

KVINNERS PSYKISKE HELSE I OVERGANGEN TIL FORELDRESKAPET

Betydningen av Mestringsforventning for Tilfredshet i
Parforholdet og Fødselsdepresjon



MASTEROPPGAVE

Masterprogram i Helsefag

Helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL senteret, Det psykologiske Fakultet

Vår 2011

Nina Nygård Dahl

Forord

Denne masteroppgaven ble til gjennom et ønske og interesse om å arbeide med temaet samliv og helse. I tillegg har jeg en genuin interesse for hvilke utfordringer overgangen til foreldreskapet kan få for kvinners psykiske helse.

Etter selv å ha gjennomgått overgangen til foreldreskapet i studietiden, er denne oppgaven et etterlengtet resultat for å fullføre mastergraden i helsefremmende arbeid og helsepsykologi.

Det er veldig mange som fortjener en takk i denne forbindelse.

Jeg vil takke Frode Thuen som fikk meg enda interessert i temaet samliv og helse, gjennom inspirerende forelesning. For å hjelpe meg med veiledere da jeg ble forsinket i studiet pga. svangerskap, og for gjennomlesning av oppgaven.

En stor takk til Øystein Mortensen, som var min første hovedveileder. Han var til god hjelp i skriveprosessen, med sakkyndig veiledning. Han var en fantastisk ”idé - myldre” partner, og selv om temaet i oppgaven ble noe utvidet, har han vært til stor hjelp for utformingen av oppgaven.

En stor takk til Mette M. Aanes, som var min hovedveileder da jeg kom tilbake fra svangerskapspermisjon. Hun hadde stor tro på meg og oppgaven min, og har vært til fantastisk hjelp gjennom denne travle perioden. Hun har gitt meg sakkyndig veiledning og har vært svært tilgjengelig. Hun har gitt meg inspirasjon og i tillegg hjelp til praktiske ting. Tusen takk!

En stor takk til Torbjørn Torsheim som har hjulpet meg med statistiske analyser. Han tok utfordringen på strak arm, uten å ha kjennskap til oppgaven på forhånd.

En stor og hjertelig takk til min gode venninne Helle som har oppmuntret meg med gode og fantastiske ord. En bedre ”heia – venninne” kan man ikke få!

Jeg må få takke min kjære samboer Svein Ove for ekstremt god støtte, oppmuntring og kjærlighet. Uten han hadde jeg aldri klart det! Mille Josefine må takkes for at hun har latt mamma bruke mye tid foran pc skjermen. Fremover blir det tid til mye lek! Til slutt, en stor takk til mamma og pappa som alltid har hatt troen på meg, og som har kommet med oppmuntringer, trøst og råd når jeg aller mest har trengt det!

"If I have the belief that I can do it,
I shall surely acquire the capacity to do it
even if I may not have it at the beginning."

~ Mahatma Gandhi ~

Bergen, 28.01.11

Nina N. Dahl

Innholdsfortegnelse

Forord	
Abstract	6
Sammendrag	7
1.0 Innledning	8
1.1 Overgangen til foreldreskapet og psykisk helse	8
1.2 Menneskelige relasjoner og helse	9
1.3 Tilfredshet og opplevelse av kontroll	10
1.4 Den nåværende studien	12
2.0 Teori og forskning	14
2.1 Helsefremmende perspektiv og psykisk helse	14
2.2 Tilfredshet i parforholdet og samlivsbrudd.....	20
2.3 Overgang til foreldreskap.....	22
2.4 Fødselsdepresjon	26
2.5 Mestring og mestringsforventning	30
3.0 Hensikt og problemstillinger/hypoteser	39
3.1 Forskningsspørsmål 1	39
3.2 Forskningsspørsmål 2	40
3.3 Forskningsspørsmål 3	40
4.0 Metode	41
4.1 Design	41
4.2 Utvalgskriterier og utvalget	42
4.3 Mål og variabler	44
4.4 Statistiske prosedyrer	46
4.5 Preanalyser	48
4.6 Etske aspekter	51
5.0 Resultater	52
5.1 Deskriptiver.....	52
5.2 T-test, Forskningsspørsmål 1	53

5.3 ANCOVA, Forskningsspørsmål 2	53
5.4 ANCOVA, Forskningsspørsmål 3	55
6.0 Diskusjon	58
6.1 Mestringsforventning og tilfredshet i parforholdet, i overgangen til foreldreskapet.....	58
6.2 Mestringsforventning og fødselsdepresjon	64
6.3 Psykisk helse i overgangen til foreldreskapet	67
6.4 Styrker og svakheter ved studien	69
6.5 Implikasjoner for forebyggende helsearbeid og videre forskning	70
7.0 Konklusjon	75
8.0 Referanseliste	
9.0 Vedlegg	
Nr. 1; Mor og barn spørreskjema	
Nr. 2; Samtykke erklæring fra	
Nr. 3; Godkjenning fra Regional etisk komité	
Nr.4; Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	
10.0 Appendiks	
Tabell A	
Tabell B	
Tabell C	
Tabell D	

Abstract

The transition to parenthood (TTP) affects women's mental health in different ways. TTP can be a challenging transition, especially for relationship satisfaction which has shown to decrease. In addition, an increasing proportion of women experience postpartum depression. Self-efficacy is shown to be protective against depressive symptoms, while the experience of control is related to satisfaction. The aim of the present study is to complement the research in the field of TTP, for first-time mothers. This by examining the importance of self-efficacy for relationship satisfaction, and postpartum depression. Three hypotheses were examined; 1) Relationship satisfaction declines through TTP, 2) Women who scores high on self-efficacy is more satisfied in their relationship after TTP, and 3) Women who have high self-efficacy score lower on postpartum depression after TTP. The present study is subject to the project "Samliv og Helse", which is a part study related to "The Norwegian Mother and Child Cohort Study". Results from t-test (hypothesis 1, N = 31,629) and ANCOVA (hypothesis 2, N = 28,859; hypothesis 3, N = 29,301) showed that relationship satisfaction declined through TTP, and self-efficacy had little explanatory value for relationship satisfaction and postpartum depression. Relationship satisfaction before TTP explained 38.5 % of the variance of the decline in satisfaction, and signs of depression before TTP explained 13.7 % of the variance of postpartum depression. Concluding remarks is that TTP has a negative impact on relationship satisfaction, self-efficacy is positive for mental health but not essential for relationship satisfaction and postpartum depression. The results support previous research which has shown that the decisive factors are relationship satisfaction before TTP, and signs of depression before TTP.

Keywords; mental health, transition to parenthood, self-efficacy, relationship satisfaction, postpartum depression.

Sammendrag

Overgangen til foreldreskapet (OTF) påvirker den psykiske helsen til kvinner i ulik grad. OTF kan føre til en rekke utfordringer, spesielt ved at tilfredsheten i parforholdet er vist å synke. I tillegg er det en økende andel kvinner som opplever fødselsdepresjon. Mestringsforventning er vist å være beskyttende for depressive symptomer, samtidig som opplevelsen av kontroll er relatert til tilfredshet. Hensikten med studien er å komplimentere forskningen på området OTF, for førstegangs fødende kvinner. Dette ved å undersøke betydningen av mestringsforventning for partilfredshet og fødselsdepresjon. Tre hypoteser ble undersøkt; 1) Tilfredsheten i parforholdet synker gjennom OTF, 2) Kvinner som skårer høyt på mestringsforventning er mer tilfredshet i parforholdet etter OTF, og 3) Kvinner som har høy mestringsforventning skårer lavere på fødselsdepresjon etter OTF. Studien er underlagt prosjektet "Samliv og helse", som er en delstudie knyttet til "Den Norske Mor og barn undersøkelsen" (MoBa). MoBa er en kohortstudie styrt av Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Resultater fra t-test (hypotese 1, N= 31.629) og ANCOVA (hypotese 2, N= 28.859 og hypotese 3, N= 29.301) viste at tilfredsheten i parforholdet sank gjennom OTF, og mestringsforventning hadde liten forklaringsverdi for tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Tilfredshet i parforholdet før OTF forklarte 38.5 % av variansen av nedgangen i tilfredshet, og tegn til depresjon før OTF forklarte 13.7 % av variansen til fødselsdepresjon. Konkluderende bemerkninger er at OTF har en negativ innvirkning på tilfredshet i parforholdet, høy mestringsforventning er positivt for den psykiske helsen men ikke avgjørende for tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Studien gir støtte til tidligere forskning som har funnet at avgjørende faktorer er tilfredshet i parforholdet før OTF, og tegn til depresjon før OTF.

Nøkkelord; psykisk helse, overgang til foreldreskap, mestringsforventning, tilfredshet i parforholdet, fødselsdepresjon.

1.0 Innledning

1.1 Overgangen til foreldreskapet og psykisk helse

Et område innen familie og samlivsforskning som har fått økt oppmerksomhet den siste tiden, er hva som skjer med par i overgangen til foreldreskap. Det å bli foreldre for første gang endrer parforholdet både på godt og vondt. Selv om det å få barn blant annet utløser positive emosjoner, er det er ikke uproblematisk å få et nytt familiemedlem. Det å gå fra å være et par til å bli foreldre, bringer med seg en rekke utfordringer (Pistrang & Barker, 2005). Studier viser at på gruppenivå, er dette en hendelse som fører til en liten, men signifikant nedgang i tilfredshet ved parforholdet (Cowan & Cowan, 1995). Det å få barn er også blitt rangert som nummer 6 av de 102 mest stressende livshendelser (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend, 1978), og nivået og antall konflikter er vist å øke etter overgangen til foreldreskapet (Cowan & Cowan, 2000). I en nyere studie viser det seg at tilfredshet med partneren er av stor betydning for hvordan mødrene opplever livet sitt gjennom overgangen til foreldreskapet, og tilfredsheten med det faste forholdet under graviditet, har sammenheng med mødrenes generelle tilfredshet 3,5 år senere (Dyrdal, Røysamb, Bang Nes, & Vittersø, 2010).

Viktige og vanskelige/stressende livshendelser og overganger kan føre til negative emosjoner for den som opplever det. Det er vist at vanskelige livshendelser generelt, kombinert med opplevd lav sosial støtte og ensomhet, vil være en signifikant risikofaktor for psykiske lidelser (Myklestad, Rognerud, & Johansen, 2008). Spesielt ved førstegangsdepresjon er sammenhengen mellom ytre belastninger og depresjon sterk (Zuckerman, 1999). Dette vil også være nærliggende å anta når det gjelder overgangen til foreldreskapet. Fødselsdepresjon er også et område som har fått økt oppmerksomhet den siste tiden. Årsaken til dette stammer fra forskning som har funnet at tidlige opplevelser til sped- og småbarn har stor betydning for barnas utvikling (Folkehelseinstituttet, 2007). Derfor er de nære omsorgspersonenes psykiske helse svært viktig for hvordan barnas utvikling arter seg. Det er funnet at barn som har psykisk syke foreldre har en økt risiko for å utvikle atferds og utviklingsforstyrrelser, følelsesmessige problemer og psykiske og somatiske sykdommer (Skerfving, 2005). Nedsatt selvfølelse og mindre tro på egne ressurser er også et kjennetegn for barn av psykisk syke (Leverson, 2003). Det er også funnet av blant annet Mathiesen et. al. (2007), at det er

spesielt depresjon hos mor som har en langvarig negativ effekt på barn/ungdoms kognitive og emosjonelle utvikling. Om lag 10- 15 % kvinner vil rammes hvert år av en form for fødselsdepresjon, og det er derfor svært viktig å få fanget opp disse slik at en kan begynne behandlingen (Helsedirektoratet, 2010).

Fra 1.januar 2010 har spesialisthelsetjenesten et lovpålagt ansvar når det gjelder å registrere barna til psykisk syke foreldre (psykisk syke eller rusproblemer), og avdekke barnas psykososiale fungering (Helsedirektoratet, 2010). Det oppfordres til at helsestasjonene bør ha et ansvar for og systematisk fange opp kommende foreldre med psykiske problemer, for å gi dem et behandlingstilbud. Folkehelseinstituttet foreslår at det bør gjøres en kartlegging av symptomer på angst og depresjon hos kvinnene før og etter fødsel. Og at dette bør være en del av den faste oppfølgingen av gravide og spedbarnsmødre (Helsedirektoratet, 2010). Nesten hundre prosent av foreldre med barn fra 0-5 år er i kontakt med helsestasjonene, og dette gjør at det er en arena som er svært egnet som forebyggingsarena. Det oppfordres også til at flere psykologer med egnet kompetanse på disse områdene inngår i det daglige på helsestasjonene.

1.2 Menneskelige relasjoner og helse

Det er liten tvil om at aspekter ved det menneskelige fellesskapet påvirker helsen vår (Dalgard, Døhli, & Ystgaard, 1995). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer *helse* som ”en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyte” (Helsedepartementet, 2002-2003, s.6). Familien er en universell sosial institusjon, som finnes i en eller annen form i alle samfunn vi vet om (Barne- & Familiedepartementet, 2002-2003). Familien kan sees på som helsens fundament. Dette er den viktigste gruppen vi tilhører. Her får vi dekket fysiologiske og sosiale behov som mat, varme og trygghet. Det er familien som former vår oppvekst og utvikling og som er med på å gi oss identitet og tilhørighet (Barne- & Familiedepartementet, 2002-2003). Konkurransen, krav og konflikter kjennetegner også de familiære relasjonene, og disse kan hemme oss i videre utvikling. Derfor er det viktig med stabile og gode familieforhold. Den psykiske helsen til de nære omsorgspersonene i hjemmet er da også svært viktig for utvikling av en god helse (Helsedirektoratet, 2010). Miljøet i hjemmet legger grunnlaget for holdninger og levevaner som kan forme den fremtidige helse. Familien er den viktigste arena for nærhet og sosial forankring, og

man kan se en klar statistisk sammenheng mellom helse og den enkeltes status i parforholdet. Det viser seg at skilte og separerte har dårligere helse enn de som er gift (Rognerud, Myklestad, & Johansen, 2008). Dette kan selvsagt ha ulike forklaringer, men forskning viser at å leve ensomt uten familie er alene en risikofaktor for dårligere helse.

I stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge, poengteres det blant annet at mellommenneskelige relasjoner har stor betydning for folkehelsen. Dette omhandler evne til å etablere og opprettholde gode nær relasjoner som i parforhold og familie. Par som har varige og gode samliv, har som nevnt, bedre helse og livskvalitet og lever lengre. Stortingsmelding nr. 29 (2002-2003), Om familien - forpliktende samliv og foreldreskap, kan også sees på som en indikasjon på at Norge satser på en offensiv familierpolitikk. I rapporten, Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle (2010), legges det blant annet vekt på psykisk helse som en folkehelseutfordring. Viktigheten av miljørettet forebyggende arbeid mot blant annet samlivsbrudd står sentralt i rapporten. Individrettet forebyggende arbeid mot barn/unge av foreldre med psykiske lidelser, og derav identifisering av depresjon hos mor under og etter fødsel, regnes også som svært viktig (Helsedirektoratet, 2010).

1.3 Tilfredshet og opplevelse av kontroll

Opplevelse av kontroll over atferd, miljø, egne tanker og følelser, er essensielt for opplevelsen av (generell) tilfredshet (Maddux, 2002). Når verden oppleves som kontrollerbar, og tankene og følelsene er innenfor egen kontroll, vil dette kunne føre til at man møter utfordringer i livet bedre, man bygger sunne relasjoner og oppnår personlig tilfredshet (Maddux, 2002). "Locus of control" (Rotter, 1954) eller kontrollplassering, omhandler i hvilken grad individer tror de kan kontrollere hendelser som påvirker dem. Oppfatninger om at eksempelvis helse påvirkes av *egen* helseadferd og det en selv gjør, betegnes som indre kontrollplassering, mens oppfatninger om at helse er et resultat av hell, skjebne eller tilfeldigheter, betegnes som ytre kontrollplassering. Individer med en ytre kontrollplassering er mer utsatt for blant annet depresjon (Keeton, Perry-Jenkins, & Sayer, 2008). Keeton et. al (2008) fant at individers opplevelse av kontroll (def. som indre eller ytre kontrollplassering) var en signifikant prediktor for mental helse for både mor og far gjennom det første året som

foreldre. Mer spesifikt, å ha opplevelse av kontroll predikerte lavere nivå av selvrapportert depresjon og symptomer på angst, 6 mnd etter å ha blitt foreldre (Keeton, et al., 2008).

Begrepet self-efficacy (Bandura, 1997) eller mestringsforventning¹, refererer til en persons forventning om en skal klare å mestre en gitt situasjon, og er blant annet relatert til forskning på områdene ”effectance motivation” (White, 1959), ”achievement motivation” (McClelland, Atkinson, Clark, & Lowell, 1953), sosial læring (Rotter, 1966) og lært hjelpeløshet (Abrahamson, Seligman, & Teasdale, 1978). Forskning på fenomenet mestringsforventning har i hovedsak vært relatert til akademiske og arbeidsrelaterte prestasjoner (eks. Judge & Bono, 2001; Multon, 1991). I tillegg har forskning på mestringsforventning utvidet forståelsen for hvorfor og hvordan individer utøver en sunn eller usunn helseatferd. De store helseatferdsteoriene som eksempelvis ”Protection Motivation Theory” (Rogers & Prentice-Dunn, 1997) og ”The theory of reasoned/planned behavior” (Ajzen, 1988; Fishbein & Ajzen, 1975) inkluderer mestringsforventning som en nøkkelkomponent i sine modeller. Det er funnet at å forsterke mestringsforventningen er avgjørende for en vellykket forandring og opprettholdelse av ulik helseatferd, eksempelvis ved fysisk aktivitet, kosthold, mestring av stress, og røykeslutt (Bandura, 1997; Maddux, Brawley, & Boykin, 1995).

I overgangen til å bli foreldre, er derimot forskning på mestringsforventning mht. tilfredshet i parforhold, mangelfull. Det er likevel funnet at foreldre rapporterer lavere nivå av mestringsforventning enn de som ikke er foreldre (Nomaguchi & Milkie, 2003). Det har også blitt lagt vekt på hvordan eller om mestringsforventning utvikler seg i tiden etter fødselen, da også knyttet spesifikt til foreldre relaterte oppgaver (eks. Young, Karraker, & Cottrell, 2006). Bandura (1992) hevder at mestringsforventning utvikler seg gjennom livet, i møte med nye oppgaver og erfaringer. Han ser på fenomenet som dynamisk, som noe som ikke er stabilt og uforanderlig.

Når det gjelder forskning på mestringsforventning og fødselsdepresjon er dette også et område som er mangelfullt. Det er blant annet funnet av Cutrona & Troutman (1986), at høyere mestringsforventning er forbundet med mindre symptomer på fødselsdepresjon. Det er også funnet at mestringsforventning knyttet til opplevelsen av å takle foreldrerollen påvirker foreldreatferd og psykologisk stress (Haslam, Pakenham, &

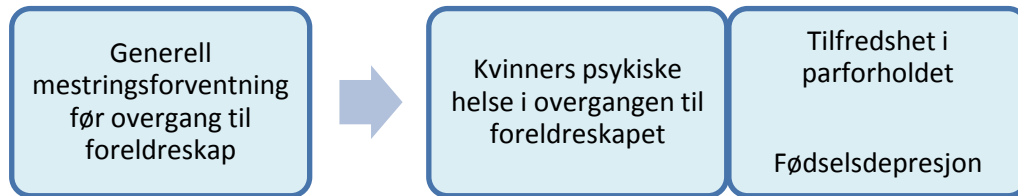
¹ Begrepet mestringsforventning vil bli brukt videre i oppgaven, som erstatning til begrepet self-efficacy.

Smith, 2006). I tillegg har som nevnt, Keeton et al. (2008) undersøkt om opplevelse av kontroll, definert som indre og ytre kontrollplassering, predikerer depresjon - og angstsymptomer gjennom overgangen til foreldreskapet. Det er derimot forsket en god del på mestringsforventning knyttet til generell depresjon. Funn viser at jo høyere mestringsforventning, jo mindre er symptomene på depresjon (Luszczynska, Gutierrez-Dona, & Schwarzer, 2005; Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000; McFarlane, Bellissimo, & Norman, 1995), og de med lav mestringsforventning er i risikozonen for alvorlige symptomer på depresjon (Maciejewski, et al., 2000).

1.4 Den nåværende studien

Det er vist at å ivareta partnerskapet og den psykiske helsen er svært viktig for den enkelte i parforholdet sin helse, men om enda viktigere, for barnas helses skyld. Familien er den viktigste arenaen for å fremme og opprettholde en god helse, samtidig som den er nært knyttet til negative helseaspekter dersom den ikke fungerer optimalt. Det og få barn for første gang er som nevnt, en hendelse som krever mye av en som forelder og partner. Det vil da være nærliggende å tro at måten man takler og håndterer en slik situasjon, også vil være avhengig av den enkeltes opplevde mestringsforventning. Formålet for den nåværende studien vil være å forsøke å komplimentere forskningen på området overgangen til foreldreskapet. Ved å inkludere komponenten mestringsforventning, kan dette bidra med ny kunnskap nettopp med tanke på partilfredshet og fødselsdepresjon - for kvinner i overgangen til foreldreskapet. Se figur nr. 1 for å se sammenhengene denne studien vil se nærmere på.

Figur nr. 1



2.0 Teori og forskning

2.1 Helsefremmende perspektiv og psykisk helse

Begrepet helse er ikke et entydig begrep, og er heller ikke en veldefinert tilstand. WHO's helsedefinisjon (se innledning) ble til i 1946, og antyder at helse er ensbetydende med et godt liv og en fullkommen tilstand. Dette kan bli en utfordring for helsesektoren når det gjelder å gi hvert individ muligheten til god helse. Likevel viser denne definisjonen at helse ikke bare omhandler fravær av sykdom eller om man er frisk. God helse blir ofte sett på som fravær av sykdom, men helse blir også sett på som ressurs og som velbefinnende (Mæland, 2005). Førstnevnte kjennetegner sykdomsforebyggende arbeid, mens i det helsefremmende arbeidet er hovedidéen at helse er en ressurs og velbefinnende.

Den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid var i 1986 i Ottawa. Målet med Ottawa charteret var helse for alle innen år 2000, og det understrekes at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid er ut ifra charteret en prosess hvor en ønsker å gi folk mulighet til å ta økt kontroll over, og øke, deres egen helse. Forutsetninger for helse er fred, tilfluktssted, mat, utdanning, inntekt, stabilt økosystem, tilstrekkelige ressurser og sosial rettferdighet. Ut ifra charteret skal man arbeide for en klar helsefremmende politikk, lage støttende miljøer som fremmer helse, styrke lokalsamfunnenes muligheter for handling, utvikle personlige ferdigheter, reorientere helsesystemet og dets ressurser inn mot forebyggende helsetiltak (WHO, 1986). Helse blir sett på som en ressurs i hverdagslivet, og ikke et sluttmaal i seg selv, og helse utvikles for det meste utenfor helsesektoren. Forebyggende helsearbeid omhandler derfor ikke bare å forebygge sykdom, skade eller tidlig død. Å legge omgivelsene til rette for positiv helseutvikling, å styrke folks motstandskraft mot helsetruende forhold, å stimulere folks evne til mestring, kontroll og funksjonering og å bidra til best mulig livskvalitet for den enkelte, står sentralt i det forebyggende helsearbeidet (Tones & Green, 2004).

Sammenhengen mellom levevaner og helse er svært viktig for det forebyggende helsearbeidet å formidle. Kunnskap i seg selv er ikke nok til å forandre en atferd, dette

fordi våre handlinger påvirkes av våre generelle og spesifikke verdier og preferanser, samt oppfatninger (Helsedepartementet, 2006-2007). Arvelige og biologiske faktorer spiller også en sentral rolle for hvordan vi handler, samt materielle forhold, og det sosiale og kulturelle miljøet vi lever i.

Det er liten tvil om at aspekter ved det menneskelige fellesskapet påvirker helsen vår (Dalgard, et al., 1995). Vi påvirkes av samfunnsmessige, kulturelle og sosiale forhold (Dalgard, et al., 1995; Festervoll, 2001). *Samfunnsmessige* forhold er svært viktig for folkehelsen. Fordeling av ressurser, maktstrukturer, arbeidsmarked og urbanisering påvirker helsen vår, og må påvirkes gjennom politiske prosesser (Dalgard, et al., 1995). *Kulturelle* faktorer har også en innflytelse på vår helse, dette gjennom eksempelvis felles verdier, normer og tradisjoner. Dette er likevel et forholdsvis nytt forskningsområde. De *sosiale* faktorer er aspekter ved de nære mellommenneskelige relasjoner. Disse påvirker helse og sykdom gjennom ulike mekanismer, eksempelvis gjennom det sosiale nettetverket familien.

Psykisk helse

”Psykisk helse refererer til utvikling av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og fleksibilitet. God psykisk helse handler om livskvalitet, å føle seg vel med andre, ha positive følelser om andre og evne til å møte livets utfordringer. I følge WHO er helse en subjektiv opplevelse påvirket av utenforliggende faktorer som fred, utdanning, sosial rettferdighet etc., og således ikke bare noe som oppstår og eksisterer i individet (Helsedirektoratet, 2010) ”.

