



Forord

Dette har vært meget begivenhetsrike år i mitt liv. Jeg har møtt mange spennende mennesker og lært meget. Det har vært så godt å lære nytt og se ting fra nye vinkler.

At så mange er interessert i Helse og at så mange faggrupper er interessert i Helse, er et positivt tegn for fremtiden!

Graviditet og fødsel er et meget spennende og fascinerende område, og jeg lærer hele tiden nytt.

Jeg vil gjerne takke mange som har fulgt meg på min vei gjennom årene på Ås.

Først og fremst, alle «mine» kvinner i STORK-Groruddalen prosjektet. Det er flotte, spennende og frodige damer. Så vil jeg takke Anne Karen Jenum for hele prosjektet og muligheten for å jobbe med data fra prosjektet. Den tid jeg hadde på Stovner helsestasjon lærte meg masse og jeg lærte også mye av de andre prosjekt medarbeiderne i STORK-Groruddalen prosjektet. Så takk, til alle dere.

Jeg har fått uvurderlig god hjelp av mine veiledere. Min hovedveileder er Camilla Ihlebæk, professor i Folkehelsevitenskap, NMBU. Du har vært fantastisk inspirerende og motiverende, og alltid tilgjengelig for spørsmål og veiledning. Min bi veileder er Anne Karen Jenum, professor ved UIO, og du har vært gavmild med materiale og vist begeistring, og det har vært meget inspirerende. Tusen takk, begge to.

Da jeg skulle begi meg ut i SPSS, fikk jeg gode råd på veien av Kjersti Mørkrid. Det hjalp mye, så takk for hjelpen!

Jeg vil gjerne takke, spesielt en medstudent på NMBU, Anna. Anna, du er et meget flott og raust menneske, og du har hjulpet meg utrolig meget hele veien med studiet. Takk.

Og over det hele, svever min lille, men absolutt ikke kjedelige, familie!

Annemette Estrup Risggard.

Oslo 13-5-2014.

Sammendrag

Bakgrunn: Svangerskap og fødsler er noe som angår mange kvinner i Norge hvert år. Svangerskap og fødsel er i dag forbundet med få alvorlige helsekomplikasjoner, men kan medføre belastninger. Kvinners helse og mulighet til både uformell og formell sosial støtte kan være viktige faktorer som påvirker opplevelsen av svangerskap og fødsel. I tillegg har befolknings sammensetningen i Norge endret seg gjennom innvandring, og man vet lite hvordan kvinnene i en multi-etnisk befolkning opplever svangerskap og fødsel..

Hensikten med undersøkelsen: Hensikten med studien var å undersøke om opplevelsen av svangerskap og fødsel varierer med hensyn til sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelaterte faktorer.

Metode: 656 kvinner i en multi-etnisk befolkning (STORK – Groruddalen) ble intervjuet 10-12 uker etter fødsel. Kvinnene svarte på spørsmål i strukturerte spørreskjemaer, som var oversatt til åtte språk. Spørsmålene dekket bl.a. opplevelse av svangerskap og fødsel, sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelaterte faktorer. Gruppeforskjeller i opplevelse av svangerskap og fødsel ble testet med Kji-kvadrattester og t-test. Binær logistisk regresjon ble gjennomført for å teste hvilke variable som hadde betydning for kvinners opplevelse av svangerskapet og fødselen.

Resultater: Kvinnene hadde en gjennomsnittsskår på 4,11 (SD=2,75) på opplevelse av svangerskap, men det var en stor variasjonsbredde (Range:1-11). Kvinner fra Sør-Asia og Andre (Øst-Europa, Afrika, sør for Sahara, Mellom- og Sør-Amerika) hadde signifikant lavere risiko for å ha en dårlig opplevelse av svangerskapet sammenlignet med vestlige kvinner ($p < 0,05$). Flergangsfødene hadde en dobbelt så høy risiko for å oppleve et dårlig svangerskap sammenlignet med førstegangs fødene ($p < 0,01$), og det å oppleve redsel under fødselen var også av signifikant betydning for en dårlig svangerskapsopplevelse ($p = 0,002$). Sosiodemografiske faktorer, sosial støtte og helse hadde ingen signifikant sammenheng med opplevelsen av svangerskap. For opplevelse av fødsel var gjennomsnittsskåren 4,44 (SD=3,06). Kvinner som hadde videregående skole som høyest fullførte skolegang, hadde mer enn dobbelt så stor risiko for å få en dårlig fødselsopplevelse sammenlignet med de med grunnskoleutdanning ($p = 0,004$). Undersøkelsen viste ingen signifikant betydning av etnisitet i forhold til opplevelsen av fødsel, men det var en tendens til at kvinner fra Øst-Asia har mindre risiko for å rapportere en dårlig fødselsopplevelse ($p = 0,071$). Kvinner som opplevde god støtte på sykehuset hadde signifikant lavere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse. Flergangsfødende hadde også signifikant lavere risiko for en dårlig fødselsopplevelse ($p = 0,041$), mens redsel under fødsel ga en økt risiko for å få en dårlig fødselsopplevelse ($p < 0,01$). Modellene forklarte henholdsvis 8 % av variansen i svangerskapsopplevelsen og 23 % for fødselsopplevelsen.

Konklusjon: Studien viser at opplevelsen av svangerskap og fødsel var påvirket av en rekke faktorer. Opplevelsen av svangerskap var assosiert med etnisitet, paritet og opplevd redsel under svangerskapet, mens opplevelsen av fødsel var assosiert med utdanning, paritet, sosial støtte og redsel under fødselen. Modellene forklarte imidlertid lite av variansen i opplevelse, noe som viser at andre faktorer ikke undersøkt i denne studien er av betydning for hvordan kvinner opplever svangerskap og fødsel.

Summary

Background: Every year many women in Norway go through pregnancy and giving birth. Today pregnancy and giving birth carry minimal health risk to the mother, however it can be associated with strain and complaints. Several factors such as the mother's health and possibility of receiving both formal and informal social support might be important for how the women experiences her pregnancy and birth situation. In addition, increasing immigration has changed the Norwegian population in a multiethnic direction, and there is limited knowledge on how immigrants experience their pregnancy and giving birth

Aim of the study: To investigate whether the experience of being pregnant and the experience of giving birth vary according to sociodemographic factors (age, level of education, marital status and work), ethnicity, social support and health related factors.

Methods: 656 women from a multiethnic population (STORK – Groruddalen) were interviewed 10-12 weeks after giving birth. The women answered questions from a structured questionnaire that was translated into eight different languages. The questions covered the women's experiences with pregnancy and giving birth, sociodemographic factors, ethnicity, social support, and health related factors. Differences between groups were tested with chi-square tests and t-test. Logistic regression models were used to test the association between the different factors and the experience of pregnancy and the experience of giving birth.

Results: Mean score for the pregnancy experience was 4,11 (SD=2,75) and the range was 1-11. Women from South Asia and women from Other ethnic background (Eastern Europe, Africa south of Sahara, and Central and South America) showed significantly lower risk of reporting a poor experience during pregnancy ($p<0.05$). Multiparous women showed a twice as high risk for reporting a poor experience as first-time mothers ($p<0,01$), and anxiety during birth was also significantly associated with a poor pregnancy experience ($p=0,002$). Sociodemographic factors, social support and health factors showed no significant relationships with pregnancy experiences. Mean score for the birth experience was 4,44 (SD=3,06). Women who had completed senior high school education, were more than twice likely to have a negative birth experience compared with women with primary school only ($p=0,004$). Ethnicity did not show any significant association with birth experience, however there was a tendency for a lower risk for women from East Asia to regard their birth experience as poor ($p=0,071$). High experienced social support from the hospital staff was associated with a lower risk of a poor experience. Multiparous women showed a significantly lower risk for reporting a poor experience of giving birth compared with first-time mothers ($p=0,041$), and anxiety during birth was also significantly associated with a poor pregnancy experience ($p<0,01$). The logistic regression models only explained 8 % of the variance in the experience of pregnancy and 23 % for the experience of giving birth.

Conclusion: This study shows that the experience of pregnancy and giving birth is associated with several factors. The experience of pregnancy was related to ethnicity, parity, and anxiety during birth, while the experience of giving birth was associated with education, parity, social support from hospital staff, and anxiety during birth. However, the explained variance of the models was relatively low, indicating that several other factors might be of importance for how women experience their pregnancy and giving birth.

Tabelloversikt

Tabell 1: Prosentvis fordeling av variabler målt ved intervjurunde 1 for hele utvalget i STORK –Groruddalen prosjektet (Total), utvalget i masteroppgaven (Utvalg) og drop-out. Forskjeller mellom utvalg og drop-out ble testet med Kji-kvadrat tester og p-verdi er oppgitt.

Tabell 2: Prosentvis fordeling av opplevelse av svangerskap med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, og religion. N = 656. Gruppeforskjeller ble testet med Kji-kvadrattester.

Tabell 3: Prosentvis fordeling for god og dårlig opplevelse av svangerskap med helsefaktorer og opplevd sosial støtte, og gjennomsnittsverdier for redsel under fødselen. N = 656. Gruppeforskjeller ble testet med Kji-kvadrattester eller t-test.

Tabell 4: Odds ratio (OR), 95% konfidensintervall(KI) og p-verdi for en dårlig opplevelse av svangerskap for ulike etniske grupper, paritet, mors egendefinerte helse og redsel under fødselen. Nagelkerke R²: 0,083. N = 656

Tabell 5: Prosentvis fordeling av opplevelse av fødsel med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn og religion. N=656. Gruppeforskjeller ble testet med kji-kvadrat tester.

Tabell 6: Prosentvis fordeling av opplevelse av fødsel med helsefaktorer, opplevd sosial støtte og redsel under fødsel. N= 656. Gruppe forskjeller ble testet med kji-kvadrattester eller t-test.

Tabell 7: Odds ratio(OR), 95 % konfidensintervall(KI) og p-verdi for en dårlig opplevelse av fødselen for ulike utdanningsgrupper, ulike etniske grupper, ulike religioner, paritet, selvrappport helse, mor, følt ivaretagelse på fødselsavdelingen og barselavdelingen og følt redsel under fødsel. Nagelkerke R²: 0,231. N=656

Vedlegg

Vedlegg 1 a-h: Aktuelle sider av spørreskjema. På norsk.

Vedlegg 2 a-b: Godkjenning fra REK og Datatilsynet.

Vedlegg 3 a-d: Invitasjon til kvinnen om deltakelse i STORK Groruddalen

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| FORORD | 1 |
| SAMMENDRAG | 2 |
| SUMMARY | 3 |
| TABELLOVERSIKT | 4 |
| VEDLEGG | 5 |
| 1.0 INTRODUKSJON | 8 |
| 1.1 BAKGRUNN | 8 |
| 1.2 HELSE, HELSEFREMMEDE OPPLEVELSER OG SALUTOGENESE | 9 |
| 1.2.1 Svangerskap – og fødselsomsorg..... | 11 |
| 1.2.2 Svangerskap, fødsel og helse | 13 |
| 2.0 INNVANDRING | 14 |
| 2.1 HELSE – KULTUR OG SOSIODEMOGRAFISKE FAKTORER | 14 |
| 2.2 SVANGERSKAP, FØDSEL, HELSE OG ETNISK BAKGRUNN | 15 |
| 3.0 SOSIAL STØTTE | 16 |
| 3.1 SOSIAL STØTTE OG HELSE | 16 |
| 3.2 SOSIAL STØTTE OG SVANGERSKAP OG FØDSEL | 17 |
| 4.0 PROBLEMSTILLING | 17 |
| 5.0 METODE | 18 |
| 5.1 STUDIEDESIGN | 18 |
| 5.2 MATERIALE | 18 |
| 5.3 VARIABLER | 19 |
| 6.0 ANALYSE | 21 |
| 7.0 ETIKK | 22 |
| 8.0 RESULTATER | 22 |
| 8.1 BESKRIVELSE AV UTVALGET..... | 22 |
| 8.1.1 Opplevelser av svangerskap og fødsel..... | 22 |
| 8.1.2 Sosiodemografiske variabler..... | 23 |
| 8.1.3 Helsevariabler..... | 24 |
| 8.1.4 Sosial støtte..... | 24 |
| 8.2 FORSKJELLER I OPPLEVELSE AV SVANGERSKAPET | 24 |
| 8.2.1 Bivariate analyser | 24 |
| 8.2.2 Multivariat analyse..... | 24 |
| 8.3 FORSKJELLER I OPPLEVELSE AV FØDSEL | 25 |
| 8.3.1 Bivariate analyser..... | 25 |
| 8.3.2 Multivariat analyse..... | 29 |
| 9.0 DISKUSJON | 31 |
| 9.1 SAMMENDRAG AV RESULTATER | 31 |
| 9.2 METODEDISKUSJON | 32 |
| 9.3 REPRESENTATIVITET OG GENERALISERBARHET | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 9.4 VALIDITET OG RELIABILITET | 34 |
| 9.5 DISKUSJON AV RESULTATER..... | 35 |
| 9.5.1 <i>Opplevelse av svangerskap</i> | 35 |
| 9.5.2 <i>Opplevelse av fødsel</i> | 37 |
| 10.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON | 39 |
| 11.0 VIDERE FORSKNING | 40 |
| 12.0 REFERANSER | 41 |

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Å være gravid og føde barn er på ingen måte noen sykdom, men en naturlig del av livet som helst skal oppleves som en gledelig begivenhet. Selv om det har vært en nedgang i antall fødsler de senere år, så ble det født 59.000 barn i Norge i 2013, så svangerskap og fødsel berører mange par hvert år (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Svangerskapsomsorgen for friske gravide er et kommunalt ansvar og inngår som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Svangerskapsomsorgen har lang tradisjon i Norge og har nesten 100 % oppslutning fra gravide kvinner (Helsedirektoratet, 2005). Ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2005), består basisprogrammet for normalgraviditeten av åtte kontroller fra og med uke 8-12 til og med uke 40. En ultralydundersøkelse rundt uke 17-19 er inkludert i dette antallet. I tillegg er det en kontroll i uke 41. Deretter følges retningslinjer for overtid, hvilket betyr at kvinnen henvises til den fødeavdeling hvor hun har fødeplass. Jordmor på helsestasjon eller fastlege søker fødeplass for kvinnen i svangerskapet, nettopp fordi kvinnen tilbydes en ultralyd, på det sykehus hvor hun skal føde. Etter fødsel overflyttes kvinne og barn til barselavdelingen. Noen sykehus har en tradisjonell barselavdeling, hvor kvinne og barn til tider må dele rom med en annen kvinne med barn. Da har fedre og eventuelle søsken mulighet for å være til stede en stor del av dagen, men ikke om natten. De seneste årene har noen sykehus opprettet barselhotell for kvinner med ukompliserte fødsler og friske barn. Da kan familien være sammen hele døgnet, hvor tanken er, sett fra helsepersonalets side, at familien skal være så selvhjulpne som mulig, men med mulighet for å få råd og veiledning i begrenset omfang. Og sett fra familiens side, en anledning til å kjent som stor familie i lidt trygge omgivelser

Mange kvinner velger oppfølging av både jordmor og fastlege gjennom svangerskapet. I følge retningslinjene, er det et mål, at kvinnene skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barselstid. I dag er det mulig, i det offentlige, å tilby kvinnene kontinuitet gjennom svangerskapet. Hvis ikke jordmor har kapasitet, er kvinnen sikret oppfølging hos fastlege, da svangerskapsomsorgen i hovedsak skjer i kommunehelsetjenesten, mens fødsel og barselstid er spesialisthelsetjenestens ansvar (St.meld. nr. 12(2008-2009)). Da svangerskapsomsorgen fortsatt er oppdelt, og liggetiden på barselavdelingen for kvinnen og barnet de seneste årene har blitt sterkt redusert, ønsker direktoratet å revidere retningslinjene. Det er et ønske om at familien skal få støtte fra jordmor i kommunen, bydelen, nettopp for å kompensere for oppdelingen i fødselsomsorgen og den korte liggetid på barselavdelingen (Helsedirektoratet, 2014). Her tenker man seg et tidlig hjemmebesøk av jordmor 2 til 3 døgn etter fødsel, eller ganske raskt etter hjemkomst fra barselavdelingen og i tillegg et besøk av jordmor mellom 14 til 21 dager etter fødsel.

Befolkningssammensetningen i Norge har endret seg de siste årene gjennom innvandring og befolkningen har blitt mer multi-etnisk (Statistisk sentralbyrå, 2013). I følge Statistisk sentralbyrå var det ved årsskiftet 2012 – 2013 totalt 117.100 norskfødte med

innvandrereforeldre i Norge. I 2012 hadde 23 % av de nyfødte en mor som var innvandret (Statistisk sentralbyrå, 2013). Det at befolknings sammensetningen forandres og at flere fødende kvinner tilhører en etnisk minoritet, gjør det viktig å undersøke om det er forskjeller i opplevelsen av svangerskapsomsorgen og fødsel mellom etniske grupper. Nettopp fordi det er viktig at alle skal ha mulighet for å oppleve et svangerskap og en fødsel, som en gledelig begivenhet.

Svangerskapsomsorgen har i store trekk ikke vært forandret på mange år, og den har resultert i stor reduksjon i mødre- og barnedødeligheten i Norge. (Folkehelseinstituttet, 2012). Det ville likevel være interessant å se om det er problemstillinger vi i dag ikke fanger opp og utfordringer vi ikke forstår.

I STORK-Groruddalen-prosjektet, som foregikk fra mai 2008 til mai 2010, inngikk totalt 823 friske, gravide kvinner fra Groruddalen. De gikk til jordmor på helsestasjonene: Bjerke, Grorud og Stovner. STORK – Groruddalen prosjektet, er en kohorte studie i en multietnisk befolkning og studien hadde som hoved tema: Forebygging av svangerskapsdiabetes og inaktivitet i en multietnisk befolkning. Undersøkelsen ble gjennomført med tre intervjuer med opplærte jordmødre og med materiale oversatt til åtte språk (Jenum, Sletner, Voldner, Vangen, Mørkrid, Andersen, Nakstad, Skrivarhaug, Rognerud-Jensen, Roald og Birkeland, 2010).

I denne oppgaven, vil data fra intervju 10-12 uker etter fødsel i STORK-Groruddalen prosjektet bli benyttet, for å undersøke hvordan de gravide kvinnene på disse tre helsestasjonene opplevde sine svangerskap og sine fødsler. Det vil også bli undersøkt om ulike sosiodemografiske variabler, etnisitet, opplevd sosial støtte og ulike helsevariabler påvirker opplevelse av svangerskap og fødsel.

1.2 Helse, helsefremmende opplevelser og salutogenese

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse slik: «Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet» (WHO 1948). Definisjonen er blitt kritisert for å være utopisk, og WHO kom i 1986 med en modifisert definisjon, hvor helse ble beskrevet som: «en ressurs som gir folk mulighet til å leve et produktivt liv; på det personlige, sosiale og økonomiske plan ». Definisjonene introduserte et mer holistisk helsebegrep, hvor evnen til å fungere eller mestre, skal ses i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesker utsettes for. Man fokuserer på ressursene og det positive i folks liv, og ikke bare fravær av sykdom (Mæland, 2010). Peter F. Hjort har definert helse slik:» God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav «(Hjort, 1982).

