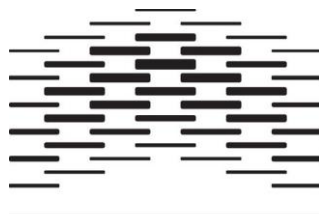


MASTEROPPGAVE
Helse og Empowerment
2013

Empowerment, rollekonflikter og andre faktorer
sin relasjon til foreldres helse
– en tverrsnittstudie

Solbjørg Margrete Watland

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Abstract

Background: Influence in own life is essential for wellbeing. Expectations from family and workplace may cause tensions in the life of parents. Parents' health has not only consequences for themselves, but influences the children's environment as well.

Aim: The aim is to generate knowledge about which factors correlating with health among the parents of preschool children, with emphasis on empowerment and roleoverload.

Theoretical foundation: This study is based on empowerment, Antonovsky's theory Salutogenese and guidelines from WHO regarding health promotion.

Methods: This is a cross sectional study with 126 parents of preschool children randomly selected from four different well-fare clinics in Oslo, Norway. Multiple linear regressions are the analytical approach.

Results: Empowerment and roleoverload correlate with health ($p < 0,005$). Empowerment and role overload also had a simultaneously effect on health ($p < 0,005$). Other factors correlating with health are satisfaction with the amount of time spent with own children ($p < 0,05$) and geographic proximity to parents or parents in law ($p < 0,05$). These findings were more important than income and other socioeconomic variables. Bivariate correlations were found between empowerment, roleoverload and satisfaction with the amount of time spent with own children ($p < 0,05$).

Conclusion: Factors correlating with health are empowerment, roleoverload, satisfaction with the amount of time spent with own children and geographic proximity to parents or parents in law. Empowerment interacts with roleoverload and correlates with satisfaction with the amount of time spent with own children.

Keywords: Salutogenese, health promotion, health, empowerment, role overload, parents of preschool children, parents, work, cross sectional study.

Sammendrag

Bakgrunn: Innflytelse i eget liv er sentralt for egen helse. Foreldre kan leve i spenning mellom forventninger fra arbeidslivet og fra familien. Helsen til foreldrene har ringvirkninger utover dem selv, det påvirker oppvekstvilkårene til barna.

Hensikt: Hensikten med studien er å generere kunnskap om hvilke faktorer som korrelerer med helsen til småbarnsforeldre, med spesielt vekt på empowerment og rollekonflikter.

Teoretisk forankring: Empowerment er utgangspunktet for oppgaven sammen med Antonovskys lære om Salutogenese og WHO sine retningslinjer for helsefremmende arbeid.

Metode: Tverrsnittundersøkelse er forskningsdesignet. 126 småbarnsforeldre ble inkludert i studien, tilfeldig utvalgt fra fire helsestasjoner i Oslo. Multiple lineær regresjonsanalyse er analysemetode.

Resultat: Empowerment og rollekonflikter korrelerer med helse ($p < 0,005$). Empowerment og lav grad av rollekonflikter hadde også en samspillseffekt med helse ($p < 0,005$). Andre faktorer som korrelerte med helse var tilfredshet med mengde tid sammen med egne barn ($p < 0,05$) og geografisk nærhet til foreldre eller svigerforeldre ($p < 0,05$). Dette viste seg å være viktigere enn inntekt og andre sosioøkonomiske variabler. Empowerment, rollekonflikter og tilfredshet med tid med egne barn hadde alle tre en bivariat korrelasjon med hverandre ($p < 0,05$).

Konklusjon: Empowerment, rollekonflikter, tilfredshet med tid med egne barn og geografisk nærhet til foreldre/svigerforeldre korrelerte signifikant med helsen til småbarnsforeldre. Empowerment virker sammen med rollekonflikter og korrelerer med tilfredshet med tid med egne barn.

Nøkkelbegreper: Salutogenese, helsefremmende arbeid, helse, empowerment, rollekonflikter, foreldre, småbarnsforeldre, arbeid, tverrsnittstudie.

Forord

Først og fremst takk til helsestasjonene på Frogner, Grorud, Sagene og Østensjø for at jeg fikk rekruttere informanter hos dere. Uten deres tillatelse hadde det ikke blitt noe av studien. Takk for at jeg også ble tatt så godt imot.

Takk til mine informanter. Jeg har hilst på dere hver og en. Dere er ikke redusert til nummer i en analyse. Sammen danner dere et viktig bilde av hvordan småbarnsforeldre har det.

Takk til veilederne mine. Takk for gode diskusjoner! Takk til Ann-Karin Valle som var med under utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen. Takk til Pål Joranger som har fulgt meg hele veien, lært meg mye om metode og hatt tro på prosjektet. Takk til Magne Haukland som ble veilederen ved prosjektstart og bidratt med dybde til oppgaven. Takk for at dere har vært så positive, sett meg styre min egen studie og takk for innspillene og oppmuntringene dere har kommet med!

Takk til Medisinsk Intensiv, Ullevål, en arbeidsplass med ressurser, rom for refleksjon og mange hyggelige kollegaer som har oppmuntret og kommet med innspill underveis.

Takk til Anne Karine for motivasjon og Kathinka for gjennomlesning: :).

Takk til familien min, til Eliot på tre år som var påskuddet til at jeg fant en luke ut av verden som intensiv sykepleier og begynte å studere. Takk til Oliver på seks år, alle dine spørsmål er en forsker verdig. Takk til mannen min Håvard, for å ha motivert meg til å studere og støttet meg underveis.

Mange har vært med for å gjøre dette mulig!

Solbjørg M. Watland
Oslo 12. November 2013

Innhold

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Introduksjon og bakgrunn for tema	1
1.2	Studiets utgangspunkt	3
1.3.1	Hensikt	3
1.3.2	Formål	3
1.3.3	Problemstilling	3
1.3.4	Hypotese og forskningsspørsmål	3
1.3	Avgrensning	4
2	BAKGRUNN	5
2.1	Salutogenese	5
2.2	Helse	6
2.3	Empowerment	9
2.3.1	Makt	12
2.4	Rollekonflikter	13
2.4.1	Forventninger	15
2.4.2	Stress	16
2.4.3	Forventninger og stress hos foreldre	17
3	METODE	19
3.1	Presentasjon av design og metode	19
3.2	Etikk	20
3.3	Søkehistorie	21
3.4	Utarbeidelse av spørreskjema	21
3.4.1	Sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler	22
3.4.2	Helse, trivsel og velvære	22
3.4.3	Rollekonflikter	22
3.4.4	Empowerment	23
3.4.5	Tilleggsvariabler	25
3.4.6	Oversetting av spørreskjema	26
3.4.7	Pilot studier	26
3.5	Praktisk gjennomføring	27
3.5.1	Kostnader	27
3.5.2	Digital kompetanse	27
3.5.3	Inkluderingskriterier og rekrutteringsmetode	27
3.5.4	Verving av informanter og innsamling av data	28
3.5.5	Frafall	29
3.6	Introduksjon av statistiske begreper og forutsetninger for videre analyse.	31
3.6.1	Reliabilitet	31
3.6.2	Opprettelse av nye variabler	33
3.6.3	Bearbeiding av innkomne svar	34
3.6.4	Korrelasjoner	34
3.6.5	Multikolaritet	35
3.6.6	Valg av signifikansnivå	35
3.6.7	Normalfordeling	36
3.6.8	Framgangsmåte regresjonsanalyse	37
3.6.9	Gjennomgang av egen framgangsmåte.	38
3.6.10	Modellens forklaringskraft	38