En av de største folkehelseutfordringene er psykiske plager og lidelser. Om lag halvparten av alle nordmenn vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). De tre vanligste lidelsene blant norske voksne er angst-, depressive - og rusrelaterte lidelser (Helsedirektoratet, 2010). Dette er imidlertid sykdommer som kan forebygges, og som dermed krever bred satsning på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er psykiske lidelser anslått til 2020 å være den nest viktigste sykdomsbelastningen for begge kjønn på verdensbasis, etter hjerte- og karsykdommer. Det ser ut til at det ikke

har vært en økning eller en reduksjon i forekomst av psykiske lidelser de siste tiårene. Det som imidlertid har økt, er behandlingen av disse. I verden generelt er det ca. 400 millioner mennesker som har en psykisk lidelse, dette fører til at nesten alle er berørt, enten det er som forelder, barn, familie eller ektefelle (Helsedirektoratet, 2010).

Psykiske lidelser har ulike konsekvenser, både for den som opplever å bli rammet av en slik lidelse, deres familier, og for samfunnet generelt. Psykiske lidelser er en av hovedårsakene til at ca. 225 000 personer som er i yrkesaktiv alder ikke jobber. Dette utgjør ca. ¼ av den totale gruppen som er på om lag 900 000. Psykiske lidelser ble rapportert i 2009 til å stå for 13,7 % av sykefraværet, men dette tallet er forventet å være høyere da slike lidelser ofte er underrapportert som sykefraværsårsak (Helsedirektoratet, 2010). Når det gjelder uførepensjon, innvilges dette ved en tidligere alder for psykiske lidelser enn ved somatiske sykdommer. Dette fører til at de med psykiske lidelser får flere tapte år med arbeid enn alle andre sykdommer.

Hvert år koster psykiske lidelser samfunnet vårt store beløper. Dette i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Depresjon er den mest kostnadskrevenne av de psykiske lidelsene, og koster samfunnet 3-4 ganger mer enn alvorlige lidelser som bipolar lidelse og schizofreni, samt 3 ganger så mye som selvmord og alvorlige personlighetsforstyrrelser. I tillegg får bare en av fire med depresjon behandling for dette, og behandlingen består som oftest av medikamenter foreskrevet av allmennlege. Det er vist at 1/3 av norske uføretrygdede pga. depresjon aldri har fått tilbud om behandling, og dette er til tross for at det finnes gode behandlingsmetoder, som kognitive metoder og assistert selvhjelp (Helsedirektoratet, 2010).

Forkortet levetid er en annen konsekvens av depresjon. Det er forskning som tyder på at depresjon bidrar til økt dødelighet for blant annet hjerte- og karsykdommer og infeksjonssykdommer (Helsedirektoratet, 2010).

Det er vanlig å skille psykiske plager og psykiske lidelser. Førstnevnte omhandler grader av eksempelvis angst, depresjon, søvnvansker og alkoholmisbruk. Disse vil ut i fra type og omfang av symptomer, påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjoner til andre mennesker, i ulik grad. Det er ikke et kriterium for psykiske plager at det må kunne stilles en diagnose. Dette er imidlertid et krav for psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010).

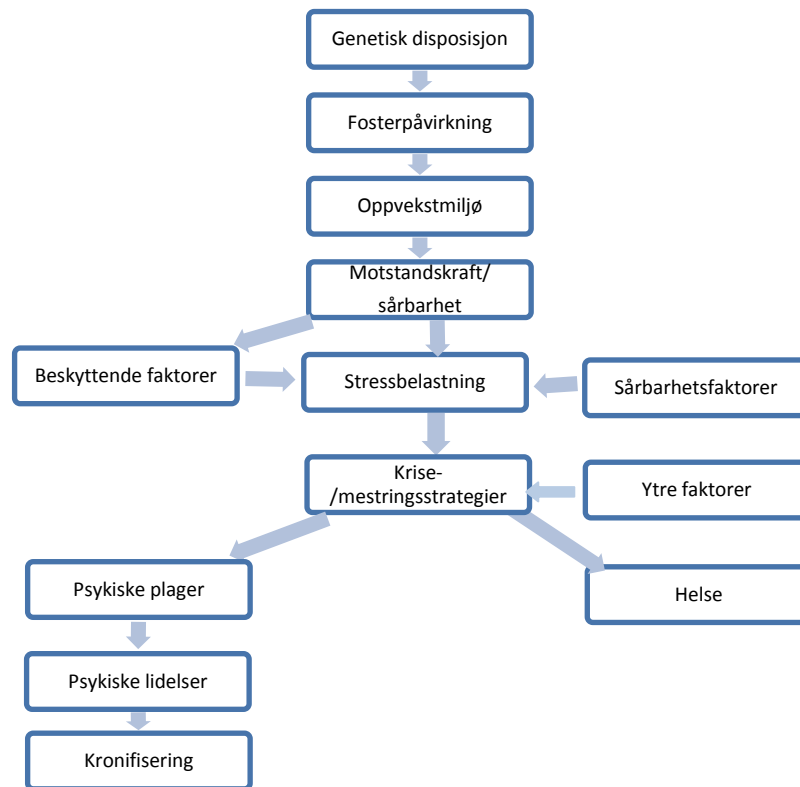
Det finnes mange ulike teorier på hvorfor psykiske plager og lidelser oppstår. En anerkjent modell av Weisæth og Dalgard (2000), se figur nr. 2, viser at utvikling av psykiske plager og lidelser stammer fra sviktende stressmestring og sårbarhet. Dårlig mestring av stress samt dersom sårbarhet foreligger, kan sykdom oppstå. Modellen viser også at det er et samspill mellom arv og miljøfaktorer. Det er altså en vekselvirkning mellom arvelig faktorer som eksempelvis selvtillit og mestringsevne (personlige egenskaper), og miljømessige risiko- og beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes ulike typer av risikofaktorer, og når flere av disse opptrer samlet, er sannsynligheten for at psykiske lidelser oppstår størst. Kroniske risikofaktorer betyr også mer enn risikofaktorer av kort varighet. Eksempler på miljømessige risikofaktorer er blant annet sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, samlivsproblemer, ensomhet, fravær av sosial støtte, opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet og fysisk aktivitet. Det er funnet at de beskyttelsesfaktorene som er av størst betydning når det gjelder psykiske lidelser, er sosial støtte og utviklet mestringsevne i ulike situasjoner (Helsedirektoratet, 2010). Forskning har vist at sosial støtte kan bidra til at mestringsevnen forbedres og at symptomnivået minsker hos individer som allerede har utviklet psykiske plager. Mathiesen (2007) fant at sosial støtte er den egenskapen ved forholdet til andre som klartest bidrar til god psykisk utvikling og fungering.

Forskning viser også at sosiale relasjoner, sosial støtte og sosial deltagelse er viktige elementer for den psykiske helse, og er en vesentlig når det kommer til opplevelsen av velvære og glede (Nes, Røysamb, Harris, Czajkowski, & Tambs, 2010). Å ha en fast partner ser ut til å være spesielt viktig. Personer som lever med en fast partner har lavere risiko for psykiske helseproblemer enn personer som lever alene. Gifte eller samboende er vist å være mer tilfredse og lykkeligere enn de som er enslige og skilte. Dette gjelder for alle aldre og om de er bosatt i Norge eller andre deler av verden (Nes, et al., 2010).

Forskning viser også at ekteskap og samliv kan påvirke den genetiske sårbarheten for depresjon og alkoholforbruk blant kvinner (Nes, et al., 2010). Genetisk sårbarhet ser ut til å være mindre blant kvinner med fast partner, enn blant kvinner som lever alene. Dette kan tyde på at å ha en partner eller ektefelle beskytter mot genetisk risiko for psykiske plager og alkoholforbruk.

Figur nr. 2

Kilde: Weiseth & Dalgard (2000)



Forebyggende arbeid er ofte vanlig å dele inn i miljørettet og individrettet forebyggende tiltak. Miljørettet forebyggende arbeid for familien handler om tiltak rettet mot de bakenforliggende sosiale årsaksfaktorene, som eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig arbeids- og bomiljø og sosial isolasjon. Det meste av dette arbeidet vil bli utført utenfor helsevesenet, sammen med ulike etater, interesseorganisasjoner og politikere. Det er likevel viktig å poengtere at helsesektoren skal legge premisser for forebyggende tiltak, da det er de som til en hver tid har oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Helsedirektoratet, 2010). Individrettet forebyggende arbeid ved eksempelvis depresjon og angst omhandler tiltak

ved begynnende faresignaler eller uhelse og sekundærforebyggende innsats i klinisk fase. Målet er å motvirke at de som viser tegn til psykiske plager/lidelser skal utvikle seg til klinisk sykdom (Helsedirektoratet, 2010).

Som nevnt tidligere, utgjør skilte/separerte voksne og deres barn, i tillegg til de som bor alene, en risikogruppe for å utvikle psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010). Når det gjelder hvordan man kan anvende de helsefremmende prinsippene for å forhindre samlivsbrudd, er styrking av det forebyggende familiearbeidet svært vesentlig (Barne- & Familiedepartementet, 2002-2003). Dette kan gjøres ved miljørettet forebyggende arbeid, ved eksempelvis å styrke tilbudet om samlivskurs. ”Godt samliv” er et lavterskeltilbud² som ble utviklet av Barne-, ungdoms-, og familiedepartementet (WHO, 1986), og er et gratis samlivskurs for nybakte foreldre. Forskning tyder på at samlivskurs kan være positivt mht. å bedre kommunikasjonen og bryte dårlige kommunikasjonsmønstre i parforhold (Thuen, 2003). Den forebyggende effekten av slike kurs ser ut til å ha størst effekt dersom de settes inn i en tidlig fase i parforholdet, før samhandlingsmønstre og konflikthåndtering er blitt for automatisert (Thuen, 2003). Å styrke familieverntjenesten er også svært viktig i det forebyggende arbeidet. Familievernkontorene har en viktig rolle når det kommer til å bistå i ekteskapskonflikter og å forebygge skilsmisser og samlivsbrudd (Barne- & Familiedepartementet, 2002-2003). Dette er også en lavterskeltjeneste.

Et eksempel på individrettet forebyggende arbeid på det psykiske helsefeltet, er som nevnt innledningsvis, at fra 1.januar 2010 har spesialisthelsetjenesten et lovpålagt ansvar når det gjelder å registrere barna til psykisk syke foreldre (psykisk syke eller rusproblemer), og avdekke barnas psykososiale fungering (Helsedirektoratet, 2010). Dette er et ansvar som i hovedsak bør være helsestasjonenes, da dette er en ypperlig forebyggingsarena. Å kartlegge symptomer på angst og depresjon hos kvinner før og etter fødsel bør stå sentralt i den faste oppfølgingen av gravide og småbarnsmødre.

² Lavterskeltilbud innebærer blant annet at bruker kan ta kontakt uten henvisning og lang ventetid, og uten å måtte betale egenandel.

2.2 Tilfredshet i parforholdet og samlivsbrudd

På tvers av ulike studier er det vist at tilfredsheten i parforholdet tenderer til å avta de første ti årene i et ekteskap (Holman, et al., 2001). I tillegg viser studier at tilfredsheten i parforholdet synker gjennom overgangen til foreldreskapet (Cowan & Cowan, 1995). Samtidig har samlivsbrudd økt de siste tiårene i store deler av den vestlige verden. I Norge er det forventet at ca. femti prosent av alle ekteskap som ble inngått i 2005 vil ende i skilsmisse, samtidig er dette tallet forventet å være høyere for par som er samboende (SSB, 2005b). Konsekvensene av dette kan være mange, og kan påvirke livskvaliteten til den enkelte part. Det er vist en sammenheng mellom samlivsbrudd og lav selvfølelse, liten sosial kontakt, ensomhet og depresjon (Gähler, 1998). Den økende andel skilsmisser og samlivsbrudd påvirker ikke bare de voksne partenes situasjon, men også barnas (Amato, 2000; Mortensen & Thuen, 2005). Det er vist at både voksne og barn etter samlivsbrudd har en høyere risiko for å utvikle psykiske plager og helseproblemer (Amato, 2000). Nye samlivsformer og gjengifte har konsekvenser for barnas levekår, eksempelvis kan den økende andel av enslige foreldre føre til en økende grad av marginalisering av barna, ved at de økonomiske og sosiale ressursene svekkes (Barne-, Likestillings-, & Inkluderingsdepartementet., 1995). På bakgrunn av dette har noe familieforskning vært rettet mot å finne tiltak for å forbedre kvaliteten i parforhold, og på den måten forhindre samlivsbrudd (Mortensen & Thuen, 2007).

Det finnes ulike forklaringer på hva som skyldes en slik nedgang i tilfredshet i parforhold. En kan skille mellom ytre faktorer, faktorer som er mellom partene i et forhold, og indre faktorer, som er faktorer i individet.

Når det gjelder påvirkningen av ytre faktorer på tilfredsheten i et parforhold, foreligger det en rekke tidligere forskning. Det har blitt funnet at demografiske variabler kan påvirke hvor tilfreds man er med parforholdet. Eksempelvis er det funnet korrelasjoner mellom utdanningsnivå og partilfredshet (Blum & Mehrebian, 1999). Ut i fra denne studien kommer det frem at høyere utdanning predikerer mer tilfredshet med parforholdet. Det er og vist at dersom kvinnen eller begge i parforholdet har skilte foreldre, øker risikoen for skilsmisse (Amato, 1996; Amato & DeBoer, 2001). I tillegg er det forskning som tyder på at dersom man har minner om at egne foreldre var tilfreds i sitt parforhold, vil dette føre til at en føler seg mer tilfreds i sitt eget forhold (Amato &

Booth, 2001). Det kan da være nærliggende å anta at dette også kan påvirke fasen etter førstefødte barn. Videre viser forskning at barnets temperament er vesentlig. Dersom man får et barn som sover lite, gråter mye og er mye urolig og irritabel, kan dette påvirke tilfredsheten i parforholdet (Rothbart & Bates, 1998).

Ulike faktorer som virker mellom et par, vil eksempelvis være kommunikasjonsstil. Hvordan et par kommuniserer med hverandre vil påvirke hvordan man opplever tilfredsheten i parforholdet. Det er vist at par som løser problemer på en konstruktiv måte, rapporterer mindre stress og bedre tilfredshet i parforholdet (Flisinger & Thoma, 1988). I en fase hvor man står overfor nye utfordringer og krevende oppgaver, vil det være svært viktig å ha god kommunikasjon. Det er også forskning som tyder på at dersom graviditeten ikke er planlagt, vil dette være assosiert med mindre tilfredshet i parforholdet. Det viser seg at det å ikke planlegge en viktig livshendelse, kan føre til at man er lite klar til å møte rolleforandringer og andre utfordringer i overgangsfasen. Dette kan føre til opplevelse av lavere tilfredshet enn om graviditeten var planlagt (Leathers & Kelley, 2000). I følge Cowan og Cowan (1995) er den beste prediktoren for kvaliteten på parforholdet etter overgangen til foreldreskap, kvaliteten på parforholdet *før* man får barn. Det er sjeldent at å få barn gjør parforholdet bedre og er derfor ingen løsning på parforholdproblemer (Cowan & Cowan, 1995).

Stress er også en faktor som er vist å påvirke tilfredsheten i parforholdet i en negativ retning. Stress kan oppstå dersom man opplever problemer med intra og eller interpersonlige tilpasninger knyttet til overgangsfasen. Stress i form av skiftarbeid har vist seg å være relatert til parkonflikter og depressive symptomer (Perry-Jenkins, Goldberg, Pierce, & Sayer, 2007).

Når det gjelder indre årsaksfaktorer knyttet til tilfredshet i parforhold i overgangen til å bli foreldre, har mye av forskningen vært knyttet til personlighet og voksen tilknytning (Collins & Read, 1990; Shaver & Brennan, 1992). Når det gjelder personlighetens rolle i forhold til tilfredsheten i parforhold, eksisterer det forskning som hevder at individer foretrekker en partner med en lik personlighet som dem selv (eks. (Luo & Klohn, 2005). En annen indre årsaksforklaring kan være depressive symptomer. Depressive symptomer har vist å øke for både kvinner og menn etter overgangen til å bli foreldre (Cowan, Cowan, Herring, & Miller, 1991; Keeton, et al., 2008).

De ytre-, mellomliggende- og indre faktorene nevnt over, viser at tilfredshet i parforhold er komplekst og påvirkes av ulike faktorer.

Det er også viktig å merke seg at hvordan man opplever tilfredshet, lykke og livskvalitet også er et resultat av gener (Folkehelseinstituttet, 2010a). Studier innen epidemiologi og kvantitativ genetikkk viser at variasjon i livskvalitet målt som glede, velvære og tilfredshet har sammenheng med genetikkk. I tillegg viser forskningen at stabiliteten i livskvalitet og lykke over tid i stor grad påvirkes av et individs gener (Folkehelseinstituttet, 2010a). Det er også vist at påvirkningen av korttidshumøret bare i liten til moderat grad påvirkes av gener, mens stabiliteten i livskvalitet i hovedsak tilskrives gener (Folkehelseinstituttet, 2010a).

Det er også vesentlig å nevne at til tross for at dem som opplever samlivsbrudd, ofte kommer dårligere ut med tanke på helse enn dem som lever i et parforhold, vil det være variasjoner innen denne gruppen. Det vil være knyttet positive psykososiale effekter av samlivsbrudd, da det minst er en av partene som ønsker å bryte opp partnerskapet. I følge undersøkelser gjort av Thuen og Rise (2001) viste det seg at mange opplevde samlivsbrudd som en lettelse, hvor de så lysere på fremtiden, ble kjent med nye sider hos seg selv, fikk bedre selvtillit og nye venner. I tillegg til at mange opplevde mange negative effekter som følelsesmessig vanskelig med opplevelsen av bitterhet og skyldfølelse. Dette viser at samlivsbrudd er en kompleks hendelse som ikke bare fører negative psykososiale reaksjoner (Thuen & Rise, 2001).

2.3 Overgang til foreldreskap

Overganger har vært og fortsatt er, et av de mest populære temaene innen familieforskning. Overganger er perioder med desorganisering og reorganisering mens man avanserer fra et steg i livet til et annet (Polomeno, 2000). En hver tilpasning til en overgang avhenger av livshistorie, hendelsen i seg selv og hva overgangen betyr for den enkelte (Elder, 1991). Cowan (1991) definerer overganger som “longterm processes that result in a qualitative reorganization of both inner life and external behavior” (s. 5). Overganger kan være utviklingsmessige eller situasjonsmessige, og de kan være forventede eller uventede (Murphy, 1990). Noen overganger kan i følge Cowan (1991) trigge bedre responser enn andre. Tre faser kan oppstå under en overgang, hvor den første kjennetegnes av konflikt og usikkerhet. Fase to er testing og utprøving av nye

alternativer, og den tredje og siste fasen karakteriseres ved at man enten kommer tilbake til tidligere likevekt eller etablerer en ny (Cowan, 1991). I følge Cowan (1991), er også fysiske og sosiale krav, samt tilgjengeligheten til personlige ressurser (eksempelvis sosial støtte), viktig for mestring av en overgang. Mulige konsekvenser av en overgang kan derfor være familiestress (Carter & McGoldrick, 1989), personlig helseforstyrrelser (La Voie, 1985), og tap av sikkerhetsfølelse (Chick & Meleis, 1986).

Når overgangen til å bli foreldre begynner er det ulike meninger om. Goldberg (1988) hevder at overgangen begynner ved graviditeten og ender noen måneder etter babyen er født. Gottlieb & Pancer (1988) utvidet denne forståelsen til å gjelde fra beslutningen om å bli gravid ble tatt, til barnet er mellom 2 og 3 år. Den Norske Mor og Barn Undersøkelsen registrerer opplysninger fra uke 17 i svangerskapet og siste spørreskjema når barnet er 8 år (Folkehelseinstituttet., 2010).

Det er både positive og negative sammenhenger mellom relasjonen i parforhold og overgangen til foreldreskapet (Polomeno, 2000). Par uttrykker ofte følelser som nærhet og gjensidighet i forbindelse med barneoppdragelse (Lederman, 1984). I tillegg er det å mestre overgangen til foreldreskapet på en suksessfull måte relatert til følelse av oppfyllelse for individet selv og som del av et parforhold (eks. Bomar, 1989). Det er også funnet at en av de største positive forandringene med overgangen til foreldreskapet er en økende følelse av at de jobber som et team (Belsky, Spanier, & Rovine, 1983). I motsatt tilfelle er det funnet at noen par opplever mindre ekteskapelig tilfredshet (Cowan, et al., 1991). Dette kan være grunnet økt personlig og ekteskapelig stress, som igjen kan føre til en emosjonell distanse i forholdet (Keith & Whitaker, 1988). Det er funnet at det første barnet påvirker forholdet mest (eks. Bradt, 1989), og at overgangen til foreldreskapet oppleves ulikt av kvinner og menn (Clulow, 1991). Dette blant annet ved at kvinner ser på seg selv som mer mor enn partner etter fødsel, mens menns opplevelse som forelder og partner nesten ikke forandrer seg (Clulow, 1991).

Forskning på overgangen fra å være par til å bli foreldre er et forholdsvis nytt forskningsfelt, og det eksisterer derfor ikke noen klare teoretiske forklaringer. Det er imidlertid mulig å anvende fire generelle teorier for å forklare overgangen til å bli foreldre. Disse er systemteori, utviklingsteori, rolleteori og dialektisk teori.

Systemteori ser på familien som et system, og er en populær terapeutisk tilnærming. En dimensjon ved familiesystemet er at de er gjensidig avhengig av hverandre. Dersom det skjer noe med ett familiemedlem, påvirker dette hele systemet.

Å få barn gjør at det dyadiske forholdet mellom kvinnen og mannen, blir til en triade – noe som fører til at systemet blir mer komplekst. Minuchin (1974) hevder at den opplevde belastningen på parforholdet, som kan oppstå etter et barn er født, skyldes konkurranse mellom parsystemet og foreldresystemet. Med dette menes at parforholdet kommer i annen rekke, det viktigste er å håndtere utfordringene som oppstår ved eksempelvis barneoppdragelse.

Utviklingsteori, er spesielt opptatt av en fasemodell for utvikling i familien. Rossi (1968), skiftet fokuset fra ”krise” til ”overgang” for å vise at det å bli foreldre innebærer overgang fra en fase til en annen. Overgangen til å bli foreldre er i følge utviklingsteorien en normal forandring som involverer en overgang fra en livsfase til en annen, samtidig som det å være i en livsfase kan forandre mange aspekter av livet, inkludert parforholdet.

Den tredje teorien som er benyttet for å forklare overgangen til å bli foreldre, er rolleteori. Det å få et barn fører til at man må både ha rollen som forelder (mor eller far), ektemann/kone/kjæreste, samt jobb-, venne-, familierollen. Cowan og kolleger (1985) har undersøkt rollestress i forbindelse med overgangen til å bli foreldre. Resultatet viste at rollene som partner blir mindre vektlagt, mens rollen som foreldre overtar etter man har fått barn. Belsky, Lang & Huston (1986) fant at kvinner som ikke så på seg selv ut ifra stereotypier (tradisjonelle roller) var mer tilbøyelig til å rapportere ekteskapet som mindre gunstig etter overgangen til foreldreskapet. Det er funnet at når man blir foreldre, utøver man mer tradisjonelle roller, noe som spesielt er relevant for kvinner - som ofte er forventet å ha den primære omsorgsrollen (Twenge, Campbell, & Foster, 2003).

Den fjerde og siste teorien er den dialektiske teorien. Denne teorien er opptatt av å forstå de iboende motsigelsene som befinner seg i familielivet. Disse motsetningene er; autonomi vs. tilhørighet, uttrykksfull vs. instrumental kommunikasjon, og stabilitet vs. forandring. Førstnevnte ser på motsigelsen i det å ha mindre tid til seg selv eller partner, enn man hadde før førstefødte. Den er også opptatt av at aktivitetene man deltar i, forandrer seg samtidig som man blir foreldre og det oppstår nye utfordrende oppgaver knyttet til det å ta vare på et barn. Et annet aspekt som forandrer seg når man får barn er måten man kommuniserer på. Når man er et par vil kommunikasjonen basere seg mer på en emosjonell tilnærming, mens når man er blitt foreldre vil denne kommunikasjonen

gå over til å være mer instrumentell (Belsky, et al., 1983; McHale & Huston, 1985). Når det gjelder motsigelsen stabilitet versus forandring tar den opp et pars forsøk på å holde forholdet stabilt og uforanderlig samtidig som det å få et barn forandrer mye av tilværelsen.

Twenge et. al (2003) foreslår, ut i fra en metaanalyse om foreldreskap og tilfredshet i parforhold, følgende teoretiske modeller: ”the role conflict model” (som nevnt over), ”the restriction of freedom model”, ”the sexual dissatisfaction model” og ”the financial cost model”.