Helse er således et stort og bredt begrep. Det inkluderer både den fysiske form og den psykiske helse. Når det gjelder helse i forhold til svangerskap og fødsel, kan generelle plager være vel så viktig for kvinners opplevelse av helse, som direkte sykdom. Det at noen kvinner ikke føler seg vel, men føler seg begrenset, på grunn av sitt manglende velbefinnende, kan

begrense kvinnens aktivitet, og kan føre til en dårlig opplevelse av svangerskapet selv om kvinnen ikke er syk.

Ideologien bak helsefremmende arbeid kom gradvis både før og etter WHO's helsedefinisjon i 1948. I 1986 ble den første internasjonale konferanse om helsefremmende arbeid, gjennomført i Ottawa, Canada. Da ble det så kalte Ottawa-charteret utformet. Helsefremmende arbeid defineres der som: «Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse». Videre står det: »For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø» (Mæland,2010). Denne definisjonen gjør helse til en ressurs.

Antonovskys (1979) «salutogenese» er en teori med fokus på helsefremmende faktorer og den presiserer viktigheten av opplevelsen av sammenheng. Den vektlegger hver enkelt persons livssituasjon, den enkeltes ressurser og hvordan den enkelte takler livet, sykdom, press, krav og stress. Hva holder oss friske? Hva gir oss motstandskraft? Antonovsky (1979) mener det er menneskets opplevelse av sammenheng, *Sense of coherence*, som holder oss friske og gir oss motstandskraft i hverdagen. At det enkelte menneske rent kognitivt har en opplevelse av at dets tilværelse er forståelig, håndterbar og meningsfull. Med forståelig menes at det som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig. Med håndterbart menes at man har en opplevelse av å ha tilstrekkelige ressurser til å kunne møte ulike situasjoner i livet. Med meningsfullhet menes at man har en opplevelse av delaktighet i det som skjer (Antonovsky, 1979).

Salutogenese og opplevelse av sammenheng er blitt sett på som en verdifull tilnærming til helsefremming, og noen anser dette begrep som så viktig, at de anbefaler tilnærmingen mer brukt i praksis (Eriksson og Lindstrøm, 2005).

For at en kvinne skal kunne se på svangerskap og fødsel som en helsefremmende opplevelse og en mulighet for å føle mestring, kan det være vesentlig at denne situasjonen gir en opplevelse av sammenheng (Antonovsky 1979). At fødselen er forståelig, på den måten at man er forberedt og vet hvor man skal henvende seg. At det er håndterbart, på den måten at man har noen med seg på fødeavdelingen, slik at man føler at man har tilstrekkelige ressurser med seg, så det kan være mulig å møte ulike situasjoner gjennom fødselen. At det er meningsfylt, på den måten at man opplever å være delaktig i prosessen, få informasjon og trygghet. At kvinnen vet hva som kommer til å skje og opplever sosial støtte vil også kunne være av stor betydning. Det kan også være av betydning om kvinnen er førstegangs fødende eller flergangsfødende. Det kan være en belastning for kroppen å være gravid, og det kan være av helsemessig betydning hvor tette svangerskap en kvinne har. Samtidig kan førstegangs fødende føle mer uro og bekymring siden de ikke har vært i gjennom graviditet og fødsel tidligere.

1.2.1 Svangerskap – og fødselsomsorg

Som tidligere beskrevet er svangerskap en naturlig del av livet, og selv om et svangerskap kan medføre plager og besvær for den gravide kvinnen, er svangerskap normalt ikke forbundet med sykdom. Det er imidlertid en fare for en del komplikasjoner og sykdommer som f.eks svangerskapsdiabetes, svangerskapsforgiftning, bekkenløsning, nedstemthet og depresjon, og det er derfor viktig at gravide kvinner blir fulgt opp av helsevesenet under svangerskapet.

Kvinner kan velge å bli fulgt opp i svangerskapet av enten jordmor, fastlege eller begge enten i det offentlige helsevesen eller privat. Der finnes ikke tall på hvor mange som følges opp privat i svangerskapet, men dette er et tilbud som har fått økende oppslutning de siste årene. I retningslinjene for svangerskap, fødsel og barseltid opereres med en nesten 100 % oppslutning i det offentlige system (Helsedirektoratet, 2005).

I Norge er det ikke gjort mange undersøkelser av kvinners opplevelser, erfaringer og meninger om svangerskapsomsorgen. To undersøkelser fra henholdsvis 1999 og 2003 (Statens helsetilsyn, 1999 og TNS Gallup, 2003), konkluderer med at det er viktig at helsepersonell utviser respekt, fleksibilitet og trygghet. I undersøkelsen fra 2003 svarer 87 % av de spurte kvinnene at de var tilfredse med svangerskapsomsorgen (TNS Gallup, 2003).

Som en følge av stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» (St.meld. Nr 12, 2008-2009), om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, ble det gjennomført en nasjonal undersøkelse i 2013 med det formål å innhente brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg fra kvinner som har født og deres partnere. Totalt 4904 kvinner (svarprosent på 56,6 %) svarte på undersøkelsen, hvorav 8,7 % var kvinner fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania (utenom Australia og New Zealand) og Europa utenom EØS, landsgruppe 2 (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Undersøkelsen omhandlet kun offentlige tjenester. Det var 76 % av kvinnene i undersøkelsen som mente at det var viktig med kontinuitet i svangerskapsomsorgen, og at det var viktig med kontroll hos samme person gjennom svangerskapet. I rapporten ble det å bli fulgt opp av jordmor gjennom svangerskapet vektet høyere enn det å bli fulgt opp av fastlege (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

Som tidligere nevnt, foregår fødsler på sykehus og er en del av spesialisthelsetjenesten. Kvinnene som har vært friske i svangerskapet og har blitt fulgt opp av jordmor og/eller fastlege kommer til fødeavdelingen ved begynnende fødsel eller hvis svangerskapet har passert uke 41. Noen kvinner og partnere har deltatt på svangerskapskurs, enten i regi av helsestasjonene eller privat, organisert av fødeavdelingens jordmødre. Disse vil vite hvordan fødeavdelingen ser ut, de øvrige, førstegangsfødende, møter et nytt sted, med nye mennesker i en ny livssituasjon. Før ankomst har en del snakket med en jordmor på vakt. Da har man hørt en stemme. Det kan være med til å danne seg et bilde av situasjonen. Men de fleste vil møte en ukjent jordmor når de kommer for å føde.

Etter fødsel flyttes kvinnen, barnet og i noen tilfeller partneren til en barselavdeling. Dette kan være en tradisjonell sykehusavdeling, eller et barselhotell. Man differensierer for å kunne tilby kvinner mer individuell oppfølging. Uansett hvor man velger sin barselperiode, er den

kort. Man har de siste årene avkortet barseloppholdet betraktelig, fra en uke til to til tre dager. Etter denne perioden, er det tanken at familien skal følges opp på helsestasjonen med tett kontakt med helsesøster. Her tenker man primært oppfølging av barnet og familien, ikke mor spesielt. I de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet, 2014 – Nyt liv og trygg barselid for familien, ønsker man at der skal tenkes helhetlig og sammenhengende i svangerskaps, fødsels og barselid. Man ønsker å støtte kvinnen og gi informasjon om hennes helse, og ikke utelukkende fokusere på barnet. Dette er i tråd med de kommentarer som kom frem i rapporten fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Man tenker at tilbudet til kvinnen og familien, skal være individualisert, kultursensitivt, så man tar hensyn til kultur mangfoldet i befolkningen og man skal formidle likeverdige helsetjenester og hvor det er behov, skal tolk benyttes. Ansvaret for gjennomføringen av tjenestene ligger hos den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

Kvinnene i undersøkelsen bak Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens rapport ga gjennomsnittlig høy positiv skår for sin opplevelse på fødeavdelingen. Man konkluderte med at kvinnene følte seg ivaretatt på føden, men at kvinnenes erfaringer med personalet på fødeavdelingen varierte med alder, tidligere fødsler, svangerskapslengde, selvrapporert helse og utdanning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). I rapporten undersøkte de også kvinnens opplevelse av oppfølging etter fødsel, inkludert informasjon om deres egen forventede psykiske og mentale helseforandringer etter hjemreise fra barselavdelingen. Her skåret kvinnene bare 56 på en skala fra 0-100. Kun 38 % svarte at informasjonen omkring egen fysiske helse etter fødsel i stor eller svært stor grad var tilstrekkelig, og tilsvarende svarte 49 % at informasjonen om følelsesmessige forandringer i stor grad eller svært stor grad er tilstrekkelig. Undersøkelsen viste også at kvinnene ønsket mer kontinuitet fra svangerskap til tiden etter at man hadde født. Samlet sett viste undersøkelsen at jordmørtjenesten under svangerskapskontrollen fikk den beste skåren, mens informasjon om kvinnens helse på helsestasjonen fikk den laveste. Oppholdet på fødeavdelingen som fikk den mest positive beskrivelsen og oppholdet på barselavdelingen fikk den minst positive (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

Undersøkelsen avdekket at tilbudet til kvinner med innvandrerbakgrunn kan være dårlig tilpasset den enkeltes behov i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kvinner fra rapportens definerte landgruppe 2, det vil si Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EØS, har svart mer negativt på indeksen om relasjoner til personalet på fødeavdelingen, mens de norske kvinnene svarte mer negativt enn de andre etniske gruppene på opplevelsen av barselavdelingen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

I Norge har man krav på at helsevesenet skal sikre likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres sosiale, kulturelle og religiøse tilknytning og bakgrunn, og i organisering og tilrettelegging av omsorgen må tas hensyn til kulturelle og språklige utfordringer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

En svakhet ved de fleste av undersøkelsene over er at de i begrenset grad har lyktes med å inkludere innvandrergrupper. I de tidligste undersøkelsene inkluderte man kun deltakere som behersket norsk. Andre undersøkelser i Norge, som for eksempel den store norske mor-barn undersøkelsen, MoBa, en studie som rekrutterte 90.000 gravide kvinner og 70.000 fedre i årene 1999 til 2008, har også den begrensning at den forutsetter at deltakerne behersker skriftlig norsk (Folkehelseinstituttet, 1999-2008). I den nasjonale undersøkelsen fra 2013 valgte man å begrense seg til spørreskjema på norsk og engelsk, og spørreskjemaene ble sendt ut på norsk og kunne rekvireres på engelsk (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013), noe som ekskluderte mange innvandrerkvinner. Dette gjør at man fortsatt har begrenset kunnskap om hvordan denne gruppen opplever svangerskap og fødsel.

1.2.2 Svangerskap, fødsel og helse

Graviditet og fødsel i Norge er en naturlig, sterk og tilnærmet risikofri begivenhet, hvilket dessverre ikke er tilfellet i alle andre land. Å være gravid er ingen sykdom, men kan være en belastning for kroppen, både fysisk og mentalt (Helsedirektoratet, 2005). Derfor kan det også her i Norge være slik at graviditet og fødsel gir utfordringer, for den enkelte kvinne og for hennes familie, og det kan få store konsekvenser for dem det gjelder, samt i et Folkehelseperspektiv. Mødre dødeligheten i Norge er blant de laveste i verden og har vært lav de siste 30 årene. Om lag fire norske kvinner dør årlig i barsel og det svarer til syv dødsfall pr. 100.000 levende fødte barn (Folkehelseinstituttet 2012). Mulige komplikasjoner for kvinnen under fødsel kan være kraftig blødning, infeksjoner og alvorlige kramper.

Et svangerskap er en langvarig, kontinuerlig prosess, hvor kvinnen og kroppen gradvis utvikler seg og forbereder seg. Alminnelige svangerskapsproblemer kan være, svangerskapsdiabetes, svangerskapsforgiftning, som betyr forhøyet blodtrykk, hevelser i kroppen, hodepine, med eventuelle synsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2005). En annen hyppig graviditetsplage, er bekkenløsning. Dette er en plage som oppstår når bekkenet som en naturlig forberedelse til fødsel utvider seg (Helsedirektoratet, 2005). Disse plager varierer i styrke fra kvinnen til kvinne, og de varierer i styrke gjennom graviditeten. Noen kvinner opplever mentale forandringer og et svangerskap kan være med til at aktivere psykisk ubalanse, både som en første gangs opplevelse, men også en reaktivering av tidligere psykiske plager eller direkte sykdom. Hvor godt kvinnen er forberedt på fødsel, varierer. Både med hensyn til personlig forberedelse og hvor god oppfølging kvinnen får gjennom svangerskapskontrollene. Derfor varierer det hvor mottakelige kvinner er for forberedelse til fødsel.

Når det gjelder den mentale helsen omkring svangerskap og fødsel, rammes anslagsvis 3000 – 9000 barselkvinner i Norge hvert år av nedstemthet og depresjon (Folkehelseinstituttet 2013). Dette svarer til mellom 6 % til 20 % kvinner og familier som opplever en vanskelig periode, hvert år i Norge. I en norsk artikkel av Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Eberhard-Gran (2012), kommer det frem at det er kvinnens subjektive opplevelse av fødselen som er viktig for hennes opplevelse av mestring, og følelse av angst for en ny fødsel – ikke om fødselen fødselsteknisk forløp som normal eller helsefarlig. De konkluderer med, at hvis en kvinne

tidligere har opplevd fødselskomplikasjoner, så har hun en økt risiko for å utvikle angst for neste fødsel. Derfor er det i utgangspunktet viktig å skape gode fødselsopplevelser, med god kommunikasjon og formidling av nok informasjon, så kvinnen kan føle seg sett og ivaretatt, så hun har mulighet for å oppleve en subjektiv positiv fødselsopplevelse (Størksen et al, 2012).

Det er altså kvinnens subjektive fødselsopplevelse som er viktig.

Kvinner som deltok i STORK-Groruddalen prosjektet, hadde i utgangspunktet ingen grunnleggende sykdommer, hvor kvinnen ble fulgt opp i spesialisthelsetjenesten. Derfor er eventuell sykdom, sykdom som er ny oppstått i svangerskapet, ikke så alvorlig at kvinnen ble trukket ut av prosjektet. Kvinnens selvrapporterte helse, var ikke spesifisert, men her kan være tale om både direkte sykdom og generelle plager. Så kvinner som opplevde sin helse som god, opplevde sannsynligvis sparsomt med fysiske og mentale problemer, mens kvinner som oppga sin helse som dårlig, kunne ha både direkte sykdomstegn og generelle plager, som ble opplevd som ubehagelige og begrensende for ens velbefinnende, men som ikke er direkte helsefarlige.

2.0 Innvandring

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde 14 % av befolkningen i Norge oppgjort pr 1-1-2014. Oslo har en andel på 30 % (Statistisk sentralbyrå 2014). Av Oslos befolkning med innvandrerbakgrunn bor rundt 45 % i Groruddalen (Statistisk sentralbyrå 2014). Frukthbarheten hos innvandrerkvinner har gått ned de siste årene, og var i 2012 på 2,1 barn pr kvinne. Et hovedtrekk er, at frukthbarheten synker i takt med hvor lenge kvinnene har bodd i Norge. Samtidig får også nyankomne innvandrerkvinner færre barn enn det nyankomne fikk før (Statistisk Sentralbyrå, 2014). Gruppen av østeuropeere, som polakker og litauere, er den folkegruppen som har økt mest de siste årene. Andre innvandringsgrupper representert i Groruddalen er vest-europeere, kinesere, vietnamesere, filippinere, pakistanere, indere og srilankere, tyrkere, iranere, irakere og marokkanere, afrikanere fra sør for Sahara, mest somaliere og sør- og mellomamerikanere (Statistisk sentralbyrå, 2014).

I STORK-Groruddalen-prosjektet er etnisitet definert som kvinnens eget fødeland eller hennes mors, hvis hun er født utenfor Europa eller Nord Amerika. I prosjektet brukes betegnelsene «vestlig» og «ikke-vestlig», der vestlig innebærer: Europa, inklusiv Nord Amerika. Ikke vestlige land er gruppert således: Øst-Europa, Asia, både syd og øst Asia, Midt Østen, inklusiv Nord Afrika og Sentral Asia, Afrika, uten Nord Afrika, hovedsakelig Somalia og Syd Amerika, inklusiv Sentral Amerika. Det betyr at de ikke vestlige kategoriene inkluderer etnisk opprinnelse fra Øst Europa, Asia, mellom Østen, Afrika og Syd og Sentral Amerika (Jenum et al, 2010).

2.1 Helse – kultur og sosiodemografiske faktorer

I en ny rapport «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt» (Dahl, Bergsli og A van der Wel, 2014), står det blant annet at ulikhet i helse er et rettferdighetsproblem, et

folkehelseproblem, et levekårsproblem, et livskvalitetsproblem og et samfunnsøkonomisk problem. (Dahl et al, 2014). I Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid (Helsedirektoratet, 2005), fremgår det at en av hovedintensjonene med svangerskapsomsorgen er å være med på å redusere sosial ulikhet i helse. Yrke, utdanning og inntekt er sosioøkonomiske faktorer som ofte er brukt som mål på sosial posisjon, når sosiale ulikheter i helse skal måles (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). I en multietnisk befolkning blir det større utfordringer, da der er større forskjeller i denne befolkningens sosioøkonomiske forhold enn i befolkningen generelt (Norges Offentlige Utredning, 2011). Mange fødende kvinner i Norge har innvandret, og mange av disse tilhører en etnisk minoritet og er kanskje ikke så godt kjent med norsk helsevesen, norsk kultur, norske levevaner og norsk språk. Ikke alle kulturelle forskjeller fører til uhelse. Det finnes noen kulturelle beskyttelsesfaktorer og noen minoritetskulturer kan for eksempel ha en gunstig livsstil som en følge av kulturelle oppfatninger, verdier og normer, som samlet kan ha en beskyttende effekt på helsen (Mæland, Elstad, Næss og Westin, 2009). I en studie fra USA, fant de blant annet at det er viktigere å snakke om kultur og kulturtilhørighet enn etnisitet og sosioøkonomisk status fordi kultur kan forårsake både restriksjoner som kan ha uheldig betydning for helsen og positive tilleggsvinster som kan være en fordel for helsen (Abdou, Schetter, Campos, Hilmert, Dominguez, Hobel, Glynn and Sandman, 2010).

2.2 Svangerskap, fødsel, helse og etnisk bakgrunn

En kvalitativ studie fra Dublin undersøkte helsepersonells opplevelser med gravide og fødende med annen etnisk bakgrunn enn irsk (Lyons, O'keeffe, Clarke og Staines, 2008). De konkluderte med fire hovedutfordringer: Manglende direkte kommunikasjon, kvinnenes mangel på kjennskap til, og feil bruk av, helsetjenesten, kulturelle forskjeller og det de kalte "dem og oss". Studien viste at mange i helsevesenet av helsepersonell forventer at kvinner fra etniske minoritetsgrupper skal tilpasse seg helsevesenet og ikke at systemet skal tilpasse seg kvinnene. Likeledes beskriver studien viktigheten av bruk av autoriserte tolkere, for ved bruk av ad hoc tolk, som mann, familie eller venner, oppstår det brudd på fortroligheten og brudd på anonymiteten (Lyons, et al, 2008). Helsepersonell kan også bli usikre på om de får tilgang på all viktig informasjon, som gir grunnlag for å yte god helsehjelp.