4	RESULTATER.....	40
4.1	Univariate analyser av sosioøkonomiske data.....	40
4.1.1	Fordeling av kjønn:.....	40
4.1.2	Etnisitet.....	40
4.1.3	Alder på barn og antall barn.....	40
4.1.4	Alder.....	41
4.1.5	Fordeling fra de ulike bydelene:.....	42
4.1.6	Utdanning.....	43
4.1.7	Inntekt.....	44
4.2	Representativitet og normalfordeling i studien.....	45
4.3	Linearitet mellom variablene.....	45
4.4	Testing av hypotese I.....	47
4.5	Testing av hypotese II.....	51
4.6	Utvikling av en modell over faktorer som samvarierer med helse.....	54
4.6.1	En modell over faktorer som korrelerer positivt med Helse.....	60
5	DISKUSJON.....	63
5.1	Studiens validitet.....	63
5.1.1	Begrensninger i forhold til studien.....	63
5.1.2	Vurdering av studiens gyldighet.....	64
5.1.3	Gyldigheten av Empowerment-skalaen slik den er brukt i oppgaven.....	66
5.2	Salutogene faktorer.....	69
5.3	Studiens relevans for det helsefremmende arbeidet.....	78
5.3	Forslag til videre forskning.....	79
6	AVSLUTNING.....	81

FIGURER:

Figur 3.1	Oversikt over inntekt, de ulike bydelene	side 28
Figur 3.2	Flytskjema, informanter	side 30
Figur 4.1	Informantenes alder	side 41
Figur 4.2	Andel informanter fra ulike bydeler	side 42
Figur 4.3	Antall år utdanning utover ungdomsskole	side 43
Figur 4.4	Brutto inntekt siste år i husholdningen	side 44
Figur 4.5	Helse og Empowerment, prikkdiagram	side 46
Figur 4.6	Helse og Rollekonflikter, prikkdiagram	side 46
Figur 4.7	Fordeling av residualleddene , hypotesetesting I	side 50
Figur 4.8	Fordeling av residualleddene, hypotesetesting II	side 53
Figur 4.9	Fordeling av residualleddene, utvikling av modell, faktorer som korrelerer med helse	side 59
Figur 4.10	Modell, faktorer som korrelerer med helse	side 60

TABELLER:

Tabell 4.1	Bivariat analyse med Helse I	side 47
Tabell 4.2	Regresjonsanalyse, Hypotesetesting av eventuell korrelasjon Helse - Empowerment	side 49
Tabell 4.3	Bivariat analyse med Helse II	side 51
Tabell 4.4	Regresjonsanalyse, Hypotesetesting av eventuell korrelasjon Helse – Rollekonflikter	side 52
Tabell 4.5	Bivariat analyse med Helse III	side 55
Tabell 4.6	Test for multikolaritet	side 56
Tabell 4.7	Bivariat analyse, korrelasjon Empowerment x Rollekonflikter	side 56
Tabell 4.8	Regresjonsanalyse, utvikling av modell, faktorer som korrelerer med helse	side 58
Tabell 4.9	De ulike variablenes forklaringskraft, analysetrinn åtte	side 61
Tabell 4.10	De ulike variablenes forklaringskraft, analysetrinn ni	side 62

VEDLEGG:

1. Epost fra REK
2. Tillatelse fra NSD
3. Samarbeidsavtale med Databehandler
4. Innvilgning av utsettelse, NSD
5. Epost til leder på Helsestasjonen
6. Informasjonsskriv
7. Spørreskjema
8. Navn på variabler
9. Rogers empowerment scale
10. Reliabilitetsanalyse Empowerment,
11. Reliabilitetsanalyse Rollekonflikter
12. Reliabilitetsanalyse Helse
13. Bivariat analyse, Empowerment
14. Bivariatanalyse, Rollekonflikter

1 Innledning

1.1 Introduksjon og bakgrunn for tema

Innflytelse i eget liv er viktig. Mulighet til å påvirke hvordan man har det er ikke bare et mål for trivselen, men også for helsen. I Ottawa Charteret i 1986 ble menneskers innflytelse over faktorer som fremmer helse presentert som det sentrale for det helsefremmende arbeidet ([WHO, 2013a](#)). Det har blitt knyttet opp mot empowerment og evnen til å mestre egen hverdag. I det helsefremmende arbeidet er det viktig å være klar over hvilke faktorer som er med på å gi bedre helse. Behov og utfordringer vil variere i befolkningen utfra ulike livssituasjoner. Denne oppgaven tar utgangspunkt i foreldre. De kan leve i spenning mellom egne og andres forventninger, mellom prioritering av tid til arbeid og til familie. Hvordan de kan forholde seg til disse spenningene kan være avgjørende. En av de største utfordringene for det helsefremmende arbeidet er den negative effekten stress har på mental helse ([Lindström & Eriksson, 2005](#)). Forskning om variabler som påvirker foreldrenes helse har blitt etterspurt fra norske miljøer ([Skreden et al., 2008](#)).

Forsørgerrollen kan både oppfattes som et gode og som en byrde ([Holst, 2012](#)). Å bli foreldre disponerer for sosial isolasjon, stress og nedsatt helse hos både mødre og fedre ([Skreden et al., 2012](#)). Foreldrenes helse har ringvirkninger utover dem selv. Nedsatt helse hos foreldrene hemmer dem i å engasjere seg i barna og deres aktiviteter ([Frech & Kimbro, 2011](#)).

Det er et gode å kunne være foreldre og samtidig kunne jobbe. En naturlig følge av dette kan være rollekonflikter. Rollekonflikter trenger ikke å være entydig negativt. Rollekonflikter viser at man bruker mange sider av seg selv ([Grönlund & Öun, 2010](#)). En viss del av rollekonfliktene kan derfor sees på som en nødvendig del av det godet det er å ha en familie og å kunne jobbe samtidig. Dersom rollekonflikter blir av en karakter som går utover helsen er det derimot ikke lengre et gode ([Offer & Schneider, 2011](#)).

Innflytelse og virkekraft i eget liv er sentralt for hvordan man har det ([Bandura, 2001](#)). Mulighet til å påvirke faktorer med betydning for eget liv og helse, er sentralt i

empowerment-tankegangen. Den vektlegger tro på at mennesker selv kan ta kloke valg om hvordan de kan forholde seg til omgivelsene og omstendighetene sine ([Wallerstein, 1992](#)). I hvilken grad småbarnsforeldrene selv er ansvarlig for hvordan hverdagene blir, er et underliggende spørsmål i oppgaven.

Den høye andelen menn og kvinner i jobb i Norge er med på å gi landet en solid økonomi. Kvinner i jobb utgjør en viktig del av arbeidsstyrken. Politisk har dette blitt sett på som et viktig trekk, både for likestilling og for muligheten til å ta oss av en stadig aldrende befolkning ([Grönlund & Öun, 2010](#)). Hvis derimot arbeidsbelastningen bidrar til stress og dårligere helse, kan man sette et spørsmålstegn ved den samfunnsmessige gevinsten av arbeidsmengden til begge foreldrene.

Å være i jobb er viktig for foreldrenes helse ([Andersen & Aarseth, 2012](#); [Buehler & O'Brien, 2011](#); [Skreden et al., 2012](#)). En tysk panelstudie viser imidlertid at det ikke er deltakelse i arbeidslivet i seg selv som er viktig for mødrenes helse, men at de er fornøyd med livet sitt. Og det påvirker barnas utvikling. Tilfredshet med livet er derfor viktig for å kunne lykkes som foreldre ([Berger & Spiess, 2011](#)). Denne studien vil se på faktorer som samvarierer med helsen til småbarnsforeldre med vekt på empowerment og rollekonflikter.

I neste avsnitt vil studiens forskningsgrunnlag bli presentert, deretter avgrensningen av studien. I kapittel 2 vil den teoretiske bakgrunnen og sentrale begreper bli gjort rede for. Gjennomføring av studien og metode vil bli gjennomgått i kapittel 3. Analysen med påfølgende resultater vil bli presentert i kapittel 4. Kapittel 5 inneholder diskusjon av selve studien og studiens funn. En kort avslutning vil bli presentert i kapittel 6.

I denne oppgaven vil begrepene helse, rollekonflikter og empowerment bli brukt både som begreper og som navn på de aktuelle variablene. Når de opptrer som navn på variabler vil de bli skrevet med stor forbokstav.

1.2 Studiets utgangspunkt

1.3.1 Hensikt

Hensikten med studien er å generere kunnskap om hvilke faktorer som korrelerer med helsen til småbarnsforeldre med spesielt vekt på empowerment og rollekonflikter.