”Restriction of freedom model” fokuserer på tapet av frihet foreldre får når de får barn. Barn krever mye oppmerksomhet og tid, noe som går på bekostning av foreldrenes egen fritid (Twenge, et al., 2003). Modellen genererer noen spesifikke prediksjoner, som kan ligne på de som kommer av rollekonflikt modellen. Dette på grunn av at rollekonflikt også omhandler å gi opp friheten til å satse på karriere for å være hjemme med barn. Ut i fra dette kan man tenke seg at kvinner vil oppleve en større misnøye enn menn, da det som oftest er de som har hovedansvaret for barna (Twenge, et al., 2003). Effekten skulle også tenkes å være større når barna er små/spedbarn, og individer med høy sosioøkonomisk status burde oppleve størst misnøye med parforholdet da det er trolig at en ønsket karriere blir nedprioritert. Det vil også være nærliggende å tro at studier utført i nyere tid vil vise en større misnøye med parforholdet, dette er fordi man ser en tendens til økt individualisme og autonomi spesielt i vestlige samfunn (Twenge & Campbell, 2001).

”Sexual dissatisfaction model” tar opp hvordan det å få barn påvirker seksuallivet til foreldrene. Det er vanskeligere å ha et seksualliv med barn i huset, og en nedgang av seksuell aktivitet kan få negative konsekvenser for tilfredsheten i parforholdet (Twenge, et al., 2003). Ut i fra dette kan man tenke seg at menn vil oppleve en større misnøye med parforholdet enn kvinner, på grunnlag av at de rapporterer større seksuell lyst i ekteskapet (Baumeister, Catanese, & Vohs, 2001).

”Financial cost model” fokuserer på de økonomiske bakdelene med å få barn. Det er dyrt å få barn og dette kan føre til en negativ familieøkonomi, som igjen kan føre til misnøye med parforholdet (Twenge, et al., 2003). En slik modell predikerer at menn vil oppleve størst misnøye på grunn av at de som oftest står for hovedinntekten i en familie (LeMasters, 1957). Det vil også være slik at når barna blir eldre, vil de bli

”dyrere”, altså misnøyen bør øke med barnas økende alder. Lav sosioøkonomisk status bør også gi utfall i en lavere tilfredshet i parforholdet (Twenge, et al., 2003).

Twenge et al. (2003), fant mest støtte til rollekonflikt modellen og ”restriction of freedom model”.

2.4 Fødselsdepresjon

Risikoen for å utvikle en depresjon er vist å være høyere for kvinner enn for menn (Folkehelseinstituttet, 2009). Det er også forskning som tyder på at det å få en depresjon er mest vanlig for kvinner mellom 25-44 år. Dette er også i den livsfasen hvor kvinner føder mest barn og er ansvarlig for dem (Weissman & Olfson, 1995).

Nedstemthet og depresjon vil ramme omkring 10-15 % barselkvinner hvert år (Helsedirektoratet, 2010). En depresjon under og etter svangerskapet kan ha negative følger for barnets utvikling, for eldre søsken og for parforholdet. Forskning viser at tidlige opplevelser til sped- og småbarn har stor betydning for barnas utvikling. Derfor er de nære omsorgspersonenes psykiske helse svært viktig for hvordan barnas utvikling arter seg (Helsedirektoratet, 2010). Det er vanlig å dele fødselsdepresjon inn i tre kategorier for og best forklare de følelsesmessige tilstandene som kan oppstå i barselperioden. Disse er barseltårer (eng. maternity blues), barseldepresjon eller postpartum depresjon (fødselsdepresjon) og barselpsykose (Folkehelseinstituttet, 2007).

Barseltårer

Barseltårer refererer til en følelsesmessig tilstand som karakteriseres av at mødrene blir lett beveget og gråter lett. Dette er en tilstand som er forbigående (2-3 døgn) og regnes som normal. 50- 80 % av nybakte mødre opplever dette, og hovedårsaken er regnet til å være blant annet hormonelle faktorer. Denne følelsesmessige tilstanden kan også sees på som en utmattelsesreaksjon etter spenning og uro for fødsel og barnets vel og ve. Det er også funnet at søvnmangel kan påvirke forekomst av barseltårer (Folkehelseinstituttet, 2007).

Barseldepresjon/ postpartum depresjon

Barseldepresjon inntreffer etter fødsel, derav navnet postpartum. Alvorlighetsgraden varierer fra lettere barseldepresjon til mer uttalt depresjon. Denne tilstanden må oppfylle kravene til diagnosen klinisk depresjon, etter kriteriene i ”International classification of diseases” (ICD-10). Verdens helseorganisasjon benytter dette diagnostiske systemet, og er det som benyttes i Europa (Folkehelseinstituttet, 2007). Hvordan en slik depresjon arter seg kan variere. En kvinne med barseldepresjon kan eksempelvis bli likegyldig i forhold til stell og amming av barnet, og bli ufølsom for barnets signaler og behov (Folkehelseinstituttet, 2007). Kvinner som er plaget med en dyp depresjon kan plages med fantasier og tanker om å skade seg selv og/eller barnet sitt. Det er også vanlig at en barseldepresjon frembringer følelse av skyld og skam over å ikke ha den morsfølelsen overfor barnet sitt, som forventet (Folkehelseinstituttet, 2007).

Barselpsykose

Det å føde et barn er en stor livshendelse, og slike hendelser kan utløse en bipolarlidelse, som kan starte som en barselpsykose. Dette er en akutt psykotisk reaksjon som vanligvis vil inntreffe rett etter eller i løpet av de første ukene etter fødselen. Grunnet alvorlighetsgraden til denne tilstanden er det ofte vanlig med sykehusinnleggelse på psykiatrisk avdeling (Folkehelseinstituttet, 2007). Tilstanden kjennetegnes av dyp depresjon eller mani (uvanlig oppstemthet), vrangforestillinger eller desorientering når det gjelder person, rom eller tid. En slik barselpsykose kan også ha et schizofrenlignende klinisk bilde, uten klare opp- og/eller nedstemtheter. Risikoen for å utvikle en barselpsykose er lav, og rammer bare 1-2 av 1000 fødende kvinner hvert år. Dette tilsvarer ca. 60- 120 kvinner. Risikoen for psykose er derimot 20-25 ganger større i barselperioden enn ellers. Årsaken regnes for å være biologisk, men elementer som psykososialt stress og søvnmangel kan bidra til utbrudd av psykose. Det er viktig at tilstanden blir oppdaget og behandlet tidlig, noe som fører til en god prognose. Tidligere psykose gjør at en har 30-50 % risiko for tilbakefall i barselperioden (Folkehelseinstituttet, 2007).

Barseldepresjon er vist i internasjonale studier, å variere med levekår. Familier som har økonomiske og sosiale belastninger, er mer utsatt enn andre, noe som fører til

at depresjon er mer vanlig i storbyområder, hvor disse gruppene som oftest bor. Andre studier viser at barselomsorgen kan påvirke forekomsten av depresjon. Sosial støtte og omsorg, samt hvile ser ut til å ha en positiv innvirkning på å forhindre forekomsten av depresjon (Folkehelseinstituttet, 2007).

Fødselsdepresjon ser ut til å være mindre hyppig i Norge enn det som går frem av internasjonale undersøkelser. Dette kan ha sin årsak i at vi har lite fattigdom og at småbarnsforeldre har mange og betydelig rettigheter (Folkehelseinstituttet, 2007).

En studie utført i Norge viser at forekomsten av fødselsdepresjon er høyere for kvinner som er førstegangsfødende (Glavin, Smith, & Sørnum, 2009). Dette viser at det er svært viktig å være på vakt for denne gruppen kvinner. Studien viste også at de eldste førstegangsfødende var aller mest utsatt (Glavin, et al., 2009). Samfunnet vårt kjennetegnes jo av en økende alder for førstegangsfødende så dette er et viktig fenomen å være oppmerksom på.

Årsaker og risikoforhold

Det er funnet en rekke risikofaktorer i studiene av fødselsdeprimerte kvinner. De mest sentrale faktorene er depresjon tidligere i livet eller under svangerskapet, opplevde negative livshendelser, økonomiske problemer, arbeidsledighet eller konflikter i parforholdet. Det er også funnet at å ha lite sosialt nettverk, dårlig selvfølelse, aleneansvar, uventet graviditet og forhold ved barnet, er forbundet med depresjon. Også de norske studiene bekrefter disse internasjonale funnene. Det er som oftest slik at jo flere risikofaktorer som er til stede, jo mer øker sjansen for å utvikle en depresjon (Beck, 2001).

Det er derimot ikke funnet støtte til at hormonelle faktorer i betydelig grad bidrar til utløsning av fødselsdepresjon. Unntaksvis er det for dem som har en skjoldkjerterforstyrrelse. Forekomsten av disse er ca. 1 % av kvinnene, og depresjonen starter 2-5 mnd. etter fødsel (Folkehelseinstituttet, 2007).

Hvilke betydning har fødselsdepresjon for barnet?

Det er funnet sammenheng mellom alvorlig depresjon og lav fødselsvekt og for tidlig fødsel (Folkehelseinstituttet, 2007). Dersom kvinner går ubehandlet med en depresjon, kan dette føre til at tilknytningen mellom mor og barnet blir forsinket. Det er også funnet sammenheng mellom fødselsdepresjon og ulike vansker hos barna. Disse vanskene varierer med barnets alder og alvorlighetsgraden og varigheten av depresjonen. I tillegg er det også vesentlig i hvilken grad depresjonen påvirker følsomheten overfor barnet. Det er funnet at å ha en far som er frisk og tilstede, kan i en viss grad kompensere for de negative aspektene en fødselsdepresjon fører til.

En god psykisk helse hos mor er svært bra for barnets utvikling. Dette grunnet at det skjer en utvikling av hjernen også etter fødsel, spesielt i de to-tre første årene. Hjerneforskning viser at de erfaringene et spedbarn gjør seg, påvirker dannelsene av synapser i hjernen. Barn har et enormt behov for trygghet og forutsigbarhet i sin hverdag, og hvordan dette blir ivaretatt er viktig med tanke på deres utvikling de første leveårene.

Forebygging og behandling av fødselsdepresjon

Det er svært viktig å avdekke en depresjonstilstand på et tidlig stadium, for å unngå for store skader. Kvinner skal spørres om hun har hatt psykisk sykdom tidligere i livet, i følge retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Dersom svaret er ja, bør hun få tettere oppfølging. Helsepersonell oppfordres også til å anvende ulike metoder for å fange opp de med depressive symptomer. En av disse metodene er å anvende spørreskjemaet "The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)". Denne inneholder ti spørsmål vedrørende kvinners psykiske helse og er ment å avdekke symptomer på depresjon hos barselkvinner.

En fødselsdepresjon, både under og etter fødsel, behandles som en depresjon generelt. Det som det i legges vekt på er at det er viktigere i denne situasjonen å fokusere på en behandling uten bruk av legemidler. Andre måter å behandle på er gjennom støttesamtaler, styrking av det sosiale nettverket og psykoterapi. Det vil selvsagt ved en alvorlig depresjon/psykose være nødvendig med

medikamentbehandling, men da som har en minst mulig risiko for å skade fosteret eller spedbarnet som ammes.

2.5 Mestring og mestringsforventning

Innen helsepsykologi er begrepet mestring ("coping") anvendt for å beskrive de ulike metodene individer anvender for å takle stress på. Det er vist at noen av mestringsstrategiene som anvendes er mer suksessfulle enn andre (Myers, Newman, & Enomoto, 2007). Forskning på området mestring har vært relatert til stressforskning, og siden 70-tallet har mesteparten av forskningen vært relatert til områdene kroniske sykdommer og stressende/problematisk livshendelser (Myers, et al., 2007). Forskning på begrepet mestring er sentralt innen helsepsykologi, da ulike responser til sykdommer og stress er viktig å få kunnskap om. Det fundamentale spørsmålet som er knyttet til de ulike teoriene innen feltet mestring er om noen former for mestringsstrategier er mer adaptive enn andre. Med dette menes det om noen av strategiene fører til et bedre utfall som bedre psykisk helse (Myers, et al., 2007).

Teorier som er anvendt for å forklare mestring er mange, men det er vanlig å dele dem inn i to hovedkategorier; disposisjonelle og situasjonelle tilnærminger. En disposisjonell tilnærming undersøker om spesifikke mestringsstrategier fører til at individer mestrer bedre på tvers av situasjoner. Den situasjonelle tilnærmingen ser på prosessen mestring og om det er spesifikke mestringsstrategier som er effektive i ulike situasjoner (Myers, et al., 2007).

Disposisjonell tilnærming fokuserer på ulike mestringsstiler, eksempelvis undertrykkende mestringsstil og unngåelse vs. konfrontasjon. Individer med en undertrykkende mestringsstil karakteriseres av at de skårer lavt på trekket angst men samtidig skårer høyt på mål om forsvar. Med andre ord, rapportertes det lave nivåer av stress men samtidig høy fysiologisk reaktivitet (Myers, 2000; Weinberger, Schwartz, & Davidson, 1979). En slik mestringsstil er forbundet med en dårlig fysisk helse, samtidig som den psykiske helsen rapporteres å være god (Myers, 2000). En mestringsstil som karakteriseres av unngåelse eller konfrontasjon referer til den karakteristiske måten individer responderer kognitivt og emosjonelt på potensiell stressende informasjon (Myers, et al., 2007). Nivået av fysiologisk og psykologisk aktivering er avhengig av hvor mye oppmerksomhet individet retter mot stressoren. Unngående mestringsstil er

vist å være adaptiv i situasjoner som er utenfor individets egen kontroll, mens konfronterende mestringsstil er adaptiv dersom det er en viss form for kontroll tilgjengelig i situasjonen. Eksempel på konfronterende mestringsstil vil være å søke mest mulig informasjon omkring stressoren. En kan si at de som har en unngående mestringsstil ofte vil vite minst om situasjonen, mens de med en konfronterende mestringsstil vil vite mer (Miller, 1996).

En av de mest anerkjente situasjonelle teoriene om mestring som prosess er Lazarus og Folkmans (1984) teori. De definerer mestring som *"constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person"* (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Mestring blir sett på som en psykologisk mekanisme for å overkomme ytre stress. Mestring blir da et forsøk på å forandre stressoren eller respondere på den stressende situasjonen. Responsen på en potensiell stressende hendelse er et resultat av det Lazarus og Folkman (1984) kaller vurdering ("appraisal"). Primærvurdering er når et individ vurderer situasjonen ut fra egen velvære. Dersom situasjonen oppleves som skadelig, blir den sett på som potensielt stressende. Når en situasjon ansees som en trussel eller som skadelig, må individet vurdere mulige mestringsstrategier for å redusere kravene som stilles. Denne prosessen kalles sekundær vurdering (Myers, et al., 2007). Stress er relatert til relasjonen mellom krav som stilles og tilgjengelige resurser. Lazarus og Folkman (1984) identifiserte også to generelle typer av mestring; problemfokusert- og emosjonsfokusert mestring. Når man anvender problemfokusert mestring definerer man et problem, vurderer mulige løsningsalternativer, veier alternativene opp mot hverandre, foretar et valg og deretter setter i gang tiltak/handling. Dersom individer opplever et problem som ikke har en løsning, eller en har liten eller ingen kontroll over, anvendes en emosjonsfokusert mestring (Myers, et al., 2007). Dette kan gjøres gjennom kognitive prosesser eller atferdsmessige. Man kan revurdere situasjonen man står overfor, slik at den får ny mening og skaper mindre stress. Eksempel på atferd som hjelper på mestring kan være å søke sosial støtte fra familie og venner. Begge disse strategiene skjer trolig om hverandre og ikke alltid hver for seg. Forskning har vist at problemfokusert mestring er forbundet med bedre tilpasning enn emosjonsfokusert mestring (Aldwin, 1994).

Mestringsevnen er også vist å være delvis genetisk bestemt (Myers, et al., 2007). Men mestring kan i stor grad læres gjennom teori, og ikke minst gjennom erfaring ved øvelse.

Individuelle forskjeller eller trekk som er funnet å være knyttet til ulike typer situasjonelle mestringsstrategier er nevrotisme, kontrollplassering og disposisjonell optimisme. Trekket nevrotisme er vist gjennom forskning å være relatert til maladaptiv mestring, ved eksempelvis unngående mestring (Myers, et al., 2007). Kontrollplassering er også en individuell forskjell som påvirker mestring og omhandler i hvilken grad individer tror de kan kontrollere hendelser som påvirker dem. Oppfatninger om at eksempelvis helse påvirkes av *egen* helseadferd og det en selv gjør, betegnes som indre kontrollplassering, mens oppfatninger om at helse er et resultat av hell, skjebne eller tilfeldigheter, betegnes som ytre kontrollplassering. Sistnevnte er forbundet med at når individer står overfor en stressende situasjon/hendelse, utøves ulike maladaptive mestringsstrategier (Myers, et al., 2007). Disposisjonell optimisme er en tendens til å forvente positive utfall i fremtiden (Scheier & Carver, 1992). Disposisjonell optimisme er funnet å være relatert til adaptiv mestring når det gjelder fysiske utfordringer. I en studie av gravide kvinner, viste det seg at optimisme var assosiert med mindre bruk av unngåelses mestring og lavere emosjonell stress (Yali & Lobel, 2002).

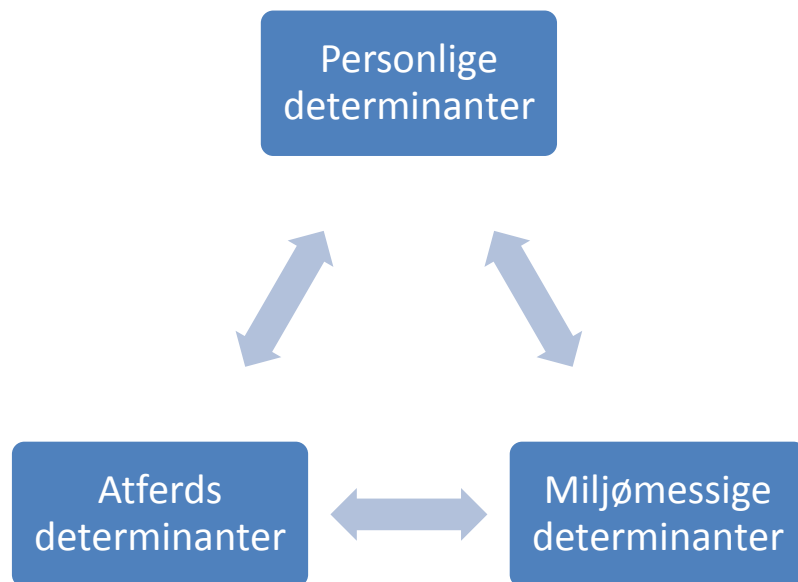
Mestringsfaktorer som er vist å være avgjørende for en adekvat mestring er selvtillit, sosial støtte og aspekter ved familie kulturen man er vokst opp i (Forskning.no, 2004).

Begrepet mestringsforventning er et av hovedbegrepene i Banduras (1977) sosial kognitive læringsteori. Denne teorien omhandler hvordan observasjonslæring, sosiale erfaringer og reciprocal determinisme (gjensidig adferdspåvirkning mellom person og miljø) er med å påvirke utviklingen av ens personlighet (Bandura, 1986), se figur nr. 3. I følge Bandura utgjør en persons holdninger, kognitive kompetanse og evner det han kaller "selvsystemet" ("self-system") (Bandura, 1997). Begrepet mestringsforventning er en viktig del av dette systemet, og refererer til troen på egne evner til å lykkes i en gitt situasjon (Bandura, 1997). Denne troen er i følge Bandura (1997) en determinant for hvordan man tenker, føler, motiverer en selv, opptrer og handler. En slik tro på egne evner påvirker altså ulike prosesser i individet; kognitive -, motivasjons -, affektive - og seleksjonsprosesser. Bandura (1977) skiller mellom resultatforventning ("outcome

efficacy”) og forventning til egne muligheter (”efficacy expectations”), se figur nr.4. Resultatforventning er det som gir retning til handlingen, og kan sies å være motivasjonen. Forventninger til egne muligheter omhandler de forventningene man har til å kunne utføre en bestemt oppgave eller handling. Dette er følelser som kan generaliseres til situasjoner som ligner hverandre (Bandura, 1977). Disse to konseptene utgjør det overordnede begrepet mestringsforventning. Mestringsforventning blir ofte sammenlignet med, eller tatt for å være det samme som konseptet selvtillit. Dette er likevel to adskilte fenomener. Selvtillit refererer til en persons opplevelse av selvverd, og mestringsforventning refererer til troen på evner til og nå et bestemt mål. Det er viktig å merke seg at en person kan ha liten tro på at en skal klare å slutte å røyke, uten at selvtilliten er lav, og motsatt kan man ha stor tro på at man skal kunne klare å slutte å røyke men samtidig ha en generell lav selvtillit.

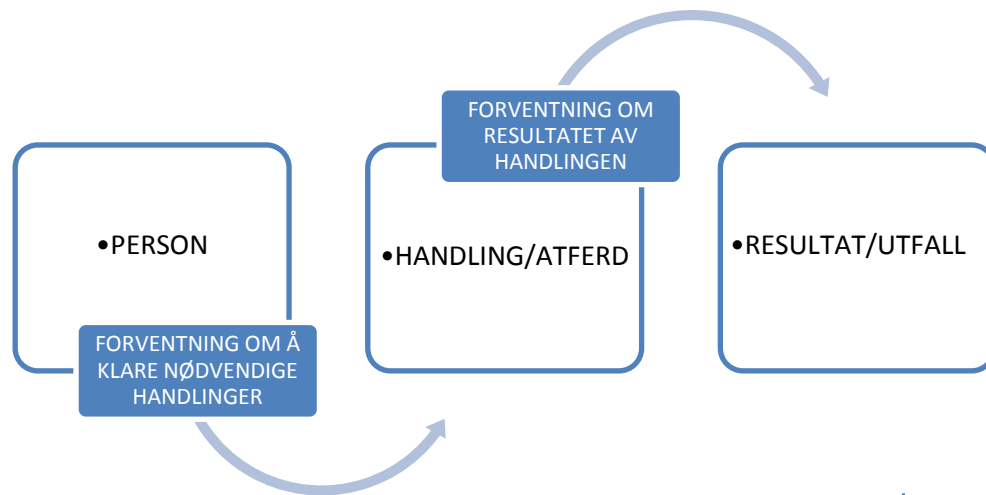
Figur nr. 3

Kilde: Bandura, 1977; Reciprocal determinisme



Figur nr.4

Kilde: Bandura, 1997; Forventning til egne muligheter og resultatforventning



Sosial kognitiv teori kan anvendes til å belyse hvilke forhold som kan motivere til atferdsmønstre som fremmer god helse (Conner & Norman, 1995). Det er funnet at hvordan man tilnærmer seg mål, oppgaver og utfordringer på, gjenspeiler om man har en høy eller lav mestringsforventning. Individer som er høy på mestringsforventning kjennetegnes ved at de; ser på vanskelige oppgaver og problemer som utfordrende og mulige og mestre, utvikler en dypere interesse for oppgavene eller aktivitetene, danner en sterkere følelse av forpliktelse og kommer seg fortere etter skuffelser og nederlag (Bandura, 1994). En slik måte å se situasjoner og oppgaver på kan føre til at man oppnår gode personlige prestasjoner, reduserer stress og minsker sårbarheten for depresjon (Bandura, 1997). Det motsatte er gjeldende for dem som er lav på mestringsforventning. De kjennetegnes ved at de; unngår utfordrende oppgaver, opplever at vanskelige situasjoner og oppgaver er over deres evner, fokuserer på personlige nederlag og negative utfall, og mister raskt troen på personlige egenskaper og evner (Bandura, 1994). Forskning viser at det er en sammenheng mellom mestringsforventning, reell mestring og opplevd mestring (Bandura, 1997; Skaalvik & Skaalvik, 2005).

Bandura (1992) hevder at utviklingen av mestringsforventning begynner tidlig i barneårene, ved møte av utfordrende oppgaver og situasjoner. Mestringsforventning utvikler seg likevel gjennom hele livet, når man møter nye oppgaver og en har anlagt nye evner, erfaringer og forståelse (Bandura, 1992). Med dette mener Bandura at mestringsforventning er et dynamisk begrep som kan forandre og utvikle seg gjennom livsløpet.

Utviklingen av mestringsforventning kan foregå ved hjelp av fire ulike kilder (Bandura, 1997). Den mest effektive måten er gjennom mestringsopplevelser. Suksess skaper en robust oppfatning av et individs mestringsforventning. Det er imidlertid viktig at dersom man skal ha opplevelsen av høy mestringsforventning, at man opplever hindringer hvor en må jobbe moderat til hardt for suksess. Dersom man opplever nederlag gang på gang, kan dette føre til en tilstand av såkalt lært hjelpeløshet – hvor man har mistet troen på at egen innsats kan føre til suksess (Wormnes & Manger, 2005).