I en landsdekkende spørreskjemastudie av immigrantkvinner i Australia fant man at det var hva kvinnene opplevde ble gjort, eller ikke gjort, som synes å være avgjørende (Small, Yelland, Lumley, Brown and Liamputtong. 2002). Kvinnene opplyste at det var personalets holdninger til dem som var viktige, og hvis kvinnene opplevde hjelpsomhet, var det dominerende for deres opplevelse av den utviste omsorgen. Generelt følte tyrkiske, vietnamesiske og filippinske kvinner oftere at deres fødsel ble overtatt av maskiner og teknikk enn de australske kvinnene, og de opplyste oftere at jordmødrene virket mindre positive. Noen kvinner opplyste at de ikke opplevde kultur eller manglende språk som det vanskeligste, men simpelthen det, at personalet var uvennlige, uhjelpsomme og uhøflige (Small, et al, 2002).

I en longitudinell studie også fra Australia undersøkte man 1431 kvinner i graviditeten og 3 måneder etter fødsel (Lansakara, Brown, Gartland, 2009). Det var 1074 som var født i

Australia, 138 var født i et annet engelsktalende land og 212 var født i et land hvor engelsk ikke var første språk. Resultatene viste at kvinner med annen etnisitet har signifikant større risiko for utvikling av psykiske problemer 3 måneder etter fødsel. Forfatterne nevner at mangel på sosial støtte, utfordringene med å tilpasse seg et nytt land, økonomiske problemer og manglende kjennskap til helsevesenet og dets muligheter, øker risikoen for psykiske problemer. I tillegg vil noen kvinner selv ikke nevne at de ikke føler seg på topp rent psykisk, da de ikke vil stigmatiseres, verken innad i sin egen vennegruppe og familie, eller utad i forhold til sitt nye land (Lansakara et al. 2009).

Disse studiene, som representerer både helsepersonell og fødekvinner, konkluderer begge med at det er viktig med et tilpasset helsetilbud for å oppnå likeverdige helsetjenester. De vektlegger også kontinuitet i omsorgen. Likestillings- og diskrimineringsombudet har uttalt at: «Når ulike folk får like tjenester er det noen som ikke får like gode tjenester» (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2-12-2011), noe som betyr at tjenestetilbudet må tilrettelegges for den enkelte.

3.0 Sosial støtte

3.1 Sosial støtte og helse

Teorien, eller teoriene om sosial støtte, er ulikt definert av ulike faggrupper. I en artikkel av Ralf Schwarzer og Anja Leppin (1991) der mer enn 60 000 studier om sosial støtte ble undersøkt fant man et skille mellom sosial integrering, sosialt nettverk og sosiale relasjoner. Sosial støtte er her en del av begrepet sosiale relasjoner. Fokuset her vil være på begrepet sosial støtte.

Schwarzer og Leppin (1991) hevder at sosial støtte per definisjon er positivt. Det kan være direkte helsefremmende og stressreducerende, eller indirekte som en buffer mot stress. Sosial støtte kan defineres som bl.a. enten kognitiv, forventet sosial støtte eller emosjonell, opplevd sosial støtte.

Kognitiv, forventet sosial støtte er positiv, prospektiv støtte, og er avhengig av personlighet. En optimistisk personlighet er stressreducerende, på grunn av dens buffereffekt. Emosjonell støtte er retrospektiv, tidligere opplevd, og det er positivt om man tidligere har hatt positive opplevelser, men negativt om man tidligere har hatt negative opplevelser. Her spiller sosial trygghet en rolle og kan være stressreducerende, med en direkte effekt på stressopplevelsen.

Forfatterne konkluderer med at sosial støtte er, direkte eller indirekte, en stressreducerende faktor og at sosial støtte derfor er en moderator for mestring (Schwarzer og Leppin, 1991).

Stressopplevelser kan være medvirkende til uhelse, om man ikke finner en mestringsmetode som avlaster. Forventer man sosial støtte hvis behov oppstår, kan det i seg selv forårsake en biologisk respons og derved være en buffer mot skadevirkningene av stress. Det kan også være en psykososial respons, og derved være direkte stressreducerende. Det er viktig med en

stressvurdering, da det er viktig å oppsøke støtte før det kan oppstå uheldige følger av stress belastninger (Schwarzer og Leppin, 1991).

3.2 Sosial støtte og svangerskap og fødsel

Som nevnt er en fødsel en dramatisk opplevelse som er forbundet med et høyt stressnivå. Hvordan man takler et høyt stressnivå er individuelt, og opplevelsen av sosial støtte kan være viktig for hvordan man håndterer stress. I flere studier fremheves det at støtte til den gravide kvinne og hennes familie er viktig. I en review-artikkel av Hodnett et al (2013) fant de at en fødsel hadde større sjanse for at være vanlig vaginal, om kvinnen hadde konstant støtte og likeledes at det var best støtte om den ble gitt av en person som ikke var del av hospitalets personale eller fra kvinnens sosiale nettverk. I en annen artikkel av Mann, Mannan, Quinones, Palmer and Torres (2010), konkluderer de med at sosial støtte var stressreducerende, men dette var avhengig av, om det er et godt eller et dårligt forhold med nære relasjoner. Et forhold av god kvalitet, var assosiert med redusert opplevelse av negative aspekter av stress, mens et dårligt forhold, ikke hadde de positive effekter på stress opplevelsen. Dette kan være viktig for helsepersonell å vite, eller være oppmerksom på, da det kan få stor betydning for kvinners mentale og følelsesmessige velbefinnende, etter fødsel. Artikkelen presiserer ikke hvilken form for sosial støtte og hvilken type omsorg, om den enten fungerer som en buffer mot stress og en moderator i mestrings prosessen eller om den direkte øker velbefinnende, men de nevner betydningen av kontinuitet og vedvarende støtte (Mann et al, 2010).

Med tanke på at en fødsel er en sterk opplevelse, en opplevelse som kan føles farlig og smertefull, er det viktig å ha teoriene om salutogenese og sosial støtte med i betraktningen når resultater fra forskningen skal analyseres og forstås. Buffereffekten i sosial støtte-teorien kan ses i sammenheng med Antonovskys opplevelse av sammenheng, der begge handler om mestring av en utfordrende situasjon.

Den Australske studien som nevnte at etniske minoriteter hadde høyere forekomst av psykiske plager etter fødsel (Lansakara et al, 2009), kommer inn på hva etnisitet betyr for helsen. Stress forbundet med et nytt land og eventuelt bostrukturer som oppleves som en utfordring, kan medvirke til at et svangerskap og en fødsel blir en dårlig opplevelse. Har man en liten vennekrets eller liten familie, kan det være ekstra belastende. Det kan være mange forventninger, både fra hjemlandet og det nye landet. Etnisitet er knyttet tett opp mot kultur. Som tidligere nevnt, mener flere at kultur er viktigere enn sosioøkonomiske begrensninger (Abdou et al. 2010).

4.0 Problemstilling

For å sikre at svangerskaps- og fødselsomsorgen gir adekvat støtte til alle kvinner og for å sikre et likeverdig og tilrettelagt tjenestetilbud til alle gravide og fødende kvinner er det viktig å vite mer om hvilke opplevelser kvinner har.

Hovedmålet med denne masteroppgaven var derfor å få mer kunnskap om hvordan kvinner som var med i STORK – Groruddalen prosjektet opplevde svangerskap og fødsel.

Problemstillinger:

Varierer opplevelsen av svangerskap med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelaterte faktorer?

Varierer opplevelsen av fødsel med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelaterte faktorer?

5.0 Metode

5.1 Studiedesign

Denne masteroppgaven er gjennomført som en kvantitativ tverrsnitts studie. Kvantitativ metode er godt egnet til å få frem et bilde på den undersøkte populasjonen generelt, og gjør at en stor mengde ulike faktorer og variabler kan kartlegges, men uten at man kan gå i dybden (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010).

STORK - Groruddalen prosjektet er en populasjons basert kohorte-studie av i utgangspunktet, friske gravide kvinner som ble fulgt opp gjennom graviditeten på Helsestasjonene i henholdsvis: Grorud, Bjerke og Stovner bydel. Kvinnene ble inkludert fra 2008 til 2010. Det er en kvantitativ studie, med hovedformål å kartlegge forekomsten av svangerskapsdiabetes og inaktivitet i en multietnisk befolkning (Jenum et al. 2010). Deltakerne ble intervjuet av jordmødre på helsestasjonene tre ganger, først tidlig i svangerskapet, så ved 28 ukers graviditet og 10-12 uker etter fødsel, hvor de svarte på spørsmål i et standardisert, strukturert spørreskjema (vedlegg 1). Jordmødrene var opplært til å foreta disse intervjuene, og det forhold at skjemaene ble utfylt samtidig, mens man satt sammen, gjorde det mulig å oppklare eventuelle misforståelser og det sikret at alle spørsmål i skjemaet ble utfylt, og at skjemaene ble brukt som en intervju guide (Johannessen et al. 2010). Disse spørreskjemaene er oversatt til åtte språk, av autoriserte tolker fra Oslo kommunes tolketjeneste, og kvalitetssikret etterpå av tospråklig helsepersonell i forhold til innhold og kvaliteten av oversettelse.

Denne masteroppgaven inngår som en del av det store prosjekt. I oppgaven fokuseres det hovedsakelig på opplysninger kvinnene gav ved besøk tre, 10-12 uker etter fødsel, men også noen variabler fra de to første intervjurundene ble benyttet.

5.2 Materiale

I bydelene var totalt 1918 kvinner gravide i den aktuelle inklusjonsperioden. Det var 804 som ikke ble invitert, oftest fordi de kom for sent til helsestasjonen til å kunne bli inkludert, andre på grunn av sykdom. Av de 1114 inviterte kvinnene ble 823 kvinner inkludert mens 291 kvinner takket nei. Tidspress var den hyppigste grunnen som ble angitt for ikke å være med, men ikke alle ga en forklaring på hvorfor de valgte å ikke delta (Jenum et al. 2010) Dette gir

en inkluderingsprosent på 73,9 % av alle inviterte, noe som gir et godt grunnlag for at kunne få representative resultater for populasjonen.

Av de 823 kvinnene i STORK Groruddalen, var det totalt 656 kvinner (79,7 % av de inkluderte) som besvarte spørreskjema på alle tre måletidspunkt, og som utgjør studiepopulasjonen for denne masteroppgaven. De ikke vestlige kvinnene er 377, hvilket svarer til 57 % av de 656, og de vestlige kvinnene var 279, og det svarer til 43 %.

5.3 Variabler

Datamaterialet består av kontinuerlige og kategoriske variabler på nominal og ordinal målenivå. For å tydeliggjøre studiens problemstilling har det vært hensiktsmessig å endre de kontinuerlige variablene til kategoriske, dikotomerte variabler, i tillegg til å benytte variablene som kontinuerlige. Det er alltid mulig å redusere måle nivå, selv om det er med en vis risiko for å miste noen detaljer (Bjørndal og Hofoss, 2004).

Avhengige variabler

Opplevelse av svangerskapet

Opplevelse av svangerskap, ble undersøkt med spørsmålet: "Hvordan var din opplevelse av svangerskapet i det store og det hele?" Kvinnene skulle svare på en skala fra 1 til 11, hvor 1 var «veldig god» og 11 var «veldig dårlig». Variabelen ble dikotomisert til 1="God" (<3) og 2=dårlig (≥ 3). Variabelen var ikke normal fordelt og ble derfor dikotomisert ut fra median=3.

Opplevelse av fødsel

Opplevelse av fødsel ble undersøkt med spørsmålet: "Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og hele?" Kvinnene skulle svare på en skala fra 1 til 11, hvor 1 var «veldig god» og 11 var «veldig dårlig». Variabelen ble dikotomisert til 1="God" (<4) og 2=dårlig (≥ 4). Variabelen var ikke normal fordelt og ble derfor også dikotomisert ut fra median=4.

Uavhengige variabler

Alder

Deltakerne ble bedt om å oppgi sin fødselsdato. Alder ble kategorisert i tre grupper: 1=«19-25 år», 2=«26-35 år» og 3=«36-45 år».

Utdanning

Deltakerne ble ved besøk 1 bedt om å krysse av for høyest fullførte utdanning, eventuelt pågående utdanning og antall år for disse kategoriene: under 7 års skolegang, grunnskole(7-9 årig skolegang), 1-2 årig gymnas /videregående/yrkesskole(10-11 år), 3-årig gymnas/videregående/yrkesskole (12 år), distriktshøgskole, universitet, inntil 4 år (sykepleier, lærer, bachelor) og høgskole/universitet mer enn 4 år (hovedfag, master, embetseksamen).

Svaralternativene for utdanning ble rekodet til tre kategorier: 1= ”grunnskole” (≤ 10 år), 2=”videregående skole” (10-12 år) og 3=”høyere utdanning” (>12 år).

Sivilstand

Deltakerne ble ved besøk 1 bedt om å oppgi sin sivilstand ved følgende kategorier: gift, partnerskap, samboer, enslig, skilt/separert, enke og annet. Sivilstand ble kategorisert til: 1=”gift”, 2= ”samboer”, og 3=”enslig, skilt/separert, enke eller annet”. Ingen oppga at de levde i partnerskap.

Pre-gravid arbeidsstatus

Kvinnen fikk spørsmål om sin arbeidssituasjon da hun ble gravid, og fikk valget mellom kategoriene: Under utdanning, hjemmeværende, arbeidssøkende/permittert, attføring/ufør, ansatt i offentlig virksomhet, ansatt i privat virksomhet, og annet. Pre-gravid arbeidssituasjon ble kategorisert i: 1=”i jobb” (ansatt offentlig eller privat virksomhet) og 2= ”ikke i jobb” (studenter, hjemmeværende, permitterte, langtidssykemeldte, uføre og arbeidsløse).

Etnisk bakgrunn

Etnisk opprinnelse er basert på kvinnenens fødeland eller kvinnenens mors fødeland, dersom kvinnens mor ble født utenfor Vest-Europa eller Nord-Amerika. I oppgaven benyttes fem kategorier for etnisitet: 1=”Vestlig” (Norge, Skandinavia, Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand), 2= ”Sør-Asia” (Pakistan, India, Sri-Lanka), 3=”Midtøsten” (Tyrkia, Iran, Irak og Nord-Afrika), 4=”Øst-Asia” (Vietnam, Thailand og Kina), og 5=”Andre land” (Øst-Europa, Afrika sør for Sahara, og Mellom- og Sør Amerika).

Religion

Kvinnen oppga tilhørighet til religion, med valgene: Kristne kirkesamfunn, Den Ortodokse kirken, Den Koptiske kirken, Den Katolske kirken, Adventister, Jehovas vitner, Mormonere, Islam, Hinduisme, Sikhisme, Buddhisme, Taoisme, og Ingen trossamfunn. Dette ble redusert til 1= «Ingen trossamfunn», 2= «Kristne», 3= «Islam» og 4= «Andre».

Paritet

Kvinnene ble spurt om de var 1=”førstegangsfødende” eller 2=”flergangsfødende”. Et svangerskap ble registrert om det var lengre enn 22 uker, uansett utfall, som var definisjonen de fikk å forholde seg til på dette spørsmålet.

Barnets helse, nå

Ved besøk tre ble kvinnen spurt om barnets helse nå. Der var tre svar alternativer: 1= Barnet er frisk, 2= Barnet er sykt og 3= Barnet døde. Heldigvis var det ingen på besøk tre, som opplevde at barnet døde, derfor var der to muligheter: 1= barnet er frisk og 2= barnet er sykt

Mors selvrapporterte helse

Deltakernes helse ved intervju 3 ble målt ved spørsmålet: Hvordan er helsen din nå? På en skala med fire svaralternativer: 1="dårlig", 2="ikke helt god", 3="god" og 4="svært god". Variabelen ble dikotomisert til 1=dårlig (dårlig og ikke helt god) og 2=(god og svært god).

Sosial støtte under svangerskapet

Sosial støtte ble kartlagt ved spørsmålet : Hvordan følte du deg ivaretatt under svangerskapet? Spørsmålet skulle besvares for henholdsvis: dine nærmeste, fastlegen og jordmor på helsestasjonen på en skala fra 1=«svært godt», 2=«godt», 3=«dårlig» eller 4=«svært dårlig». Variabelen ble dikotomisert til 1="dårlig (dårlig og svært dårlig) og 2 =godt(svært godt og godt)).

Sosial støtte under fødselen

Deltakerne svarte også på spørsmålet: Hvor ivaretatt følte du deg under fødsel? Spørsmålet skulle besvares både for fødeavdelingen og barselavdelingen på en skala fra: 1=«svært godt», 2=«godt», 3=«dårlig» eller 4=«svært dårlig». Variabelen ble dikotomisert til 1="dårlig" (svært dårlig og dårlig) og 2 = "godt" (godt og svært godt).

Sosial støtte ble også målt ved hjelp av et annet spørsmål: Følte du at dine nærmeste ga hjelp og viste omsorg i dagene rundt fødsel? Spørsmålet skulle besvares ved hjelp av tre svaralternativer: 1="Ja, i stor grad", 2="ja, i noen grad" eller 3="i liten grad". Variabelen ble dikotomisert til 1=« i liten/noen grad» og 2 = "ja, i stor grad".

Om kvinnene har følt ivaretagelse av jordmor er tatt ut som variabel i analysen. Dette på grunn av risiko for bias. Willingnes to please, da det er jordmor der gjør intervjuene og det på to av helsestasjonene er den samme jordmor der har de generelle svangerskapskontrollene.

Opplevelse av redsel

Kvinnene svarte også på spørsmålet: Hvor redd var du under fødselen? Denne skalaen var kodet til 1= overhodet ikke redd og 11= svært redd og ble behandlet som en kontinuerlig variabel i analysene.

6.0 Analyse

All statistikk ble utført ved hjelp av Statistisk programvare Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 20. P-verdier under 0,05 ble regnet som statistisk signifikante. For å sammenligne ulike grupper ble det benyttet kji-kvadrattest for variabler på kategorisk målenivå, og t-test for variabelen på kontinuerlig nivå.

Regresjonsanalyse i form av binær logistisk regresjon ble gjennomført for å identifisere uavhengige variablers betydning for henholdsvis kvinnenes opplevelse av svangerskapet og hennes opplevelse av fødselen. Binær logistisk regresjon ble benyttet, da den avhengige variabelen, var re kodet til en dikotom kategorisk variabel med verdiene 1=god og 2=dårlig. Alle uavhengige variabler som hadde $p \leq 0,10$ fra de bivariante analysene ble inkludert i

modellen for henholdsvis opplevelse av svangerskap og opplevelse av fødsel. I tillegg ble etnisitet inkludert i modellene som kontrollvariabel uavhengig av resultatet av de bivariate analysene. Odds ratio (OR) med tilhørende 95 % - konfidensintervall (95%KI) og p-verdi ble rapportert. Nagelkerke R^2 er også oppgitt og kan si noe om hvor mye variasjon i utfallet som kan forklares av modellen (Bjørndal og Hofoss, 2004, Johannessen, 2008 og Pallant, 2010).

7.0 Etikk

Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som ble utformet i 1964 av verdens Legeforening (FBIB, 2013). Disse beskriver regler for forskning som omfatter mennesker, og formålet med retningslinjene er å beskytte deltakerne i forskningsprosjekter. Deklarasjonen har blitt revidert flere ganger, og sist i 2013, da man i komiteen ønsket å styrke den forskningsetiske bevissthet i det medisinske forskersamfunnet. Nettopp det forhold at man i en del forskningsprosjekter, oppbevarer blodprodukter i biobanker, gjør det viktig å følge klare etiske retningslinjer. Å beskytte sårbare mennesker går forut for forskningsmessige ønsker (Janbu, 2013).