1.3.2 Formål

Formålet med studien er å ha et salutogent perspektiv på småbarnsforeldres hverdag. Foreldrenes helse er viktig for foreldrene selv, men også for barna og deres oppvekst. Målet er å identifisere de viktigste faktorene som har sammenheng med foreldrenes helse.

1.3.3 Problemstilling

Problemstillingen er: Utrede faktorer som korrelerer med småbarnsforeldres helse, med spesielt vekt på rollekonflikter og empowerment.

1.3.4 Hypotese og forskningsspørsmål

Oppgaven søker å svare på to hypoteser og utvikle en modell.

Hypotese I: Nullhypotese: Empowerment korrelerer ikke med Helse
Alternativ hypotese: Empowerment korrelerer med Helse

Hypotese II: Nullhypotese: Rollekonflikter korrelerer ikke med Helse
Alternativ hypotese: Rollekonflikter korrelerer med Helse

Modell: Faktorer som korrelerer med småbarnsforeldres helse.

1.3 Avgrensning

Litteratursøkene viste at depresjon var den mest nevnte årsaken til nedsatt helse hos foreldrene ([Buehler & O'Brien, 2011](#); [Cunningham & Knoester, 2007](#); [Evenson & Simon, 2005](#); [Frech & Kimbro, 2011](#); [Gillham, Putter, & Kash, 2007](#); [Holmes, Erickson, & Hill, 2012](#); [Perry-Jenkins, Goldberg, Pierce, & Sayer, 2007](#); [Surkan, Ryan, Berkman, Carvalho Vieira, & Peterson, 2008](#)). Depresjon ble ofte nevnt som en motsats av helse. Dette er også tilfelle i spørreskjemaet som måler helse i denne oppgaven ([WHO, 1998](#)). Oppgavens omfang gjør det imidlertid nødvendig å avgrense studien til ikke å omhandle depresjon som diagnose. Oppgaven har et salutogent perspektiv. Fokuset er å finne faktorer som fremmer helse. Videre begrepsavklaring i forhold til helse, vil bli presentert i teorikapitlet.

2 Bakgrunn

2.1 Salutogenese

Hvordan noen mennesker holder seg friske, er utgangspunktet for Antonovsky sin lære om helse: Salutogenese. Han går bort fra den patologiske diktome klassifiseringen av mennesker som enten syke eller friske. Hans teori beskriver hvordan mennesker beveger seg langs et kontinuum. På den ene siden av aksene er sykdom og død, og på den andre siden er best mulig helse. Mennesker utsettes for turbulens fra verden omkring dem. Spørsmålet er hva som gjør at noen mennesker kan forholde seg til den kaotiske verden uten å bli «brutt ned» ([Antonovsky, 1979, 1987](#)).

Antonovsky har kartlagt menneskers generelle motstandsressurser (GRR), på engelsk kalt General Resistance Resources ([Antonovsky, 1979](#)). Han beskriver GRR som enhver karakteristikk av en person, gruppe eller miljø som legger til rette for effektiv håndtering av spenninger. Denne karakteristikken kan igjen deles inn i tre: evnen til å tilpasse seg fysiske, kjemiske, psykologiske, kulturelle og sosiale nivåer, nære bånd til andre mennesker og institusjonaliserte bånd mellom individet og samfunnet ([Antonovsky, 1979](#)). Eksempler på generelle motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med høy grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion (Walseth & Malterud, 2004). Antonovsky er ikke opptatt av å kategorisere mennesker eller deres helse. Han presiserer at man ikke kan forutsi sykdom og død ut fra hvordan noen skårer på gitte verdier. Derimot kan man skille mellom positive og negative livshendelser, hvorvidt hendelser er kontrollerbare og hvordan mennesket er i stand til å møte dem ([Antonovsky, 1996](#)). Hvordan mennesker møter spenninger i hverdagen har i følge Antonovsky (1996) en sammenheng med deres «Sense of Coherence» (SOC). På norsk har det blitt oversatt til opplevelse av sammenheng. SOC har tre hovedkomponenter: om det som har hendt er forståelig, om vedkommende har de nødvendige ressursene tilgjengelig til å håndtere situasjonen og om situasjonen gir mening. Opplevelsen av mening har blitt identifisert som den viktigste faktoren og utgjør følelse og motivasjonskomponenten ([Langeland, 2009](#); [WHO, 2013a](#)). SOC ble assosiert med høy grad av livskvalitet i en prospektiv studie av hjemmeboende personer

i Norge med psykiske helseproblemer. Sosial støtte og opplevd sosial integrasjon, deriblant evnen til å gi omsorg, bidro til gunstig utvikling av SOC (Langeland, 2009).

Antonovsky har fokus på menneskenes mestringsressurser og hvordan de forholder seg til helse som et kontinuum. Alle beveger seg mellom ulike spenninger. Han har beskrevet det slik: spørsmålet er ikke hvor dyp elven er, men hvor godt du kan svømme ([Antonovsky, 1996](#)). Ressursene hos mennesket selv er også fokuset til WHO. Deres definisjon på helsefremmende arbeid fra Ottawa Charter 1986 er: «Helsefremmende arbeid er å sette folk i stand til å få kontroll over og forbedre deres helse» ([WHO, 2013a](#)). Dette har gitt motivasjon til å tenke forandringer i livstil. Antonovsky (1996) er kritisk til ensidig fokusering på forandring av livstil for å fremme helse. Han mener det kun er en annen vinkling av å tenke sykdomsforebygging. Forebyggende medisin er opptatt av de som holder på å bli syke. Kurativ medisin er opptatt av å kurere, men det helsefremmende arbeidet, hevder han, mangler fokus. Det holder ikke å tenke på lavrisikofaktorer i forhold til sykdom. Han ønsker fokus på salutogene faktorer, faktorer som fremmer helse. Hva kan gjøres for at mennesker ikke faller ned i elva i utgangspunktet? Antonovsky (1996) etterlyser flere vitenskapelige teorier om faktorer som fremmer helse. Han er opptatt av det genuine, styrken og svakheten ved det som kan fremme helsen til mennesker og etterlyser grundige teorier om helse som det komplekse fenomenet det er.

[Lindström and Eriksson \(2005\)](#) fra Folkhälsan i Sverige er tilknyttet en arbeidsgruppe om salutogenese og hevder at styrken til salutogenese er at det er en fleksibel og dynamisk tilnærming til et tydelig fokus: evnen og kapasiteten til å mestre. I motsetning til andre teorier, hevder de, er salutogenese tilpassningsdyktig og kan brukes universalt.

2.2 Helse

Tradisjonelt har den vanligste oppfatning av helse vært helse som fravær av sykdom ([Mæland, 2005](#)). Mæland (2005) deler imidlertid det norske helsebegrepet inn i tre tilnæringsmåter: helse som fravær av sykdom, som en ressurs og som velbefinnende.

Det engelske begrepet «well-being» brukes for å definere helse, for eksempel i WHO sin definisjon fra 1946: helse er ikke bare fravær av sykdom, men komplett fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende (well-being) ([WHO, 2013b](#)). Definisjonen har blitt kritisert for å være utopisk, men blir likevel ofte sitert, gjerne som et utgangspunkt for å diskutere begrepet helse. Hovedsakelig har ordene «komplett fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende» blitt kritisert. «Komplett» er vanskelig å operasjonalisere og måle. Et slikt høyt krav til helse kan gjøre at de fleste kan føle de har nedsatt helse. Det er ikke hensiktsmessig i møte med mennesker med kroniske lidelser. I møte med legemiddel- og helseindustrien er det uheldig da mennesker kan føle at de har et umettelig behov for bedre helse ([Antonovsky, 1979](#); [Fugelli & Ingstad, 2009](#); [Huber et al., 2011](#); [Mæland, 2005](#)). Da definisjonen kom, var den imidlertid banebrytende ved å se helse i sammenheng med sosialt og mentalt velvære, ikke bare et fysisk anliggende og ikke bare sentrert rundt fravær av sykdom ([Antonovsky, 1979](#); [Fugelli & Ingstad, 2009](#); [Huber et al., 2011](#)).