Andre måter å skape og styrke mestringsforventning på er gjennom å betrakte sosiale modeller (Hutchison, Follman, Sumpter, & Bodner, 2006). Det å se personer som har likhetstrekk med en selv utføre handlinger eller komme seg gjennom en situasjon, får en til å tenke at dette kan en klare selv. Et viktig element er at jo mer lik modellen er, jo mer overtalende er modellens suksess eller nederlag (Bandura, 1997). Det er viktig å merke seg at dette ikke er like effektivt som førstnevnte, men når individer er usikker på egne evner og mangler tidligere positive mestringsopplevelser kan de være mer mottakelig for ”vikarierende handlinger” (Pajares, 2002).

Sosial overtalelse er en annen måte å styrke et individs tro på at de har hva som trengs for å lykkes (Bandura, 1997). Denne måten er heller ikke like effektiv som mestringsopplevelser, men kan påvirke utviklingen av en persons selvfølelse. Dersom man blir overbevist om at man har evnen til å lykkes, anstrenger man seg ekstra eller jobber hardere. Det er også vist at karakteristika ved den som overtaler spiller inn på om budskapet når gjennom. Eksempelvis er det vist at personens kredibilitet og ekspertkunnskap er viktig (Eagley & Chaiken, 1993). Det er derimot vanskeligere å oppnå høy mestringsforventning ved positiv overtalelse, enn det er å oppnå lav mestringsforventning ved overtalelse. Blir man gjentatte ganger minnet på at man ikke klarer det og ikke er god nok, vil dette gå utover viljen til å prøve (Bandura, 1997).

Det er også slik at man stoler på de somatiske og emosjonelle tilstandene i kroppen, når man vurderer evnen til å mestre en gitt situasjon. Er man stresset eller anspent kan dette føre til at man tror man kommer til å prestere dårligere (Maddux, 2002). Humør påvirker også måten en opplever forventningen om å mestre på. Positivt humør fremhever troen på egne evner, og det motsatte med negativt humør. Den fjerde måten å modifisere et individs mestringsforventning på er da å redusere stress reaksjonene og endre tendensen til negative emosjoner (Bandura, 1997).

Ut i fra disse fire måtene å påvirke en persons mestringsforventning, kan man se at to av dem tar utgangspunktet i at andre enn du selv kan påvirke din opplevde evne til å mestre. Ut ifra det vi vet om at det sosiale fellesskapet påvirker oss, vil ikke dette være unaturlig å tenke seg. Samtidig er det viktig å merke seg at det vil alltid være en debatt om egenskaper ved individet er skapt av arv eller miljø. Atferds-genetikk har også bidratt til å forstå de underliggende faktorer som skaper variasjoner i barns intelligens og personlighet (Maccoby, 2000). Studier gjort på tvillinger og adopterte barn har vist at mange av barns egenskaper er betydelig påvirket av gener arvet fra biologiske foreldre (Maccoby, 2000). Det er likevel viktig å ikke tenke at det er enten eller, enten gener eller miljø som påvirker hvordan barn vokser opp og blir. Det vil være en nærliggende antagelse å hevde at disse to går hånd i hånd. Kan det være slik at mestringsforventning er en egenskap man er født med, noe som er predisponert i genene? Er det noen som er disponert til å ha større sjanse for og enten ha høy eller lav mestringsforventning? Uansett kan det tenkes som bl.a. Bandura hevder, at det også er et trekk som blir påvirket gjennom det miljøet som vi befinner oss i.

Forskning på mestringsforventning og depresjon er et område som har fått mye oppmerksomhet etter at begrepet ble lansert i 1977. Som nevnt tidligere, er mestringsforventning en karakteristikk ved individer, og som viser seg å ha en beskyttende effekt mot depressive symptomer. I tillegg er det vist at mestringsforventning blir påvirket i negativ retning av stressfulle livshendelser (Maciejewski, et al., 2000). Det er også vist at mestringsforventning har betydning for hvordan man opplever og takler vanskelige livssituasjoner (Brown, 1998). Cutrona & Troutman (1986) undersøkte relasjonen mellom mestringsforventning knyttet til foreldreomsorg og fødselsdepresjon. Forskning gjort av McFarlane et. al (1995) hadde fokus på innflytelsen av sosial mestringsforventning og depresjon, hvor gruppen som ble målt var amerikanske "high- school" studenter. Begge disse studiene anvendte

situasjonsspesifikke mål på mestringsforventning, og depresjon. Begge fant at de som hadde høyre mestringsforventning, hadde mindre symptomer på depresjon.

I ulike perioder i livet blir man stilt overfor ulike krav om kompetanse for å fungere suksessfullt. Mestringsforventning utvikler seg gjennom hele livet, og det å bli foreldre for første gang, fører til at en må takle rollen som både foreldre og kjæreste. Dette kan være en prøvelse for mange som mangler troen på å takle de familiære kravene som stilles. De vil da også være sårbar overfor stress og depresjon (Bandura, 1997; Maddux, 2002), og derav fødselsdepresjon.

3.0 Hensikt og forskningsspørsmål/hypoteser

Det og få barn for første gang er som nevnt, en hendelse som krever mye av en som forelder og partner. Det er en hendelse som kan gå ut over den psykiske helsen til kvinner ved at kvaliteten i parforholdet synker, samt i form av en fødselsdepresjon. Det vil da være nærliggende å tro at måten man takler og håndterer en slik situasjon også vil være avhengig av den enkeltes opplevde mestringsforventning. Formålet for denne studien vil da være å forsøke å komplimentere forskningen på området. Ved å inkludere mestringsforventning, som er en kognitiv komponent, kan dette bidra med ny kunnskap nettopp med tanke på partilfredshet og fødselsdepresjon, i overgangen til foreldreskapet, for førstegangsfødende kvinner.

Mestringsforventning målt ved en situasjonsspesifikk skala, har vist at det er en sammenheng mellom mestringsforventning og fødselsdepresjon. Hvordan eller om en generell mestringsforventning kan predikere fødselsdepresjon foreligger det, med forbehold om forskning utenfor min viten, ikke noen norske resultater på. Grunnet forskning som tyder på en nær sammenheng mellom mestringsforventning og depresjon, vil det være nærliggende å anta at det vil være en sammenheng mellom disse.

Overordnet problemstilling blir da; ”Kan mestringsforventning påvirke kvinners psykiske helse i overgangen til foreldreskapet?”

Denne problemstillingen vil utdypes nærmere gjennom 3 ulike forskningsspørsmål:

3.1 Forskningsspørsmål 1

Forskingsspørsmål 1 er som følger; ”Vil kvinners tilfredshet i parforholdet endres i overgangen til foreldreskapet?”

Hypotese 1: Tilfredsheten i parforholdet synker gjennom overgangen til foreldreskapet.

3.2 Forskningsspørsmål 2

Forskningsspørsmål 2 er som følger; ”Er det en sammenheng mellom nivå av opplevd mestringsforventning og hvor tilfreds kvinner er med parforholdet, i overgangen til foreldreskapet?”

Hypotese 2: Kvinner som skårer høyt på mestringsforventning er mer tilfredshet i parforholdet etter førstefødte barn, når man kontrollerer for mestringsforventningsskåren på pretest.

3.3 Forskningsspørsmål 3

Forskningsspørsmål 3 er som følger; ”Er det en sammenheng mellom mestringsforventning og fødselsdepresjon?”

Hypotese 3: Kvinner som har høy mestringsforventning skårer lavere på fødselsdepresjon, etter førstefødte barn, når man kontrollerer for depresjon på pretest.

4.0 Metode

4.1 Design

Dette er en kvantitativ studie, hvor hensikten har vært å se på sammenhenger, teste hypoteser, samt ønske om breddekunnskap om deler av befolkningen; førstegangsfødende kvinner i et parforhold.

Den nåværende studien kommer inn under prosjektet ”Samliv og helse”, som igjen er en delstudie knyttet til ”Den Norske Mor og barn undersøkelsen” (MoBa). MoBa undersøkelsen er en kohortstudie (med prospektivt design), styrt av Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Prospektive studier regnes for å gi sikre opplysninger om sykdom og helse, og de ulike faktorene som kan ha påvirket disse. Studien omfatter ca. 100.000 deltakere (Folkehelseinstituttet, 2010b). Respons raten var på ca. 44 %. Magnus et. al (2006) fant at det ikke var store forskjeller mellom de som deltok i undersøkelsen og alle kvinner som fødte på samme tidspunkt i Norge. Hovedformålet med studien er å finne årsaker til sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2010b). Dataene ble samlet inn i perioden 1999- 2008. Flertallet av alle gravide kvinner ble invitert til å delta i undersøkelsen. Fedrene ble også invitert til å delta i deler av spørreundersøkelsen. Både biologisk materiale og spørreskjemadata er samlet inn allerede fra 16. svangerskapsuke - noe som gjør undersøkelsen helt spesiell. I MoBa undersøkelsen bidrar mor, far og barn med ulik biologisk materiale ved hjelp av blodprøver, samt at mor svarer på flere spørreskjemaer. Blodprøvene er viktig da de kan si noe om infeksjoner, miljøgifter, medikamenter og andre miljøfaktorer kvinnene har vært eksponert for under svangerskapet. I tillegg kan arvelige disposisjoner for sykdom studeres ved hjelp av arvemateriale (DNA). Dataene er innhentet under og etter svangerskapet.

I den nåværende studien vil kun data fra mor bli analysert. Dette grunnet at far svarer kun på ett spørreskjema, hvor den uavhengige variabelen mestringsforventning og den avhengige variabelen fødselsdepresjon ikke er inkludert.

Da studien er en oppfølgingsstudie gir dette muligheter til å avdekke sammenhenger mellom ulike variabler. De variablene som undersøkes i nåværende studiet er undersøkt ved pretest og posttest, før og etter overgangen til å ha blitt forelder. Spørreskjema som blir anvendt før overgangen til foreldreskapet er besvart i uke 30 av

svangerskapet (her kalt tid 1), mens spørreskjemaet som blir anvendt etter overgangen til foreldreskapet er besvart 6 mnd. etter fødsel (her kalt tid 2), se vedlegg nr. 1.

4.2 Utvalgsriterier og utvalget

Et første inklusjonskriterium for denne studien er at kvinnene måtte være førstegangsfødende, da det er overgangen fra å være et par til å bli foreldre som er sentralt. Et annet inklusjonskriterium er at kun kvinner som var samboende eller gifte ved baseline ble inkludert i studien. Et eksklusjonskriterium er at kvinner som har opplevd abort eller krybbedød ikke ble tatt med i studien. Dette ble gjort av naturlige årsaker, og da en slik hendelse er en påkjenning som *kan* påvirke datamaterialet i en ”unaturlig” retning.

Det var totalt ca. 100.000 som deltok i MoBa spørreundersøkelsen. Av disse var 45.688 kvinner førstegangsfødende. Deltagelsen varierte ved de ulike måletidspunktene. Ved uke 16 i svangerskapet var det 916 kvinner som enten falt fra eller ikke svarte tilstrekkelig (for få eller for mange avkryssninger) på spørreskjema. Ved uke 30 i svangerskapet var det 9096 kvinner som falt fra, mens 2375 kvinner hadde frafall 6 mnd etter fødsel. 43.243 av de 45.688 kvinnene som var førstegangsfødende, var enten samboer (N=27.223) eller gift (N=16.020).

Tabell nr. 1 viser en oversikt over utvalgene knyttet til de tre ulike forskningsspørsmålene.

Som en ser ut fra utvalget knyttet til forskningsspørsmål 1 er det et frafall fra det opprinnelige utvalget på 43.243 kvinner, på 11.614 kvinner. Årsaken til dette er at et inklusjonskriterium er at kvinnene må ha svart på spørsmål om partilfredshet på to spørreskjema (30 uker inn i svangerskapet og 6 mnd etter fødsel). Dersom dette ikke var oppfylt, eller at spørreskjema ikke var tilstrekkelig utfyllt ble kvinnene ekskludert.

Som en ser ut fra utvalget knyttet til forskningsspørsmål 2 er det et frafall på 14.384 kvinner. Årsaken til dette er at kvinnene måtte ha svart på spørsmål om mestringsforventning ved uke 30 i svangerskapet og spørsmål om partilfredshet 6 mnd etter fødsel, i tillegg til at spørreskjemaet måtte være tilstrekkelig utfyllt med riktig avkryssning.

Som en ser ut fra utvalget knyttet til forskningsspørsmål 3 er det et frafall på 13.942 kvinner. Årsaken til dette er at et inklusjonskriterium er at spørsmål om mestringsforventning ved 30 uker inn i svangerskapet og spørsmål om fødselsdepresjon 6 mnd etter svangerskapet ble besvart. I tillegg måtte spørsmålene være riktig avkrysset.

Tabell nr. 1

Utvalg, forskningsspørsmål 1-3

	Forskningsspørsmål 1	Forskningsspørsmål 2	Forskningsspørsmål 3
N	31.629	28.859	29.301
Gift	12.019	11.000	11.121
Samboende	19.610	17.859	18.180
9-årig grunnskole (%)	1.70	1.58	1.68
1-2- årig videregående skole (%)	3.68	3.4	3.55
Videregående yrkesfaglig skole (%)	12.42	12.24	12.35
3- årig videregående allmennfaglig gymnas (%)	14.58	14.47	14.54
Distriktshøyskole, universitet inntil 4 år (%)	43.41	43.75	43.55
Universitet, høyskole mer enn 4 år (%)	24.20	24.47	24.31

Forskningsspørsmål 1 = Vil kvinners tilfredshet i parforholdet endres i overgangen til foreldreskapet?

Forskningsspørsmål 2 = Er det en sammenheng mellom nivå av opplevd mestringsforventning og hvor tilfreds kvinner er med parforholdet, i overgangen til foreldreskapet?

Forskningsspørsmål 3 = Er det en sammenheng mellom mestringsforventning og fødselsdepresjon?

Utdanningsnivået i alle utvalgene var noe høyere enn for kvinner i befolkningen for øvrig, i det 21.9 % hadde 9-årig grunnskole, 37.1 % hadde videregående utdanning, 32.4 % hadde universitet, høyskoleutdanning inntil 4år, mens 8.6 % hadde universitet, høyskole mer enn 4 år (SSB, 2009).

4.3 Mål og variabler

I denne studien anvendes fire ulike instrumenter for å måle variablene mestringsforventning, tilfredshet i parforholdet, fødselsdepresjon og depressive trekk.

1) Generalised Self- efficacy

Mestringsforventning er målt ut ifra "GSE: Generalised Self-efficacy- 5 questions" (Leganger, Kraft, & Røysamb, 2000; Røysamb, 1997; Schwarzer, 1993). Den originale skalaen består av 10 spørsmål. Nasjonalt Folkehelseinstitutt har ved hjelp av statistiske prosedyrer, som en stegvis regresjonsanalyse, kommet frem til en kortversjon bestående av 5 spørsmål. Spørsmålene er som følger; "Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok", " Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på", "Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser", "Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler min evne til å klare meg" og "Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning". Det er 4 ulike svaralternativer: "ikke riktig, litt riktig, nesten riktig eller helt riktig".

GSE skalaen er designet for å avdekke en persons tro på egne evner til å mestre ulike vanskelige oppgaver og situasjoner i livet.

Mestringsforventning blir målt i uke 30 av svangerskapet, se spørsmål nr. 128 i vedlegg 1.

GSE – skalaen er benyttet i mange internasjonale og nasjonale studier, den viser seg å ha egnete psykometriske egenskaper i kliniske utvalg i Norge (Leganger, et al., 2000). Skalaen er vist å være reliabel med en Cronbachs alpha mellom 0.79 -0.90 (Luszczynska, et al., 2005). I den nåværende studien har GSE- skalaen en Cronbachs alpha =0.83; mean = 2.93; SD =0.61.

2) Relationship satisfaction scale

Tilfredshet i parforholdet er målt ved hjelp av "Relationship Satisfaction Scale- 10 questions". Denne baserer seg på "Mehrabians Marital Satisfaction Scale- 40 questions (Blum & Mehrebian, 1999). Den norske versjonen er en modifisert og

forkortet versjon. 7 spørsmål er valgt ut, i tillegg til at det er noen forandringer i ordleggingen. Det er valgt partnerskap/partner fremfor ekteskap/ektefelle. I tillegg ble 3 nye spørsmål lagt til. Utsagnene/ spm. er rangert på en likert agreement skala, hvor rangeringen var fra 1 "svært enig" til 6 "svært uenig". Utsagnene var som følger; "Det er et nært samhold mellom min ektefelle/samboer/partner", "Min partner og jeg har problemer i forholdet vårt", "Jeg er veldig lykkelig i mitt forhold", "Partneren min er generelt sympatisk" og "Jeg er tilfreds med forholdet til min partner", "Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold", "Jeg er fornøyd med forholdet til min partner", "Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser", "Jeg har vært heldig med valg av partner", "Vi er enige om hvordan barn bør oppdras" og "Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet".

Tilfredshet i parforholdet ble målt i uke 30 av svangerskapet og 6 mnd etter fødsel, se spørsmål nr. 125 og 94 i vedlegg nr.1.

Relationship satisfaction scale hadde en Cronbachs alpha verdi på 0.92, mean = 5.48; SD=0.55.

3) Edinburgh Postnatal Depression Scale

Fødselsdepresjon ble målt ved hjelp av en forkortet og noe modifisert versjon av "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Den opprinnelige skalaen består av ti elementer/ spm., mens skalaen benyttet av MOBA består av 6 ulike utsagn med fire svaralternativer. Spørsmålsformuleringen er; "Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene?". Utsagnene er som følger; "Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt", "Vært nervøs eller bekymret uten grunn", "Vært redd eller fått panikk uten grunn", "Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove", "Følt deg nedfor eller ulykkelig" eller "Vært så ulykkelig at du har grått". Svaralternativene er; "Ja, nesten hele tiden", "Ja, av og til", "Ikke særlig ofte" eller "Nei, aldri".

Fødselsdepresjon ble målt 6 mnd etter fødsel, se spørsmål nr. 98 i vedlegg nr.1.

Edinburgh Postnatal Depression Scale hadde en Cronbachs alpha verdi =0.84; mean =0.52; SD =0.54.

4) HCLD/ Symptom check list (SCL)

For å kunne undersøke om opplevd depressive trekk før fødsel hadde noen påvirkning på datamaterialet, ble også deler av SCL: Symptom Check List-5/8 Questions benyttet. SCL-5 og SCL-8 er kortversjoner av SCL-25 (Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984), som igjen stammer fra Hopkins symptom check list-25. Disse er valgt ut fra regresjonsanalyser av den fulle versjonen. SCL-8 har fire spørsmål knyttet til depresjon og fire spørsmål knyttet til angst. Kun de fire spørsmålene knyttet til depresjon ble anvendt i nåværende studie og variabelen har fått navnet HCLD (etter Hopkins check list depression,). Spørsmålsformuleringen er; ”Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av med noe av det følgende”. Spørsmålene er som følger; ”Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden”, ”Nedtrykt, tungsindig”, ”Mye bekymret eller urolig” eller Følelse av at alt er et slit”. Svaralternativene er; ”Ikke plaget”, ”Lite plaget”, ”Ganske mye plaget” eller ”veldig mye plaget”.

SCL-8 ble målt i uke 30 av svangerskapet, se spørsmål nr. 126 i vedlegg nr. 1.

HCLD- skalaen hadde en Cronbacks alpha verdi =0.74; mean = 1.29; SD =0.41.

Sivil status og utdanningsnivå

De demografiske variablene sivil status og utdanning ble også kontrollert for ved alle problemstillingene. Høyere utdanning er vist å henge sammen med mange positive forhold i livet: bedre helse, høyere levealder og bedre livskvalitet (Thorsen & Clausen, 2009). Det er blant annet kommet frem i en norsk studie at høyere utdanning beskytter mot angst og depresjon (Bjelland, et al., 2008). Det har også vist seg at ekteskapet er mer stabilt enn samboerskapet (Barne- & Familiedepartementet, 2002-2003).

4.4 Statistiske prosedyrer

Alle statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS versjon 17. Deskriptive analyser inkluderer frekvenser, gjennomsnittsskår, standardavvik (SD). Variabelen mestringsforventning er delt inn i tre ulike grupper; lav (1), middels (2) og høy (3).

T-test, forskningsspørsmål 1

Om tilfredshet i parforholdet endret seg gjennom overgangen til foreldreskapet, ble undersøkt ved hjelp av en t-test. Det ble i dette tilfellet anvendt en parett t-test, også kalt repetert måling, dette grunnet at det er ett utvalg med en pretest og posttest

design, hvor det blir samlet inn data ved to ulike tidspunkt. En parret t-test ble da anvendt for å undersøke om det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsskårene for tidspunkt 1 og tidspunkt 2. Den kategoriske uavhengige variabelen er tid, målt ved to ulike tidspunkt; 30 uker inn i svangerskapet og 6 mnd. etter fødsel. Den kontinuerlige avhengige variabelen er målt ved de to ulike tidspunktene, og er tilfredshet i parforholdet.

Probabiliteten for type I feil ble satt til .05 og Chronbachs alfa er benyttet som reliabilitetsindeks.

Analysis of covariance (ANCOVA), forskningsspørsmål 2 og 3

ANCOVA ble benyttet for å finne ut om mestringsforventnings gruppene skårer ulikt på tilfredshet i parforholdet (forskningsspørsmål 2) og for å finne ut om det var en statistisk signifikant forskjell mellom mestringsforventnings gruppene og fødselsdepresjon (forskningsspørsmål 3).

Probabiliteten for type I feil ble satt til .05 ved begge undersøkelsene. Chronbachs alfa er benyttet som reliabilitetsindeks.

Forskningsspørsmål 2

Den avhengige variabelen er tilfredshet i parforholdet ved tid 2. Den uavhengige variabelen er mestringsforventning, delt inn i kategoriene lav (1), middels (2) og høy (3). Kovariabelen er tilfredshet i parforholdet ved tid 1. Sivil status og utdanning - målt ved tidspunkt 1, ble også kontrollert for.

Kvinnene fordeler seg slik over de tre mestringsforventnings gruppene: 9845 kvinner er rangert til å ha lav mestringsforventning, 10.468 kvinner skårer middels på mestringsforventning, mens 8546 kvinner skårer høyt.

Forskningsspørsmål 3

Den avhengige variabelen er her fødselsdepresjon målt 6 mnd etter fødsel, den uavhengige variabelen er mestringsforventning fordelt på tre grupper (lav, middels og høy). Kovariatene er symptomer på depresjon før overgangen til foreldreskapet, målt 30 uker inn i svangerskapet. Sivil status og utdanning ble også kontrollert for.

Kvinnene fordeler seg slik over de tre mestringsforventnings gruppene: 10.012 kvinner er rangert til å ha lav mestringsforventning, 10.626 kvinner skårer middels på mestringsforventning, mens 8663 kvinner skårer høyt.

4.5 Preanalyser

Frafallsanalyser ble gjennomført for å kontrollere om utvalget som har deltatt på måletidspunkt 1 og 2 skiller seg signifikant fra dem som kun deltok på måletidspunkt 1. Dette for å si noe om hvordan sammenhengen mellom mestringsforventning og tilfredshet i parforholdet/fødselsdepresjon er over tid, og for å unngå å basere funnene på feil grunnlag. Frafallsanalyser ble gjennomført ved hjelp frekvenstabeller, manova og chi-square test. Manova ble utført for å finne ut om kvinnene som ikke svarte på spørsmålene etter fødsel skilte seg fra de som svarte, på variablene tegn til depresjon, mestringsforventning og tilfredshet i parforholdet, alle målt 30 uker inn i svangerskapet. For å finne ut om det var forskjeller i utdanningsnivå, ble det utført en chi-square test. Denne testen ble anvendt for å sammenligne relasjonen mellom to kategoriske variabler, som hadde to eller flere kategorier. I dette tilfellet har variabelen frafall to underkategorier; ikke frafall og frafall, mens utdanningsnivået er delt inn i seks underkategorier; 9-årig videregående skole, 1-2-årig videregående skole, videregående yrkesfaglig skole, 3-årig videregående skole, distriktshøyskole, universitet inntil 4 år og universitet, høyskole mer enn 4 år.

Resultater frafallsanalyser

Det var totalt 45.688 som var førstegangsfødende kvinner som hadde mottatt spørreskjema (se tabell A i Appendiks). Av disse var det 33.301 kvinner som ikke falt fra. 916 kvinner falt fra ved spørreskjema målt 16 uker inn i svangerskapet. 9096 kvinner falt fra ved spørreskjema 30 uker inn i svangerskapet og 2375 kvinner falt fra

ved spørreskjema 6 mnd.etter fødsel. Det var en svarprosent på 72.9 % og et frafall på totalt 27,1 %.

Gjennomsnittsskårer

Når gjennomsnittsskårene på variablene tegn til depresjon, mestringsforventning og tilfredshet i parforholdet ble sammenlignet mellom de som svarte og de som ikke svarte, var det ikke er store forskjeller.