I all forskning må man underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al. 2010). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Datatilsynet har godkjent protokollen til forskningsprogrammet STORK – Groruddalen (Vedlegg 2). Alle deltakerne i studien har underskrevet et informert samtykke (Vedlegg 3), og de er informert om at deltakelse er frivillig og der er mulighet til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn (Jenum et al. 2010). I denne masteroppgaven vil det ikke være mulig å identifisere deltakerne som er inkludert i studien, og deres anonymitet er derfor sikret. I arbeidet med denne oppgaven vil de forskningsetiske retningslinjer bli fulgt.

8.0 Resultater

Som tidligere beskrevet var det 656 av 823 deltakere som deltar på alle tre STORK-Groruddalen intervjuene. Dette gir en svarprosent på 79,7 %.

Det var signifikant flere i drop-out gruppen som hadde lavere utdanning, som var i kategorien ”annet” for siviltilstand, som ikke var i arbeid, og som hadde ikke-vestlig bakgrunn (tabell 1). Det var ingen signifikante forskjeller mellom deltakerne og drop-out for alder, religion og paritet (tabell 1).

8.1 Beskrivelse av utvalget

8.1.1 Opplevelser av svangerskap og fødsel

Kvinnene hadde en gjennomsnittsskår på 4,11 (SD=2,75) på opplevelse av svangerskap (1=svært god, 11=svært dårlig), men det var en stor variasjonsbredde (Range:1-11).

For opplevelse av fødsel var gjennomsnittsskåren 4,44 (SD=3,06), men også her var variasjonsbredden stor og kvinnene skårte på en range fra 1-11.

8.1.2 Sosiodemografiske variabler

De fleste kvinnene i dette utvalget var i aldersgruppen 26-35 år og de fleste hadde videregående eller høyere utdanning (tabell 1). Hele 95 % var samboende eller gifte, og litt over halvparten var flergangsfødende. Det var 42,5 % som hadde vestlig bakgrunn mens den største gruppen med annen etnisk bakgrunn var kvinner fra Sør-Asia som utgjorde en fjerdedel. Ca 15 % kom fra Midt-Østen, 5 % fra Øst-Asia og 12 % hadde annen etnisk bakgrunn. Majoriteten av utvalget var kristne eller muslimer (tabell 1).

Tabell 1: Prosentvis fordeling av variabler målt ved intervjurunde 1 for hele utvalget i STORK –Groruddalen prosjektet (Total), utvalget i masteroppgaven (Utvalg) og drop-out. Forskjeller mellom utvalg og drop-out ble testet med Kji-kvadrat tester og p-verdi er oppgitt.

| | Total (N=823) | Utvalg (N=656) | Drop-Out (N=167) | p- verdi |
|--------------------------|------------------|-------------------|---------------------|----------|
| Alder: | | | | |
| 19-25 år | 27,3 % | 25,9 % | 32,9 % | 0,102 |
| 26-35 år | 61,6 % | 63,4 % | 54,5 % | |
| 36-45 år | 11,1 % | 10,7 % | 12,6 % | |
| Utdanning: | | | | |
| Grunnskole | 16,3 % | 15,0 % | 21,2 % | 0,043 |
| Videregående | 39,7 % | 39,0 % | 42,4 % | |
| Høyere utdanning | 44,1 % | 46,0 % | 36,4 % | |
| Sivilstand: | | | | |
| Gift | 65,0 % | 64,9 % | 65,3 % | 0,035 |
| Samboer | 29,3 % | 30,3 % | 25,1 % | |
| Annet | 5,7 % | 4,7 % | 9,6 % | |
| Arbeidssituasjon: | | | | |
| I arbeid | 69,5 % | 72,0 % | 60,0 % | 0,003 |
| Ikke i arbeid | 30,5 % | 28,0 % | 40,0 % | |
| Etnisitet: | | | | |
| Vestlig | 40,8 % | 42,5 % | 34,1 % | 0,041 |
| Sør-Asia | 24,3 % | 24,8 % | 22,2 % | |
| Midt-Østen | 15,3 % | 14,8 % | 17,4 % | |
| Øst-Asia | 5,3 % | 5,3 % | 5,4 % | |
| Andre | 14,2 % | 12,5 % | 21,0 % | |
| Religion: | | | | |
| Ingen trossamfunn | 8,7 % | 8,6 % | 9,0 % | 0,402 |
| Kristne | 45,3 % | 46,8 % | 39,8 % | |
| Islam | 37,6 % | 36,3 % | 42,8 % | |
| Andre religioner | 8,3 % | 8,3 % | 8,4 % | |
| Paritet: | | | | |
| Førstegangsfødende | 46,3 % | 46,2 % | 46,7 % | 0,905 |
| Flergangsfødende | 53,7 % | 53,8 % | 53,9 % | |

Missing: Varierer mellom 6 til 11 personer. I Etnisitet er er andre: Afrikanere sør for Sahara, mest fra Somalia, Mellom- Amerika, Øst-Europa. Utdanning, er høyest gjennomførte. Arbeids situasjon, er pre-gravid arbeidssituasjon.

8.1.3 Helsevariabler

Det var 46 % av kvinnene som var førstegangsfødende og 54 % som var flergangsfødende (tabell 1). Hele 86 % av kvinnene i utvalget beskrev sin egen rapporterte helse som god 10-12 uker etter fødsel og 98 % hadde et barn som var friskt (Tabell 3).

8.1.4 Sosial støtte

Hele 98 % av kvinnene rapporterte at de hadde følt seg godt ivaretatt i svangerskapet av sine nærmeste og 93 % hadde opplevd god støtte fra fastlegen. Ikke alle kvinner har gått hos fastlegen i svangerskapet og det var derfor relativt høy missing på denne variabelen (N=77) (tabell 3).

Det var 88 % av kvinnene som hadde opplevd stor grad av støtte fra de nærmeste i dagene rundt fødsel, mens 10 % opplevde støtte i noen grad og 2 % følte støtte i liten grad rundt fødsel. Hele 95 % av kvinnene i utvalget hadde følt seg godt ivaretatt på fødeavdelingen og tilsvarende tall for barselavdelingen var 89 % (tabell 6). Det ses at det var høyere gjennomsnittsskåre (4,85) for redsel for de kvinnene som hadde en dårlig svangerskapsopplevelse, mens skåren for redsel hos de kvinnene som hadde en god svangerskapsopplevelse var (4,05) (tabell 3).

8.2 Forskjeller i opplevelse av svangerskapet

8.2.1 Bivariate analyser

Det var ingen signifikante sammenhenger mellom opplevelse av svangerskap og variablene alder, utdanning, sivilstand, arbeidssituasjon, etnisitet, og religion (tabell 2).

Det var en signifikant høyere andel av de førstegangsfødende kvinner som rapporterte å ha en god opplevelse av svangerskap (58 %) sammenlignet med flergangsfødende (40 %) (tabell 3). Det var også en tendens mot at god selvrapportert helse var assosiert med det å ha en god opplevelse av svangerskapet, og denne sammenhengen var nesten signifikant (tabell 3). Om kvinnene hadde følt redsel i forbindelse med fødselen, viste også en signifikant sammenheng med hvordan kvinnene rapporterte opplevelsen av svangerskap. Blant de som hadde hatt en dårlig opplevelse av svangerskapet, var det en høyere gjennomsnittsskåre (4,84) for å ha vært redde under fødselen enn gjennomsnittet hos de som hadde en god opplevelse av svangerskapet (4,05)(tabell 3).

8.2.2 Multivariat analyse

Modellen som inkluderte paritet, selvrapportert helse, opplevd redsel under fødsel og etnisitet forklarte bare 8 % av variansen i opplevelsen av svangerskapet. Kvinner fra Sør-Asia eller fra kategorien Annen etnisk bakgrunn hadde en 50 % lavere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskap i forhold til kvinner med en vestlig opprinnelse (tabell 4). Det var også en tendens til at kvinner fra Midt-Østen hadde en lavere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet. Flergangsfødende hadde over dobbelt så høy risiko for å

rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet (tabell 4). Det var også en signifikant høyere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet for de som hadde vært redde under fødselen (tabell 4).

Tabell 2: Prosentvis fordeling av opplevelse av svangerskap med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, og religion. N = 656. Gruffeforskjeller ble testet med Kji-kvadrattester.

| | God opplevelse %(N) | Dårlig opplevelse %(N) | p-verdi |
|--|------------------------|---------------------------|---------|
| Alder | | | |
| 19-25 år | 27,7 (64) | 25,0 (103) | 0,393 |
| 26-35 år | 63,6 (147) | 63,1 (260) | |
| 36-45 år | 8,7 (20) | 11,9 (49) | |
| Utdanning | | | |
| Grunnskole | 16,5 (38) | 13,3 (55) | 0,575 |
| Videregående | 37,7 (87) | 40,0 (163) | |
| Høyere utdanning | 45,9 (106) | 46,6 (190) | |
| Sivilstand | | | |
| Gift | 65,8 (152) | 64,7 (266) | 0,845 |
| Samboer | 31,2 (72) | 31,4 (129) | |
| Annet | 3,0 (7) | 3,9 (16) | |
| Pre gravid arbeidssituasjon | | | |
| Ansatt offentlig/privat | 72,9 (167) | 72,5 (295) | 0,904 |
| Arb.løs, perm,student,hjemmeværende | 27,1 (62) | 27,5 (112) | |
| Etnisitet | | | |
| Vestlig | 39,8 (92) | 44,7 (184) | 0,478 |
| Sør-Asia | 26,4 (61) | 23,5 (97) | |
| Midt-Østen | 13,9 (32) | 15,0 (62) | |
| Øst-Asia | 4,8 (11) | 5,6 (23) | |
| Andre | 15,2 (35) | 11,2 (46) | |
| Religion | | | |
| Ingen trossamfunn | 8,7 (20) | 8,8 (36) | 0,732 |
| Kristen | 47,6 (109) | 46,8 (191) | |
| Islam | 34,1 (78) | 37,0 (151) | |
| Andre | 9,6 (22) | 7,4 (30) | |

Alder: Missing=13, Utdanning: Missing=17, Sivilstand: Missing=14, Pre gravid arbeidssituasjon: Missing=20, Etnisitet: Missing=13, Religion: Missing=19.

8.3 Forskjeller i opplevelse av fødsel.

8.3.1 Bivariate analyser.

Der var ingen signifikante sammenhenger mellom opplevelse av fødsel og variablene alder, sivilstand og arbeidssituasjon. Det var en signifikant høyere andel av kvinnene med videregående skole som høyeste utdanning som rapporterte å ha en dårlig opplevelse av fødselen (46 %) sammenlignet med spesielt kvinner med grunnskoleutdanning (13 %), men også sammenlignet med kvinnene med høyere utdanning(41%)(Tabell 5).

Tabell 3: Prosentvis fordeling for god og dårlig opplevelse av svangerskap med helsefaktorer og opplevd sosial støtte, og gjennomsnittsverdier for redsel under fødselen. N = 656. Gruffeporskjeller ble testet med Kji-kvadrattester eller t-test.

| | God opplevelse | Dårlig opplevelse | p-verdi |
|--|----------------|-------------------|---------|
| Barnets helse, nå %(N) | | | |
| Frisk | 97,8 (224) | 97,6 (400) | 0,838 |
| Sykt | 2,2 (5) | 2,4 (10) | |
| Paritet %(N) | | | |
| Førstegangsfødende | 58,4 (135) | 39,6 (163) | 0,000 |
| Flergangsfødende | 41,6 (96) | 60,4 (249) | |
| Selvrapportert helse, mor %(N) | | | |
| Dårlig | 10,7 (24) | 15,8 (63) | 0,074 |
| God | 89,3 (201) | 84,2 (335) | |
| Hvordan ivaretatt av nærmeste i svangerskapet %(N) | | | |
| Dårlig | 2,2 (5) | 2,7 (11) | 0,698 |
| Godt | 97,8 (224) | 97,3 (399) | |
| Hvordan ivaretatt av fastlegen i svangerskapet %(N) | | | |
| Dårlig | 8,3 (17) | 7,0 (26) | 0,556 |
| Godt | 91,7 (188) | 93,0 (348) | |
| Redsel under fødselen | | | |
| Gj. snitt (SD) | 4,05 (3,53) | 4,84 (3,42) | 0,006 |

Barnets helse, nå: Missing=17, Paritet: Missing=17, Selvrapportert helse, mor: Missing=33, Hvordan ivaretatt av nærmeste i svangerskapet: Missing=17, Hvordan ivaretatt av fastlegen i svangerskapet: Missing=77, Var du redd under fødselen?: Missing=16

Tabell 4: Odds ratio (OR), 95% konfidensintervall(KI) og p-verdi for en dårlig opplevelse av svangerskap for ulike etniske grupper, paritet, mors egendefinerte helse og redsel under fødselen. Nagelkerke R²: 0,083. N = 656

| | OR (95% KI) | p-verdi |
|----------------------------------|---------------------|---------|
| Etnisitet | | |
| Vestlig | 1 | |
| Sør Asia | 0,51 (0,32 – 0,81) | 0,004 |
| Midt Østen | 0,61 (0,36 – 1,05) | 0,072 |
| Øst Asia | 0,73 (0,33 – 1,60) | 0,428 |
| Andre | 0,50 (0,30 – 0,86) | 0,013 |
| Paritet | | |
| Førstegangsfødende | 1 | |
| Flergangsfødende | 2,245 (1,59 – 3,17) | 0,000 |
| Selvrapportert helse, mor | | |
| Dårlig | 1 | |
| God | 0,64 (0,38 – 1,09) | 0,104 |
| Redsel under fødsel | 1,09 (1,03 – 1,15) | 0,002 |

Modellen forklarte bare 8 % av variansen i opplevelsen av svangerskap.

Angående etnisitet, var det i utvalget signifikante forskjeller i opplevelsen av fødsel. Vestlige kvinner rapporterte en signifikant større andel av god fødsels opplevelser. Der var likeledes flertall av kvinner fra Øst-Asia og Andre nasjonaliteter, som rapporterte om gode fødsels opplevelser. Kvinnene fra Sør-Asia og Midt-Østen, rapporterer at flertallet hadde hatt dårlige fødsels opplevelser (tabell 5). Også for religion fremkommer signifikante forskjeller innenfor de enkelte gruppene. Av kvinner som er knyttet til kristne trossamfunn oppgav 54 % at de hadde en god fødsels opplevelse. For kvinner som var Muslimer, oppgav kun 29 % at de hadde en god fødsels opplevelse. For kvinnene som oppgav at de ikke tilhørte noe trossamfunn eller de som oppgav at de tilhørte andre trossamfunn, var der ingen forskjell i opplevelsen av fødsel (Tabell 5).

Tabell 5: Prosentvis fordeling av opplevelse av fødsel med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn og religion. N=656. Gruppeforskjeller ble testet med kji-kvadrat tester.

| | God opplevelse %(N) | Dårlig opplevelse %(N) | p-verdi |
|------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------|
| Alder | | | |
| 19-25 år | 25,2 (81) | 26,7 (88) | 0,882 |
| 26-35 år | 64,2 (206) | 62,3 (205) | |
| 36-45 år | 10,6 (34) | 10,9 (36) | |
| Utdanning | | | |
| Grunnskole | 16,6 (53) | 12,8 (42) | 0,002 |
| Videregående | 32,3 (103) | 45,7 (150) | |
| Høyere utdanning | 51,1 (163) | 41,5 (136) | |
| Sivilstand | | | |
| Gift | 62,6 (201) | 68,3 (224) | 0,266 |
| Samboer | 34,0 (109) | 28,0 (92) | |
| Annet | 3,4 (11) | 3,7 (12) | |
| Pre gravid arbeidssituasjon | | | |
| Ansatt offentlig/privat | 74,4 (236) | 70,0 (229) | 0,211 |
| Arb.løs,perm,student,hjemmeværende | 25,6 (81) | 30,0 (98) | |
| Etnisitet | | | |
| Vestlig | 48,3 (155) | 37,1 (122) | 0,000 |
| Sør-Asia | 19,6 (63) | 29,8 (98) | |
| Midt-Østen | 10,9 (35) | 18,2 (60) | |
| Øst-Asia | 6,9 (22) | 4,0 (13) | |
| Andre | 14,3 (46) | 10,9 (36) | |
| Religion | | | |
| Ingen trossamfunn | 9,8 (31) | 7,6 (25) | 0,001 |
| Kristen | 53,6 (170) | 40,5 (133) | |
| Islam | 28,7 (91) | 43,0 (141) | |
| Andre | 3,4 (11) | 3,7 (12) | |

Alder: Missing=6, Utdanning: Missing=7,Sivilstand: Missing=7, Pre gravid arbeidssituasjon: Missing=12,Etnisitet: Missing=6, Religion: Missing=11.

Det var en signifikant høyere andel av de flergangsfødende kvinner som rapporterte å ha en god fødselsopplevelse (58 %) sammenlignet med førstegangsfødende (42 %)(Tabell 6). De kvinnene som rapporterte om en god selvrapportert helse, hadde også en signifikant større sjanse for å rapportere en god fødsels opplevelse.

Tabell 6: Prosentvis fordeling av opplevelse av fødsel med helsefaktorer, opplevd sosial støtte og redsel under fødsel. N= 656. Gruppe forskjeller ble testet med kji-kvadrattester eller t-test.

| | God opplevelse | Dårlig opplevelse | p-verdi |
|---|----------------|-------------------|---------|
| Barnets helse, nå %(N) | | | |
| Frisk | 98,1 (315) | 97,2 (316) | 0,448 |
| Syk | 1,9 (6) | 2,8 (9) | |
| Paritet %(N) | | | |
| Førstegangsfødende | 42,4 (136) | 50,2 (165) | 0,047 |
| Flergangsfødende | 57,6 (185) | 49,8 (164) | |
| Selvrapportert helse, mor %(N) | | | |
| Dårlig | 10,6 (33) | 17,0 (54) | 0,020 |
| God | 89,4 (278) | 83,0 (263) | |
| Viste de nærmeste støtte rundt fødselen? %(N) | | | |
| I liten grad | 1,6 (5) | 2,4 (8) | 0,573 |
| Ja, i noen grad | 9,4 (30) | 11,0 (36) | |
| Ja, i stor grad | 89,1 (285) | 86,6 (285) | |
| Hvordan følte du deg ivaretatt på Føden? %(N) | | | |
| Dårlig | 1,3 (4) | 8,6 (28) | 0,000 |
| Godt | 98,7 (315) | 91,4 (298) | |
| Hvordan følte du deg ivaretatt på barselavdelingen? %(N) | | | |
| Dårlig | 7,6 (24) | 13,5 (44) | 0,015 |
| Godt | 92,4 (293) | 86,5 (283) | |
| Var du redd under fødselen? | | | |
| Gj snitt(SD) | 3,33 (2,95) | 5,75 (3,53) | 0,000 |

Barnets helse, nå: Missing=28, Paritet: Missing=6, Selvrapportert helse, mor: Missing=28, Viste de nærmeste støtte rundt fødselen: Missing=7, Hvordan følte du deg ivaretatt på Føden: Missing=11, Hvordan følte du deg ivaretatt på barselavdelingen: Missing=12, Var du redd under fødsel: Missing= 9.