I 1984 definerte WHO helse som: «I hvilken grad et individ eller gruppe kan realisere sine forventninger og tilfredsstille sine behov og også endre eller leve med sitt miljø. Helse er en ressurs i dagliglivet, ikke målet med livet. Det er et positivt konsept som vektlegger sosiale og personlige ressurser så vel som fysiske muligheter» ([WHO, 2013b](#)). Ordlyden til definisjonen fra 1984 har forandret seg fra «komplett» til «i hvilken grad». Helse blir sett på som en ressurs og ikke et endelig mål. Individet, eller en gruppe av individer, og deres ressurser og fysiske muligheter er i fokus, ikke selve begrepet helse. Denne definisjonen kommer tidsmessig rett før WHO sin definisjon på helsefremmende arbeid fra Ottawa Charter i 1986 ([WHO, 2013b](#)). Vektlegging av sosiale og personlige ressurser og fysiske muligheter i WHO sin definisjon av helse, kan man i ettertid se i sammenheng med definisjonen på helsefremmede arbeid der menneskene blir oppfordret til å få kontroll over og forbedre sin egen helse. Som nevnt er fokuset flyttet fra konseptet helse til individet. Helse er en ressurs mennesket har evne til å fremme ([WHO, 2013b](#)).

På en konferanse i Nederland i 2011, der internasjonale helseeksperter møttes i forbindelse med FN sitt satsingsområde for helsefremming, var det likevel definisjonen

til WHO fra 1946 de hadde som utgangspunkt for å finne en ny definisjon på helse ([Huber et al., 2011](#)). De konkluderte med at det var bred enighet om å bevege seg bort fra denne statiske definisjonen til en mer dynamisk definisjon basert på motstandskraft og kapasitet til å mestre og vedlikeholde integritet, likevekt og opplevelse av velbefinnende (well-being). Deltagerne på konferansen kom fram til at de ikke ønsket en ny definisjon, da en definisjon lett gir begrensninger. De ønsket heller å presentere et nytt syn på helse og et konseptuelt rammeverktøy for å forstå helse. Det synet på helse ekspertpanelet foretrakk, var: evne til tilpasning og mestring av sosial, fysisk og følelsesmessig utfordringer. Panelet videreførte inndelingen i fysisk, mental og sosial helse, med vekt på samhandlingen som kan skje mellom kroppen og det mentale ([Huber et al., 2011](#)).

Det har ikke alltid vært aksept for samhandlingen mellom det mentale og det fysiske. Antonovsky (1996) nevner at på 1930 tallet var det revolusjonært å hevde at noe fra tankesinnet kunne lede til somatiske sykdommer. Dette har forandret seg noe. Men [Antonovsky \(1996\)](#) hevder at kunnskapsutviklingen fortsatt blir holdt tilbake fordi man er så opptatt av å differensiere mellom sykdommer som er psykosomatiske og de som ikke er det. Han fremhever betydningen av å se på mennesket som en integrert organisme med psykologiske og somatiske aspekt (Antonovsky, 1996). Ut fra en slik forståelse er det viktig å se mental helse i sammenheng med hele individets helse. Depresjon er for eksempel en risikofaktor for kreft og hjerte-kar sykdommer, og mennesker som er deprimerte, er også i fare for å få økte fysiske plager ved ikke å følge opp behandling av psykiske eller fysiske sykdommer ([WHO, 2003](#)).

[Kirkengen, Getz, and Hetlevik \(2008\)](#) er også opptatt av at mentale lidelser kan sette somatisk spor. Krenkelser og avmaktserfaringer har sykdomsfremkallende betydning. Helsekadelig stress som tap av kontroll og manglende innflytelse over egen tilværelse er en mental utfordring som kan gi fysiske symptomer ([Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2011](#)). Langvarige overbelastninger av menneskets fysiologiske tilpasningsevne kan føre til helseskader. Stress nedsetter kroppens motstandsevne og gjør at man letter kan få infeksjoner. Både infeksjoner som er påført utenifra, og betennelsestilstander iverksatt av kroppen selv ([Kirkengen, 2000](#)). Støtte, anerkjennelse og opplevelse av

tilhørighet kan styrke helsen og gjenopprette helsetilstanden ([Getz et al., 2011](#)). Tilfredshet med livet, personlig vekst, positive relasjoner med andre og mening med livet er faktorer som har vist høy korrelasjon med psykologisk velbefinnende ([Ryff, 1989](#)). Trivsel og velvære har en sentral betydning i forhold til helse.

[Fugelli and Ingstad \(2009\)](#) har vært opptatt av en holistisk definisjon av helse. Ordet helse kommer av å være hel. I deres kvalitative studier i Norge har mennesker vektlagt at deres oppfatning av helse er en opplevelse av helhet og mestring.

I denne oppgaven ligger følgende forståelse av helse til grunn: Helse innebærer et fokus på hele mennesket ([Antonovsky, 1996](#); [Fugelli & Ingstad, 2009](#); [WHO, 2013b](#)). Helse er en ressurs mennesket selv kan bidra til å fremme ([Huber et al., 2011](#); [WHO, 2013b](#)) og helse er ikke bare fravær av sykdom, men også velbefinnende ([Mæland, 2005](#); [WHO, 2013b](#)).

2.3 Empowerment

Empowerment er et begrep som blir brukt i mange sammenhenger og med ulike mål. Askeheim (2012) utroper et behov for å klargjøre hva empowerment innebærer og gjenreise begrepets kritiske potensial. Empowerment begynte man for alvor å bruke som et vitenskapelig begrep på 1970-tallet i forbindelse med lokal utvikling og selvstyre. Paulo Freire sin bok "De undertryktes pedagogikk" var en viktig inspirasjon for empowerment tradisjonen. Freire (2000) presenterer en tro på at menneskene i et samfunn utvikler seg sammen, at hele gruppen er deltagende. Han var opptatt av at menneskene selv måtte forstå hva som eventuelt «holdt dem nede». Bare dersom de var bevisste hva som marginaliserte dem, kunne de gjøre noe med det.

Opgaven har som beskrevet innledningsvis et salutogent perspektiv og i den sammenheng kan empowerment umiddelbart assosieres med begrepet «Sense of coherence» (SOC). SOC og empowerment har mye til felles, og noen ulikheter. For det første gjenspeiler SOC en innstilling til verden som i hovedsak blir utviklet i løpet av de første leveårene ([Antonovsky, 1987](#)), mens empowerment er nærmere knyttet opp mot

den sosiale konteksten ([Rappaport, 1981](#); [Wallerstein, 1992](#)). Antonovsky (1996) hevder at den sosiale og kulturelle avhengigheten til empowerment som begrep, er en svakhet i forhold til å kunne bruke begrepet universalt. [Rappaport \(1984\)](#) hevder derimot at dette er det enestående med begrepet empowerment, som gjør det relevant i ulike settinger. Empowerment leder ikke til et gitt utfall, men arter seg forskjellig i forskjellige situasjoner og kulturer. SOC favner derimot menneskets grunnleggende innstilling til verden og er derfor blitt hevdet å ha en universal gyldighet ([Antonovsky, 1996](#)). Mens det er hevdet at dersom empowerment skal være reelt må det kunne måles i ønsket utfall ([Alsop & Heinsohn, 2005](#)). SOC forutsetter at mye er gitt i utgangspunktet, i motsetning til empowerment som er en prosess der det kan være nyttig å sette inn tiltak for å lede til økt empowerment. Men som beskrevet tidligere kan SOC også endres over tid og fremmes av positive faktorer som for eksempel sosial støtte ([Langeland, 2009](#)). Forskjellen mellom SOC og empowerment er derfor ikke helt entydig, begrepene gjenspeiler mye av det samme.