Resultatene viste seg imidlertid ut ifra MANOVA analyse, å være signifikante for; tegn til depresjon ved tidspunkt 1: $F(1, 8.22) 50.10, p=.000$; eta squared=.001, og mestringsforventning ved tidspunkt 1: $F(1,6.56) 17.61, p=.000$; eta squared=.000. Tilfredshet i parforholdet ved tidspunkt 1 var ikke statistisk signifikant, se tabell B i Appendiks. Dette resultatet kunne bety at det var en forskjell mellom de som ikke svarte og de som svarte, på variablene depressive trekk og mestringsforventning. Men som en ser ut fra effektstørrelsen eta squared, viste denne seg å være svært liten, og da ha liten praktisk signifikans (Cohen, 1988). Altså de som ikke svarte på spørreskjemaet var ikke nevneverdig mer deprimert, hadde lavere mestringsforventning eller var mindre tilfreds i parforholdet enn de som faktisk svarte.

Chi-square test

For å finne ut om kvinnene som ikke svarte på spørsmålene ved tidspunkt 2 (6 mnd.etter fødsel) skiller seg signifikant fra de som svarte på dem, ble de også sammenlignet når det gjaldt utdanningsnivå. Tabell C i Appendiks er en sammenligning mellom de som svarte på undersøkelsen og de som ikke svarte, når det gjaldt utdanningsnivå. Resultatene viser at det er en signifikant forskjell mellom utdanningsnivå og om de svarte, eller ikke svarte, $p=.000$; eta square=.082 (se tabell D i Appendiks). Dette er en moderat effektstørrelse (Cohen, 1988).

T-test, forskningsspørsmål 1

En av antagelsene til paret t-test er at utvalget hvor dataene er innhentet er normalfordelt. Inspeksjoner av datamaterialet ved hjelp av Q-Q plot, avdekket et potensielt problem med normalfordelingen av den avhengige variabelen tilfredshet i parforholdet 6 mnd etter fødsel, men selv om paret t-test baserer seg på normalfordeling, er den i praksis robust mot moderate brudd på denne (Pallant, 2005). Med et stort nok utvalg (500+), vil ikke brudd på denne antagelsen føre til store

problemer (Pallant, 2005). Datamaterialet i den nåværende studien oppfylder kravet når det gjelder størrelse på utvalget, da dette er et stort utvalg (30.000+). Dette vil således ha liten effekt på standard feilen og på størrelsen på sammenhengen.

ANCOVA analyser, forskningsspørsmål 2 og 3

ANCOVA har noen antagelser om datamateriale som anvendes, som bør være oppfylt. Hovedantagelsene til ANCOVA er at det er svært viktig at kovariatene er målt før den hendelsen som er ment å påvirke den avhengige variabelen inntreffer, i dette tilfellet før overgangen til foreldreskapet. Dette grunnet det da ikke vil være noen tvil om at kovariatene også ble påvirket av hendelsen. Kovariatene tilfredshet i parforholdet og tegn til depresjon, begge målt 30 uker inn i svangerskapet, er i denne studien er målt før overgangen til foreldreskapet. ANCOVA antar også at kovariatene er målt uten feil, noe som kan være urealistisk i mange tilfeller. Det som er gjort i MoBa undersøkelsen for å sikre reliabiliteten til måleinstrumentene er som nevnt tidligere, at det er anvendt gode validiterte skalaer og spørreskjema. I tillegg er Cronbach alpha verdien beregnet for å sikre den interne konsistensen av de ulike skalaene.

Inspeksjoner av datamaterialet avdekket et potensielt problem med normalfordelingen av de avhengige variablene tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon, målt 6 mnd etter fødsel. Til tross for at ANCOVA baserer seg på normalfordeling, er den i praksis robust mot moderate brudd på denne (Pallant, 2005). Med et stort nok utvalg (500+), vil ikke brudd på denne antagelsen føre til store problemer (Pallant, 2005). Datamaterialet i den nåværende studien oppfylder kravet når det gjelder størrelse på utvalget, da dette er et stort utvalg (20.000+). Det er vist at ved spørsmål om trivselsfaktorer, tenderer respondentene å svare i en mer positiv retning, noe som gjør at man får en samling av høye skårer på høyre side av normalfordelingen. Dette gjelder også for tilfredshet i parforholdet 6 mnd etter fødsel, som har en skewness på -1.76. Det motsatte gjelder for spørsmål om negative forhold, noe som også stemmer i dette tilfellet. Fødselsdepresjon målt 6 mnd etter fødsel har en positiv skewness på 1.22.

4.6 Etiske aspekter

Studien baserer seg på en undersøkelse som allerede er utført, noe som medfører at de etiske overveielene knyttet til selve spørreskjemaet, allerede har vært gjenstand for diskusjon. Det er tatt utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen, som er grunnlaget for etiske forhold knyttet til medisinsk forskning. Det ble imidlertid gitt egne retningslinjer knyttet til epidemiologisk forskning (av "Council for International Organizations of Medical Sciences"). Det ble gitt informert samtykke til deltakerne (se vedlegg nr. 2). Når det gjelder MoBa prosjektet har Datatilsynet gitt konsesjon for opprettelse av de forskjellige registrene knyttet til prosjektet. Det vil alltid oppstå etiske vurderinger underveis, men det har ikke vært nødvendig med nye søknader vedrørende denne studien som er tilknyttet hovedstudien "Samliv og Helse". "Samliv og Helse" har fått godkjent sitt prosjekt av Regional etisk komité (se vedlegg nr. 3), samt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg nr 4). De overholder også de samme etiske retningslinjene som MoBa undersøkelsen. Det er derfor blitt utført en evaluering av etiske standard og det er tatt hensyn til personvernet. Da denne studien er knyttet til delprosjektet "Samliv og Helse", vil de samme etiske retningslinjene gjelde for denne studien. Det har vært, i det nåværende studiet, vesentlig å ivareta datamaterialet konfidensielt, og bearbeide dem på en måte hvor det ikke forekommer feilaktige fremstillinger.

5.0 Resultater

5.1 Deskriptiver

Tabell nr. 2 viser gjennomsnittsskårene, minimum - og maksimumsskårene og standard deviation for variablene mestringsforventning (tid 1), tilfredshet i parforholdet (tid 1), tegn til depresjon (tid 1), fødselsdepresjon (tid 2), tilfredshet i parforholdet (tid 2), sivil status og utdanning. Ut fra tabellen ser en at tilfredsheten i parforholdet synker fra tid1 til tid 2. Når det gjelder tegn til depresjon og fødselsdepresjon, ser en at skåren er høyere ved tid 1 enn ved tid 2. Sivil status viser at det er gjennomsnittlig flere som er samboende enn gifte og at utdanningsnivået er rimelig høyt, gjennomsnittlig 4.6 mot maksimumsskåre på 6.

Tabell nr. 2

	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standard Avvik
Mestringsforventning, tid 1	41910	1.00	4.00	2.9339	.61055
Tilfredshet i parforholdet, tid 1	41153	1.00	6.00	5.4770	.54978
Tegn til depresjon, tid 1	41941	.67	4.00	1.2929	.40529
Fødselsdepresjon, tid 2	34039	.00	3.17	.5150	.53707
Tilfredshet i parforholdet, tid 2	32783	1.00	6.25	5.3379	.68282
Sivil stauts (a)	43243	1.00	2.00	1.6295	.48293
Utdanning (b)	42756	1	6	4.60	1.260
Valid N (listwise)	24257				

Tid 1= 30 uker inn i svangerskapet,

Tid 2= 6 mnd etter fødsel

a. 1=gift, 2=samboer

b. 1= 9-årig grunnskole, 6=universitet, høyskole, mer enn 4 år

5.2 Resultatene fra T-test, forskningsspørsmål 1

En paret t-test ble utført for å finne ut om det var en signifikant forskjell i hvor tilfreds kvinnene var med parforholdet, før og etter overgangen til foreldreskapet. Det viste seg å være en statistisk signifikant nedgang i tilfredshet med parforholdet fra tidspunkt 1 (M= 5.50, SD=. 51) til tidspunkt 2 [M=5.34, SD=.68, t(31629)=51.650, p<.0005], se tabell nr.3. Eta squared ble også regnet ut til å være .077, ved hjelp av formelen $\frac{t^2}{t^2+N-1}$. Dette indikerer en moderat effekt størrelse i følge Cohen (1988).

Tabell nr. 3

	Gjennomsnitt	N	Std. Deviation	t	Sig. (2 halet)
Tilfredshet i parforholdet, tid 1	5.4952	31629	.50575	51.650	.000
Tilfredshet i parforholdet, tid 2	5.3436	31629	.67647		

Tid 1= 30 uker inn i svangerskapet

Tid 2= 6 mnd etter fødsel

5.3 Resultatene fra ANCOVA, forskningsspørsmål 2

En enveis analysis of covariance (ANCOVA) ble utført for å undersøke om det var en signifikant forskjell på hvordan de ulike mestringsforventnings gruppene opplevde tilfredsheten i parforholdet, etter overgangen til foreldreskapet. Den uavhengige variabelen var mestringsforventning målt 30 uker inn i svangerskapet, fordelt på 3 grupper, og den avhengige variabelen var tilfredshet i parforholdet målt 6 mnd. etter svangerskapet. Kvinnenes skår på tilfredshet i parforholdet målt 30 uker inn i

svangerskapet, ble benyttet som kovariat. Sivilstatus og utdanning ble også kontrollert for.

Preliminære antagelser ble testet for å sjekke normalfordelingen, lineære sammenhenger, homogeneity of variances, homogeneity of regression slopes og at det var reliable målinger av kovariatene. Ingen antagelser ble alvorlig brutt. Etter å ha justert for preskår på tilfredshet i parforholdet, var det en statistisk signifikant forskjell mellom de tre ulike gruppene når det kom til tilfredshet i parforholdet (se tabell nr. 4), [F(2,28849)=3.2, p=.042, partial eta squared=.00013]. Til tross for at det var en signifikant forskjell, ser en ut fra effektstørrelsen at mestringsforventning forklarer kun ca. 0.1 % av variansen til skårene på tilfredshet i parforholdet 6 mnd etter fødsel. Tilfredshet i parforholdet ved tidspunkt 1 (30 uker inn i svangerskapet), forklarer derimot 38.5 % av variansen, [F(1,28849)=19024.56, p=.000, partial eta square=0.3850]. Sivil status og utdanning, viste også å være signifikante, men med en svært liten effektstørrelse³ (Cohen, 1988): sivilstatus: [F(1,28849)=44.013, p=.000, partial eta squared=.0009], og utdannelse: [F(5,28849)=11.552, p=.000, partial eta squared=.0012].

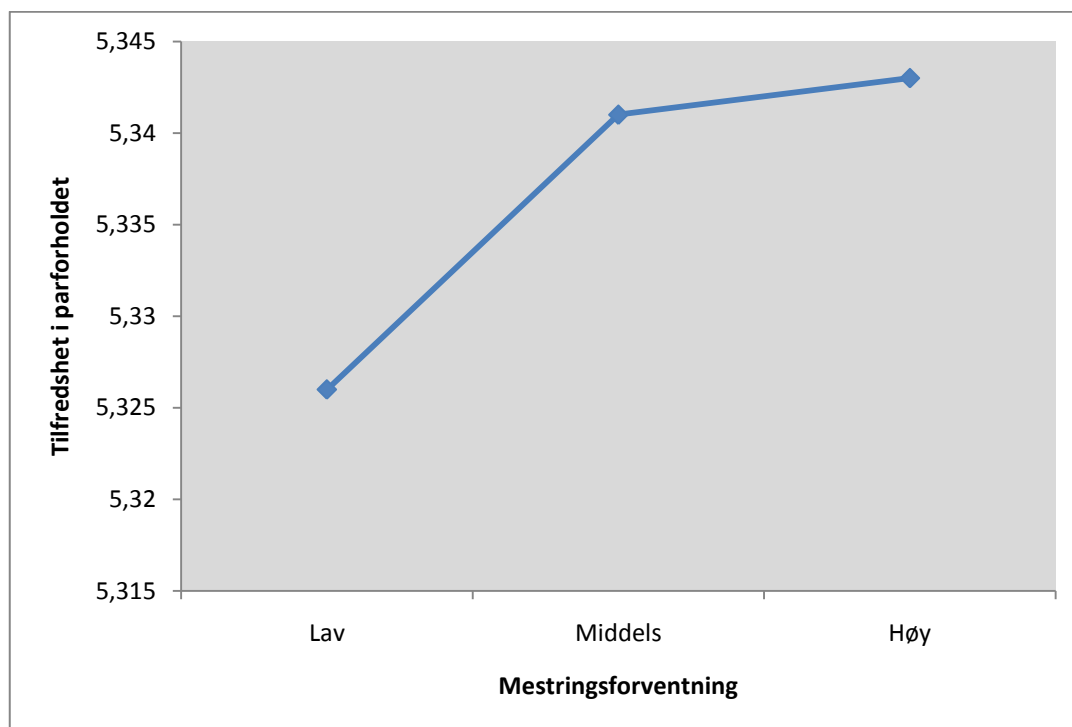
Tabell nr. 4

	Type III Sum of Squares	df	F	Sig.
Mestringsforventning delt inn i 3 grupper (b)	1.603	2	3.171	.042
Sivil status	11.127	1	44.013	.000
Utdanning	14.602	5	11.552	.000
Tilfredshet i parforholdet, tid 1	4809.686	1	19024.554	.000
Error	7293.450	28849		
Total	841042.191	28859		
Corrected Total	12491.189	28858		

³ Partial eta squared er her regnet ut for hånd, med formelen; Type III Sum of Squares/Corrected Total.

Som en ser ut ifra figur nr. 5, er de som skårer høyest på mestringsforventning mest tilfreds med parforholdet 6 mnd etter fødsel, og omvendt.

Figur nr. 5



5.4 Resultatene fra ANCOVA, forskningsspørsmål 3

For å finne ut om det var en signifikant forskjell mellom kvinnene i de ulike mestringsforventnings gruppene og fødselsdepresjon, ble det utført en ANCOVA, se tabell nr. 5. Den uavhengige variabelen er mestringsforventning, målt 30 uker inn i svangerskapet, fordelt på 3 grupper. Den avhengige variabelen er fødselsdepresjon, målt 6 mnd. etter fødsel. Kovariaten er tegn på depresjon målt 30 uker inn i svangerskapet. De demografiske variablene sivil status og utdanning ble også kontrollert for. Etter å ha justert for preskår på tegn på depresjon, var det en statistisk signifikant forskjell mellom de tre ulike gruppene når det kom til fødselsdepresjon, $[F(2, 29291)=177.82, p=.000; \text{parial eta squared}=.0099]$. Som en ser ut fra partial eta squared tilsvarer dette en

forklaringsverdi på ca. 1 %. Tegn på depresjon viste seg å ha en forklaringsverdi på 13.7 %, [F(1, 29291)=4899.4, p=.000, partial eta squared=.137]. Sivil status og utdanning viste seg også å være signifikant, men med en ekstrem liten forklaringsverdi; sivil status; [F(1,29291)=5.86, p=.016, partial eta squared=.00009], utdanning; [F(5,29291)=26.08, p=.000, partial eta squared=.002].

Tabell nr. 5

ANCOVA, forskningsspørsmål 3

	Type III Sum of Squares	Frihetsgrad	F	Signifikans
Mestringsforventning delt inn i 3 grupper (b)	79.337	2	177.815	.000
Sivil status	1.307	1	5.857	.016
Utdanning	29.088	5	26.077	.000
Tilfredshet i parforholdet, tid 1 (c)	1093.000	1	4899.397	.000
Error	6534.492	29291		
Total	15133.292	29301		
Corrected Total	7967.926	29300		

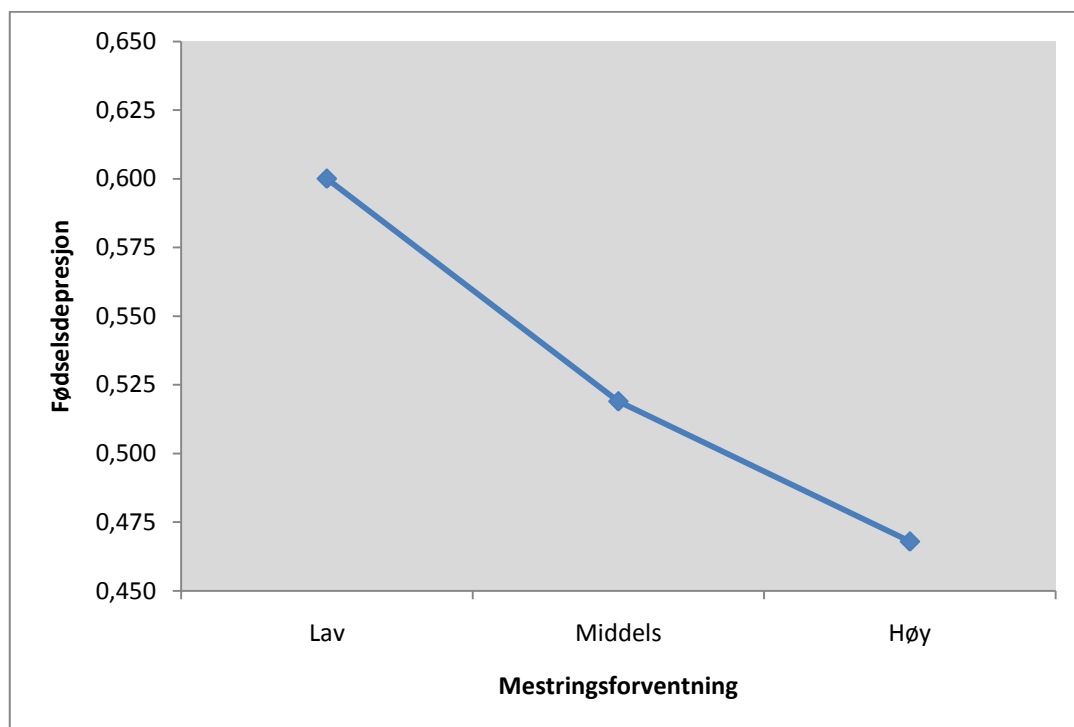
a. Tid 2= 6 mnd etter fødsel

b. Mestringforventning delt inn i 1=lav, 2=middels, 3=høy

c. Tid 1= 30 uker inn i svangerskapet

Ut ifra figur nr. 6 ser en at høyere nivå av fødselsdepresjon 6 mnd etter fødsel er relatert til lavere nivå av mestringsforventning.

Figur nr. 6



6.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke om mestringsforventning har en innvirkning på den psykiske helsen til kvinner, i overgangen til foreldreskapet. Dette når det gjaldt kvinnenes tilfredshet med parforholdet og fødselsdepresjon. I tillegg ble det i studien undersøkt om tilfredsheten i parforholdet forandret seg gjennom overgangen til foreldreskapet.

Det vil i dette kapittelet diskuteres de ulike funnene i lys av nevnt teori og forskning. I tillegg vil eventuelle andre teorier/forskning diskuteres på bakgrunn av ny kunnskap.

6.1 Mestringsforventning og tilfredshet i parforholdet, i overgangen til foreldreskapet

Det ble i denne studien undersøkt om tilfredsheten i parforholdet for kvinner ble mindre gjennom overgangen til foreldreskapet (forskningsspørsmål 1). Det var også et kriterium at kvinnene var gifte eller samboende, da overgangen fra å være et par til å bli foreldre som var sentralt. I tillegg ble det undersøkt om det var en sammenheng mellom nivå av opplevd mestringsforventning og hvor tilfreds kvinnene var med parforholdet, i overgangen til foreldreskapet (forskningsspørsmål 2). De demografiske variablene sivil status og utdanningsnivå ble også kontrollert for.

Resultatene knyttet til forskningsspørsmål 1 viser at det var en signifikant nedgang i tilfredshet i parforholdet gjennom overgangen til foreldreskapet. Samtidig viste analyser knyttet til forskningsspørsmål 2, at det var en signifikant forskjell på hvor tilfreds kvinnene var i parforholdet om de hadde lav, middels eller høy mestringsforventning. De som var høy på mestringsforventning var mest tilfreds med parforholdet, og de som var lavest på mestringsforventning var minst tilfreds med parforholdet. Effektstørrelsen viste seg imidlertid å være svært liten. Det ble også funnet at tilfredsheten i parforholdet før første fødte barn, forklarte 38.5 % av variansen av skårene på tilfredshet i parforholdet 6 mnd. etter fødsel. Når det gjaldt utdanningsnivå og partilfredshet, var det en signifikant forskjell på hvilke utdanningsnivå kvinnene hadde og hvor tilfreds de var med parforholdet. Den hadde likevel en svært lav forklaringsverdi, og derfor av liten betydning. Utvalget viste seg også å være overrepresentert av høyt utdannede kvinner. Det ble funnet at det var en signifikant

forskjell på om kvinnene var gift eller samboer, men dette hadde også en svært liten forklaringsverdi når det gjaldt nedgangen i tilfredshet i parforholdet.

Resultatene knyttet til forskningsspørsmål 1 støtter tidligere funn av eksempelvis Cowan & Cowan (1995), som fant at på gruppenivå er overgangen til foreldreskapet en hendelse som fører til en liten men signifikant nedgang i tilfredshet i parforholdet. Dette funnet kan være en indikasjon på at helsesektoren generelt står overfor en utfordring da det er vist at å være tilfreds i et parforhold er forbundet med bedre livskvalitet og helse (Halford & Markman, 1997). Nedgang i tilfredshet kan som nevnt tidligere, også få konsekvenser for parforholdet i form av samlivsbrudd. Samtidig kan det være belastende å bli værende i et samliv som man ikke trives i. Samlivsbrudd påvirker de to involverte partene, men har og en stor innvirkning på barna (Mortensen & Thuen, 2005). Den økende andel samlivsbrudd i den vestlige verden, og de konsekvensene dette medfører, fører til en rekke utfordringer for helsesektoren. Helsesektoren har som ansvar å bistå med hjelp for foreldre og barn som får dårligere helse som konsekvens av samlivsbrudd. Konsekvensene kan være som nevnt tidligere, nedsatt livskvalitet i form av lav selvfølelse, liten sosial kontakt, ensomhet og depresjon (Gähler, 1998). Forskning utført av Amato (2000) fant at både voksne og barn som opplever en skilsmisse har en høyere risiko for å utvikle psykiske plager og helseproblemer. På bakgrunn av dette er det hensiktsmessig med forebyggende arbeid for å unngå at så mange par går fra hverandre. For å forhindre samlivsbrudd er det viktig at kvaliteten i parforholdet er bra, og da at tilfredsheten i parforholdet er god. Dette er noe hver enkelt person har et eget ansvar for. Det er likevel et tverrsektorielt ansvar å legge til rette for at både konsekvensene overgangen til foreldreskapet kan føre til er kjent, og for at det finnes tilstrekkelig tilbud rettet mot å styrke parforholdet i en slik fase. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom psykoedukasjon, som har som mål å få individer til å være godt rustet til å ta kontroll over de utfordringene en står overfor. Psykoedukasjon er en terapiform som ofte skjer i grupper, og som tar utgangspunktet i undervisning, hvor en skal lære mest mulig om egen situasjon. En annen metode for å forhindre samlivsbrudd som resultat av nedgang i tilfredshet, er parterapi som lavterskel tjeneste.

Resultatene viste at effektstørrelsen til mestringsforventning var svært liten, noe som tyder på at det å ha høy mestringsforventning er positivt for opplevelsen av tilfredshet i parforholdet, men ikke avgjørende for hvor tilfreds man er med parforholdet etter første fødte barn. Maddux (2002) poengterer viktigheten av at mennesker er

opptatt av opplevelsen av kontroll over atferd, miljø, egne tanker og følelser. Dette er igjen selve essensen i opplevelsen av tilfredshet. Man vil møte utfordringer i livet bedre dersom man opplever kontrollerbarhet. I tillegg vil man skape sunne relasjoner og oppnå personlig tilfredshet (Maddux, 2002). Individens opplevelse av kontroll er funnet å være en signifikant prediktor for både mor og fars mentale helse gjennom det første året som foreldre (Keeton, et al., 2008). Opplevelsen av kontroll ble i studien til Keeton et. al. definert som indre eller ytre kontrollplassering. Det er utfordrende å gjennomgå overgangen til foreldreskapet, og å opprettholde en sunn relasjon til partneren er da svært viktig. Det ville da være nærliggende å anta at mestringsforventning ville ha en innvirkning på tilfredsheten med parforholdet. At mestringsforventning viste seg i denne studien å ikke ha så stor betydning for tilfredsheten i parforholdet kan kanskje forklares av flere elementer. Det er en helt ny og ukjent opplevelse og tilværelse som venter kvinnene i en slik overgang. Man kan ha tro på egne evner og at man mestrer mange situasjoner, men det er likevel en ukjent tilværelse man skal inn i, hvor kravene som stilles ikke er kjent før man er i situasjonen. Det kan være at kvinner ikke vil ha så høye forventninger i fare for å mislykkes. Overgangen til foreldreskapet handler kanskje blant annet om og "miste" litt kontroll, da mye er helt avhengig av det nye familiemedlemmet. Dette til tross for at gjerne mange rundt har gjennomgått det samme, og har delt ulike erfaringer. Når det gjelder en selv blir det med en gang noe annet, for hver situasjon er unik. Forventningen om å kunne mestre et problem eller utfordring når det først dukker opp, og en kan vurdere situasjonen, blir trolig noe annet. Derfor kan en kanskje si at mestringsforventning burde vært knyttet til situasjonsspesifikke utfordringer i overgangen til foreldreskapet. Og om disse først oppstår, er det viktig å ha en høy forventning om å mestre. I følge Bandura (1997) styres nettopp motivasjon, atferd og emosjoner i stor grad av troen på mestringsevnen, fremfor hva som kanskje faktisk er tilfellet. Det er også som nevnt tidligere, at det er denne troen som styrer en persons persistens, valg og anstrengelser. Ut ifra et slikt syn vil det være viktig å styrke kvinnes tro på at en skal kunne mestre eksempelvis konflikter som oppstår i parforholdet, gjennom overgangen til foreldreskapet. Dette vil tenkelig kunne være med på å styrke tilfredsheten i parforholdet. Det vil da være viktig å forberede kvinnene på hva de kan vente seg i en slik overgang. Som nevnt tidligere vil psykoedukasjon kunne være en metode som vil være hensiktsmessig å anvende. Psykoedukasjon for nybakte foreldre refererer til enhver form for utdannings/opplysnings intervensjoner som har som mål å styrke par relasjonen,

foreldreomsorg eller for å forhindre at parforholdet skal bli svekket (Petch & Halford, 2008). Dette vil bli nærmere diskutert under implikasjoner for forebyggende helsearbeid og videre forskning.