Av de som har svart at de har en god selvrapportert helse, var det (89 %) som hadde en god fødsels opplevelse, mot (11%) som rapporterte om dårlig egen selvrapportert helse. Flere kvinner som oppgav å ha en dårlig egen selvrapportert helse, opplevde en dårlig fødselsopplevelse (tabell 6). Hvordan kvinnene hadde følt seg ivaretatt på fødselsavdelingen og barselavdeling, var signifikant viktig for fødselsopplevelsen. Som tidligere skrevet,

opplevde 95 % av kvinnene at de ble godt ivaretatt på Føden og 89 % av kvinnene opplyste at de følte seg godt ivaretatt på barselavdelingen (Tabell6). Redsel under fødsel, er også tidligere nevnt, og som det fremgår av tabell 6, så var gjennomsnittskåren 5,75 for de kvinnene som rapporterte at de hadde følt seg redde under fødsel, mens den var 3,33 for de kvinnene som ikke hadde vært redde(tabell6).

8.3.2 Multivariat analyse

Kvinner som har videregående skole som høyeste gjennomførte skolegang, hadde mer enn dobbelt så stor sjans for å få en dårlig fødselsopplevelse, enn kvinner med grunnskole. I forhold til kvinner med høyere utdanning, har de også en større risiko, men ikke så uttalt. I forhold til etnisitet, religion og mors selv rapporterte helse, fremkom der ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i forhold til fødselsopplevelsen (tabell 7), men det fremkommer at kvinner fra Sør-og- Øst-Asia og Andre nasjonaliteter, hadde en større sjans for å få en god fødselsopplevelse enn kvinner med vestlig eller Midt Østlig opprinnelse. Det fremkom videre at muslimske kvinner og kvinner med andre religioner hadde større risiko for å få dårlige fødselsopplevelser.

Det fremgikk videre at kvinner som oppgav sin egen selv rapporterte helse som god, hadde større sjans for å få en god fødselsopplevelse. Men disse funn var ikke signifikante (tabell 7). I forhold til paritet fremkom at flergangsfødende hadde 30 % større sjans for å få en god fødselsopplevelse enn førstegangs fødende. I forhold til følt ivaretagelse på henholdsvis fødselsavdelingen og barselavdelingen, fremkom at der var 5 gange så stor sjans for å få en god fødselsopplevelse, hvis kvinnene følte god ivaretagelse på Føden og dobbelt så stor sjans for god fødselsopplevelse om kvinnene følte seg godt ivaretatt på barselavdelingen. Videre av tabell 7, fremkom at følelsen av redsel har betydning for fødselsopplevelsen. Kvinner som følte seg redde under fødsel, hadde en større risiko for å få en dårlig fødselsopplevelse (tabell 7).

Modellen som inkluderte utdanning, etnisitet, religion, paritet, selvrapportert helse, mor, følt ivaretagelse på fødeavdelingen og barselavdelingen og følt redsel under fødsel, forklarte 23 % av variansen i opplevelsen av fødsel.

Tabell 7: Odds ratio(OR), 95 % konfidensintervall(KI) og p-verdi for en dårlig opplevelse av fødselen for ulike utdanningsgrupper, ulike etniske grupper, ulike religioner, paritet, selvrappportert helse, mor, følt ivaretagelse på fødselsavdelingen og barselavdelingen og følt redsel under fødsel. Nagelkerke R²: 0,231. N=656

| Variabel | Odds ratio konfidensintervall | med p-verdi |
|---------------------------------------|--|--------------------|
| Utdanning | | |
| Grunnskole | 1 | |
| Videregående skole | 2,31 (1,31 – 4,07) | 0,004 |
| Høyere utdanning | 1,74 (0,95 – 3,18) | 0,073 |
| Etnisitet | | |
| Vestlig | 1 | |
| Sør Asia | 0,86 (0,40 – 1,86) | 0,700 |
| Midt Østen | 1,06 (0,45 – 2,51) | 0,895 |
| Øst Asia | 0,45 (0,19 – 1,07) | 0,071 |
| Andre | 0,65 (0,33 – 1,25) | 0,192 |
| Religion | | |
| Ingen trossamfunn | 1 | |
| Kristen | 1,03 (0,55 – 1,93) | 0,934 |
| Islam | 1,60 (0,67 – 3,82) | 0,289 |
| Andre religioner | 1,78 (0,63 – 5,04) | 0,277 |
| Paritet | | |
| Førstegangsfødende | 1 | |
| Flergangsfødende | 0,69 (0,48 – 0,99) | 0,041 |
| Selvrapportert helse, mor | | |
| Dårlig | 1 | |
| God | 0,88 (0,51 – 1,50) | 0,636 |
| Følt ivaretagelse på Føden | | |
| Dårlig | 1 | |
| God | 0,23 (0,07 – 0,72) | 0,012 |
| Følt ivaretagelse på barselavd | | |
| Dårlig | 1 | |
| God | 0,55 (0,30 – 1,00) | 0,050 |
| Følt redsel under fødsel | 1,30 (1,16 – 1,30) | 0,000 |

9.0 Diskusjon

9.1 Sammendrag av resultater

De fleste kvinnene i dette utvalget var i aldersgruppen 26-35 år og de fleste hadde videregående eller høyere utdanning. Det var 42,5 % som hadde vestlig bakgrunn mens den største gruppen med annen etnisk bakgrunn var kvinner fra Sør-Asia som utgjorde en fjerdedel. Ca 15 % kom fra Midt-Østen, 5 % fra Øst-Asia og 12 % hadde annen etnisk bakgrunn. Majoriteten av utvalget var kristne eller muslimer. Det var 46 % av kvinnene som var førstegangsfødende og hele 86 % av kvinnene i utvalget beskrev sin egen helse som god. Hele 98 % rapporterte at de hadde følt seg godt ivaretatt av sine nærmeste under svangerskapet og 93 % hadde opplevd god støtte fra fastlegen.

Kvinnene hadde en gjennomsnittsskår på 4,11 (SD=2,75) på opplevelse av svangerskap, men det var en stor variasjonsbredde i hvordan de skårte. Det var en signifikant høyere andel av de førstegangsfødende kvinner som rapporterte å ha en god opplevelse av svangerskap (58 %) sammenlignet med flergangsfødende (40 %). Det var også en tendens mot at god selvrapportert helse var assosiert med det å ha en god opplevelse av svangerskapet. Redsel i forbindelse med fødselen, viste også en signifikant sammenheng med en dårlig opplevelse av svangerskapet. Sosial støtte fra nærmeste eller fastlegen viste ingen sammenheng med opplevelse av svangerskap. En modell som inkluderte etnisitet, paritet, selvrapportert helse og redsel under fødselen forklarte bare 8 % av variansen i opplevelsen av svangerskap. I modellen hadde kvinner fra Sør-Asia eller fra kategorien Annen etnisk bakgrunn 50 % lavere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskap i forhold til kvinner med Vestlig opprinnelse. Det var også en tendens til at kvinner fra Midt Østen hadde en lavere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet. Flergangsfødende hadde over dobbelt så høy risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet. Det var også en signifikant høyere risiko for å rapportere en dårlig opplevelse av svangerskapet for de som hadde vært redde under fødselen.

For opplevelse av fødsel var gjennomsnittsskåren på 4,44 (SD=3,06), men også her var variasjonsbredden stor. Det var en signifikant høyere andel av kvinnene med videregående skole som høyeste utdanning som rapporterte å ha en dårlig opplevelse av fødselen (46 %). Det var signifikant flere Vestlige kvinner som rapporterte god fødsels opplevelse. Det var signifikant flere kvinner som oppga seg som kristne som rapporterte en god fødsels opplevelse. Det var en signifikant høyere andel av de flergangsfødende kvinner som rapporterte å ha en god fødselsopplevelse (58 %) sammenlignet med førstegangsfødende(42 %). De kvinnene som oppgav god selvrapportert helse, hadde også en signifikant større sjanse for å få en god fødsels opplevelse. God støtte på fødeavdelingen og barselavdelingen var signifikant assosiert med en god fødselsopplevelse, men ikke sosial støtte fra nærmeste rundt fødselen. Redsel under fødsel, var også signifikant assosiert med en dårlig fødselsopplevelse. Modellen forklarte 23 % av variansen i fødselsopplevelse, og utdanning, paritet, sosial støtte på sykehuset og opplevd redsel under fødsel forble signifikante forklaringsvariabler.

9.2 Metodediskusjon

STORK-Groruddalen prosjektet er en kvantitativ studie. Data innsamlingen bestod av standardiserte spørreskjemaer, og det gir en mulighet for å generalisere resultater fra utvalg til populasjon (Johannesen et al, 2010). At spørreskjemaet er standardisert, gir den begrensning at der ikke er plass til å individualisere, eller fri tekst. Da denne oppgaven analyser kvinners opplevelse av svangerskap og fødsel, ville en studiedesign, med kvalitative metoder kunne ha gitt mer utdypende svar på kvinners opplevelse av svangerskap og fødsel. På den annen side gir en kvantitativ forskningsmetode grunnlag for statistiske beregninger med en betydelig mengde data, og gir mulighet for å kunne generalisere funnene – noe en kvalitativ tilnærming ikke kan.

STORK-Groruddalen studien er en populasjons basert kohorte studie av i utgangspunktet friske gravide kvinner i en multi-etnisk befolkning som ble fulgt opp gjennom graviditeten på helsestasjon. Denne oppgaven er en del av den store studien, da denne oppgaven tar for seg hovedsakelig de opplysninger kvinnene gav ved intervju 10-12 uker etter fødsel. Det forhold at kun en bestemt del av den opprinnelige studien benyttes og brukes i analyser, gjør at oppgaven er en tverrsnittstudie. Oppgaven undersøker ulike variabler på et gitt tidspunkt. Tverrsnittsundersøkelser kan gi informasjon om hvordan fenomener varierer på det aktuelle tidspunktet, men har sine begrensninger, ved at det er problematisk å avdekke årsakssammenhenger mellom fenomener. Tverrsnitts studier angir ingen kausalitet (Johannesen et al,2010).

I oppgaven ble de avhengige variablene, opplevelse av svangerskapet og opplevelse av fødselen dikotomisert. Ved dikotomering og reduksjon av målenivå, er der alltid en risiko for å miste en del nyanser og detaljer, da nivået gjøres grovere (Bjørndal og Hofoss, 2004). Da disse to variablene er på ordinale målenivå, ble de dikotomert ut fra median (Bjørndal og Hofoss,2004). For begge variablene ble det valgt å inkludere de som hadde svart med medianverdi i gruppen dårlig opplevelse av henholdsvis svangerskap og fødsel. Dette ble gjort på bakgrunn av en tilsvarende studie fra Australia der man a priori forutsatte at alt annet enn en helt god opplevelse var en dårlig opplevelse (Small et al. 2002). I denne oppgaven satte man ikke et så strengt kriterie, men valgte altså å inkludere medianverdi i gruppen dårlig opplevelse.

9.3 Representativitet og generaliserbarhet

Utvalget var gravide kvinner, som henvendte seg på helsestasjonen på henholdsvis Bjerke, Grorud og Stovner. Av 1114 inviterte kvinner fra mai 2008 til mai 2010, ble 823 kvinner inkludert i studien. Av disse, kom totalt 656 kvinner til alle tre intervju på helsestasjonen, to besøk i svangerskapet og et besøk 10 – 12 uker etter fødsel. Det totale STORK-Groruddalen utvalget, ble testet ut mot de kvinnene som valgte å ikke bli inkludert i studien (Jenum et al, 2010). Utvalget ble testet på variablene: etnisitet, alder og paritet, og man fant at der for Asiatiske kvinner var en liten tendens til at flere med få fødsler var med i studie utvalget, og kvinner fra Afrika var lidt yngre enn de kvinnene som valgte å ikke være med i studien. Sist

fant man høy inkluderings prosent av kvinner fra Sør Asia. Man valgte å si at utvalget var representativt for populasjonen, da det fremgikk av helsestasjonens optegnelser, at der var generelle variasjoner i kvinnenens alder, etnisitet og paritet (Jenum et al, 2010).

I denne oppgaves utvalg, fremkom en skjev fordeling mellom hele utvalget i STORK-Groruddalen prosjektet total, utvalget i masteroppgaven og drop-out. Det fremgår at der var signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til utdanning, hvor der var flere med høyere utdanning i denne oppgaves utvalg. Dette gir en utvalgsskjevhet, som man ikke kan beregne seg bort fra, men betegnes som et representativitetsproblem (Bjørndal og Hofoss, 2004). At der er en utvalgsskjevhet i forhold til utdanning, hvor mennesker med høyere utdanning er mer villig til å delta i forskning, er et kjent problem og debatteres under temaet: Frafallsproblematikken øker (Belsby, 1997). Likeledes var der flere i denne oppgaves utvalg, som var i arbeid før graviditeten og flere med vestlig etnisitet. I drop-out gruppen, var det flere kvinner som tilhørte gruppen: Andre, dvs de som var enslige, skilte, separerte eller enker. Et forhold som kan ha hatt betydning, er tradisjonelle kjønnsrollemønstre, hvor mannen ikke tillater sin kvinne å delta. I forhold til alder, religion og paritet, var det ikke signifikante forskjeller.

Ved sammenligning av STORK-Groruddalen kohorten og denne oppgaves utvalg, så ses at der er sammen prosentvis andel av kvinner fra Sør-Asia, men der er forskjell i variabelen paritet, da denne oppgaves utvalg har flere flergangsfødende enn STORK-Groruddalen kohorten (Jenum et al, 2012).

Dette gjør at man må vurdere svarene ut fra den kjensgjerning at det i dette utvalg, er en overrepresentasjon av gifte/samboende, kvinner med høyere utdanning, kvinner som var i et pre gravid arbeidsforhold og var av vestlig etnisitet. Det forhold at flere jenter i utvalget hadde høyere utdanning, kan tenkes å på virke svarene i spørreskjemaene på flere måter. Det kan tenkes at kvinner med utdannelse er mere kritiske til hvordan de opplever helsevesenet og har flere krav. Kvinner med annen etnisitet og kanskje ikke så mange år her i landet, er muligvis ikke så kritiske og mere takknemlige for den hjelp og omsorg de mottar, og kanskje ikke så vant til å svare ærlig og kritisk på spørsmål. I Kvinner som er gift eller samboere, har muligvis mer støtte hjemme, enn kvinner som er enslige, og det kan ha påvirket resultatet.

Det forhold at materialet er oversatt og der var utstrakt bruk av tolk, gjorde muligvis at kvinnene følte seg mere fri til å snakke og spørre, da de var sikret rett forståelse, både av spørsmål og svar, og at dette bevirkede at kvinnene hadde en bedre opplevelse, en mere trygg opplevelse av intervjuet.

At der foreligger utvalgsskjevhet, betyr at man skal være forsiktig med å sammenligne med andre studier og generalisere resultatene. Det betyr at studien ikke uten videre er generaliserbar, selv om utvelgelsen av det representative utvalg er tilfeldig (Johannesen et al, 2010).

I den nylige utkomne rapporten fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013, fremgår at det var et spesielt ønske i Stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet», at undersøke brukernes erfaring med svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen i Norge. De

presiserte at de også ønsket å få erfaringer fra kvinner og menn med annen etnisk bakgrunn enn vestlig. Sentret sendte ut invitasjon og spørreskjema til 8905 kvinner. Skjemaet sendtes ut på norsk med informasjon om at en engelsk versjon kunne rekvireres. Der fantes også en nett versjon, men den tilbød ikke fritekst muligheter. De fikk svar fra 4904, hvilket gir en svarprosent på 56,6 % (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Av de kvinnene som svarte kom 91,3 % fra vestlige land og 8,7 % fra ikke-vestlige land. Til sammenligning kan nevnes, at STORK-Groruddalen prosjektet, selv om antall inviterte var langt mindre, inkluderte 73,9 % av de 1114 inviterte kvinnene, dvs 823 kvinner. Disse kvinnene var fordelt på flere land, men samlet sett var det inkludert 42,7 % kvinner fra vestlige land og 57,3 % kvinner fra ikke-vestlige land. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013 og Jenum et al, 2010). Studiepopulasjonen i denne studien kan derfor sies å være mer representativ når det gjelder etnisitet enn tidligere studier.

9.4 Validitet og reliabilitet

Validitet eller gyldighet er et kvalitetskrav, som ikke må oppfattes som noe absolutt, men det er et krav som kan være tilnærmet oppfylt, og et mål på om det er samsvar mellom det fenomenet som skal undersøkes og målingen, selve metoden (Johannesen et al, 2010). Reliabilitet, pålitelighet, knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannesen et al, 2010).

I studien ble brukt spørreskjemaer som var oversatt til åtte språk av tolker fra Oslo Kommunes tolketjeneste og de var kvalitets testet av tospråklige helsefaglige personer. Spørreskjemaene inneholdt spørsmål som tidligere hadde vært validert eller ofte brukte spørsmål fra andre norske og internasjonale undersøkelser, der hvor de var tilgjengelige. En detaljert intervju guide var utviklet som en del av selve studie protokollen. Spørreskjemaene var pilot testet for tydelighet og om de lot seg praktisk gjennomføre (Jenum et al, 2010). Dette er en styrke ved studien, men selv om skjemaene er oversatt og kontrollert, kan man ikke helt se bort fra, at der kan oppstå misforståelser og feil tolkninger, som følge at kulturelle forskjeller. Dette har intervjueren ingen mulighet for å oppdage eller rette på. En annen mulig skjjevhet, kan oppstå ut fra de variablene man velger å analysere og de man utelater. I et utelukkende ikke-vestlig utvalg, ville det være naturlig å velge andre variabler, som f.eks. botid i Norge, bostruktur, språk ferdigheter.

Det forhold at det var opplærte jordmødre som kjente spørreskjemaet, som sammen med kvinnen og evt med tolk, utfylte skjemaet direkte i intervjuet, kan ha bevirket en lavere risiko for feil tolkninger og misforståelser. Det sikrede en standardisert innsamling av data, og gav derfor data av høy kvalitet (Jenum et al, 2010). Det at kvinnen satt sammen med jordmor og eventuelt tolk, når skjemaene ble utfylt, var mulig uten å bryte løftet om anonymitet, da både tolken og jordmor er underlagt taushetsplikt. På den annen side kan intervjuemetoden ha gitt skjjevheter i forhold til bruk av anonyme spørreskjema. I noen kulturer ser man på helsepersonell som autoritetspersoner, og er derfor muligvis mer forsiktig med hvordan man svarer. Det forhold at jordmor sitter sammen med kvinnen når skjemaet utfylles, kan gi en risiko for feil, da kvinnen kanskje gjerne ønsker å svare det hun tror intervjueren vil høre. På

grunn av dette ble ikke opplevd sosial støtte fra jordmor under svangerskapet tatt med i denne studien, men også andre variabler som ble tatt med kan være påvirket av dette.

Det var høy svarprosent på nesten alle spørsmål, så da er der mindre risiko for skjevheter som oppstår som følge av få data i analysene. Likevel er det viktig å være seg bevisst, at det er mange variabler som ikke er tatt med i denne oppgaven som kan tenkes å påvirke kvinnenens opplevelse av svangerskap og fødsel, som f.eks ulike spørsmål angående far, og som kan ha konfunderende effekt på resultatene i studien. De lave verdiene for forklart varians fra modellene underbygger også dette. Det er mange konfunderende variabler som ikke er med i analysen og som vil påvirke etnisitet, slik som antall år i Norge, årsak til immigrasjon, norsk kunnskaper osv. Disse ble ikke inkludert da de til dels er irrelevante for gruppen vestlige som i hovedsak bestod av norske kvinner. Å gjøre spesifikke analyser for de ikke-vestlige lå utenfor denne oppgavens omfang, men bør bli undersøkt i videre forskning på dette materialet.