Empowerment bærer preg av omgivelsene man befinner seg i. Konteksten og opplevelsen av maktforhold i samfunnet legger føringer for empowerment-prosessen (Wallerstein, 2006). Empowerment som et tiltak på samfunnsnivå er preget av politisk og organisatorisk engasjement som arter seg forskjellig ut fra hvilke kultur man befinner seg i. Empowerment på samfunnsnivå kjennetegnes av de til tider kompliserte sosiale, politiske og økonomiske krefter som former menneskelivene ([Ryles, 1999](#)). Rappaport (1981) poengterer at det ikke finnes en generell mal for empowerment, fordi hva som er empowerment varierer fra situasjon til situasjon. Ut fra dette er det mange argumenter for å ikke utelukkende snakke om empowerment på individnivå. Empowerment på individ nivå kan til en viss grad være en selvmotsigelse, da empowerment kommer ut av en sosial prosess (Wallerstein, 1992). En individualistisk oppfatning av empowerment kan begrense forståelsen av begrepet. Det kan føre til at man fremmer et kompetanse- og egenskapsorientert syn på empowerment og ikke ser den kulturelle, politiske, organisatoriske og miljømessige konteksten ([Zimmerman, 1990](#)). Empowerment på individnivå forutsetter at individene er bevisste de politiske og samfunnsmessige forholdene. En person kan ikke nå en høy grad av empowerment dersom vedkommende ikke kjenner til hvilke krefter som eventuelt prøver å begrense

vedkommende ([Ryles, 1999](#)). De politiske og kollektive dimensjonene ved empowerment-begrepet er grunnlaget for forståelsen av prosesser som skaper makt og avmakt. En individorientert tilnærming vil derfor kunne fremstå som reduksjonistisk ([Askheim, 2012](#)). Empowerment på individnivå er slik uatskillelig bundet sammen med empowerment på politisk nivå og samfunnsnivå. For å kunne fordype seg i empowerment er det imidlertid hensiktsmessig å skjelle mellom de ulike nivåene, forutsatt vissheten om at de har en underliggende sammenheng.

Det individuelle nivået vil alltid være det sentrale området der empowerment-arbeidet vil starte ([Askheim, 2012](#)). Løken ([2007](#)) skriver at begrepet empowerment ligger nær det norske begrepet selvstyrking. Det handler om å styrke selvet hos brukeren, til å ta ansvar for seg selv og endelig å gå utover seg selv og ta ansvar for de systemer og det samfunnet vedkommende er en del av. Zimmerman (1990) skiller mellom individuell og psykologisk empowerment. Individuell empowerment overser kontekstuelle sammenhenger og er begrenset til personlige egenskaper. Psykologisk empowerment er også relatert til et individuelt nivå, men overser ikke innflytelsen fra kulturen og miljøet. WHO bruker begrepet psykologisk empowerment og henviser da til det nivået som er på et individuelt plan ([Wallerstein, 2006](#)).

Empowerment er definert som en prosess der mennesker får hjelp til å være i stand til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker livene deres ([Gibson, 1991](#)). Empowerment blir utviklet gjennom refleksjon og handling og kan både være en prosess eller et mål ([Gibson, 1991](#)). Empowerment som et endelig mål har blitt problematisert. Mennesker som opplever seg ”empowered” i de fleste situasjoner kan komme opp i hendelser som gjør et de føler seg maktesløse. Den sosiale realiteten krever stadig tilpasning og kritisk tenkning (Wallerstein, 1992). Zimmerman (1990) skriver at det ikke er noen absolutt terskel for oppnådd empowerment. Empowerment er ikke et statisk mål, men en evne til å bedømme situasjoner og avgjøre hvorvidt det er påkrevd med forandring ([Zimmerman, 1990](#)). I den forstand er empowerment snarere en egenskap enn et endelig mål. En egenskap der man har tro på seg selv og en evne til kritisk å tenke på hvordan man kan forbedre egen situasjonen og ha innflytelse på forholdene rundt seg (Wallerstein 1992). Verdensbanken legger til grunn at empowerment er en egenskap,

der valgfrihet, mulighet til i det hele tatt å kunne velge og eventuelt utfall av valget viser grad av empowerment ([Alsop & Heinsohn, 2005](#)). Empowerment som egenskap og empowerment som prosess og mål, trenger ikke nødvendigvis være motsetninger. Prosessen kan slik forstås som å utvikle empowerment som egenskap. Slik blir økt empowerment som egenskap et mål i empowerment-prosessen.

Empowerment hos friske småbarnsforeldre i jobb kan virke som en selvmotsigelse, da litteraturen ofte setter søkelys på empowerment hos mennesker med kroniske lidelser eller fattige befolkningsgrupper. Empowerment-begrepet er imidlertid ikke bare reservert de ressursvake. Det er til og med en forutsetning at hjelpeapparatet selv er i en empowerment-prosess for å kunne bidra til empowerment hos andre (Askheim, 2012). [Rappaport \(1984\)](#) skriver at empowerment kan bli definert ut fra sitt fravær: maktesløshet, hjelpeløshet og mangel på kontroll over eget liv. Grunnleggende prinsipper for empowerment ifølge Ottawa Charteret er maktfordeling, anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv og medvirkning ([Tveiten, Haukland, & Onstad, 2011](#); [WHO, 2013a](#)).

I denne oppgaven ligger følgende forståelsen av empowerment som til grunn: empowerment er en egenskap ([Alsop & Heinsohn, 2005](#); [Wallerstein, 1992](#); [Zimmerman, 1990](#)), der positivt et selvbilde er sentralt (Løken, 2007) og målet er å ha innflytelse på de faktorene som fremmer individets helse ([Gibson, 1991](#)).

Til slutt i presentasjonen av empowerment skal vi se på begrepet makt. Makt er et sentralt begrep i forhold til empowerment. Askheim ([2012](#)) legger til grunn at empowerment har med en treleddet prosess å gjøre. Mennesker blir styrket, får kraft til å komme seg ut av avmakten og får makt. Maktesløshet er forstått som en motpol til empowerment ([Rappaport, 1984](#)).

2.3.1 Makt

[Engelstad \(2005\)](#) beskriver makt som evnen til å få noe til å skje i samfunnet, å frembringe en sosial endring i stor eller liten målestokk. Makt er derfor ikke en konkret

gjenstand, eller et enhetlig sammenhengende fenomen. I et større samfunn er maktforholdene alltid fragmenterte, makten er fordelt på flere ([Engelstad, 2005](#)). [Foucault \(2003\)](#) beskriver makt som noe som er allestedsnærværende. Makt kan bli beskrevet som et nett av diskurser som finnes i familier, nærmiljøer og institusjoner (Foucault, 2003; Wallerstein, 1992). [Engelstad \(2005\)](#) skriver at makt nesten alltid forutsetter evnen til å kommunisere og overtale den andre til å gjøre det som er ansett som riktig. Foucault beskriver hvordan styresmakter kan ønske å ha makt over befolkningen for å nå gitte mål. Dette kaller han for pastoral makt og beskriver hvordan disiplinering kan foregå ved at mennesker føler seg forpliktet til å etterkomme gjeldene normer og regler. Sannhetsregimer er et uttrykk for hvordan noe blir sett på som sant og riktig å gjøre, en slags mal på det gode liv, som det kan være vanskelig å motsette seg ([Foucault, 2012](#)).

I et ønske om å hjelpe mennesker til å ta kontroll over livene sine og å foreta sunne valg kan det offentlige i noen tilfeller presentere et alternativ som det «riktige» valget. Spørsmålet blir da hvor frivillig mennesker opplever at dette er. Personer har blitt sett på som empowered bare dersom de velger det som er riktig ut fra fagpersoners ståsted ([Powers, 2003](#)). Hvorvidt mennesker har fri vilje har blitt diskutert i forhold til empowerment-tradisjonen ([Knutsen & Foss, 2010](#)). Dersom mennesker underkaster seg andres instruksjoner, kan man reise spørsmål om det er empowerment, siden empowerment har blitt beskrevet som et verktøy til frigjøring ([Freire, 2000](#)).

Det er en tendens til at makt blir assosiert med maktmisbruk. Men makt kan også være positivt. Makt i konstruktiv forstand kan bli uttrykt som en frigjørende stemme innenfra hos individet, eller sammen med andre for felles styrke ([Wallerstein, 2006](#)).