Et annet element som kan diskuteres, er stabiliteten til mestringsforventningen til kvinnene. Forventningen om å mestre er sett på av Bandura (1992) som et dynamisk fenomen som forandrer og utvikler seg gjennom livet. Mestringsforventningen til kvinnene kan øke gjennom overgangen til foreldreskapet. Dette ved opplevelse av å mestre ulike krav og situasjoner. Positive erfaringer kan gjøre at en får troen på at en skal kunne klare å mestre lignende situasjoner. Mestringsforventningen kan også tenkes å kunne synke gjennom overgangen til foreldreskapet. Dersom man opplever negative aspekter som en føler at en ikke mestrer, eller at en opplever og ikke mestrer rollen som mor og partner. Dette er utenfor denne studiens fokus, men er noe det ville vært interessant og sett nærmere på.

At tilfredsheten i parforholdet før første fødte barn forklarte 38.5 % av variansen til nedgangen i tilfredshet (forskningsspørsmål 2), støtter tidligere forskning gjort av Cowan & Cowan (1995). De fant at kvaliteten på parforholdet før førstefødte barn er den beste prediktoren for kvaliteten på parforholdet etter overgangen til foreldreskapet. Det er viktig å ta med seg at dette kan indikere at å få barn som en løsning for å få et bedre parforhold, ikke er en god løsning. Tilfredsheten i parforholdet bør da være god når man bestemmer seg for å få barn, dersom man vil øke sjansene for et varig samliv. Forebyggende tiltak knyttet til gravide par som opplever lav tilfredshet med parforholdet kan vært positivt. Et slikt tilbud kan eksempelvis inngå i en del av tilbudet til helsestasjonene, hvor man har mulighet til å nå ut til mange. Det er viktig for alle som skal bli foreldre og som ønsker å leve sammen med sin partner, at man har et best mulig grunnlag før barnet/barna kommer til verden.

Når det gjelder resultatene knyttet til forskningsspørsmål 2, som omhandler de demografiske variablene sivil status og utdanning, viste disse seg å ikke være av stor betydning for tilfredsheten i parforholdet. Det er likevel tidligere funnet at den demografiske variabelen utdanningsnivå korrelerer med partilfredshet (Blum & Mehrebian, 1999). Høyere utdanning predikerer høyere tilfredshet i parforholdet. Da dette utvalget var noe overrepresentert av høyt utdannede kvinner kan en diskutere om

tilfredsheten i parforholdet ville sunket enda mer gjennom overgangen til foreldreskapet, dersom det ikke var en overrepresentasjon av høyt utdannede kvinner.

Hva skyldes så en slik nedgang i tilfredshet med parforholdet, i overgangen til foreldreskapet? Dette er nok et fenomen som kan forklares av ulike årsaker. Det vil være nærliggende å anta at det er mange faktorer som påvirker opplevelsen av parforholdet etter førstefødte barn. Parforholdet har gjennomgått en forandring fra å være to til å bli tre (eller flere).

Ifølge Cowan (1991) kan noen overganger føre til bedre responser enn andre. Det er forbundet tre faser til en slik overgang, som også kan være gjeldende for overgangen til foreldreskapet. Disse fasene er som nevnt tidligere, konflikt og usikkerhetsfasen, testing og utprøvningsfasen, og til slutt en fase som karakteriseres av at man går tilbake til tidligere likevekt eller etablerer en ny. Det kan tenkes at når man har vært foreldre i 6 mnd., at man fortsatt er i fasen som karakteriseres av konflikt og usikkerhet eller av testing og utprøving. Det er en krevende oppgave å bli foreldre og som oftest har kvinnene et stort fokus på barnet og de nye oppgavene knyttet til det å bli foreldre. Dette kan føre til at fokuset på parforholdet svekkes. I tillegg kan konflikter knyttet til den nye hverdagen dukke opp. Det er vist at kommunikasjonen går fra å ha en emosjonell tilnærming, til en mer instrumentell tilnærming når man går fra å være et par til å bli foreldre (McHale & Huston, 1985), og at antall og nivået av konflikter øker (Cowan & Cowan, 2000). Ut i fra et systemteoretisk ståsted, er det konkurransen mellom parsystemet og foreldresystemet som er i fokus, og ut i fra denne vinklingen er det barnet som får mest oppmerksomhet og ikke parforholdet. Dette kan være også være en mulig forklaring på at tilfredsheten i parforholdet synker gjennom overgangen til foreldreskapet. Det er utenfor denne studiens fokus å se på hva de ulike kvinnene og deres partnere gjør for å styrke parforholdet, eksempelvis finne tid til hverandre i en travel hverdag. Det er likevel et interessant aspekt og ville nok vært hensiktsmessig og undersøkt nærmere. Det vil nok være nærliggende og tro at hva parene gjør sammen er vesentlig i forhold til hvor tilfreds man er med parforholdet. Det er funnet at kvinner og menn rapporterer en umiddelbar nedgang i både delt og individuell fritid etter overgangen til foreldreskapet (Claxton & Perry-Jenkins, 2008). For par som har mye støtte og hjelp fra familie og venner, vil det være lettere å kunne få alenetid med partner, noe som igjen vil kunne være med på å styrke tilfredsheten med parforholdet.

Forskning viser at det er en positiv relasjon mellom fritid man har sammen og tilfredshet med parforholdet (Zabriskie & McCormick, 2003).

Dersom man ser på overgangen til foreldreskapet ut ifra et rolleteoretisk perspektiv, vil man vektlegge at når man går fra å være et par til å bli foreldre, utøves mer tradisjonelle roller. Dette gjelder spesielt for kvinnene som i mange tilfeller ønsker å oppfylle den primære omsorgsrollen (Twenge, et al., 2003). Det er også funnet at kvinner som ikke så på seg selv ut i fra de tradisjonelle rollene, rapporterte ekteskapet som mindre gunstig etter overgangen til foreldreskapet (Belsky, et al., 1986). Dette kan nok sees i lys av at flere kvinner ikke bare ville være hjemmeværende, og derfor kanskje brøt ut av det som på den tid ble sett på som vanlig. I dag er det kanskje et motsatt fenomen som gjør seg gjeldende. Det er i dag et press fra samfunnet om å delta i arbeids- og samfunnslivet i like stor grad som før man får barn. Dette kan gjøre at den tradisjonelle rollen for kvinner som primæromsorgsperson forsvinner litt. Om dette har konsekvenser for tilfredsheten i parforholdet kan diskuteres men er ikke utenkelig. Det kan tenkes at kvinner har mye av fokuset på barnet og på å komme raskt tilbake i en karriere, noe som går på bekostning av parforholdet. Kvinnen må kanskje jobbe ekstra hardt for å oppdatere seg på hva som har skjedd mens hun har vært i permisjon, noe som tar tid og oppmerksomhet fra parforholdet.

Mange kvinner i dag identifiserer seg imidlertid med jobben sin, og noen kan derfor kanskje blir generelt mindre tilfreds med tilværelsen i barselperioden. Arbeidsplassen er en viktig kilde til identitet og tilhørighet, hvor en er deltaker i et sosialt felleskap og nettverk. Tilfredsheten med parforholdet i den nåværende studien, ble målt 6 mnd. etter barnet ble født, noe som er ved et tidspunkt hvor de fleste mødre har svangerskapspermisjon. Utvalget i denne studien er høyt utdannet og det kan være nærliggende å anta at karriere også er viktig for kvinnene, og noe de identifiserer seg med. Det kan tenkes at når de da kommer tilbake i jobb, at de er en mer tilfreds partner. Dette kan igjen tenkes å føre til at de er mer tilfreds med parforholdet enn de var når de hadde svangerskapspermisjon. Dette kan også være en av årsakene til at tilfredsheten i parforholdet sank gjennom overgangen til foreldreskapet; nettopp grunnet at kvinnene identifiserer seg med, og blir mer tilfreds når de jobber.

6.2 Mestringsforventning og fødselsdepresjon

Det ble i denne studien undersøkt om det er en sammenheng mellom mestringsforventning og fødselsdepresjon (forskningsspørsmål 3). Det ble antatt at kvinner som har høy mestringsforventning skårer lavere på fødselsdepresjon, etter førstefødte barn, når man kontrollerer for depresjon på pretest. Resultatene viste at det var en statistisk signifikant forskjell mellom de tre mestringsforventnings gruppene når det kom til fødselsdepresjon. De kvinnene som var høy på mestringsforventning skårte lavest på fødselsdepresjon og de som var lavest på mestringsforventning skårte høyest på fødselsdepresjon. Dette viser at det er bra for den psykiske helsen å ha en høy forventning om å mestre. Forklaringsverdien viste seg imidlertid å være liten (ca.1 %). Resultatene knyttet til forskningsspørsmål 3 viste også at tegn på depresjon før fødsel var en signifikant prediktor for fødselsdepresjon. Den hadde en forklaringsverdi på ca. 13.7 %.

Fødselsdepresjon er sammenlignet med en generell depresjon, spesielt viktig å være oppmerksom på da den ikke bare rammer mor. Konsekvensene kan også være alvorlige for barnet. Samspillet og tilknytningen mellom mor og barn kan bli dårligere og/eller forsinket (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan føre til en senere eller avvikende utvikling hos barnet (Folkehelseinstituttet, 2007). Derfor er det viktig å finne de faktorene som kan være med på å minske muligheten for at kvinnene utvikler en fødselsdepresjon, og tilrettelegge det forebyggende arbeidet deretter.

At forklaringsverdien til mestringsforventning var liten (forskningsspørsmål 3), kan tyde på at det er positivt med en høy mestringsforventning, men det er ikke avgjørende når det kommer til utviklingen av en fødselsdepresjon. Forskning utført av Cutrona & Troutman (1986) viste at de som hadde høyere mestringsforventning hadde mindre symptomer på fødselsdepresjon. Det som vesentlig skiller den undersøkelsen med den nåværende, er at de benyttet et situasjonsspesifikt mål på mestringsforventning. Det kan kanskje tenkes at resultatene i den nåværende undersøkelsen ville fått et annet utfall dersom man hadde en skala som var designet spesielt for mestringsforventning knyttet til overgangen til foreldreskapet. Mestringsforventning er et begrep som er sterkt knyttet til arbeidsrelaterte og akademiske oppgaver og situasjoner, samt helse relatert atferd. Det er derfor viktig å diskutere om den generelle mestringsforventningsskalaen (GSE) måler opplevelsen av å

mestre når det kommer til familie og parrelaterte utfordringer. Det er utarbeidet ulike helsespesifikke mestringsforventningsskalaer, blant annet mestringsforventning knyttet til kosthold og næring, fysisk aktivitet og alkohol resistanse (Schwarzer & Renner, n.d.). Det kan kanskje være nærliggende å anta at en skala utarbeidet spesielt for å fange opp den opplevde mestringsforventningen knyttet til eks. parforholdets utfordringer og utfordringer knyttet til det å bli foreldre, vil kunne vise et mer nyansert bilde. Det kan tenkes at mange føler at familierelaterte utfordringer ikke må jobbes med på samme måte som jobbrelaterte oppgaver. Noen er nok trygg på jobb relaterte utfordringer, men mer usikker når det kommer til utfordringer knyttet til familielivet, parforholdet og sin egne psykiske helse. Dette er selvsagt kun spekulasjoner, men er et bidrag til om mestringsforventning bør måles ved en generell eller mer spesifikk skala.

Resultatene knyttet til forskningsspørsmål 3, som viste at tegn til depresjon før fødsel er avgjørende for utviklingen av en fødselsdepresjon, er noe som gir støtte til tidligere forskning. Det er funnet at en sentral faktor for å utvikle fødselsdepresjon er opplevd depresjon tidligere i livet eller under svangerskapet (Folkehelseinstituttet, 2007). Dette gir en pekepinn på at det forebyggende arbeidet er svært viktig for å forhindre fødselsdepresjon. Det er ikke nok å vente til kvinner får en fødselsdepresjon før en handler. Det er et tverrsektorielt ansvar å legge forholdene til rette slik at den enkelte kvinne som har opplevd en tidligere depresjon, vet om risikoen for fødselsdepresjon. Samt at det er et tilstrekkelig tilbud for denne gruppen kvinner. Fastlege, helsestasjon og sykehus er noen aktører som kommer i kontakt med gravide kvinner, og som bør ha kompetanse på området. Dette krever en økonomisk og kompetansehevende satsning.

En annen sentral risikofaktor for å utvikle en fødselsdepresjon er konflikter i parforholdet (Folkehelseinstituttet, 2007). Dersom man er mindre tilfreds med parforholdet på bakgrunn av konflikter i parforholdet, vil dette øke sjansen for å utvikle en fødselsdepresjon. Tilfredshet i parforholdet er da viktig både for å hindre samlivsbrudd, men også for å hindre utviklingen av en fødselsdepresjon. På bakgrunn av dette vil også parterapi i forkant og eller etter overgangen til foreldreskapet være forebyggende for utviklingen av en fødselsdepresjon.

Overgangen til foreldreskapet kan være en sårbar situasjon for kvinner. Det vil skje endringer i kjønns- og stoffskiftehormoner etter fødselen, noe som enkelte kvinner er spesielt følsomme overfor. Som Bandura (1997) hevder er det slik at vi stoler på de

somatiske og emosjonelle tilstandene i kroppen når man vurderer evnen til å mestre en situasjon. Dette kan tenkes å gjelde spesielt for kvinner etter fødsel, og er viktig å være oppmerksom på. Noen kvinner kan også oppleve utbrenthet på grunn av søvnmangel og mindre støtte fra partner og familie/venner. Dersom dette i tillegg kombineres med stress og opplevelsen av og ikke få til amming, kan resultatet bli en følelse av mislykkethet (Kendall-Tackett, 2007). Dette kan igjen føre til en depresjon. Derfor er det mange elementer som må legges til rette for at kvinnene skal føle seg i varetatt og oppleve muligheten til å mestre morsrollen. Som Bandura (1997) selv hevder er det de autentiske mestringserfaringene som er med på å styrke den opplevde mestringsforventningen. I dette tilfellet vil det eksempelvis tenkes å være viktig for kvinnene å oppleve at de klarer å amme barnet sitt. Dette vil være avhengig av at kvinnene får tilstrekkelig hjelp og opplever en ro i tiden etter fødsel. Det er en pågående debatt omkring redusert liggetid på sykehusene etter fødsel. Det er en økende tendens til at kvinnene blir sendt hjem kort tid etter fødsel, selv om ikke de har fått i gang amming, eller har fått tid til å hente seg inn igjen. Det er også et kjent fenomen at noen kvinner føler seg ekstra presset fra helsevesenets side til å klare å få til amming, fordi dette er det beste for barnet. Dette kan kanskje ofte i starten føles som selve essensen i det å være en mor – å kunne gi barnet næring. Noe som i enkelte tilfeller kan gå ut over selvfølelsen til de kvinnene som av ulike årsaker ikke kan amme barnet sitt. Å føle seg som en mislykket mor allerede ved starten av morsrollen vil ikke skape en god psykisk helse for mor, og igjen ikke for barnet. Det vil være viktig for kvinnene å oppleve at de mestrer foreldrerollen, enten det er ved å amme eller ikke. Det er vist at dersom man får til amming har dette en positiv innvirkning på de som har fått en fødselsdepresjon. (Kendall-Tackett, 2007). En annen måte å kunne styrke kvinnenes tro på at de mestrer foreldrerollen vil være gjennom å betrakte sosiale modeller. Dette kan være noe som man i første omgang kanskje tenker har liten påvirkning på kvinnene i en slik overgang, da hvert tilfelle er unikt. Et eksempel på at dette muligens fungerer finner vi på helsestasjonene, hvor kvinnene går i barselgrupper. Her deler kvinnene både positive og negative opplevelser, og kan lære mye av hverandre. Dersom andre, som en kan sammenligne seg selv med, klarer å takle utfordringer knyttet til overgangen til foreldreskapet, vil dette kunne gi økt motivasjon og inspirasjon til kvinner som sliter med nettopp dette. Det vil i tillegg være en støtte og se at en ikke er alene om enkelte problemer knyttet til en slik overgang.

6.3 Psykisk helse i overgangen til foreldreskapet

Det ble i denne studien tatt opp kvinners psykiske helse i overgangen til foreldreskapet. Det ble sett på betydningen av mestringsforventning knyttet til tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Som en ser ut fra resultatene i denne studien, er mestringsforventning en komponent som er forbundet med bedre psykisk helse - dersom man har en høy forventning om å mestre. Noe som er med på å styrke troen på at mestringsforventning er en positiv komponent når det kommer til overgangen til foreldreskapet. Det ble imidlertid funnet at den ikke hadde så stor forklaringsverdi, og at andre elementer forklarte mer av variansen både når det gjaldt tilfredshet i parforholdet og når det gjaldt fødselsdepresjon. Disse var tilfredshet i parforholdet og tegn til depresjon, begge målt før overgangen til foreldreskapet.

Resultatene fra studien viser at den psykiske helsen før man får barn er svært viktig for utfallet etter fødsel. Det er kjent at det er en fordel å ha en god fysisk helse før man blir gravid, for å forhindre kroppslige plager under svangerskapet, og dette ser også ut til å være gjeldende for den psykiske helsen. Det kan være fordelaktig å være oppmerksom på at den psykiske helsen bør vær god før man får barn, at en slik hendelse i seg selv ikke vil løse eventuelle problemer man har i forkant. Det er et mål i seg selv å gi barna den beste starten på livet som de kan få.

Det er viktig å poengtere at det å være mindre tilfreds med parforholdet ikke automatisk betyr at man har en psykisk plage. Det kan likevel være en indikator på hvordan den psykiske helsen er. Dersom man ser på Helsedirektoratet (2010) sin definisjon av psykisk helse (se teori del s.15), ser en at psykisk helse blant annet omfatter emosjonell utvikling og evne til velfungerende sosiale relasjoner. En god psykisk helse omhandler livskvalitet, å føle seg vel med andre og ha positive følelser om andre. Som en ser er de sosiale relasjonene svært viktig for den enkeltes psykiske helse. I tillegg er tilfredshet i parforholdet viktig med tanke på skilsmisser. Dette er en faktor som vil være relatert til nettopp en slik avgjørelse. Skilsmisser i seg selv er som nevnt knyttet til en del negative helseaspekter, noe som gjør at fokuset på tilfredshet i parforholdet er svært viktig for å forebygge et slikt utfall.

Alle har en psykisk helse. Denne kan variere gjennom hele livet, i møte med nye utfordringer og opplevelser. Til tross for at Norge er et godt land å leve i, regnes psykiske plager og lidelser til å være blant de største folkehelseutfordringer. Som nevnt

tidligere, vil ca. 50 % av alle nordmenn rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, et al., 2009). Livet er også fylt av overganger, og dette er noe vi ofte kanskje tar for gitt. Dette kan resultere i at vi er dårlig forberedt på hvilke utfordringer som venter oss. Psykiske helseproblemer er ofte knyttet til overgangsfaser, dette kan en se i eksempelvis ungdomsfasen, ved samlivsbrudd og i dette tilfellet i overgangen til å bli foreldre (Helsedirektoratet, 2009). Å ha en god psykisk helse i overgangen til foreldreskapet er svært viktig for mor, barn, parforholdet og familien som helhet.

Hvordan man mestrer overgangsfaser i livet vil være nærliggende å anta påvirker den enkeltes psykisk helse. Nyere forskning bekrefter at det er forbindelser mellom ulike typer mestring og psykisk helse, men sammenhengene er ikke enkle og lineære (Compas, Connor-Smith, Saltzman, & Wadsworth, 2001). Dersom man eksempelvis opplever økt parkonflikt, utmattelse på grunn av søvnmangel og lite sosial støtte, kan måten man håndterer dette på påvirke den psykiske helsen. Det er vist at den individuelle mestringsstilen hos kvinner under og etter graviditet er en effektiv prediktor for depresjon i det tredje trimesteret i svangerskapet og 6 mnd. etter fødsel (Demyttenaere, Lenaerts, Nijs, & Van Assche, 1995)

Som Weiseth og Dalgards (2000) modell om psykiske lidelser viser, påvirkes psykiske plager/lidelser av flere ulike elementer. Modellen, som er beskrevet innledningsvis, legger vekt på evnen til å mestre påkjenninger uten at man utvikler en stressopplevelse eller psykiske plager. Dette er en individuell beskyttelsesfaktor. Mestring defineres her som de tanke- og atferdsmessige anstrengelser en person bruker for å håndtere ytre og/eller indre krav som oppleves som krevende. En kan si at en hver vellykket mestring vil gi følelsen av kontroll, noe som igjen er positivt for den psykiske helsen. Resultatene til den nåværende studien fant at det er positivt for den psykiske helsen å ha en høy mestringsforventning, men igjen ikke avgjørende for om enten tilfredsheten i parforholdet sank, eller om kvinnene skårte høyt på fødselsdepresjon. Det er likevel slik at det finnes mange ulike beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer, og det er ikke alltid slik at hver av dem har så stor betydning når de står alene (Helsedirektoratet, 2010). Det er ofte slik at dersom flere slike faktorer står samlet øker sjansen for at man enten ikke utvikler en psykisk lidelse (beskyttelsesfaktorer) eller at man utvikler en psykisk lidelse (risikofaktorer).

Familien er svært viktig når det gjelder å fremme psykisk helse. Tilfredsheten mellom foreldrene kan sees på som et fundament for tilfredsheten i resten av familien. Opplevelsen av sikkerhet som familien kan skape er viktig for utviklingen av barnas psykiske helse (Polomeno, 2000). Å oppleve at en av de nære omsorgspersonene har en psykisk lidelse går også utover den psykiske helsen til barna.

6.4 Styrker og svakheter ved studien

En av hovedstyrkene i denne studien er at det er en kohort studie (prospektiv studie), som er sett på som sterkere enn retrospektive studier (Polit & Beck, 2008). En slik prospektiv studie regnes for å gi sikre opplysninger om sykdom og helse, og de ulike faktorene som kan ha påvirket disse. En annen hovedstyrke ved studien er det store utvalget. Dette fører til at man kan ha større tiltro til de resultatene som er funnet. Spørreskjemaet som anvendes er standardisert, noe som er med på å styrke den indre validiteten til studien. Når det anvendes spørreskjema som blir sendt per post, uten oppfølgende intervju, har man imidlertid ingen kontroll over hvordan spørsmålene oppfattes og tolkes av respondenten.

Grunnet studiens pretest -posttest design, vil det kunne være andre faktorer enn de uavhengige variablene som påvirker resultatene. Dette kan igjen ha implikasjoner for studiens validitet. I en undersøkelse som inneholder en pretest og en posttest, kan det ha skjedd andre betydningsfulle endringer hos kvinnene som kan ha påvirket faktorene tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Disse behøver ikke å ha noe med selve overgangen til foreldreskapet å gjøre. Dette kan eksempelvis være andre miljømessige eller biologiske faktorer som fører til en endring i kvinnene. Eksempler på dette er andre viktige livshendelser, effekten av tid eller som et resultat av modning.

Det var i denne studien ingen kontrollgruppe, og derfor kan det ikke sies noe om at tilfredsheten i parforholdet synker grunnet overgangen til foreldreskapet. Det er også en sannsynlighet for at dette hadde skjedd dersom man ikke hadde gått gjennom en slik overgang.

Dersom man skal sammenligne funnene i denne studien med kvinner fra andre land, er det viktig å merke seg at kvinner i Norge kan oppleve overgangen til å bli foreldre annerledes enn kvinner i andre land. Norge er et land som kjennetegnes av en

politikk som legger til rette for barneforeldre, og er et av de ledende landene, sammen med blant annet Sverige, når det gjelder svangerskapspermisjon (SSB, 2005a). Det gis økonomisk støtte til permisjon i 42 uker med 100 % lønn eller 52 uker med 80 % lønn, samt at det er fokus på likestilling mellom kvinner og menn. Det er vanlig at far også tar permisjon i forbindelse med fødsel, og det forventes at mor skal tilbake til arbeid etter permisjonstiden. Dette er faktorer som kan være med på å lette overgangen til foreldreskapet for norske kvinner, men samtidig viser blant annet denne studien at tilfredsheten i parforholdet likevel synker.