9.5 Diskusjon av resultater

9.5.1 Opplevelse av svangerskap

Der er i studien ingen signifikante resultater angående alder, utdanning, sivilstand og pre gravid arbeidssituasjon, i forhold til opplevelse av svangerskapet. Dette er sosioøkonomiske variabler som benyttes som mål på sosial posisjon, når sosial ulikhet i helse skal måles (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). Det er tidligere nevnt, at der i en multietnisk befolkning er større forskjeller i befolkningens sosioøkonomiske forhold, enn i befolkningen generelt (Norges Offentlige Utredning, 2011).

At disse faktorene ikke slår ut i denne oppgaven, kan vise at helsestasjonene, i deres støtte og oppfølging av kvinnene, gjennom svangerskapet, klarer å kompensere for disse ulikheter. At helsestasjonene klarer å yte likeverdige helsetjenester til deres kvinner, og klarer å oppfylle hoved intensjonene i de Nasjonale retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid (Helsedirektoratet, 2005).

Betydningen av sosial støtte i forhold til opplevelsen av svangerskap, fremstår ikke som signifikant i analysen. Sosial støtte i svangerskapet, er målt ved opplevd støtte fra nærmeste og av fastlege. De fleste kvinnene opplyser at de har opplevd god støtte fra sine nærmeste gjennom svangerskapet, men der er ikke signifikant forskjell. Kvinnene opplyser også, at de har opplevd god støtte fra fastlegen, men heller ikke her er forskjellen signifikant. Det forhold at sosial støtte ikke fremkom som signifikant, kan skyldes at kvinnene i deres lokale miljø opplevde et svangerskap som forståelig, håndterbart og meningsfylt, sådan som teorien om Salutogenese påpeker viktighet av (Antonovsky, 1979).

Det kan også være et uttrykk for at kulturer er forskjellige og at noen kulturer har kulturelle oppfatninger, verdier og normer, som samlet sett kan ha en beskyttende effekt på helsen (Mæland et al., 2009).

Noen kulturer har et større fellesskap, og har større tradisjon for å dele og hjelpe, hvis noen trenger det. Det kan gi en grunnleggende tro på at alt ordner seg, man har en opplevd erfaring med å få hjelp, hvis der oppstår behov (Abdou et al, 2010)

I forhold til etnisk bakgrunn og religion, viser den bivariante analysen, at der ikke er signifikante forskjeller, men den multivariate modellen, viser, at der er etniske forskjeller i opplevelsen av svangerskapet og at der er forskjeller mellom de forskjellige etniske gruppene. Vestlige kvinner er de i oppgaven, som har den største risiko for å oppleve et dårlig svangerskap. Kvinner fra Sør Asia og gruppen, Andre, er de kvinnene som har størst sjanse for å ha gode svangerskapsopplevelser. Kvinner fra Øst Asia og Midt-Østen har opplevelser som ligger nærmest de vestlige kvinnene. Det forhold at kvinner som er ikke vestlige, alle har større sjanse enn vestlige, for å få en god svangerskapsopplevelse, kan igjen være et tegn på at helsestasjonene klarer å tilbyde likeverdige helsetjenester (Helsedirektoratet, 2005), det kan også være et tegn på, at noen kulturer er bedre til å ta vare på hverandre og gi hverandre gode forhold som igjen kan ha gunstig innflytelse på helsen (Mæland et al., 2009). I studien til Small et al, (2002), kom frem at kvinner bosatt i Australia fra Tyrkia, Vietnam og Filipinene, hadde dårligere svangerskaps og fødselsopplevelsen enn de etnisk australske kvinnene. Det ble klargjort at av disse tre nasjonaliteter, var det de tyrkiske kvinnene som hadde de dårligste opplevelsene av både svangerskap og fødsel. En annen faktor ved diskusjon av kultur og kulturelle faktorer, er helsepersonells oppfattelse av andre kulturer, og hva det kan bety for kvinnene gjennom deres svangerskap og fødsel. I studien til Lyons et al (2008), kom det frem at helsepersonell hadde en tendens til å se på kvinner fra andre kulturer som en stor gruppe, og ikke se på dem som enkelt individer med egen nasjonalitet. Dette kan ha vært med til å gi kvinnene en dårlig svangerskaps og fødsels opplevelse.

I den multivariate modellen i denne studien, fremkommer det at flergangsfødende har mer enn dobbelt så stor risiko for å oppleve et dårlig svangerskap som en førstegangsfødende. Dette kan være rent fysiske eller mentale faktorer, selv om kvinnens selvrapporterte helsestatus, ikke gir signifikant utslag på forskjeller. Det kan også skyldes at kvinner, som har født tidligere, kanskje mere enn en gang tidligere, har en del praktiske gjøremål i hverdagen som gjør det vanskelig, i tillegg, å være gravid. Her kan det være relevant å nevne helsebegrepet av Hjort, nettopp, overskutt til å klare seg i hverdagen (Hjort, 1982). Det kan også skyldes at kvinner føler seg dårlig mentalt, og ikke føler det er let å snakke om det. Det kan skyldes en bluferdighet overfor sine nærmeste, men det kan også skyldes at det er tabu belagt ikke føle sig mentalt sterk, når man er gravid eller nettopp har født (Størksen et al, 2012 og Lansekara et al, 2009). Hvis kvinner er i jobb, har barn fra før og i tillegg ønsker seg et sosialt ut at vent liv, da kan dagene bli lidt for korte. I teorien om sosial støtte, nevner forfatterne (Schwarz og Leppin, 1991), at det å føle stress over lang tid, uten å finne en god mestringsstrategi, kan føre til uhelse. Det kan være både fysiske symptomer og symptomer av psykisk karakter som angst og manglende mestringsfølelse. I den forbindelse, angir deres forskning, at det er viktig med god sosial støtte, både kognitivt, instrumentell støtte og emosjonell støtte.

Den siste faktoren i opplevelse av svangerskapet er opplevelsen av redsel. Dette er en sterk følelse og den er signifikant i sin betydning for opplevelsen av svangerskapet, selv om den følelsen er relatert til noe som kommer senere. Noen kvinner er redde for fødsel, i store deler

av svangerskapet. For noen kvinner er det uten noen forutgående fødsel, uten noen let forklarlig grunn, for andre er det en redsel som kom ved en tidligere fødsel. Her er det viktig å vite, at det er kvinnens subjektive opplevelse som er avgjørende for hennes følelse, og ikke hvordan fødselen rent faglig har foregått (Størksen et al.2013). Redsel er en stress faktor, og stress kan gi uhelse. Her kommer teorien om sosial støtte inn og det er viktig å gi kvinnen den støtte hun trenger for å mestre og behandle sine følelser og se frem til en situasjon som hun mener hun kan mestre. Kognitiv, forventet støtte og emosjonell, allerede opplevd støtte, er viktig for kvinnen i hennes opplevelse av mestring (Schwarz og Leppin, 1991). Kvinnenes opplysning om deres følelse av redsel under fødselen er gitt i intervju, 10 til 12 uker etter fødsel. Der er en risiko for at disse kvinner kan huske feil, eller at eventuell redsel opplevd under fødselen kan ha farget opplevelsen av hvordan de husker svangerskapet. Modellen som ble testet forklarer kun 8 % av kvinnenes opplevelse av svangerskapet. Det viser at det er mange andre faktorer som spiller inn som diskutert i metodediskusjonen.

9.5.2 Opplevelse av fødsel

Kvinner som hadde fullført videregående som høyeste utdanning, hadde mer enn dobbelt så stor risiko for å få en dårlig fødselsopplevelse. Dette kan være et tilfeldig funn, men det kan muligvis forklares det ut fra teorien om sense of coherence – eller opplevd sammenheng (Antonovsky, 1979), Kvinner som har gått videregående, og som da blir gravide, var muligvis ikke egentlig ferdig med skolegang, men ønsket seg kanskje videre i livet, før de skulle stifte familie. Selv om dette ikke er noe man kan vite ut fra denne undersøkelsen, kan det hende at deres hverdag da ikke lenger opplevdes som forståelig og håndterbar (Antonovsky, 1979). For kvinner med ikke-vestlig bakgrunn der man gifter seg eller skal gifte seg med en mann fra hjemlandet, kan det i noen tilfelle være slik at man må begynne å jobbe etter videregående for å tjene penger slik at man har de nødvendige økonomiske ressurser for å oppnå tillatelse til familiegjenforening av myndighetene. Dette er ikke mange kvinner, men de finnes. Disse gravide kvinnene, får på en måte dobbelt opp av byrder, da de kanskje må jobbe, litt motvillig, samtidig som de mister den sosiale støtte en ektefelle er gjennom et svangerskap, fordi han er i utlandet, og ikke vet om og når han kommer til Norge. Sosial støtte kan oppleves både kognitivt, forventet, positiv støtte og rent instrumentell, som praktisk støtte(Schwarzer og Leppin, 1991). Hvis, en kvinne opplever seg alene, og i tillegg må utføre handlinger som fjerner henne fra sine vante, trygge omgivelser, da kan kvinnen utvikle stress, som igjen kan bevirke utvikling av uhelse. Dette kan muligvis kompenseres hvis dette er en alminnelig situasjon i den kultur kvinnen kommer fra, sådan at kulturen kan motvirke utviklingen av stress og uhelse (Abdou et al, 2010).

I forhold til etnisk bakgrunn og religion, var det ingen signifikante utslag i studien i forhold til fødselsopplevelsen. Dette betyr at kvinnene, på tross av at de måtte inn i nye, og for en del, ukjente rammer ved fødsel, på grunn av at fødsler foregår på sykehus, så klarte de fleste den overgangen uten at det fikk stor betydning for kvinnenes opplevelser. I studien til Lyons et al, 2008, fant man at stereotyp behandling av kvinner med en annen etnisk opprinnelse kan skje. Det at helsepersonell ser kvinnene, ikke som enkelt individer, men som en stor gruppe, kan

føre til manglende individuell behandling. At kvinnene i denne oppgave, ikke gir uttrykk for en slik opplevelse, kan bety at personalet på fødeavdelingen og barselavdelingen utviser likeverdige helsetjenester.

Sosial støtte i forhold til fødselsopplevelsen ble i denne oppgaven målt med spørsmål om kvinnene følte seg ivaretatt på fødeavdelingen og på barselavdelingen. Resultatene viste, at det var signifikant viktig for fødselsopplevelsen om kvinnene følte seg godt ivaretatt eller ikke. Kvinner som følte seg godt ivaretatt på fødeavdelingen hadde ca 80 % større sjanse for å få en god fødselsopplevelse sammenlignet med kvinner som følte seg dårlig ivaretatt. Likevel viste også analysen at langt de fleste kvinnene følte seg godt ivaretatt på fødeavdelingen, men for de som ikke følte seg godt ivaretatt, betød det en dårlig opplevelse. Dette viser at kvinnene er avhengige av å føle seg godt ivaretatt og at den støtte, som fagpersonell yter i forbindelse med fødsel er viktig. I forhold til teorien om sosial støtte, er det viktig å tilby kvinnen instrumentell støtte, i den forstand at det er viktig å gi god informasjon om hva som skjer i øyeblikket og hva som kommer til å skje videre. Informasjon om mulige tiltak kan lette en stress fylt opplevelse (Schwarz og Leppin, 1991). Det er likeledes viktig å gi emosjonell og bekræftende støtte, på en slik måte at man ser og lytter til den enkelte kvinne, være tilstede for dem og behandle dem med høflighet, omsorg og respekt. I studien til Small et al, 2002, opplyste noen av de vietnamesiske, filippinske og tyrkiske kvinnene, at de opplevde at personalet var uvennlige, uhøflige og uhjelpsomme.

På barselavdelingen, var det også viktig å føle seg godt ivaretatt, og der viste analysen at det var dobbelt så stor sjanse for å få en god fødselsopplevelse, om kvinnene følte seg godt ivaretatt på barselavdelingen. Dette er viktig, når man tenker på at kvinnene er et nytt og fremmet sted. De er avhengige av å føle seg ivaretatt der hvor de er. Det stiller store krav til personalet på både på fødeavdelingen og på barselavdelingen. De møter også ukjente mennesker og det er viktig at der skapes god kontakt og god kommunikasjon. Dette er viktig, sett i lyset av teorien om sosial støtte. God kommunikasjon er stress reduserende og kan være med til å sikre kvinnene er god fødselsopplevelse og være med til å redusere risikoen for uhelse etter fødsel (Schwarzer og Leppin, 1991).

Ligge tiden på barselavdelingen er kortet ned gjennom flere år. Derfor kommer kvinnen raskere hjem, som ny, stor familie. Av de nye retningslinjene, Nytt liv for den nye familien (Helsedirektoratet, 2014), fremgår at det er ønskelig med kontinuitet etter fødsel, forstått på den måten at kvinnene skal få tilbud om hjemmebesøk av jordmor, som de har kjent gjennom svangerskapet, tidlig etter hjemkomst og igjen etter ca to uker. Med dette tilbudet, ønsker man at støtte familien. Helsesøster kommer hjem og følger opp barnet og familien, men ingen har tidligere vært opptatt av oppfølgingen av kvinnen og hennes helse umiddelbart etter fødsel. Kvinner oppfordres til en etterkontroll, ca otte uker etter fødsel, men med dette ønsker man nå å gi et ytterligere tilbud. Dette tilbudet er viktig, da det kan være med til å avdekke uhelse hos kvinnen, både fysiske og psykiske problemer. I den australske studien av Lansakara et al. (2009), fremkom at kvinner med ikke australsk etnisitet, hadde større risiko for å utvikle psykiske problemer etter fødsel og at de ikke følte at de ble spurt om nettopp mental helse. I det nye forslaget fra helsedirektoratet, med at en for kvinnen kjent person kommer hjem til

henne og hennes familie, er mulighetene større for at eventuelle problemer kommer opp i lyset og at hjelp kan etableres til beste for kvinnen, barnet og hele familien.

Dette tiltak er også viktig, for de kvinnene som ikke følte seg ivaretatt på fødeavdelingen og/eller barselavdelingen. Ved at en kjent person, f.eks jordmor kommer hjem til kvinnen umiddelbart etter fødsel og igjen senere, da kan man etablere god kontakt og opprette støtte og derved er det en sjanse for å oppklare misforståelser og forklare hendelser som kvinnen har opplevd på fødeavdelingen og barselavdelingen. Dette er viktig for kvinnens og familiens samlede helse og viktig for kvinnens eventuelle neste fødsel. Det at det er kvinnens subjektive opplevelse som er avgjørende for hennes opplevelse (Størksen et al. 2013), gjør at dette skal tas på alvor, for det kan få stor betydning i et helsefremmende perspektiv (Antonovsky, 1979 og Schwarzer og Leppin, 1991).

Fødselsopplevelsen i forhold til helserelevante faktorer, viser at kvinner som har født tidligere, har en mindre risiko for en dårlig fødselsopplevelse. Dette kan ha flere grunner. Statistisk går fødsel nummer to eller senere, raskere. Dette er den fysiske side av å være flergangsfødende, men det å ha født før gir også en mulighet for å være forberedt og en mulighet til å sette opplevelsen inn i en sammenheng, hvilket er den mentale side av opplevelsen (Antonovsky, 1979). Tidligere opplevelser kan være en positiv erfaring, men det kan også være hemmende, om den tidligere opplevelsen var traumatisk (Størksen et al., 2013). Kvinner er forskjellige og som Schwarz og Leppin (1991) nevner, så er menneskets personlighet av stor betydning for hvordan man takler opplevelser som er dramatiske og forbundet med stress. Har kvinnen tidligere opplevd en stressfull situasjon, og taklet det bra, da har hun erfart mestring og det vil virke som en buffer mot en ny stressfull situasjon. Men har hun tidligere følt sig stresset og ikke taklet det bra, enten fordi den sosiale støtte hun trodde hun skulle få ikke kom, eller fordi den støtten hun fikk var utilstrekkelig, da kan kvinnen oppleve stress som kan føre til uhelse (Schwarzer og Leppin, 1991).

Som i opplevelsen av svangerskap, så kom det i oppgaven frem at følelsen av redsel hadde stor betydning for kvinners opplevelse av fødsel. Redsel er en sterk stress faktor, og kan føre til uhelse, om man ikke finner gode mestringsstrategier. Disse resultater kan igjen analyseres ut fra teoriene om sammenheng og sosial støtte (Antonovsky, 1979 og Schwarz og Leppin, 1991). Vi mennesker trenger å føle trygghet og forstå hva som skjer og vi trenger støtte fra mennesker rundt oss. For en del kvinner er en fødsel deres første møte med et sykehus. Man kan føle seg fremmedgjort og uten kontroll. I studien til Lyons et al, 2008, nevnes at en del av forklaringene på fødekvinners utrygghet muligvis kan komme av, at fødsler tidligere var et anliggende for kvinnegrupper i lokalsamfunnet. Nå føder man på institusjon med mye teknologi. Derfor er det viktig at personalets på sykehuset informerer kvinnen om hva som skal skje, teknologiens muligheter og begrensninger, og gir henne en trygg ramme.

10.0 Oppsummering og konklusjon

Det ble i STORK-Groruddalen prosjektet, funnet variasjoner i opplevelsen av svangerskap og fødsel, i forhold til sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelevante

faktorer. For svangerskapsopplevelsene var det ikke utslag for sosiodemografiske faktorer. Dette kan bety at helsestasjonene klarer å tilby de gravide likeverdige helsetjenester og utligne sosiodemografiske forskjeller. Etnisitet har betydning for svangerskapsopplevelsen på den måte at kvinner med ikke-vestlig etnisitet, har mindre risiko for å få en dårlig svangerskapsopplevelse sammenlignet med kvinner med vestlig etnisitet. Kvinner som er gravide for første gang har større sjanse for å få en god svangerskapsopplevelse sammenlignet med kvinner som er flergangsfødene. Følelsen av redsel under fødselen er meget betydningsfull for opplevelsen av svangerskapet. Om det er redsel for en forestående fødsel på grunn av tidligere fødselsopplevelse eller generelt fremgår ikke.

Videre av oppgaven fremgår at fødselsopplevelsen også varierer med sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelevante faktorer. Kvinner med videregående skole som høyest fullførte utdanning har signifikant større risiko for å få en dårlig fødselsopplevelse. Etnisitet og religion har ikke signifikant betydning for fødselsopplevelsen. Sosial støtte fra helsepersonell er signifikant viktig for fødselsopplevelsen. Både på fødeavdelingen og på barselavdelingen. Dette viser at ivaretagelsen, i for kvinnen nye omgivelser i en ny situasjon, er viktig. Motsatt det som gjorde seg gjeldende for svangerskapsopplevelsen, så fremkommer det at flergangsfødende kvinner har signifikant større sjanse for å få en god fødselsopplevelse. Ikke uventet hadde opplevelsen av redsel under fødselen var assosiert med en dårlig opplevelse av fødselen.

11.0 Videre forskning

Det ville være meget interessant, spesielt med hensyn til de nye retningslinjene fra helsedirektoratet om oppfølging av kvinnen og familien hjemme etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014), å gjøre en kvalitativ intervjustudie, for å utdype videre noen av de forskjellene som fremgår av denne oppgaven.

