) problemlösning, uppmärksamhet och lek

Variabler	Urval (n=127)	Kluster 1 (n=33)	Kluster 2 (n=10)	Kluster 3 (n=20)	Kluster 4 (n=27)	Kluster 5 (n=5)	Kluster 6 (n=23)	Sign
ProblemL	2.80 (.56)	2.77 (.51)	2.27 (.61)	2.83 (.35)	2.83 (.63)	2.60 (.98)	2.96 (.59)	
Uppm	3.13 (.56)	3.44 (.55)	2.86 (.44)	3.36 (.67)	3.60 (.66)	3.17 (.66)	3.35 (.57)	
Lek	3.41 (.46)	3.44 (.46)	2.86 (.62) ^a	3.36 (.28)	3.60 (.41)	3.17 (.88) ^a	3.35 (.37)	*

Not. ProblemL = Problemlösning, Uppm = Uppmärksamhet (skala 1 – 4). Signifikanta skillnader mellan varje par bokstäver. * = $p < .05$

Vid jämförelse av bakgrundsdata för dessa barn visade analyserna lägre skattningar av hemmiljö (1.25) och föräldrars KASAM (4.52), men föräldrar som upplevde bättre stöd (5.00) och möjlighet till avlastning genom det sociala nätverket (7.00). Dessa resultat var dock inte signifikanta pga det låga antalet barn.

I kluster 6 återfanns 3 barn med utvecklingsförsening vid T1 varav 2 flickor. En av dessa flickor återfanns vid T2 i kluster 1, detta var dock ej signifikant pga det låga antalet. Denna flicka karakteriserades av bättre delaktighet i lek vid T2 (3.52), jfr Tabell 4. Vid jämförelse av bakgrundsdata visade analyserna att detta barn hade lägre skattningar av hemmiljö (1.00), föräldrar som upplevde sämre stöd (4.00), sämre situation avseende ekonomi och arbete (2.00), något sämre möjligheter till avlastning genom det sociala nätverket (6.00) och lägre KASAM, men visade mindre beteendeproblem än övriga barn i klustret (1.20).

SLUTSATS

Denna studie visar att barn med genomgående positiva mönster av tillgänglighet till hemaktiviteter, deltagande i hemaktiviteter, samspel med föräldrar och generell delaktighet också över tid utvecklar bättre generell delaktighet och även bättre delaktighet i lek i förskolan. Barn med utvecklingsförsening skiljer sig inte från barn utan utvecklingsförsening i detta avseende. De barn med utvecklingsförsening i denna studie som utvecklades positivt avseende delaktighet över tid var de barn som antingen visade mindre beteendeproblem än övriga barn med utvecklingsförsening eller barn som hade föräldrar som upplevde bättre stöd och möjlighet till avlastning genom det sociala nätverket än övriga barn med utvecklingsförsening.

Svarsfrekvensen från familjer med barn i behov av särskilt stöd eller utvecklingsförsening är generellt lägre och därför är inte antalet barn med utvecklingsförsening i denna studie representativt jämfört med prevalensen i en normalfördelad grupp. Det låga antalet barn med utvecklingsförsening gör därför resultaten svåra att generalisera. Dock visar dessa resultat på en tendens att barn med utvecklingsförsening inte skiljer sig åt mot barn utan utvecklingsförsening i hur delaktiga de är, om förutsättningarna för övrigt är desamma.

REFERENSER

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Almqvist, L. (2006). Patterns of engagement in young children with and without developmental delay. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*.
- Almqvist, L. & Granlund, M. (under utarbetande). Stability and change in patterns of engagement in young children. Västerås: Mälardalens Högskola.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bernheimer, L. P., & Keogh, B. K. (1982). *Research on early abilities of children with handicaps* (Final report, longitudinal sample). Los Angeles: University of California.
- Bernheimer, L. P., & Keogh, B. K. (1986). Developmental disabilities in preschool children. In B. K. Keogh (Ed.), *Advances in special education Vol. 5* (pp. 61-94). Greenwich, CT: JAI.

- Björck-Åkesson, E., Granlund, M., & Simeonsson, R. (2000). Assessment philosophies and practices in Sweden. In M. J. Guralnick (Ed.), *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities*. Monographs of the International Society on Early Intervention (pp. 391-412). Baltimore: Paul H Brookes.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations. Minnesota Symposium of Child Psychology* (Vol 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory, In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (Vol 6, pp. 187-249). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Theoretical overview over the structure of the environment. In S. Friedman, & T. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Buysse, V., & Bailey, D. B. (1993). Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: A review of comparative studies. *Journal of Special Education*, 26, 434-461.
- Cernerud, L. (2002). *Frågor om barns hälsa och sjuklighet*. Mälardalens högskola, Institutionen för vård- och folkhälsovetenskap.
- deKruif, R. E. L., & McWilliam, R. A. (1999). Multivariate relationships among developmental age, global engagement, and observed child engagement. *Early Childhood Research Quarterly*, 14, 4, 515-536.
- deKruif, R. E. L., McWilliam, R. A., Maher Ridley, S., & Wakely, M-B. (2000). Classification of teachers' interaction behaviors in early childhood classrooms. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 2, 247-268.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., Hamby, D., Raab, M., & McLean, (2001). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21:2, 68-92.
- Feldman, M. A., Hancock, C. L., Rielly, N., Minnes, P., & Cairns, C. (2000). Behavior problems in young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 2, 247-261.
- Ford, D. H., & Lerner, R. M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gallimore, R., Keogh, B., & Bernheimer, L. P. (1999). The Nature and Long-Term Implications of Early Developmental Delays: A Summary of Evidence from Two Longitudinal Studies.
- Granlund, M., & Olsson, C. (1998). *Familjen och Habiliteringen*. Forskningsstiftelsen ALA. Stockholm: Elanders Gotab.
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324.
- Guralnick, M.J., Neville, B., Connor, R., & Hammond, M. (2003). Family factors associated with the peer social competence of young children with mild delays. *American Journal of Mental Retardation*, 108, 272-287.
- Kagan, J. M., & Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46, 856-862.
- Mahoney, J., & Bergman, L. (2002). Conceptual and methodological considerations in a developmental approach to the study of positive adaptation. *Applied Developmental Psychology*, 23, 195-217.
- McWilliam, R. A., & Bailey, D. B. (1992). Promoting engagement and mastery. In D. B. Bailey, & M. Wolery (Eds.), *Teaching infants and preschoolers with disabilities, 2nd edition* (pp. 229-256). Columbus, OH: Merrill.

- McWilliam, R. A., & Bailey, D. B. (1995). Effects of classroom social structure and disability on engagement. *Topics in Early Childhood Special Education, 15*, 123-147.
- McWilliam, R. A., Trivette, & Dunst, C. J. (1985). Behavior engagement as a measure of the efficacy of early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 5*, 33-45.
- Pickles, A., Rowe, R., Siminoff, E., Foley, D., Rutter, M., & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry, 179*, 230-235.
- Rae-Grant, N., Thomas, B. H., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Risk, protective factors, and the prevalence of behavioural and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 262-268.
- Seligman, M., & Chikzentmihayli (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Shonkoff, J. P., Hauser-Cram, P., Wyngaarden Krauss, M., & Upshur, C. C. (1992). Development of infants with disabilities and their families: implications for theory and service delivery. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 57*, No 6.
- Simeonsson, R. J., Carlson, D., Huntington, G., Sturtz-McMillen, J., & Brent, L. (2001). Students with disabilities: a national survey of participation in school activities. *Disability and Rehabilitation, 23*, 49-63.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Switzerland.