Et moment som påvirker generaliserbarheten til studien er at utvalget er noe overrepresentert av høyt utdannede kvinner. Det er likevel slik at det i denne studien var en underrepresentasjon av de med lavere utdanning, og at kvinner generelt i den norske befolkningen er høyt utdannet, over halvparten av kvinnene mellom 25-29 har høyere utdanning (SSB, 2009).

Den indre konsistens reliabiliteten er beregnet ved hjelp av Cronbachs alpha for de ulike måleskalaene, noe som ble funnet å være tilfredsstillende. Det er likevel viktig å merke seg at tegn på depresjon før fødsel er målt ved hjelp av en annen skala enn ved fødselsdepresjon. Dette kan føre til en lavere stabilitet, da reliabiliteten for tegn til depresjon målt 30 uker inn i svangerskapet (0.74) er lavere enn for fødselsdepresjon målt 6 mnd etter fødsel (0.84). Konsekvensene av dette kan være at den generelle mestringsforventningen (GSE) får mer spillerom, enn om reliabiliteten hadde vært den samme.

6.5 Implikasjoner for forebyggende helsearbeid og videre forskning

Resultatene i denne studien viser at a) tilfredsheten i parforholdet synker gjennom overgangen til foreldreskapet, b) det er positivt med en høy mestringsforventning, men ikke avgjørende når det kommer til tilfredshet i parforholdet, c) tilfredsheten i parforholdet før førstefødte barn forklarer 38.5 % av variansen til nedgangen i partilfredshet, d) det er positivt med en høy mestringsforventning, men ikke avgjørende når det kommer til fødselsdepresjon, e) tegn til depresjon før førstefødte barn forklarer 13.7 % av variansen til fødselsdepresjon.

Gjennom denne studien har en sett at overgangen til foreldreskapet har en stor betydning når det gjelder den psykiske helsen til kvinner. Det er de siste årene en økt bevissthet omkring overganger i livet, men fortsatt er det kanskje lite viten omkring hvordan man kan forberede seg til de ulike overgangene man vil møte. Når det gjelder hvordan man kan fremme en god psykisk helse i overgangen til foreldreskapet, vil det være viktig å fokusere på ulike elementer. På bakgrunn av dette er det derfor viktig å styrke kunnskapen omkring hva som kan være utfallet av overgangen til foreldreskapet, gjennom eksempelvis psykoedukasjon. Dette vil igjen være med på å styrke den enkeltes psykiske helse, gjennom og lettere kunne mestre overgangene, samt være en støtte for andre rundt som sliter med å tilpasse seg. I et slikt arbeid vil det være viktig å fokusere på at overganger er en naturlig del av livet og at noen endringer er vanskelige, som kan gjøre overgangen til en risikofase med tanke på den psykiske helsen. I tillegg er overgangsfaser forbigående, de fleste som får psykiske problemer blir friske og det finnes hjelp om problemene ikke går over av seg selv (Mental-Helse, 2009).

Som en ser ut ifra denne studien er det viktig å være oppmerksom på at hvor tilfreds man er før overgangen til foreldreskapet, vil påvirke hvor tilfreds man er etter at man har blitt foreldre. Det finnes i dag miljørettet forebyggende arbeid som omhandler samlivskurs for nybakte foreldre (eks. "Godt Samliv"). Det kan være nærliggende å anta at det vil være fordelaktig å ha et slikt tilbud på helsestasjonene også før man får barn. Dette vil føre til at man kan få en best mulig start på den krevende tiden som venter paret etter at barnet er født. Dette gjelder for de som ikke opplever tilfredsheten i parforholdet til å være god, men også for par som vil være mer oppmerksom på utfordringer som kan møte dem. Et annet argument for å tilby par som venter barn et slikt samlivskurs i forkant av fødsel, er at det kan tenkes at mange ikke kan delta på slike kurs da de ikke har tilgang på barnevakt, ikke er i god helsemessig form, eller ikke vil forlate barnet. Det kan også tenkes at nettopp de som ikke har mange personer som kan stille opp og hjelpe dem, kan være utsatt for en dårligere psykisk helse. Studier viser, som nevnt tidligere, at mangel på sosial støtte er forbundet med dårligere psykisk og fysisk helse (Folkehelseinstituttet, 2008). En utfordring med et slikt samlivskurs vil nok være å få de som ikke opplever å ha noen problemer med parforholdet til å delta. En vesentlig og utfordrende oppgave vil da være å få par til å forstå nytten av å delta på et slikt kurs i en overgang som vil føre til endringer både på godt og vondt.

I en rapport utført av Larun et. al (2005) som omhandler svangerskap og kvinners psykisk helse det første året etter fødsel, fremlegges det at forebyggende tiltak

bør rettes mot kvinner som er i risikozonen til å utvikle en fødselsdepresjon. Rapporten viser at det er bedre med individrettet tiltak fremfor gruppebaserte. Hjemmebesøk av helsepersonell som er tilpasset den enkeltes kvinnes behov kan være effektive, samt at støttesamtaler og sosial støtte kan ha en effekt på depressive plager. Det kommer frem at generelle psykososiale og psykologiske tiltak som er ment å nå alle gravide og barselkvinner, kan se ut til å være lite hensiktsmessige. Denne rapporten baserer seg på studier utført i den vestlige verden, men ikke i Norge. I en oversiktsstudie utført av Petch og Halford (2008) viser det seg likevel at både universelle foreldreomsorgsintervensjoner og selektive intervensjoner rettet mot kvinner i risikozoner, har liten men reliabel effekt på foreldrekunnskap og evner. I tillegg har fire av de fem undersøkte universelle parintervensjonene forebygget nedgang i partilfredshet som er assosiert med overgangen til foreldreskapet.

Forebyggende tiltak som kan utføres på alle helsestasjoner vil være å kartlegge hvilke kvinner som sliter med en fødselsdepresjon, samt å kartlegge hvilke kvinner som tidligere i livet har vært utsatt for en depresjon, eller opplever en depresjon i svangerskapet. Disse kvinnene bør få tilbud om tett oppfølging. Dette argumentet er basert på forskning som viser at tegn til depresjon før fødsel forklarer noe av variansen til fødselsdepresjon (i dette tilfellet 13.7 %), og er en av risikofaktorene for å utvikle fødselsdepresjon. Helsestasjonen er en arena hvor det er lett å komme i kontakt med målgruppen. Ansvar er i dag mest lagt til spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for å fange opp og hjelpe dem som har utviklet en fødselsdepresjon. Det negative aspektet ved dette kan tenkes å være at mange har en høyere terskel for og selv ta kontakt med fastlege eller psykolog for å få hjelp. Det kan tenkes at man ville kunne fanget opp mange flere som sliter med fødselsdepresjon dersom det var en automatisk del av oppfølgingen ved de ulike helsestasjonene i kommunene.

Å satse på kognitive motivasjons og behandlingsmetoder i arbeidet mot å forberede kvinnene på overgangen til foreldreskapet, og følgene dette kan medføre, vil være hensiktsmessig. Dette for å øke opplevelsen av kontroll og mestringsforventning, noe som igjen kan føre til en bedre psykisk helse. Dette er elementer som vil gagne kvinnene i flere sammenhenger og ikke bare for å forhindre fødselsdepresjon og for å styrke parforholdet, men også i arbeidsrelaterte situasjoner. Det vil eksempelvis være hensiktsmessig med kurs i depresjonsmestring (KID). Dalgard (2004) fant i sin studie om kurs i depresjonsmestring, at kursdeltakerne (N= 155) viste en signifikant større bedring enn kontrollgruppen 6 mnd. etter kurset hadde startet. Han fant at

behandlingsmetoden var effektiv og at den egnet seg til bruk i primærhelsetjenesten og i psykiatrisk helsetjeneste. Valla (2010), fant også støttet til dette i sin masteroppgave om evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen. Dette viste seg å redusere depresjonssymptomer samt øke mestringsforventningen hos 30 kvinner med mild til moderate depresjonssymptomer. KID et eksempel på psykoedukasjon eller kunnskapsbasert metode, som er ment å få mennesker til å forstå sykdomsutviklingen, behandling og mestring av tilstanden. Det ville da i dette tilfellet vært som mål at kvinnene skulle forstå utviklingen av fødselsdepresjon, hvordan den skal behandles og hvordan man skal kunne mestre en slik depresjon. KID baserer seg på kognitiv atferdsterapi, hvor hvordan vi tolker og vurderer ulike situasjoner står sentralt (Wilhelmsen, 2004). Det er i denne metoden grunnleggende at det er et samspill mellom atferd, tanker og sinnsstemning. Dersom man vil endre sinnsstemning må man gjøre dette ved å endre hvordan en tenker og hvordan en handler. Gjennom en slik behandlingsmetode skal man identifisere selvdestruktive tanker og endre sinnsstemning. Negative automatiske tanker kjennetegner ofte de som er utsatt for en depresjon, og er derfor viktig å bli bevisst på. Det er også en del av denne metoden at man skal fokusere på aktiviteter og handlinger for å endre sinnsstemningen. Deprimerte kjennetegnes ofte av at de unngår atferd som skaper glede. Relasjonen til andre mennesker er også sentral i et slikt kurs om depresjonsmestring. Mangel på tilhørighet er ofte fremtredende hos de som er deprimerte (Wilhelmsen, 2004). Det kan tenkes at en slik metode vil kunne være nyttig både for kvinner som er deprimerte i svangerskapet og selvsagt etter fødsel – ved en fødselsdepresjon. Dette er et tiltak som selvsagt vil kreve ressurser i form av økt kompetanse og økonomisk satsing. Men dette vil trolig lønne seg i det lange løp, grunnet den økende andel kvinner som er utsatt for fødselsdepresjon.

En vesentlig del av det forebyggende familiearbeidet generelt, vil være å gi tilstrekkelig informasjon omkring de ulike temaene knyttet til å gå fra å være et par til å bli en familie. Det er viktig å bygge opp individers bevissthet rundt de helsemessige risikofaktorene og fordelene med å ha fokus på dem. Å bygge en robust opplevelse av evne til å mestre å ha kontroll i vanskelige situasjoner, er viktig i arbeidet mot en bedre psykisk helse. Det vil også være viktig å få kunnskap om at mangel på sosial støtte minsker evnen til å mestre vanskelige situasjoner (Folkehelseinstituttet, 2008). Mykletun et. al. (2009) har funnet at blant annet nettverksorienterte tiltak som sosialstøtte grupper og selvhjelpsgrupper har vist seg å være effektive for å forebygge

depresjon og angst. Dette blir gjort ved å styrke kompetansen om mestring samt ved å redusere belastninger.

Det ville vært interessant for videre forskning og se om kvinner som fikk tilbud om parterapi i forkant av fødsel, ville vist en mindre nedgang i tilfredshet med parforholdet enn en ev. kontrollgruppe. Samtidig ville det vært interessant og sett på kvinner som tidligere i livet hadde opplevd en depresjon, og hvordan en intervensjon knyttet til denne gruppen kunne påvirket fødselsdepresjon.

Det kunne også vært interessant for videre forskning å undersøke forskjellen mellom kvinner som hadde gjennomgått et intervensjonskurs for å styrke mestringsforventningen knyttet spesifikt til utfordringer som er forbundet med overgangen til foreldreskapet, med kvinner som ikke hadde det. Et slikt kurs burde vært utarbeidet for å skape økt kunnskap og økt kontroll over hva overgangen til foreldreskapet kan bringe av utfordringer. En eventuell måte å gjøre dette på vil eksempelvis være å sammenligne to helsestasjoner, hvor den ene har inkludert en slik ”undervisning” som en del av det faste tilbudet, og den andre ikke har det.

Det kunne vært interessant og utviklet en situasjonsspesifikk skala for mestringsforventning, knyttet spesielt til overgangen til foreldreskapet. Dette for å se om resultatet ville endret seg. Å undersøke om kvinnes mestringsforventning endret seg gjennom overgangen ville også vært interessant. Dette for å se om dette er et fenomen som påvirkes i positiv eller negativ retning i en slik overgang. Dette kunne igjen blitt relatert til utviklingen av fødselsdepresjon, og nedgangen i tilfredshet i parforholdet. Videre forskning på faktorer som kan påvirke nedgangen i tilfredshet og fødselsdepresjon vil være hensiktsmessig. Eksempler på dette er kvinnes sosiale støtte, syn på tradisjonelle roller og hva de selv gjør for å styrke forholdet etter overgangen til foreldreskapet.

Det er i denne oppgaven også utelatt menns rolle i overgangen til foreldreskapet. Det ville også være spesielt spennende å se hvordan menn opplever overgangen til foreldreskapet, i form av fødselsdepresjon og tilfredshet i parforholdet. Vil eksempelvis mestringsforventning hos menn være en prediktor for tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon? Om det er kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder mestringsforventning er uklart, det finnes forskning som peker i begge retninger, og derfor er dette et interessant område å se nærmere på.

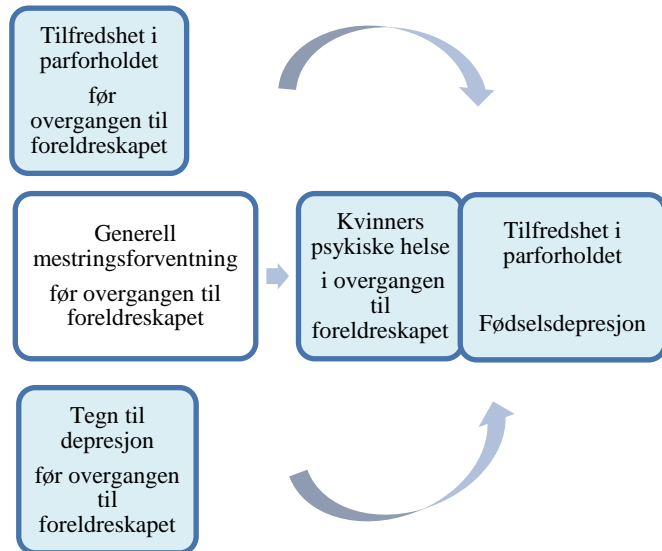
7.0 Konklusjon

Overganger generelt er vist å påvirke den psykiske helsen, og det er ikke et unntak når det gjelder overgangen til foreldreskapet. Dette er en overgang som fører til mange positive emosjoner, og er en av de mest opplevelsesrike hendelsene man kan oppleve. Det er derimot også en overgangsfase som karakteriseres av utfordrende aspekter som kan få en negativ innvirkning på kvinners psykiske helse. Det er derfor en økende interesse for feltet og for hvilke innvirkninger dette kan ha på mor, far og barn.

Temaet i denne studien var kvinners psykiske helse i overgangen til foreldreskapet. Det ble sett på betydningen av mestringsforventning for den psykiske helsen til kvinnene. Dette når det gjaldt tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Mestringsforventning ble målt ved hjelp av ”Generalized self-efficacy scale (GSES)”. Det ble også undersøkt om kvinnes tilfredshet i parforholdet endret seg gjennom overgangen til foreldreskapet. Kvinnene som ble inkludert i studien var førstegangsfødende og var i et parforhold (samboer eller gift). Dette grunnet da det var overgangen fra å være et par til å bli foreldre som var sentralt.

Det viste seg som antatt, at tilfredsheten i parforholdet sank gjennom overgangen til foreldreskapet. Dette støtter tidligere forskning på området. Resultatene viste også at mestringsforventning kan forbindes med den psykiske helsen i overgangen til foreldreskapet. Høy skår på mestringsforventning viste bedre tilfredshet og lavere skår på fødselsdepresjon. Mestringsforventning hadde imidlertid en liten forklaringsverdi når det gjaldt både tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Tilfredsheten i parforholdet før overgangen til foreldreskapet viste seg å forklare 38.5 % av variansen i nedgangen i tilfredshet. Tegn til depresjon før overgangen til foreldreskapet viste seg også å forklare 13.7 % av variansen til fødselsdepresjon. Dette støtter tidligere forskning på områdene tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Se figur nr. 7 for å se hovedfunnene i studien.

Figur nr. 7



Funnene viser at det forebyggende arbeidet rettet mot kvinner som skal gjennomgå overgangen til foreldreskapet, er viktig og hensiktsmessig. Å satse på kommunale lavterskel tilbud som kan fange opp kvinnene som er i risikosonen for å utvikle fødselsdepresjon vil være av stor nytte. Det er også viktig at så mange som mulig får informasjon om at parterapi før fødsel er hensiktsmessig selv for de som ikke føler at de har et samlivsproblem. Det vil være fordelaktig å kunne forberede seg på de utfordringene som kan komme etter overgangen til foreldreskapet. Da er det avgjørende for tilfredsheten i parforholdet, hvilke strategier man har for å takle utfordringene man plutselig kan stå overfor.

Denne studien viser at forskning på området kvinners psykiske helse i overgangen til foreldreskapet, er et område som krever mer og ulik forskning. Dette da det ikke bare har en helsemessig gevinst for kvinnene, men også for barna.

8.0 Referanseliste

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Ajzen, I. (Ed.). (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey.
- Aldwin, C. (Ed.). (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. New York: Guilford Press.
- Amato, P. R. (1996). Explaining the intergenerational transmission of divorce. *Journal of Marriage and the Family, 58*, 628-640.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family, 62*(4), 1269-1287.
- Amato, P. R., & Booth, A. (2001). The legacy of parents' marital discord: Consequences for children's marital quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 627-638.
- Amato, P. R., & DeBoer, D. D. (2001). The transmission of marital instability across generations: Relationship skills or commitment to marriage? *Journal of Marriage and the Family, 63*, 1038-1051.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, D.C: Hemisphere.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press: (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bandura, A. (Ed.). (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (Ed.). (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barne-, & Familiedepartementet. (2002-2003). *St.m. nr. 29. Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap*.
- Barne-, Likestillings-, & Inkluderingsdepartementet. (1995). *Barneombud og barndom i Norge. Evaluering av barneombudsordningen og utredning om organiseringsformer for barn og ungdom*.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review, 5*, 242-273.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275-285.
- Belsky, J., Lang, M. E., & Huston, T. L. (1986). Sex Typing and Division of Labor as Determinants of Marital Change Across the Transition to Parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 517-522.
- Belsky, J., Spanier, G., & Rovine, M. (1983). Stability and Change in Marriage Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 567-577.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science Medicine, 66*(6), 1334-1345.
- Blum, J. S., & Mehrebian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 93-125.
- Bomar, P. J. (Ed.). (1989). *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Brown, J. D. (Ed.). (1998). *The self*. Boston, Massachusetts: McGraw-Hill.

- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (Eds.). (1989). *The expanded family life cycle: A framework for family therapy* (Vol. 2). Boston: Allyn & Bacon.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No Fun Anymore: Leisure and Marital Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family, 70*, 28-43.
- Clulow, C. (1991). Partners becoming parents: A question of difference. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 256-266.
- Cohen, J. (Ed.). (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. H. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence. problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*, 87-127.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.). (1995). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.
- Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H., et al. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues, 6*, 451-481.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood; Why they are needed and what they can do. *Family Relations, 44*, 412-414.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Herring, G., & Miller, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan & M. E. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 79-109). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cowan, P. (1991). Individual and family life transitions: A proposal for a new definition. In P. A. Cowan & M. E. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 3-30). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cowan, P., & Cowan, C. (Eds.). (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahawah, NJ: Erlbaum.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon - en randomisert kontrollert studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 23*(124), 3043-3046.
- Dalgard, O. S., Døhli, E., & Ystgaard, M. (Eds.). (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, P., & Van Assche, F. A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(2), 95-102.
- Dohrenwend, B., Krasnoff, L., Askenasy, A., & Dohrenwend, B. (1978). Exemplification of a Method for Scaling Life Events. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 205-229.
- Dyrdal, G. M., Røysamb, E., Bang Nes, R., & Vittersø, J. (2010). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*.
- Eagley, A. H., & Chaiken, S. (Eds.). (1993). *The psychology of attitudes*. New York: Harcourt, Brace, Janovich.
- Elder, J., G.H. (1991). Family transitions, cycles, and social change. In P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 31-57). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Festervoll, Å. V. (Ed.). (2001). *Kultur og helse: i samspill for det gode liv*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (Eds.). (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flisinger, E. E., & Thoma, S. J. (1988). Behavioral antecedents of relationship stability and adjustment: A 5-year longitudinal study. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 785-795.
- Folkehelseinstituttet. (2007). Fødselsdepresjon-fakta om depresjon i forbindelse med fødsel. from <http://www.fhi.no/artikler?id=66503>
- Folkehelseinstituttet. (2008). Sosial støtte. Retrieved 30.11.2010, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70824:::1:6043:23:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8*.
- Folkehelseinstituttet. (2010a). Arvelighet for livskvalitet begrenser ikke mulighetene for å bedre livskvaliteten. Retrieved 17.06.10, 2010, from C:\Users\ninni\Documents\MASTEROPPGAVE\Arvelighet for livskvalitet begrenser ikke mulighetene for å bedre livskvaliteten - Folkehelseinstituttet.mht
- Folkehelseinstituttet. (2010b). Hva er den norske mor og barn undersøkelsen? Retrieved 25.09, 2010, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2297:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2010). Spørreskjemaer- Mor og barn-undersøkelsen. from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2301:1:0:0:::0:0
- Forskning.no. (2004). Måling av mestring. Retrieved 20.12., 2010, from <http://www.forskning.no/artikler/2004/september/1094562156.6>
- Glavin, K., Smith, L., & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705-710.
- Goldberg, W. (1988). Introduction: Perspectives on the transition to parenthood. In G. Y. Michaels. & W. A. Goldberg. (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 1-20). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gottlieb, B., & Pancer, S. (1988). Social networks and the transition to parenthood. In G. Y. Michaels. & W. A. Goldberg. (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 235-269). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gähler, M. (1998). *Life after Divorce*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Halford, W. K., & Markman, H. J. (Eds.). (1997). *Clinical handbook of marriage and couples interventions* Chichester, England UK: John Wiley & Sons, Inc.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 276-291.
- Helsedepartementet. (2002-2003). *St.meld.nr.16: Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*.
- Helsedepartementet. (2006-2007). *St.meld.nr. 20: Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Helsedirektoratet. (2009). *Psykisk*.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*.
- Holman, T.-B., Birch, P.-J., Carroll, J.-S., Doxey, C., Larson, J.-H., & Linford, S.-T. (Eds.). (2001). *Premarital prediction of marital quality or breakup: Research, theory, and practice*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Hutchison, M. A., Follman, D. K., Sumpter, M., & Bodner, G. M. (2006). Factors Influencing the Self-efficacy Beliefs of First- year Engineering Students. *Journal of Engineering Education*.

- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits--self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability--with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 86*(1), 80-92.
- Keeton, C. P., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depression and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 22*(2), 212-221.
- Keith, D., & Whitaker, C. (1988). The presence of the past: Continuity and change in the symbolic structure of families. In C. J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 431-447). New York: Guilford Press.
- Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal, 2*(6), 1746-4358.
- Larun, L., Lyngstadaas, A., Wiik, I. N., & Mørland, B. (2005). *Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lazarus, R., & Folkman, S. A. (Eds.). (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leathers, S. J., & Kelley, M. A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 523-531.
- Lederman, R. (Ed.). (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. New York: Prentice-Hall.
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health, 15*, 51-69.
- LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living, 19*, 352-355.
- Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: The implications for children. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(4), 395-402.
- Luo, S., & Klohnen, E. C. (2005). Assortative mating and marital quality in newlyweds: A coupled-centered approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 304- 326.
- Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*, 80-89.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology, 51*, 1-27.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry, 176*, 373-378.
- Maddux, J. E. (2002). Self- efficacy: The Power of Believing You Can. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*: Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy decision making: Protection, promotion and detection. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaption and adjustment: Theory, research and application* (pp. 173- 202): New York: Plenum.
- Magnus, P., Irgens, L. M., Haug, K., Nystad, W., Skjaerven, R., & Stoltenberg, C. (2006). Cohort profile: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Epidemiology, 35*(5), 1146-1150.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst-barne og ungdomstid. Rapport 2007:5*: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. W., & Lowell, E. L. (Eds.). (1953). *The achievement motive*: New York: Appleton- Century- Crofts.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 402-410.