En faktor som ikke var med i min oppgave, var kvinnens opplevelse av smerte. Dette er ifølge flere studier interessant for opplevelsen av fødsel, og ville vært interessant å inkludere i videre studier. Hvilke forventninger man har til smerte, hvordan man tolker den og gir uttrykk for smerte kan tenkes å variere med ulike kulturer og etnisitet. Dette ville være interessant å kunne finne ut mer av.

Likeledes ville det være interessant å få frem hva som gjør at flere flergangsfødende enn førstegangsfødene opplever å ha dårlige svangerskap. Det ville være interessant å undersøke om det er den fysiske og mentale belastningen forbundet med svangerskap eller er det det press kvinnen opplever ved å få en familie hverdag til å fungere, med jobb, barn, sosialt liv og ektefelle. En annen ting som kunne være spennende å undersøke er, om samfunnet i dag stiller så store krav til hver enkelt om kontroll, at det hemmer oss i vår hverdag og påvirker vår mestringsfølelse.

12.0 Referanser

Abdou, C.M., Schetter, C.D., Campos, B., Hilmert, C.J., Dominguez, T.P., Hobel, C.J., Glynn, L.M. & Sandman, C. (2010). Communalism predicts prenatal affect, stress and physiology better than ethnicity and socioeconomic status. *American Psychological association*.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Belsby, L. (1997). Frafallsproblematikken øker. *Samfunnsspeilet nr 2/1997*.

Dahl, E., Bergsli, H. og van der Wel K. (2014). Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt.

Eriksson, M. og Lindstrøm, B. (2005). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review.

FBIB Helsinkideklarasjonen. Lest 6.5.2014 på
<http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Folkehelseinstituttet (2012). Lav mødredødelighet i Norge.

Folkehelseinstituttet (2013). Mental helse.

Folkehelseinstituttet (1999-2008). Den norske mor- og barn undersøkelsen.

Janbu, T. (2013). Helsinki-deklarasjonen er revidert. Publisert 25.10.13 på:
www.helsebiblioteket.no/for-forskere/helsinki-deklarasjonen-revidert

Helsedirektoratet (2005). Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid.

Helsedirektoratet (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Nasjonal Helseplan.

Hjort, P. F. (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Tanum Norli.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. og Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Collaboration*.

Jenum, A.K., Sletner, L., Voldner, N., Vangen, S., Morkrid, K., Andersen, L.F., Nakstad, B., Skrivarhaug, T., Rognerud-Jensen, O.H., Roald, B. og Birkeland, K.L. (2010). The STORK Groruddalen research programme: a population-based cohort study of gestation diabetes, physical activity, and obesity in pregnancy in a multiethnic population. Rationale, methods, study population, and participation rates. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010 38 pp. 60-70. (doi:10.1177/1403494810378921)

Johannessen, A. (2008). *Introduksjon til SPSS på Norsk*. Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.

Lansakara, N., Brown, S.J., Gartland, D. (2010). Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Maternal Child Health Journal* 14, pp. 807-816.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (2011). Likeverdige helsetjenester for alle. Fra velvilje til handling.

Lyons, S.M., O’Keeffe, F.M., Clarke, A.T., Staines, A. (2008). Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women. *Ethnicity & Health*, 13:3, pp. 261-276.

Mann, J.R., Mannan, J., Quinones, L.A., Palmer, A.A., Torres, M. (2010). Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39:6, pp. 645-657.

Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. Og Westin, S. (red.) (2009): *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal.

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Universitetsforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013). Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr 4/2013.

NOU (2011). Bedre integrering. Levekår og sosioøkonomiske forhold, 14/2011.

Pallant, J. (2010). *SPSS. Survival Manual*.

Schwarzer, R. og Leppin, A. (1991). Social Support and health: a theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal relationships*, 8:99.

Small, R., Yelland, J., Brown, S. og Liamputtong, P. (2002). Immigrant womens views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish and Filipino women. *Birth* 29:4.

Statens helsetilsyn (1999). Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691.

Statistisk sentralbyrå (2013). Fruktbarhet hos innvandrerkvinner og døtre av innvandrere. Flere barn, men færre per kvinne. *Samfunnsspeilet*, 5/2013.

Statistisk sentralbyrå (2014). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014. Lest 25.4.2014 på:
ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2014-04-24

St. melding nr.12 (2008-2009). En gledelig begivenhet.

Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 92(3), pp. 318-24.

TNS Gallup (2003). Resultater fra den nasjonale kommuneundersøkelsen. Tilfredshet med svangerskapsomsorgen. S. 13,18,22.

WHO (1948). Helsedefinisjon.

Vedlegg 1a



44E46

Unikt pas. løpenummer:

STORK Groruddalen

CRF 1. TRIMESTER - SKJEMA 1

Kode intervjuer Intervjuers initialer Undersøkelsesdato Svangerskapsuke
Kvinnens fødselsdato Bosteds-postnummer Undersøkelsesbydel

Fylles ut hos alle ved første besøk på helsestasjonen i graviditeten - gjelder nesten uten unntak spørsmål som stilles for å fylle ut helsekortet - gjøres samtidig med det, unngår da å spørre om det samme to ganger. Hvis kvinnen ikke inkluderes, makuleres skjemaet. Kommentarfelt til slutt.

Forklaring til utfyllingen:

Bruk blå eller svart kulepenn. De fleste steder settes kryss eller tall. Bruk ellers store bokstaver og en bokstav per rute. Sett kryss mest mulig midt i avkryssningsboksen. Dersom feil i utfyllingen, marker dette ved å sette tre streker over boksen og kryss av på vanlig måte i den riktige boksen. Dersom behov for å notere ned ytterligere informasjon ut over hva det er avsatt plass til på skjemaet, kan du notere dette i margin. Bare sørg for at du ikke skriver i avkryssningsboksene eller notatfelter. Eksempel på utfylling:

ja nei 2256 gram

Tekst i kursiv under spørsmålet, før svarkategoriene, er informasjon til intervjueren og skal ikke leses opp for kvinnen.

DEMOGRAFI

1. Hvilken sivilstand har du nå?

Gift Partnerskap Samboer Enslig Skilt/separert Enke Annet

2. Hvilken utdanning har du nå?

Kryss først av for høyeste fullførte eller avsluttede-, og evt. pågående utdanning, og angi deretter antall år for disse kategoriene. Se evt. prosedyrebok 2.4.2

| | | | Antall år |
|---|-----------------------------------|--|----------------------|
| Under 7 års skolegang | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |
| Grunnskole (7-9-årig skolegang) | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |
| 1-2-årig gymnas/videreg./yrkesskole(10-11år) | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |
| 3-årig gymnas/videreg./yrkesskole(12år) | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |
| Distriktshøgskole, universitet, inntil 4 år (Sykepleier, lærer, Bachelor) | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |
| Høgskole, universitet > 4 år (Hovedfag, Master, embetseksamen) | <input type="checkbox"/> Fullført | <input type="checkbox"/> Holder på med | <input type="text"/> |

Vedlegg 1b



44546

Unikt pas. løpenummer:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

3. Hva var arbeidssituasjonen for deg da du ble gravid?

- Under utdanning
- Hjemmeværende
- Arbeidssøkende/permittert
- Attføring/ufør
- Ansatt i offentlig virksomhet
- Ansatt i privat virksomhet
- Annet

Hvis annet, hva?:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Hva er ditt yrke? Besvares selv om du er midlertidig fraværende pga. sykdom/permisjon.
Angi yrke/stillingstittel

Angi Yrkessiffer, normalt med 4 siffer, i forhold til STRYK-klassifikasjonen. Se prosedyrebok 2.4.2, evt eget hefte. 1.siffer fremgår av nummer på hovedklassen. Hvis ikke det siste siffer er kjent, skriv de 3 første og la den siste boksen stå tom.

1.Administrative ledere og politikere

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

2.Akademiske yrker

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

3.Yrker med kortere høyskole og universitetsutdanning og teknikere

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

4.Kontor- og serviceyrker

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

5.Salgs-, service- og omsorgsykker

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

6.Yrker innen jordbruk, skogbruk og fiske

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

7.Håndverkere

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

8.Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

9.Yrker uten krav til utdanning

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

0.Militære yrker og uoppgitt

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Hjemmeværende

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Hvis yrket ikke er klassifiserbart, angi:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vedlegg 1c

44546

Unikt pas. løpenummer:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

5. Hvilket trossamfunn\religion tilhører du? Se evt. prosedyrebok 2.4.2

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kristne kirkesamfunn * | <input type="checkbox"/> Islam |
| <input type="checkbox"/> Den Ortodokse kirken | <input type="checkbox"/> Hinduisme |
| <input type="checkbox"/> Den Koptiske kirken ** | <input type="checkbox"/> Sikhisme |
| <input type="checkbox"/> Den Katolske kirken | <input type="checkbox"/> Buddhisme |
| <input type="checkbox"/> Adventister | <input type="checkbox"/> Taoisme*** |
| <input type="checkbox"/> Jehovas vitner | <input type="checkbox"/> Ingen trossamfunn |
| <input type="checkbox"/> Mormonere | |

* fellesbetegnelse, for frimenigheter og statskirken i Norge, samt den anglikanske kirken.

** spesielt Etiopia, Eritrea og Egypt.

*** Tradisjonell kinesisk religion. Spesielt kinesere og vietnamesere.

6. Hvilket land er du født i?:

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sverige | <input type="checkbox"/> Marokko | <input type="checkbox"/> Eritrea | <input type="checkbox"/> Født i Norge av to norske foreldre |
| <input type="checkbox"/> Danmark | <input type="checkbox"/> Somalia | <input type="checkbox"/> Etiopia | <input type="checkbox"/> Født i Norge av to utenlandske foreldre |
| <input type="checkbox"/> Storbritannia | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Ghana | <input type="checkbox"/> Født i Norge av en norsk + utenlandsk foreldre |
| <input type="checkbox"/> Tyskland | <input type="checkbox"/> Russland | <input type="checkbox"/> Nigeria | |
| <input type="checkbox"/> Tyrkia | <input type="checkbox"/> Serbia | <input type="checkbox"/> Annet europeisk land | |
| <input type="checkbox"/> Irak | <input type="checkbox"/> Albania | <input type="checkbox"/> Annet afrikansk land | |
| <input type="checkbox"/> Iran | <input type="checkbox"/> Kosovo | <input type="checkbox"/> Annet asiatisk land | |
| <input type="checkbox"/> Pakistan | <input type="checkbox"/> Kina | <input type="checkbox"/> Annet amerikansk land | |
| <input type="checkbox"/> Sri Lanka | <input type="checkbox"/> Thailand | <input type="checkbox"/> Oceania/Australia | |
| <input type="checkbox"/> Vietnam | <input type="checkbox"/> Chile | | |

7. Statsborgerskap i hvilket land?

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sverige | <input type="checkbox"/> Marokko | <input type="checkbox"/> Eritrea |
| <input type="checkbox"/> Danmark | <input type="checkbox"/> Somalia | <input type="checkbox"/> Etiopia |
| <input type="checkbox"/> Storbritannia | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Ghana |
| <input type="checkbox"/> Tyskland | <input type="checkbox"/> Russland | <input type="checkbox"/> Nigeria |
| <input type="checkbox"/> Tyrkia | <input type="checkbox"/> Serbia | <input type="checkbox"/> Annet europeisk land |
| <input type="checkbox"/> Irak | <input type="checkbox"/> Albania | <input type="checkbox"/> Annet afrikansk land |
| <input type="checkbox"/> Iran | <input type="checkbox"/> Kosovo | <input type="checkbox"/> Annet asiatisk land |
| <input type="checkbox"/> Pakistan | <input type="checkbox"/> Kina | <input type="checkbox"/> Annet amerikansk land |
| <input type="checkbox"/> Sri Lanka | <input type="checkbox"/> Thailand | <input type="checkbox"/> Oceania/Australia |
| <input type="checkbox"/> Vietnam | <input type="checkbox"/> Chile | |

Vedlegg 1d



8852

Unikt pas. løpenummer:

STORK Groruddalen

CRF 1. TRIMESTER - SKJEMA 2

Kode intervjuer Intervjuers initialer Undersøkelsesdato Svangerskapsuke
Kvinnens fødselsdato Bosteds-postnummer Undersøkelsesbydel

Fylles ut når kvinnen inkluderes - fortsettelsen etter spørreskjema 1 (spørsmålsnr. 1-30), sammenholdes med dette. Sp.nr. på CRF 2:31-59. Kommentarfelt til slutt.

Forklaring til utfyllingen:

Bruk blå eller svart kulepenn. De fleste steder settes kryss eller tall. Bruk ellers store bokstaver og en bokstav per rute. Sett kryss mest mulig midt i avkrysningsboksen. Dersom feil i utfyllingen, marker dette ved å sette tre streker over boksen og kryss av på vanlig måte i den riktige boksen. Dersom behov for å notere ned ytterligere informasjon ut over hva det er avsatt plass til på skjemaet, kan du notere dette i margin. Bare sørg for at du ikke skriver i avkrysningsboksene eller notatfelter. Eksempel på utfylling:

ja nei gram

NB: Tekst i kursiv under spørsmålet, før svarkategoriene, er informasjon til intervjueren og skal ikke leses opp for kvinnen.

DEMOGRAFI

31. Hvis i lønnet arbeid - hvor stor stillingsandel hadde du de siste 3 måneder før du ble gravid? Hvor stor stillingsandel har du nå? Gjelder uavhengig av evt. sykemelding

Før svangerskapet % Nå %

32. Hvis i lønnet arbeid - er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå?

Ja Nei Delvis

33. Hvis svart ja eller delvis på spørsmål 32: Hva er årsaken til fraværet? Sett evt. flere kryss:

Sykemelding Permisjon Sykt barn Annet

34. Hvis i lønnet arbeid - har du vært sykemeldt i tilsammen mer enn 2 uker i løpet av dette svangerskapet? Se evt. prosedvrebok 2.4.2

Helt sykemeldt:

Delvis sykemeldt:

Hvis ja, angi ca antall uker:

Hvis ja, angi ca antall uker:

Vedlegg 1e



8852

Unikt pas. løpenummer:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

42. Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år?

Se evt liste over bydeler i områder i Oslo i prosedyrebok 2.4.2. Ved * eller ** gå til aktuell merknad

I samme bydel som nå I annen bydel/område i Oslo* I annet fylke i Norge Utenfor Norge **

*Angi evt. tidligere bydel:

Indre Øst (Gamle Oslo, Sagene, Torshov, Grunerløkka-Sofienberg)

Indre Vest (Frogner, Majorstua-Uranienborg, St.Haugen)

Ytre Øst (Groruddalen, Helsfyr, Østensjø, Lambertseter, Bøler, Søndre Nordstrand)

Ytre Vest (Ullern, Røa, Vinderen, Sogn, Grefsen-Kjelsås, Nordstrand, Ekeberg-Bekkelaget)

**Hvis utenfor Norge:

I eget fødeland Annet

43. Hvem deler du husholdning med? Sett evt. flere kryss

Ektefelle/samboer Foreldre Svigerforeldre Barn Ingen Andre, beskriv:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

44. Hvor mange personer er det i husholdningen? Tell med deg selv

Antall personer 18 år eller over

Antall personer 12-17år

Antall personer 6-11år

Antall personer under 6 år

45. Hvor mange oppholdsrom (ikke regn med kjøkken og evt bad) er det i leiligheten/boligen der du bor? Angi antall rom

Boligtype:

Leilighet i blokk/hus med flere boenheter, som 4mannsbolig Rekkehus Enebolig Annet

Eier eller leier du/dere boligen? Eier Leier

Hvis født i Norge av to norske foreldre, gå til sp. 52

46. Hvis 1. generasjons innvanderer: Hvor lenge har du bodd i Norge?

Angi antall år

Hvis mor ikke er 1. eller 2. generasjons innvandrere, gå til sp. 52

47. Er du etterkommer etter innvandrereforeldre/foreldre som ikke er født i Norge?

Ja Nei

Hvis ja:

Født i Norge, men begge foreldre født i utlandet

Utenlandsfødt med en norskfødt forelder

Norskfødt med en utenlandsfødt forelder

Utenlandsfødt med utenlandske foreldre

Utenlandsadoptert

Vedlegg 1f



42364

Unikt pas. løpenummer:

STORK Groruddalen

CRF 2 - UKE 28

Kode intervjuer

Intervjuers initialer

Undersøkelsesdato

Svangerskapsuke

Kvinnens fødselsdato

Bosteds-postnummer

Undersøkelsesbydel

Forklaring til utfyllingen:

Bruk blå eller svart kulepenn. De fleste steder settes kryss eller tall. Bruk ellers store bokstaver og en bokstav per rute. Sett kryss mest mulig midt i avkrysningsboksen. Dersom feil i utfyllingen, marker dette ved å sette tre streker over boksen og kryss av på vanlig måte i den riktige boksen. Dersom behov for å notere ned ytterligere informasjon ut over hva det er avsatt plass til på skjemaet, kan du notere dette i margin. Bare sørg for at du ikke skriver i avkrysningsboksene eller notatfelter.

Eksempel på utfylling:

ja nei gram

Tekst i kursiv under spørsmålet, før svarkategoriene, er informasjon til intervjueren og skal ikke leses opp for kvinnen.

1. Hvilken sivilstand har du nå?

Gift Partnerskap Samboer Enslig Skilt/separert Enke Annet

2. Termin basert på ultralyd:

Dato: Sikker Usikker

3. Hvis i lønnet arbeid - er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå?

Ja Nei Delvis

4. Hvis svart ja eller delvis på spørsmål 3: Hva er årsaken til fraværet? Sett evt. flere kryss:

Sykemelding Permisjon Sykt barn Annet

5. Hvis i lønnet arbeid - har du vært sykemeldt i tilsammen mer enn 2 uker i løpet av dette svangerskapet? Se evt. prosedyrebok 2.4.2

Helt sykemeldt:

Delvis sykemeldt:

Hvis ja, angi ca antall uker:

Hvis ja, angi ca antall uker:

6. Hvordan er helsen din nå?

Dårlig Ikke helt god God Svært god

7. Har du i de siste 3 måneder hatt smerter i noen av de følgende kroppsdelene?

Intervjuer ber kvinnen peke på aktuelt sted på egen kropp. Sett kryss for aktuell lokalisasjon. Du kan sette flere kryss. se evt. prosedyrebok 2.4.2

I korsryggen uten utstråling til bein(a)

Nei En del plaget Sterkt plaget

I korsryggen med utstråling til bein(a)

Nei En del plaget Sterkt plaget



42746

Unikt pas. løpenummer:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

STORK Groruddalen

CRF 3 - 3 MÅNEDER ETTER FØDSEL

| | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Kode intervjuer □ □ | Intervjuers initialer □ □ □ □ | Undersøkelsesdato □ □ . □ □ . □ □ | Antall uker etter fødsel □ □ |
| Kvinnens fødselsdato □ □ . □ □ . □ □ | Bosteds-postnummer □ □ □ □ □ □ | Undersøkelsesbydel □ □ | |

Forklaring til utfyllingen:

Bruk blå eller svart kulepenn. De fleste steder settes kryss eller tall. Bruk ellers store bokstaver og en bokstav per rute. Sett kryss mest mulig midt i avkrysningsboksen. Dersom feil i utfyllingen, marker dette ved å sette tre streker over boksen og kryss av på vanlig måte i den riktige boksen. Dersom behov for å notere ned ytterligere informasjon ut over hva det er avsatt plass til på skjemaet, kan du notere dette i margin. Bare sørg for at du ikke skriver i avkrysningsboksene eller notatfelter.