2.4 Rollekonflikter

En sosial rolle kan defineres som utøvelse av de rettigheter og plikter som er knyttet til en spesiell status ([Goffman, 1992](#)). I denne oppgaven er fokuset på at en person har flere roller som kan komme i konflikt med hverandre. Et klassisk eksempel på at en

person kan ha flere roller, er nettopp rollene som arbeidstaker, ektefelle og forelder. Krav til de ulike rollene er knyttet opp mot forventninger og kan være både av instrumentell art (praktiske oppgaver som må gjøres) og normativ art. Man kan oppleve at man ikke klarer å fylle rollen i tråd med egne eller andres forventninger ([Goffman, 1992](#)). Rollekonflikter dreier seg slik sett om ulike roller med motstridende normer der konfliktstoffet er adferdsmåter eller bruk av tid ([Aubert, 1979](#)). Det aktuelle måleinstrumentet i denne undersøkelsen heter på engelsk "roleoverload" ([Costigan, Cox M., & Cauce, 2003](#)). "Overload" blir på norsk oversatt med overbelastning ([Kirkeby, 2003](#)). I forhold til roller vil det da kunne bety at man har for mange og krevende roller. Fokuset i oppgaven er derfor at det ikke nødvendigvis er konflikter mellom rollene, men en overbelastning av roller. Rolle-overbelastning er derimot ikke et innarbeidet norsk ord. Det norske begrepet rollekonflikter er derfor valgt som begrep i oppgaven.

I følge [Aubert \(1979\)](#) kan rollekonflikter utarte seg på to forskjellige måter. Enten kan en rolle være selvmotsigende med ulike forventninger som vanskelig lar seg innfri samtidig. Eller så kan en person ha to eller flere roller som kan komme i konflikt med hverandre ([Aubert, 1979](#)). Selvmotsigende roller kan være å skulle være både foreldre og terapeuter for barnet sitt, slik forelder til barn med spesielle behov kan oppleve. De kan komme i situasjoner der de må sette krav til barnet sitt i hverdagen som kolliderer med deres ønske om å gi barnet betingelsesløs kjærlighet ([Sætersdal, Dalen, & Tangen, 2012](#)). Denne oppgaven omfatter ikke selvmotsigende roller. Fokuset er personer med flere roller: forelder, ektefelle og arbeidstaker. Som Antonovsky (1979) poengterer, er det ikke nødvendigvis negativt med roller som kan komme i konflikt med hverandre. Han beskriver den uheldige konsekvensen av «underload»: Hvordan manglende forventningspress også kan være stressende. Spenninger i seg selv er i følge ham ikke negativt. Mestring av spenninger kan føre til personlig vekst. Mens spenninger som eskalerer til stress kan være helseskadelige. Antonovsky (1979) har beskrevet stress i tre ulike dimensjoner: historisk og universelt, menneskets kontekst og det som skjer her og nå. Han undergraver ikke den historisk-universelle dimensjonen, men beskriver hvordan de daglige sosiale strukturene er stressende. Sosiale relasjoner byr på stress og spenninger fordi det er en arena der man skal dele tilgjengelige ressurser, makt, ulike perspektiver, interesser og motivasjoner. Antonovsky (1979) hevder at selv i det mest

fredelige samfunn vil vi kontinuerlig gå inn i nye roller, nye faser, nye sammenhenger. Som mennesker vil vi bli utfordret, vi vil møte forventninger og krav som sammen kan betegnes som spenninger eller oppleves som stress. Siden til og med for lite forventninger kan være stressende, finnes det i følge han ikke et samfunn som er uten spenninger og potensielt stress. Det er ikke spenningene i seg selv som er bekymringsfulle, men stress kan føre til ubalanse hos mennesket, forstyrrelser i homeostasen ([Antonovsky, 1979](#)).

Spørreskjemaet som måler rollekonflikter i denne undersøkelsen fokuserer på overskudd til relasjonene i familien. At det i det hele tatt er mulig for begge småbarnsforeldre å være i jobb, er et gode som beskrevet tidligere. Men det disponerer også for rollekonflikter. De ulike rollene kan ha forskjellige forventninger som kan komme i konflikt med hverandre. Det er ofte "tiden" som er det kritiske punktet. Mangel på tid kan igjen føre til stress. Videre i kapitlet skal jeg derfor utdype begrepene forventninger og stress relatert til rollekonflikter.

2.4.1 Forventninger

En rolle blir definert ut fra forventninger til aktøren ([Aubert, 1979](#)). [Aubert \(1979\)](#) definerer forventninger som et element som befinner seg et sted mellom nåtiden og fremtiden. Det kan være i form av en antakelse, et ønske eller en vurdering. Forventninger er nært knyttet opp mot normer. Sosiale normer er satt sammen av forventninger som har en varighet over tid ([Aubert, 1979](#)). Når normene er internalisert, har de blitt en del av individets personlige normsystem, også kalt moral. Dette normsystemet er utgangspunktet for at individet har forventninger og krav til seg selv. Forventningene har på denne måten sitt utspring i omgivelsene. Hvorvidt andres forventningene blir oppfattet av individet, kommer an på om en norm bare har blitt sendt, eller om den også har blitt mottatt. Mottatte normer fra omgivelsene kan bli forventninger individet setter til seg selv og oppfatter som krav ([Aubert, 1979](#)). Men opplevde forventninger eller krav trenger ikke alltid ha rot i virkeligheten. Mennesker kan tro at andre mennesker har forventninger de faktisk ikke har ([Aubert, 1979](#)).

Noen forventninger blir derimot ettertrykkelig fremhevet i media. Massemedia er med på å øke presset på foreldrene. Ved å presentere en standard for «gode foreldre», skaper media forventninger ([Schneider, 2011](#)). Davis (2011) beskriver hvordan mødre gjennom tidene alltid har blitt presentert for den «riktige» måten å være mor på. Aubert (1979) beskriver omgivelsenes forventninger. Forventninger som kan tynge, innskrenke eller binde individet. Forventninger trenger imidlertid ikke bare resultere i plikter, det kan også resultere i tillatelser ([Aubert, 1979](#)). På den måten kan forventninger også virke befriende. Forventninger om at begge foreldrene skal jobbe kan for eksempel oppleves som befriende spesielt for kvinnene som kan ha følt seg «bundet» til hjemmet av tidligere tiders forventninger. Nå møter forventninger fra yrkeslivet forventningene om å være en god mor, og ansvaret for at ingenting skal gå galt på hjemmefronten ([Davis, 2011](#)). Davis (2011) påpeker kritisk at kvinner nødvendigvis ikke er så mye friere i dag, men kanskje bare underlagt andre forventninger og sosial kontroll. Forventninger kan oppleves både positivt og negativt. Utfordringen kan være at forventningene har begrenset med tid å bli innfridd på.

2.4.2 Stress

Eventuelle rollekonflikter vil ofte handle om bruk av tid. Tid er et gode man har begrenset tilgang til. Kombinasjonen av å være arbeidstaker og forelder har derfor ført til forandringer på det praktiske plan i samfunnet. Barnehage og økt bruk av tekniske hjelpemidler i hjemmet gjør det lettere og i det hele tatt mulig å kunne inneha de ulike rollene samtidig ([Aubert, 1979](#)). Mye er blitt gjort for å organisere hverdagen til familien. [Ginsburg \(2007\)](#) problematiserer hvordan organiseringen kan oppleves som stressende for foreldrene. Barn kan risikere å vokse opp i en stresset og presset hverdag og foreldrene kan bli fratatt en verdifull mulighet til å engasjere seg i barnas utvikling gjennom lek. Barns frie lek er viktig for deres utvikling. At foreldrene har mulighet til å leke med barna sine, har blitt sett på som viktig i forhold til foreldre-barn relasjonen ([Ginsburg, 2007](#)).