- McHale, S. M., & Huston, T. L. (1985). The Effect of the Transition to Parenthood on the Marriage Relationship: A Longitudinal Study. *Journal of Family Issues*, 6, 409-433.
- Mental-Helse. (2009). Livets overgangsfaser. Retrieved 30.11.2010, from <http://mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=12983>
- Miller, S. M. (1996). Monitoring and blunting of threatening information: cognitive interference and facilitation in the coping process. In G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, Methods, and findings* (pp. 179-190). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Minuchin, S. (Ed.). (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mortensen, Ø., & Thuen, F. (2005). *Småbarnsforeldre og samlivskurs. Holdninger til og barrierer mot å delta på samlivskurs i et utvalg av den norske befolkningen*. Bergen: Universitetet i Bergen. HEMIL- senteret.
- Mortensen, Ø., & Thuen, F. (2007). *Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs*. Bergen: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Multon, K. D. e. a. (1991). Relation of Self.efficacy Beliefs to Academic Outcomes: A Meta-Analytic Investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 30-38.
- Murphy, S. (1990). Human responses to transition: A holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.
- Myers, L. B. (2000). Identifying repressors: a methodological issue for health psychology. *Psychology and Health*, 15, 205-214.
- Myers, L. B., Newman, S. P., & Enomoto, K. (2007). Coping. In A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (Vol. 2, pp. 141-157): Blackwell Publishing.
- Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A., Knudsen, A., & Mathiesen, K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. G. (Ed.). (2005). *Forebyggende Helsearbeid, I Teori og Praksis* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nes, R., Røysamb, E., Harris, J. R., Czajkowski, N., & Tambs, K. (2010). Mates and Marriage Matters: Genetic and environmental influences on subjective well-being across marital status. . *Twin Research and Human Genetics*, 13, 312-321.
- Nomaguchi, K. M., & Milkie, M. A. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adult's lives. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 356-374.
- Pajares, F. (2002). Self-Efficacy Beliefs in Academic Contexts: An Outline. Retrieved 16.06.2010, 2010, from <http://www.des.emory.edu/mfp/efftalk.html>
- Pallant, J. (Ed.). (2005). *SPSS survival manual; a step by step guide to data analysis using SPSS version 12*. New York: Open University Press, McGraw- Hill Education.
- Perry-Jenkins, M., Goldberg, A. E., Pierce, C. P., & Sayer, A. G. (2007). Shift work, role overload, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 123-138.
- Petch, J., & Halford, W. K. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28, 1125-1137.
- Pistrang, N., & Barker, C. (2005). How partners talk in times of stress: A process analysis approach. In T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dynamic coping* (pp. 97- 119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Polomeno, V. (2000). The Polomeno Family Intervention Framework for Perinatal Education: Preparing Couples for the Transition to Parenthood. *Journal of Perinatal Education*, 9(1).
- Rogers, R. W., & Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research* (Vol. 1, pp. 113-132). New York: Plenum.

- Rognerud, M., Myklestad, I., & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse*: Folkehelseinstituttet.
- Rossi, A. S. (1968). Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 30, 26-39.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personality development* (Vol. 3, pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rotter, J. B. (Ed.). (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall
- Rotter, J. B. (Ed.). (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*: Psychological Monographs.
- Røysamb, E. (1997). *Adolescent risk making: Behaviour patterns and the role of emotions and cognitions*. University of Oslo.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of Perceived Self- efficacy*. : Freien Universitat Berlin
- Schwarzer, R., & Renner, B. (n.d.). Health Behavior Self-Efficacy. Retrieved 01.11.2010: <http://www.ralfschwarzer.de/>
- Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1992). Attachment Styles and the "Big Five" Personality Traits: Their Connections with Each Other and with Romantic Relationship Outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536-545.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (Eds.). (2005). *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skerfving, A. (Ed.). (2005). *Att synliggjöra barnen- om barn til psykisk sjuka foreldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.
- SSB. (2005a). 100 års ensomhet? Norge og Sverige 1905-2005. Ulike som to dråper vann? Retrieved 29.11.2010, from SSB: http://www.ssb.no/vis/magasinet/norge_sverige/art-2005-03-07-01.html
- SSB. (2005b) Færre giftar seg i statskyrkja. *Befolkningsstatistikk. Sivilstandsendingar, 2005*: Statistisk sentralbyrå.
- SSB. (2009). Personer 16 år og over, etter utdanningsnivå, kjønn og alder. Retrieved 15.11.2010, from Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/utniv/tab-2010-06-25-03.html>
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2009). Sosial kontakt og ensomhet: Hvem er de ensomme? In S. S. sentralbyrå. (Ed.), *Livsløp, generasjoner og kjønn: Livet i ulike faser* (Vol. 1).
- Thuen, F. (2003). Samlivsbrudd og psykisk helse: Forebyggende tiltak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12-22.
- Thuen, F., & Rise, J. (2001). Psychological symptoms after marital disruption: the effect of self-efficacy and optimism. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Tones, K., & Green, J. (Eds.). (2004). *Health promotion. Planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self- esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 321-344.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.
- Valla, L. (2010). *Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.

- Weissman, M. M., & Olfson, M. (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.
- Weisæth, L., & Dalgard, O. (Eds.). (2000). *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal.
- White, R. W. (Ed.). (1959). *Motivation reconsidered: The concept of competence* (Vol. 66): Psychological Review.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wilhelmsen, I. (Ed.). (2004). *Sjef i eget liv- en bok om kognitiv terapi*: Hertervig Forlag.
- Winokur, A., Winokur, D., Rickels, K., & Cox, D. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service; Stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.
- Wormnes, B., & Manger, T. (Eds.). (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping*, 15, 289-309.
- Young, M. E., Karraker, K. H., & Cottrell, L. E. (2006). Parenting Self-Efficacy and Satisfaction with Parenting: Relations with Maternal Well-Being. . Retrieved 09.06.08, 2008, from http://www.allacademic.com/meta/p94699_index.html
- Zabriskie, R. B., & McCormick, B. P. (2003). Parent and child perspectives of family leisure involvement and satisfaction with family life. *Journal of Leisure Research*, 35, 163-189.
- Zuckerman, M. (Ed.). (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington DC: American Psychological Association.

9.0 Vedlegg



den norske **Mor & barn undersøkelsen**

+ Spørreskjema 3 – ca. svangerskapsuke 30 +

Dette spørreskjemaet gjelder for det meste tiden eller svangerskapsuke 12. Vi stiller deg en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra det første spørreskjemaet. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det vil være en fordel om du finner frem ditt Helsekort for gravide for du begynner å besvare spørsmålene, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelige eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svar som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette
- I de store, grønne boksene skriver du tall eller store bokstaver.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet.

Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.

Tall: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 0** 5

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. *Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 14 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 13-16.*
- Spesielle opplysninger som *Leks. medikamenter* skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.

Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVER**.

Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet (skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2001)

dag måned år

Svangerskapskontroll og helse

1. Hvor har du gått til svangerskapskontroll? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger på hvert sted.

Helsestasjon ganger

Legekontor/legesenter ganger

Sykehusets poliklinikk ganger

2. Hvem har du gått til svangerskapskontroll hos? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger.

Jordmor ganger

Allmennpraktiserende lege ganger

Gynekolog ganger

Helsesøster ganger

3. Er legen du har gått til mann eller kvinne? Hvor mange ganger har du gått til han/henne?

Allmennpraktiserende lege Kvinne ganger

Mann ganger

Gynekolog Kvinne ganger

Mann ganger

4. Hvis du går eller har gått til svangerskapskontroll hos privatpraktiserende gynekolog eller på poliklinikk, hva er eller var grunnen?

Henvist på grunn av komplikasjoner i dette svangerskapet

Henvist på grunn av tidligere sykdom eller komplikasjoner i tidligere svangerskap

På eget initiativ uten henvising

Henvist av annen grunn +

Spørreskjema 3E MoBa, 20.000, 1006

	+	Ant. kopper/ glass	Økologisk (kryss av)
12. Saft/juice			<input type="checkbox"/>
13. Saft/juice light			<input type="checkbox"/>
14. Setmelk (skummet, lett, hel)			<input type="checkbox"/>
15. Cultura, alle typer			<input type="checkbox"/>
16. Biola, alle typer			<input type="checkbox"/>
17. Annen surmelk (kefir, yoghurt e.l.)			<input type="checkbox"/>
18. Annet			<input type="checkbox"/>

114. Hvor ofte drakk du alkohol før, og hvor ofte drikker du nå?

	Siste 3 måneder for siste mens		I dette svangerskapet Svangerskapsuke		
	0-12	13-24	0-12	13-24	25+
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol
For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,6cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 helvinsglass, sherry eller annen helvin	= 1 enhet
1 dramme glass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/øder	= 1 enhet

115. I perioden rett før du ble gravid og i dette svangerskapet, hvor mange ganger har du drukket 5 eller flere enheter? (Se forklaring om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder for siste mens		I dette svangerskapet Svangerskapsuke			
	0-12	13-24	25+	0-12	13-24	25+
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Se forklaring ovenfor om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder for siste mens		I dette svangerskapet Svangerskapsuke			
	0-12	13-24	25+	0-12	13-24	25+
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Dersom du har endret ditt alkoholbruk før eller under dette svangerskapet, når skjedde endringen? (Du kan sette flere kryss.)

	Endring til mindre mengder		Endring til større mengder	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 3 måneder for siste menstruasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 0-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 7-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 13-24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter svangerskapsuke 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. Hvis du har endret ditt alkoholbruk, hvor viktig var de følgende faktorene? (Du kan sette flere kryss.)

	Ikke aktuelt		Lite viktig		Ganske viktig		Viktig		Svært viktig	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme/ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endret smak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For fosterets skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon/vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

119. Hvilken sivilstand har du nå?

Gift

Samboer

Enslig

Skilt/separert

Enke

Annet

120. Har du noen utenom ektefelle/ samboer/ partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

Nei

Ja, 1-2 personer

Ja, flere enn to personer

121. Hvor ofte treffer du, eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

En gang i måneden eller sjeldnere

2-8 ganger i måneden

Mer enn 2 ganger i uken

122. Føler du deg ofte ensom?

Nesten aldri

Sjelden

Av og til

Som regel

Nesten alltid

123. Dersom du har født tidligere, hvordan var din opplevelse av selve fødselen i det store og hele?

Veldig god

God

Sånn passe

Dårlig

Veldig dårlig

129. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbelielsen mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

130. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person, iallfall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

131. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg? (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

132. Har du noen gang opplevd noe av det følgende: (Kryss av for hver linje.)

	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (over 18 år)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slaktning	Annen kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kve, fornede eller ydmyke deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli utsatt for fysiske overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet

133. Har noen du bor sammen med hatt noen av de følgende sykdommer i løpet av dette svangerskapet? (Kryss av og angi tidspunkt.)

	I hvilke svangerskapsuker?			
	0-9	10-19	20-29	30+
<input type="checkbox"/> Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barnesykdom (feber med utslett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Langvarig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen infeksjonssykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. Har det vært noen tilfeller av krybbedød i din familie eller i barnefarens familie?

Nei

Vet ikke

Ja, i min familie, (se spørsmål 132)

Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 133)

135. Barnet som døde i krybbedød i min familie var:

<input type="checkbox"/> Min søster			+
<input type="checkbox"/> Min bror			
<input type="checkbox"/> Min søsters barn	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike	
<input type="checkbox"/> Min brors barn	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike	
<input type="checkbox"/> Min mors søsken	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike	<input type="checkbox"/> Kjønn ukjent
<input type="checkbox"/> Min fars søsken	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike	<input type="checkbox"/> Kjønn ukjent
<input type="checkbox"/> Andre			

124. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg vil gjerne ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertelindende og uten inngrep...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) hvis jordmoren også er enig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ta kisersnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres kisersnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

125. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvar bare dersom du er i et parforhold.) (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsefull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

126. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykk, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

127. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

128. Hvor riktige er disse utsagnene for deg? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler min evne til å klare meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>136. Barnet som døde i krybbedod i barnefarens familie var:</p> <p><input type="checkbox"/> Barnefarens søster <input type="checkbox"/> Barnefarens bror <input type="checkbox"/> Barnefarens søsters barn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Barnefarens brors barn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Barnefarens mors søsken <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Kjønn ukjent <input type="checkbox"/> Barnefarens fars søsken <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Kjønn ukjent <input type="checkbox"/> Andre</p>	<p>139. Dersom du/dere fikk støtte fra helsepersonell eller andre i tiden etter dødsfallet vil vi gjerne vite mer om dette. Hvor mange samtaler hadde dere med helsepersonell og/eller foreldreforening, familie og venner og i hvor mange uker varte oppfølgingen?</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Helse- personell</td> <td>Foreldreforening, familie, venner</td> </tr> <tr> <td>Antall samtaler ved møter (ca.):</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antall samtaler pr. telefon (ca.):</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uker med oppfølging (ca.):</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Helse- personell	Foreldreforening, familie, venner	Antall samtaler ved møter (ca.):			Antall samtaler pr. telefon (ca.):			Uker med oppfølging (ca.):		
	Helse- personell	Foreldreforening, familie, venner											
Antall samtaler ved møter (ca.):													
Antall samtaler pr. telefon (ca.):													
Uker med oppfølging (ca.):													
<p>137. Har du noen gang mistet et barn? +</p> <p><input type="checkbox"/> Nei (hvis nei, er du ferdig med spørsmålene) <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>140. Synes du alt i alt at du/dere fikk god nok oppfølging etter barnets død?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen tilbud om oppfølging <input type="checkbox"/> Svært god <input type="checkbox"/> God nok <input type="checkbox"/> Burde vært bedre <input type="checkbox"/> Dårlig</p>												
<p>138. Hvis ja, hva var dødsårsaken og når skjedde det?</p> <p><input type="checkbox"/> Dødfødsel (Fødsel etter 16. svangerskapsuke) <input type="checkbox"/> Krybbedød <input type="checkbox"/> Ulykke <input type="checkbox"/> Sykdom/misdannelse</p> <p>Hvilken sykdom/misdannelse: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Annet</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Årstall</th> <th>Barnets alder hvis barnet døde eller fødselen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Barn 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Barn 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>år</td> <td>måneder</td> </tr> </tbody> </table>		Årstall	Barnets alder hvis barnet døde eller fødselen	Barn 1			Barn 2				år	måneder	<p>141. Har dødsfallet gjort deg mer engstelig i dette svangerskapet?</p> <p><input type="checkbox"/> Nei, ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> Nei, ikke vesentlig <input type="checkbox"/> Ja, noe mer <input type="checkbox"/> Ja, i stor grad</p> <p>142. Opplever du at personalet på svangerskapskontrollen har tatt hensyn til denne vonde opplevelsen i sin kontakt med deg?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i stor grad <input type="checkbox"/> Ja, noe <input type="checkbox"/> Nei, ikke i det hele tatt</p>
	Årstall	Barnets alder hvis barnet døde eller fødselen											
Barn 1													
Barn 2													
	år	måneder											
<p>Kommentarer +</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													
<p>Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?</p> <p>Tusen takk for innsatsen!</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>													

den norske **Mor & barn undersøkelsen**

+

Spørreskjema 4 - Når barnet er ca. 6 måneder gammel

Dette spørreskjemaet er to-delt. Den første delen dreier seg om barnet, den andre delen handler om deg selv. Det ville være en fordel om du finner frem barnets helsekort for du begynner, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

Hvis du fikk tvillinger eller trillinger vennligst fyll ut et spørreskjema for hvert barn.

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik:
- Skriver du feil, kan du bare ta bort krysset ved å fylle boksen helt, slik:
- I de store, grønne boksene skriver du tall.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet

Tall:

- I tallbokser med flere ruter skriver du et ett-sifret tall i den høyre
- Datobokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for årstallet slik at datoen skal skrives slik:
dag måned år

- Spesielle opplysninger som f.eks. medikamenter skriver du fritt på de åpne linjene. Vennligst skriv tydelig!

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2002)

Om fødselen

+

1. Er barnet en gutt eller jente?

- Gutt
 Jente

2. Hvor stort var barnet ved fødselen?

Fødselsvekt: g

Lengde: cm

3. I hvilken svangerskapsuke fødte du?

 uke

+

4. Hvor lenge lå barnet på sykehus etter fødselen?

Antall dager eller uker

5. Ble barnet overflyttet til en annen avdeling eller sykehus etter fødselen?

- Nei
 Ja

Hvis ja, hvilken? _____

6. Ble barnet forløst ved kelsersnitt?

- Nei
 Ja

+

90. Har du brukt noen av følgende stoffer i de siste 3 måneder av svangerskapet og etter fødselen? (Kryss av for hver linje.)

	+	Nei	Ja, siste 3 måneder i svangerskapet	Ja, etter fødselen	+
Anabole steroider		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Testosteronpreparater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

91. Hvor ofte drakk du alkohol i de siste 3 månedene av svangerskapet og hvor ofte drikker du nå? (Kryss av for hver periode.)

	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkoholenheter

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5 cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 alkoholenhet
1 vinglass rødvin eller hvitvin	= 1 alkoholenhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 alkoholenhet
1 drammeglass brennevin eller liker	= 1 alkoholenhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 alkoholenhet

92. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol (fyll ut både for de siste 3 månedene av svangerskapet og etterpå)? (Se forklaring ovenfor om alkoholenheter.) (Kryss av for hver periode.)

Antall alkoholenheter	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

93. Har du samboer/ektefelle/partner?

- Ja
 Nei

+

+

94. Hvis ja, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

95. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

96. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealot mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbelingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

97. Har du opplevd noe av det følgende siden forrige spørreskjema? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg? (Kryss av for hver linje.)

+

	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som slo deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blitt presset til seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ja, nesten hele tiden	Ja, av og til	Ikke særlig ofte	Nei, aldri
Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært nervøs eller bekymret uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært redd eller fått panikk uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor eller ulykkelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har grått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

99. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdiløst person, i alle fall på lik linje med andre ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

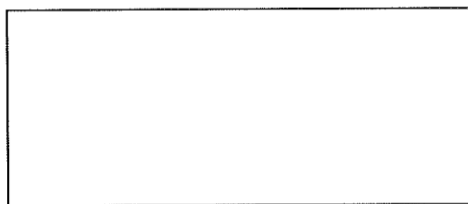
	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

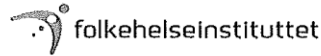
Tusen takk for hjelpen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvolутten.



+

+



Samtykke fra mor

Jeg har lest informasjonsbrosjyren om Den norske mor og barn undersøkelsen og er kjent med at opplysningene jeg gir vil bli behandlet strengt fortrolig. Jeg er informert om at undersøkelsen er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og godkjent av Datatilsynet.

Deltakelse i Den norske mor og barn undersøkelsen innebærer følgende:

- at jeg fyller ut spørreskjemaer, under og etter svangerskapet, om min egen og barnets helse og levekår
- at jeg gir en blodprøve og en urinprøve i svangerskapet og en blodprøve etter fødselen, og at det tas en blodprøve fra barnets navlesnor etter fødselen
- at blodprøvene/urinprøven fra meg, og blodprøven fra mitt barn lagres i en biobank på Nasjonalt folkehelseinstitutt. Prøvene blir aidentifisert og lagres med et prøvenummer. Blod/urinprøver skal kun benyttes til forskning i forbindelse med årsaker til sykdom, herunder samspill mellom arvelige faktorer og miljøpåvirkninger. Dette vil bli gjort i laboratorier i Norge og i andre land, etter at den aktuelle bruken av blodprøven er vurdert av Regional etisk komité og godkjent av Datatilsynet
- at resultatet fra ultralydundersøkelsen i svangerskapet blir stilt til rådighet for prosjektet
- at blodprøven som blir tatt av barnet til undersøkelse på Føllings sykdom kan stilles til disposisjon for prosjektet
- at det ikke meldes noen resultater tilbake til meg om min eller mitt barns helse, heller ikke resultater fra blodprøvene
- at opplysninger om meg og barnet kan hentes fra andre kilder, slik som Medisinsk fødselsregister og sykehusregistre, etter Datatilsynets godkjenning
- at jeg kan bli spurt om å bli med i undersøkelser som innebærer innsamling av nye opplysninger (herunder prøver). Slike delprosjekter vil separat bli vurdert av Datatilsynet og Regional etisk komité. Deltakelse er frivillig, og er ikke nødvendig for videre deltakelse i hovedprosjektet
- at det ikke er satt noen tidsbegrensning for hvor lenge opplysningene og blodprøvene kan lagres. Prosjektet er langvarig og kan også inkludere årsaker til sykdom som oppstår i voksen alder. Mitt barn vil bli informert om prosjektet ved 15-års alder, og vil bli spurt om samtykke til fortsatt deltakelse når han eller hun er 18 år
- at ingen opplysninger eller prøver stilles til rådighet for forskere uten at navn og fødselsnummer er fjernet
- at jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke meg fra videre deltakelse ved å skrive eller ringe til Den norske mor og Barn undersøkelsen. I tillegg kan jeg be om at innsamlede opplysninger og blodprøver blir slettet/destruert, uten å oppgi noen grunn.

Jeg har lest informasjonen ovenfor og samtykker i å delta i Den norske mor og barn undersøkelsen.

Navn: _____

Fødselsnr (11 sifre): _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Min adresse på invitasjonsbrevet er feil, korrekt adresse er:

Returneres sammen med spørreskjema

Nr. 3

Godkjenning fra Regional etisk komité

UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

Harald Hårfagresgt. 1,
Postboks 7800, 5020 BERGEN
Tlf: 55 58 20 84/86
Fax: 55 58 96 82
E-post: Rek-3@uib.no



UNIVERSITY OF BERGEN

Faculty of Medicine

Harald Hårfagresgt. 1
P.O. Box 7800, N-5020 BERGEN
Ph: +47 55 58 20 84/86
Fax: +47 55 58 96 82
E-mail: Rek-3@uib.no

<http://www.etikkom.no/REK/>

*Regional komité for
medisinsk forskningsetikk
Vest-Norge (REK Vest)*

Bergen, 29.06.06
Sak nr. 06/5893

Professor Frode Thuen
HEMIL-senteret
Institutt for utdanning og helse
Universitetet i Bergen
5015 Bergen

Ad prosjekt: Samliv i et utviklingsperspektiv (147.06)

Det vises til din søknad om etisk vurdering datert 07.06.06. REK Vest vurderte studien i møte den 22.06.06.

Dette er et godt og ryddig prosjekt. Det er behov for mer empirisk kunnskap på området. REK vest har ingen innvendinger og studien er da endelig klarert fra denne komité sin side.

Vi ønsker dere lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, eventuelt en kopi av trykt publikasjon når studien er fullført.

Vennlig hilsen

Arnold Berstad
leder

Arne Salbu
sekretær

Nr. 4

Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Frode Thuen
HEMIL-senteret
Universitetet i Bergen
Christiesgt. 13
5015 BERGEN



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 14.08.2006

Vår ref: 15117/PB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.08.2006. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 14.08.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15117

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Samliv i et utviklingsperspektiv

Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder

Frode Thuen

Øystein Mortensen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Øystein Mortensen, Bredalsmarken 4, 5006 BERGEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uib.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

10.0 Appendiks

Tabell A.

Frafallsanalyse

	N	Prosent
Ikke frafall	33301	72.9
Frafall uke 16 i sv. Skap	916	2
Frafall uke 30 i sv. Skap	9096	19.9
Frafall 6mnd. etter fødsel	2375	5.2
Totalt	45688	100

Tabell B.

Manova tabell, frafallsanalyse

	Sum of Squares	Frihetsgrader	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
Tegn til depresjon, tid 1	8.220	1	8.220	50.104	.000	.001
Mestringsforventning, tid 1	6.563	1	6.563	17.614	.000	.000
Tilfredshet i parforholdet, tid 1	1.102	1	1.102	3.645	.056	.000

Tabell C.

Krysstabulering

		frafallsvariabel		
		svarte	Ikke svarte	Totalt
9-årig grunnskole	N	756	468	1224
	% innad i skjema	61.8%	38.2%	100.0%
	% av frafallsvariabel	2.4%	4.4%	2.9%
1-2-årig videregående	N	1282	554	1836
	% innad i skjema	69.8%	30.2%	100.0%
	% frafallsvariabel	4.0%	5.2%	4.3%
Videregående yrkesfaglig	N	4084	1305	5389
	% innad i skjema	75.8%	24.2%	100.0%
	% frafallsvariabel	12.7%	12.2%	12.6%
3-årig videregående allmennfaglig, gymnas	N	4784	1570	6354
	% innad i skjema	75.3%	24.7%	100.0%
	% frafallsvariabel	14.9%	14.7%	14.9%
Distriktshøyskole, universitet inntil 4 år (cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør)	N	13556	3793	17349
	% innad i skjema	78.1%	21.9%	100.0%
	% frafallsvariabel	42.2%	35.5%	40.6%
Universitet, høyskole, mer enn 4 år (hovedfag, embetseksamen)	N	7624	2980	10604
	% innad i skjema	71.9%	28.1%	100.0%
	% frafallsvariabel	23.8%	27.9%	24.8%
Totalt	N	32086	10670	42756
	% innad i skjema	75.0%	25.0%	100.0%
	% frafallsvariabel	100.0%	100.0%	100.0%

Tabell D.

Frafallsanalyse, utdanning

	Verdi	Frihetsgrad	Asymp. Sig. (2-sided)	Eta
Pearson Chi-Square	288.419 ^a	5	.000	0.82
Likelihood Ratio	278.129	5	.000	
Linear-by-Linear Association	20.331	1	.000	
N of Valid Cases	42756			