Eksempel på utfylling:

ja nei

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|

 gram

Tekst i kursiv under spørsmålet, før svarkategoriene, er informasjon til intervjueren og skal ikke leses opp for kvinnen.

1. Hvilken sivilstand har du nå?

Gift Partnerskap Samboer Enslig Skilt/separert Enke Annet

2. Hvordan var din opplevelse av svangerskapet i det store og det hele?

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Veldig god | <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"/> | <input type="checkbox"/> | Veldig dårlig |

Hvordan følte du deg ivaretatt under svangerskapet?

| | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Av dine nærmeste | <input type="checkbox"/> Svært godt | <input type="checkbox"/> Godt | <input type="checkbox"/> Dårlig | <input type="checkbox"/> Svært dårlig |
| Av fastlegen | <input type="checkbox"/> Svært godt | <input type="checkbox"/> Godt | <input type="checkbox"/> Dårlig | <input type="checkbox"/> Svært dårlig |
| Av jordmor på helsestasjonen* | <input type="checkbox"/> Svært godt | <input type="checkbox"/> Godt | <input type="checkbox"/> Dårlig | <input type="checkbox"/> Svært dårlig |
| Av jordmor på sykehuset* | <input type="checkbox"/> Svært godt | <input type="checkbox"/> Godt | <input type="checkbox"/> Dårlig | <input type="checkbox"/> Svært dårlig |
| Av lege på sykehuset* | <input type="checkbox"/> Svært godt | <input type="checkbox"/> Godt | <input type="checkbox"/> Dårlig | <input type="checkbox"/> Svært dårlig |

* Hvis aktuelt

3. Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Veldig god | <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"/> | <input type="checkbox"/> | Veldig dårlig |

4. Hvor redd var du under fødselen?

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Overhodet ikke redd | <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"/> | <input type="checkbox"/> | Svært redd |

5. Følte du at dine nærmeste ga hjelp og viste omsorg i dagene rundt fødsel?

Ja, i stor grad Ja, i noen grad I liten grad

Vedlegg 1h



42746

Unikt pas. løpenummer:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Hvor ivaretatt følte du deg under fødselen?

På fødeavdelingen Svært godt Godt Dårlig Svært dårlig

På barselavdelingen Svært godt Godt Dårlig Svært dårlig

6. Hvordan er helsen din nå?

Dårlig Ikke helt god God Svært god

7. Har du den siste måneden hatt smerter i noen av de følgende kroppsdelene?

Intervjuer ber kvinnen peke på aktuelt sted på egen kropp. Sett kryss for aktuell lokalisasjon. Du kan sette flere kryss. se evt. prosedyrebok 2.4.2

I korsryggen uten utstråling til bein(a) Nei En del plaget Sterkt plaget

I korsryggen med utstråling til bein(a) Nei En del plaget Sterkt plaget

Foran i bekkenet, over kjønnsbeinet (symfysen) Nei En del plaget Sterkt plaget

Bak, over det ene bekkenleddet Nei En del plaget Sterkt plaget

Bak, over begge bekkenleddene Nei En del plaget Sterkt plaget

Foran og bak på ene siden av bekkenet Nei En del plaget Sterkt plaget

Foran og bak på begge sider av bekkenet Nei En del plaget Sterkt plaget

8. Har du fått noen av disse sykdommene de siste 6 månedene? *Bruk evt. kommentarfelt siste side. Se evt prosedyrebok 2.4.2

Diabetes type 1 Ja Nei Kronisk nyresykdom Ja Nei

Diabetes type 2 Ja Nei Vedvarende høyt blodtrykk Ja Nei

Stoffskiftesykdom * Ja Nei Leddgikt/Bechterew Ja Nei

Astma Ja Nei Hjertesykdom * Ja Nei

Allergi Ja Nei Epilepsi Ja Nei

Gjentatte urinveisinfeksjoner Ja Nei Sykdom i mage/tarm Ja Nei

Har det noen gang i livet ditt vært sammenhengende perioder på to uker eller mer, da du:

Følte deg deprimert, trist eller nedfor Ja Nei

Hadde problemer med matlysten eller spiste for mye Ja Nei

Var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd Ja Nei

Virkelig bebreidet deg selv og følte deg verdiløs Ja Nei

Hadde problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger Ja Nei

Hadde minst tre av de problemene som er nevnt over samtidig Ja Nei

9. Hvordan var barnets helse straks etter fødselen? (sett ett kryss)

Barnet var friskt

Barnet ble innlagt på barneavd, men var ikke alvorlig syk

Barnet ble innlagt på barneavd. og var alvorlig syk

Årsak til innleggelse:

| |
|--|
| |
|--|

Vedlegg 2a



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor dr. med. Kåre Birkeland
Aker universitetssykehus
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Øst- Norge (REK Øst)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 18.10.07
Deres ref.:
Vår ref.: 478-07249a 1.2007.894

Telefon: 228 44 667
Telefaks: 228 44 661
E-post: i.s.nyquist@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

Prediktorer for svangerskapsdiabetes og fostervekst i en multietnisk befolkning (STORK Groruddalen) Søknad om opprettelse av forskningsbiobank

Vi viser til søknad mottatt 29.08.07 med følgende vedlegg: Protokoll, informasjonsskriv med samtykkeerklæring, spørreskjema, CRF med oversikt over analyser og søknad om opprettelse av forskningsbiobank nr 2029, datert 29.08.07.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte torsdag 08.10.07 etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, med tilhørende forskrift, og etter Kunnskapsdepartementets retningslinjer for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Komiteen har ingen kommentarer til prosjektopplegget, men vil bemerke følgende til informasjonsskrivet:

Det opplyses under punkt 9 i skjemaet at man planlegger kliniske substudier, blant annet langtidsoppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes, og av vekstutviklingen hos barna. Det bes opplyst i informasjonsskrivet at man planlegger oppfølgingsstudier, og at man i den forbindelse vil komme tilbake med en ny henvendelse med spørsmål om de vil delta.

Ord som ”invitere” bør ikke benyttes ved rekruttering til forskning. Isteden kan det stå ”forespørre” (vedlegg A).

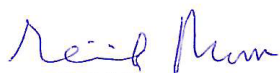
Komiteen har vurdert søknaden om opprettelse av forskningsbiobank, og har ingen innsigelser mot at den opprettes.

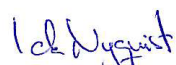
Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektet blir gjennomført med den tilføyelsen i informasjonsskrivet som er nevnt ovenfor.

Komiteen vil videregående skjema for opprettelse av forskningsbiobank og kopi av komiteens vedtak til Sosial- og helsedirektoratet for endelig behandling av biobanken.

Med vennlig hilsen


Eirik Monn
professor dr.med.
nestleder


Ida Nyquist
sekretær

Kopi: Sosial -og helsedirektoratet v/ Nina Strand Ølnes
Norges idrettshøgskole v/ Kari Bø

Vedlegg 2b



Aker universitetssykehus HF
Diabetesforskningscenteret
v/ Kåre Birkeland
Trondheimsvn. 235

0514 OSLO

Deres referanse

Vår referanse (bes oppgitt ved svar)
07/01355-2 /MOF

Dato

25. oktober 2007

Konsesjon til å behandle helseopplysninger

Datatilsynet viser til Deres søknad av 8. september 2007 om konsesjon til å behandle helseopplysninger.

Datatilsynet har vurdert søknaden og gir Dem med hjemmel i helseregisterlovens § 5, jf. medisinsk fødselsregisterforskrift § 3-5, jf. dødsårsaksregisterforskriftens § 3-5, jf. reseptregisterforskriftens § 5-1, jf. personopplysningslovens § 33, jf. § 34, konsesjon til å behandle helseopplysninger i forbindelse med forskningsprosjektet: "STORK Groruddalen".

Databehandlingsansvarlig er Aker universitetssykehus HF ved øverste leder. Gjennomføringen av det daglige ansvaret kan delegeres.

Konsesjonen er gitt under forutsetning av at behandlingen foretas i henhold til søknaden og de bestemmelser som følger av helseregisterloven med forskrifter.

Konsesjonen omfatter ikke bruk av opplysninger fra Norsk Pasientregister da forskrift om bruk av opplysninger fra dette registeret ikke er endelig regulert og vedtatt enda. Det må søkes om utvidelse av denne konsesjonen for bruk av opplysninger fra Norsk Pasientregister. Den omsøkte bruken kan ikke vurderes av Datatilsynet før reguleringen er på plass.

Konsesjonen er gitt under forutsetning av at prosjektet blir tilrådd av regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og at det sendes melding om opprettelse av forskningsbiobank.

Videre presiseres det at det kun er gitt konsesjon for utlevering av anonymt / statistisk materiale på utvalget i medholdt reseptregisterforskriftens § 5-1, annet ledd.

Dersom det skjer endringer i behandlingen i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må dette fremmes i ny konsesjonssøknad. Det presiseres at konsesjonen, i samsvar med søknaden, er tidsbegrenset til **31.12.2030**. Personidentifiserbare data må da slettes eller anonymiseres.

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

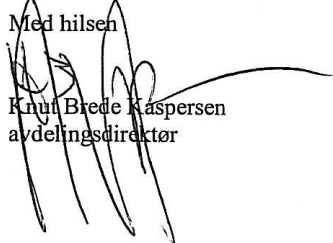
I medhold av helseregisterlovens § 5, jf. § 36, jf. personopplysningslovens § 35, fastsettes i tillegg følgende vilkår for behandlingen:

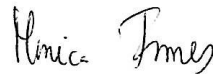
1. Den databehandlingsansvarlige skal hvert tredje år sende personvernombudet bekræftelse på at behandlingen skjer i overensstemmelse med søknaden og helseregisterlovens regler.

Datatilsynet tar forbehold om at konsesjonen kan bli trukket tilbake eller at nye og endrede vilkår kan bli gitt dersom dette er nødvendig ut fra personvern hensyn.

Dette vedtak kan påklages til Personvernemnda i medhold av forvaltningslovens kapittel IV. Eventuell klage må sendes til Datatilsynet senest tre uker etter mottaket av dette brev.

Med hilsen

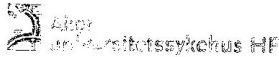

Knut Brede Kaspersen
avdelingsdirektør



Monica Fornes
rådgiver

Kopi: Ullevål universitetssykehus HF - Konsern IT v/ Heidi Thorstensen, 0407 OSLO

Vedlegg 3a



Til deg som er gravid og bor i bydelene Stovner, Grorud og Bjerke Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "STORK Groruddalen"

Hensikten med studien

Formålet er å videreutvikle svangerskaps- og fødselsomsorgen og helsestasjonstjenesten slik at vi bedre kan forebygge og behandle nye helseproblemer som overvekt, inaktivitet og diabetes. Kvinner med diabetes og deres barn har noe høyere risiko for komplikasjoner i svangerskapet. Noen ganger oppstår diabetes i svangerskapet. Selv om tilstanden vanligvis går over etter fødselen, er det økt risiko for å få type 2 diabetes senere.

Vi som arbeider på helsestasjonene i bydelene Stovner, Grorud og Bjerke, ønsker i samarbeid med universitetssykehusene i Osloområdet å kartlegge disse problemene, hvordan de påvirker helsetilstanden for mor og barn på kort og lang sikt, og finne årsakene til at svangerskapsdiabetes og type 2 diabetes øker. Aker universitetssykehus er ansvarlig for studien.

Hva innebærer studien?

Du vil på helsestasjonen få en ekstra og en utvidet kontroll i svangerskapet og en ekstra undersøkelse etter fødselen. Vi vil ta noen ekstra blod- og urinprøver og målinger, og be deg svare på spørsmål om din helse, fysiske aktivitet og kosthold. Du vil også få ekstra ultralyd-undersøkelser i svangerskapet. Det tas noen blodprøver fra barnets navlesnor og morkaken ved fødselen, og noen undersøkelser og blodprøver av barnet senere.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Dette skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kodeliste som knytter sammen studieresultatene og deltakernes navn, er kun tilgjengelig for autorisert helsepersonell knyttet til studien, og denne vil bli slettet ved studieslutt, senest i 2030. Det vil selvsagt ikke være mulig å identifisere deltakerne når resultatene av studien offentliggjøres. For å finne ut hvor mange som får diabetes og/eller hjerte- og karsykdom i fremtiden, ønsker vi å kunne hente ut disse opplysningene fra din fastlege og fra sykehus der du får behandling, og fra Norsk Diabetesregister for voksne, Norsk Pasientregister, Reseptregistret, Dødsårsaksregistret og Medisinsk fødselsregister.

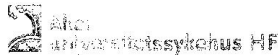
Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og alle har rett til betenkningstid før man bestemmer seg. De som ikke ønsker å delta, trenger ikke å oppgi grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen. Hvis du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan senere trekke tilbake samtykket uten at det påvirker behandlingen, ved å kontakte prosjektleder dr. med. Anne Karen Jenum (telefon 91 18 14 16).

Mer informasjon om studien finnes i *Kapittel A*

Mer informasjon om biobank, personvern økonomi og forsikring finnes i *Kapittel B*

Vedlegg 3b



Kapittel A- utdypende forklaring om hva studien innebærer

Alle gravide som går til svangerskapskontroll i bydelene Stovner, Grorud og Bjerke, vil bli invitert til å delta i studien. Hvis du sier ja til å delta, vil vi be deg møte til en ekstra undersøkelse på helsestasjonen omkring uke 12, en utvidet undersøkelse omkring uke 28 og en ekstra undersøkelse omkring 12 uker etter fødselen.

Alle gangene vil vi stille deg spørsmål om din helse og intervjuer deg om kostholdet ditt og din fysiske aktivitet, og kartlegge din fysiske aktivitet med et armbånd som bæres på overarmen. Vi vil også stille noen spørsmål om helseforhold og sykdom i familien, veie deg med en spesialvekt som angir fettinnholdet i kroppen, og måle hudtykkelsen med en enkel ytre målemetode.

Alle disse tre gangene må du møte fastende på grunn av de ekstra blodprøvene som skal tas sammen med rutineprøvene i svangerskapet. Det betyr at du ikke skal spise, drikke eller røyke etter kl 24 kvelden før disse timene hos oss. Rutineprøvene og noen av de andre blodprøvene vil du få svar på ved neste undersøkelse. Andre blir sendt til sykehus for nedfrysing for senere analyser. Det gjelder også urinprøvene.

Omkring uke 28 vil vi ta en blodsukkerbelastning som gjøres på følgende måte: Etter den fastende blodprøven drikker du 75 gram druesukker. Etter 2 timer tas en ny blodprøve. Det er lurt å ta med matpakke som du kan spise etterpå. Prøvene analyseres på helsestasjonen. Du får med en gang vite om du har fått svangerskapsdiabetes. Da får du ekstra oppfølging/behandling.

Du vil også bli tilbudt 3 ekstra ultralydundersøkelser for å se på barnets vekst. Etter fødselen vil vi i samarbeid med sykehuset du føder på innhente journalopplysninger fra svangerskapet om resultatene av ultralydundersøkelsene, fødselsforløpet, din helse og barnets lengde, vekt, hodeomkrets, fordeling av kroppsfett og helsetilstand. Det tas også blodprøver fra barnets navlestreng og morkake ved fødselen.

Etter fødselen ønsker vi å kartlegge hvor lenge barnet får morsmelk, og hvordan barnet vokser (lengde og vektutvikling) i barnealderen. Dette skjer ved den vanlige barnekontrollen på helsestasjonen. Vi ønsker å kunne gjøre noen tilleggsundersøkelser av barnet ved 6 og 10 års alder (kost, fysisk aktivitet og blodprøver). *Kvinner som får påvist svangerskapsdiabetes* vil få utført ny blodsukkerbelastning ca. 3 måneder etter fødselen. Vi vil senere også innkalle dem en gang i året i 5 år, og så hvert 5. år for nye prøver for å avklare om de har fått type 2 diabetes.

Ved oppfølgingsstudiene vil vi komme tilbake med ny henvendelse med spørsmål om å delta.

Mulige fordeler og ubehag/ulempes

- Økt kunnskap om fysisk aktivitet, sunn kost og helse.
- Ekstra nøye oppfølging av de som får påvist svangerskapsdiabetes
- Blodsukkerbelastningen (uke 28 og 3 mnd etter fødsel) kan utløse kvalme
- Ingen av de andre undersøkelsene gir ubehag eller risiko utover vanlig blodprøvetakning.
- Ved blodprøver av barnet ved 6 og 10 års alder vil barnet på forhånd kunne få lokalbedøvende salve på huden.



Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er journalopplysninger fra helsekort for gravide, sykehusjournal fra mors og barnets journal i forbindelse med svangerskap og fødsel hentet ut av autorisert helsepersonell, fra intervjuene om kost og fysisk aktivitet, og resultater fra de innsamlede målinger og blod- og urinprøver. For barnet ditt gjelder det opplysninger fra sykehuset fra fødsel og nyfødtp periode, og helsestasjonsdata om amming, vekstutvikling, samt tilleggundersøkelsene om kosthold, fysisk aktivitet og blodprøver ved 6 og 10 års alder. For å finne mer ut om helsekonsekvensene av fysisk inaktivitet, overvekt og diabetes og senere helse for mor og barn, spesielt hvorfor noen får diabetes og hjerte- og karsykdom, ønsker vi å kunne hente ut opplysninger om disse diagnosene fra din journal hos fastlege og sykehus der du får behandling, og kunne koble opplysningene fra "STORK Groruddalen" med data fra Norsk Pasientregister, Norsk Diabetesregister for voksne, Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret og Medisinsk fødselsregister Alle som får innsyn, har taushetsplikt. Opplysninger om fars helse og forekomst av hjerte- og karsykdom og diabetes i familien vil også bli samlet inn. For at det skal være mulig å følge med din og barnets medisinske utvikling over lengre tid, slettes opplysninger og prøver først i 2030. Aker universitetssykehus ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig for studien.

Behandling av materiale og opplysninger hos andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at avidentifiserte opplysninger og prøver kan oppbevares og behandles hos ulike forskere og samarbeidspartnere tilknyttet prosjektet, i Norge og i utlandet. Dette er nødvendig for å oppfylle formålet med studien. Vi vil stille samme strenge krav til beskyttelse av informasjonen til våre samarbeidspartnere, også i land med lover som ikke gir like god personvernbeskyttelse som her.

Biobank

Blod- og urinprøvene og vev fra morkake som blir tatt og informasjonen utledet av dette materialet, vil bli lagret i en forskningsbiobank ved Aker universitetssykehus. Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også samtykke til at det biologiske materialet og analyseresultater inngår i biobanken. Prof. dr. med. Kåre Birkeland er ansvarlig for biobanken. Biobanken planlegges å vare til 2030. Etter dette vil materialet og opplysninger bli ødelagt etter interne retningslinjer.

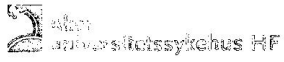
Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi, prosjektleders rolle og forsikring

Studien og biobanken er finansiert gjennom forskningsmidler fra Forskningsrådet og Helse Sør-Øst. Vi vil senere kunne søke også andre kilder, som farmasøytisk industri. Prosjektleder har ingen personlige økonomiske interesser i prosjektet. Norsk pasientskadeerstatningsordning gjelder ved deltagelse i studien.

Vedlegg 3d



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no