Stress gir seg ofte utslag i ”multitasking”. Mye skal ordnes samtidig. Løsningen blir ofte at man gjør flere handlinger på en gang. Menn er kjent for multitasking i

jobbsammenhenger, mens kvinner er de som ofte multitasker hjemme ([Schneider, 2011](#)). Stress har en selvforsterkende effekt. Stress på hjemmebane kan forplante seg til opplevd stress på jobben ([Schneider, 2011](#)). Schneider (2011) beskriver hvordan foreldre som jobber overtid eller i helger og går glipp av viktige hendelser i barnas liv opplever dette negativt. Dersom barnas behov kolliderer med en lite fleksibel arbeidsplass har dette innvirkning på foreldrenes helse ([Offer & Schneider, 2011](#); [Schneider, 2011](#)). Stress er imidlertid ikke bare forbeholdt barnefamilier. En dansk undersøkelse sammenlignet par med og uten barn og fant ut at det hverken blant menn eller kvinner var høyere stressnivå blant de med barn. Det var lange arbeidsuker som førte til økt rapportering om stress, og ikke barn. Unntaket var enslige mødre, der barna hadde en forsterkende effekt på stressnivået dersom mødrene jobbet mer enn 37 timers uker ([Engell, Nielsen, & Andersen, 2007](#)). Ut fra den undersøkelsen kan det virke som om det er arbeidet snarere enn barna som er årsaken til stress, og at stresset ikke er mindre hos parene uten barn. Nå skal vi se litt nærmere på hva som kan forårsake stress hos barnefamilier.

2.4.3 Forventninger og stress hos foreldre

Historisk sett har familien vært en institusjon som gjennom alle tider har strevet for suksess ([Ellingsæter, 2012b](#)). Hva som er riktig og politisk korrekt for en familie har endret seg gjennom tidene. Det har alltid vært sterke føringer i samfunnet for hva som er «riktig». Velferdsstaten styrer den økte individuelle friheten inn i bestemte kanaler ([Askheim, 2012](#)). Familien er en dynamisk enhet som ikke fanges opp av lineære forståelser ([Ellingsæter, 2012a](#)). Det er ikke alltid like lett å forstå alle aspektene ved det å være en familie. Velferdsstaten kan sies å ha fått en akseptert plass i barneomsorgen. Men uenigheten går på hvor grensene for statens intervensjon skal gå og hvilke tiltak som best ivaretar foreldrenes ønsker ([Leira, 2012](#)). Drivkreftene for barnehagesatsingen har vært å gi alle barna samme muligheter og legge til rette for likestilling ([Leira, 2012](#)). Hjemmet møter institusjoner i form av barnehagen tidligere nå enn hva generasjonen tidligere opplevde. Dette kan innebære potensielle stressfaktorer.

[Andenæs \(2011\)](#) har skrevet en artikkel basert på en småbarnsfamilie i Oslo der hun oppsummerer utfordringene foreldrene har i forhold til barnehagen: Først gjelder det å velge den barnehagen som er best for deres barn, dersom det i hele tatt er valgmuligheter. Deretter å legge til rette for en myk tilvenning for barnet. Foreldrene må venne seg til en distanse til barnet der informasjonen om barnet blir dramatisk redusert. Hvor mye de får høre om hvordan barnet har hatt det, er prisgitt de ansatte. Dersom foreldrene har spesielle ønsker i forhold til barnet, kan det, i følge informantene, ikke bli sagt rett ut, men må bygge på en relasjon knyttet til de ansatte i barnehagen. Foreldrene må selv være mottakelige for tilbakemeldinger angående eget barn. Barnet blir vurdert i forhold til normert normal utvikling. Det barnet lærer i barnehagen forholder familien seg til hjemme. Det kan være alt fra barnesanger og regler til væremåter foreldrene ikke helt vet om de setter pris på. Foreldrene er ansvarlige for barneoppdragelse, men ofte med barnehagen som en sentral aktør ([Andenæs, 2011](#)).

En dansk undersøkelse ([Viala, 2011](#)) beskriver vanlig problemstillinger basert på ti foreldrepar: Det å bli foreldre innebærer at det er mye å lære og som skal læres samtidig av begge foreldrene. Og mye foreldrene trenger å bli enige om. Foreldrene i studiet hadde tillit til hverandres kompetanser. Uenigheter og ulikheter hos foreldrene ble ofte forklart ut fra forskjeller i personlighet. Noe ble også vurdert som kjønns relatert, selv om alle foreldrene så på seg selv som like kompetente og viktige for barnet. Likestilling var de enig om, men de opplevde at for eksempel å amme, kunne begrense likestillingen. Barnas behov og grensesetting kunne også være utfordrende å forholde seg til. Noe av det vanskeligste for foreldrene var likevel prioriteringer. Det var balansen mellom jobb og familie som oftest var det som skapte diskusjoner og konflikter parene imellom ([Viala, 2011](#)). Det bringer oss tilbake til utgangspunktet for studien. Prioriteringer og balansen mellom lønnet arbeid og familie blir i oppgaven forsøkt analysert ut fra begrepene empowerment, rollekonflikter og helse.

3 Metode

3.1 Presentasjon av design og metode

Multipel lineær regresjonsanalyse ble valgt som analysemetode i denne studien. Regresjonsanalyse sier ingenting om årsaksforhold, men påviser eventuell samvariasjon mellom variabler. Den grunnleggende ideen ved regresjonsanalyse er å forsøke å fange inn en tendens i et spredningsdiagram ved å legge inn en rett linje. Man kan ikke gi en nøyaktig beskrivelse av virkeligheten, men man ønsker å kunne vise en statistisk sammenheng ([Aalen, 1999](#)).

I denne oppgaven ble SPSS ble valgt som analyseverktøy. Målet med studien var å teste ut to hypoteser og utvikle en modell over faktorer som samvarierer med helse. Den metodologiske fremgangsmåten ved hypotesetesting og modell utvikling har klare likhetstrekk. Framgangsmåten i denne oppgaven blir presentert i kapittel 3.6. Ved hypotesetesting søker man å bekrefte eller avkrefte en hypotese. Konfidensintervallet eller signifikansnivået er vesentlig ved hypotesetesting. Jeg kommer nærmere tilbake til dette i kapittel 3.6.7. Ved utvikling av en modell er utgangspunktet at man ønsker å se hvilke faktorer som er av betydning i forhold til en avhengig variabel. Man er ikke opptatt av å avkrefte eller bekrefte en hypotese, men ser etter effekten av flere uavhengige variabler. Ved modellutvikling søker man å se hvilke uavhengige variabler som har størst effekt og er mest signifikante i forhold til den avhengige variabelen ([Midtbø, 2007](#); [Pallant, 2010](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Tverrsnittstudie var hensiktsmessig forskningsdesign i denne studien. Denne metoden kjennetegnes av at man tilstreber å lage et tverrsnitt av befolkningsgruppen som den skal representere. Informantene svarer på undersøkelsen der og da. Tverrsnittstudie gir et innblikk i hvordan informantene har det ”her og nå”. For at dette skal være representativt, må man tilstrebe at informantene er valgt ut tilfeldig og at man får med seg tilstrekkelig mange slik at utvalget kan speile den aktuelle befolkningsgruppen ([Ringdal, 2013](#)). Styrken til tverrsnittsundersøkelse er at den lar seg gjennomføre på forholdsvis kort tid. Svakheten ved metoden er at den ikke sier noe om utvikling av

informantene over tid. Den er heller ikke objektiv. Studien baserer seg på selvrapporing, en vanlig måte å samle inn data om livskvalitet på ifølge [Mastekaasa \(1988\)](#). En svakhet ved selvrapporing er at svarene er subjektive og at informantene kanskje ikke er helt ærlige. En vanlig tendens er å svare mer positivt enn slik det egentlig er ([Mastekaasa, 1988](#)).

3.2 Etikk

Studiet ble først klarert med Regional Etisk Komite (REK). Dette var nødvendig siden informantene ble rekruttert via helsestasjon og temaet var (forebyggende) helse. REK mente imidlertid at studiet gikk under det samfunnsvitenskapelige felt og at det derfor ikke var nødvendig med deres samtykke (vedlegg 1). Søknaden gikk da videre til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Undersøkelsen var i utgangspunktet anonym og hadde derfor kanskje ikke trengt tillatelse fra NSD. Men siden det ble spurt om detaljer som kjønn, fødselsår, bydel, antall barn og religion kunne det tenkes at enkeltpersoner kunne bli kjent igjen, og vi måtte derfor ha deres godkjennelse. NSD ga tillatelse til å starte undersøkelsen (vedlegg 2). I høst var det nødvendig å be om utsettelse for innlevering av prosjektet. Dette ble innvilget (vedlegg 4).

Lederne på helsestasjonene ble først kontaktet via telefon for å gi meg tillatelse til å sende dem en epost med informasjon om studiet (vedlegg 5). Fire ledere ved helsestasjoner ga meg tillatelse til å komme, dette blir nærmere beskrevet i kapittel 3.5.1. Foreldrene som kom på helsestasjonen og fylte inklusjonskriteriene, fikk et skriftlig informasjonsskriv om studiet (se vedlegg 6). Der sto det at undersøkelsen var anonym og at de kunne trekke seg fra studiet underveis dersom de ønsket det. Det var ikke nødvendig med noen signatur fra dem siden de var samtykkekompetente voksne. Deres deltakelse i studiet var et samtykke i seg selv. Navnet deres og deres epostadresse ble derimot ført opp på en liste. Det var for å krysse av hvem som ville ha link til spørreskjemaet elektronisk, hvem som ville ha informasjon om studien i etterkant og for eventuelt å kunne ta kontakt dersom det skulle være aktuelt med en oppfølgingsstudie

en gang. Det siste var etter muntlig råd fra NSD. Listen med navn ble oppbevart separat fra spørreskjemaene og det er ikke mulig å koble disse. IP-adresser har ikke blitt loggført. Etter at prosjektet er avsluttet skal, etter anmodning fra NSD, bydelene slettes fra datamatriksen for å ytterligere sikre anonymitet.

3.3 Søkehistorie

Litteratursøk til denne oppgaven ble gjort første gang i perioden mars - april 2012, for å kunne utvikle relevante hypoteser og skrive prosjektbeskrivelse. I april - mai 2013 og september 2013 ble det gjort nye runder med artikkelsøk til bruk i diskusjonen av egne funn i oppgaven. Ved første søkerunde fikk jeg faglig veiledning fra biblioteket. Under alle søkerundene ble følgende søkeord brukt: Parents, parenting, well-being, health, empowerment, personal satisfaction, quality of life, satisfaction with life, self-efficacy, self-esteem, consciousness, role overload, work og work load.

Databaser som ble brukt var: PsychInfo, Science Direct, Norart, Pubmed, Medline and Maternity and Infant Care, Cinahl og Scopus. Søkene ble avgrenset så langt det var mulig til: «peer review, humans, English, pre-school children» og fra de siste fem årene. Mange av artiklene ble ekskludert fordi de kun var relatert til foreldre med syke barn. Under den første runden med litteratur søk satt jeg igjen med 30 artikler. Under den andre runden 12 artikler, og på siste artikkelsøk ble ytterlige fem artikler inkludert i oppgaven. Ytterligere noen av artiklene ble funnet ved at de var sitert i andre artikler.

3.4 Utarbeidelse av spørreskjema

For å få et spørreskjema som kunne gi svar på hypotesene, var det nødvendig å sette sammen et sett med spørsmål fra ulike spørreskjemaer som operasjonaliserte de forskjellige variablene. Dette blir presentert på neste side. Som beskrevet skulle jeg rekruttere småbarnsforeldre på helsestasjoner. Jeg ville gi dem mulighet til å svare der og da mens de ventet. De hadde 10-20 minutter til rådighet (de må vente 20 min etter at barna deres har fått vaksine). Det la føringer på hvor langt spørreskjemaet kunne være. Jeg begrenset antall spørsmål i spørreskjemaet til 46. Lengre spørreskjema anså jeg som

en reel hindring for å oppnå tilfredsstillende svarprosent. Spørreskjemaet i sin helhet er å finne i vedlegg 7.

3.4.1 Sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler

Den norske mor og barn- undersøkelsen (Folkehelseinstituttet, 2011) ble brukt som retningsgivende for hvilke bakgrunnsvariabler som skulle være med i undersøkelsen. Kjønn, alder, etnisitet, religion, antall barn og alder på barn, barn med spesielle behov, sivil status, bolig, utdanning, arbeidssituasjon og inntekt var bakgrunnsvariablene som ble lagt inn. Variabelen bydel ble lagt til for lettere å kunne systematisere innkomne svar og kunne ha bedre oversikt over svarprosenten undervegs. Spørsmål for å dekke opp for de sosioøkonomiske bakgrunnsvariablene, ble hentet fra andre studier i Norge (Folkehelseinstituttet, 2011; [Holmqvist, 2007](#)).

3.4.2 Helse, trivsel og velvære

Den avhengige variabelen Helse ble målt ut fra World Health Organization sitt spørreskjema om Well-being ([1998](#)). Skjemaet består av fem spørsmål og er på norsk oversatt til spørsmål om trivsel og velvære. Informantene blir spurt om de i løpet av de to siste ukene har følt seg glade og i godt humør/ følt seg rolig og avslappet/ aktiv og sterk/ opplagt og uthvilt og om deres daglige liv har vært fylt av ting som interesserer dem (spørsmål 14 –18, vedlegg 7). Spørreskjemaet har blitt brukt i lignende studier før ([Grönlund & Öun, 2010](#)).

3.4.3 Rollekonflikter

Rollekonflikter ble målt ut fra 5 spørsmål hentet fra en studie gjengitt av Costigan, Cox & Cauce ([2003](#)). Studien var amerikansk og rekrutterte småbarnsforeldre. Undersøkelsen hadde fokus på overgangen til det å bli foreldre. Den hadde som hensikt å måle foreldres arbeidserfaring opp mot hvordan de opplevde å være foreldre. Spørsmålene er sentrert rundt balansering av krav fra arbeid og familie, eventuelle konflikter, og energi til å møte familiens krav etter jobb (spørsmål 19-23, vedlegg 7). Spørsmålene ble oversatt til norsk med faglig assistanse.

3.4.4 Empowerment

Oppgavens forståelse av empowerment er at empowerment er et begrep der positivt selvbylde er sentralt og målet er å ha innflytelse på de faktorer som fremmer helse. Men empowerment har blitt diskutert i forhold til hvorvidt det i det hele tatt er målbart. Rappaport (1981) sier imidlertid at enhver kontekst der empowerment blir operasjonalisert bidrar til økt forståelse av begrepet. Vanlig kritikk av måleinstrumenter er at de kun favner empowerment på individnivå og ikke tar med det sosiale aspektet ([Nina Wallerstein, 1992](#)). Det hadde vært ønskelig med et konsist, norsk spørreskjema tilpasset populasjonen. Det fant jeg imidlertid ikke. Men Rogers' empowerment skala sammenfalt med forståelsen av empowerment som ligger til grunn for oppgaven. Definisjonen av empowerment som ligger til grunn for Rogers' empowerment-skala er som følger: En person med høy grad av empowerment har en følelse av egenverdi, tro på egen mestring og har makt. Personen kjenner igjen frustrasjon som en kilde til å kunne gjøre sosiale forandringer, og er optimistisk i forhold til egne evner og å ha kontroll over hans eller hennes liv. Han eller hun ser hvor viktig felleskap kan være for å skape forandringer, men verdsetter også egen autonomi ([Rogers et al., 1997](#)). Rogers' Empowerment favner både det individuelle og sosiale aspektet og ser på empowerment som en egenskap. Spørreskjemaet ble utviklet for brukere av psykisk helse institusjoner, men intensjonen var at skalaen skulle kunne brukes i varierte settinger ([Rogers, 1997](#)). Rogers' empowerment-skala er å finne i sin helhet i vedlegg 9.

Skalaen ble utviklet av et team på ti personer som hadde ledererfaring innenfor psykisk helse i USA. De kom fram til fem aspekter som rommer definisjonen av empowerment: selvfølelse og mestring, makt- og maktesløshet, samfunnsengasjement og integritet, optimisme og kontroll over framtiden og rettmessig sinne ([Rogers et al., 1997](#)). Etter å ha utviklet og testet ut en skala på 48 spørsmål, gjorde de en faktoranalyse der de 28 spørsmålene med høyest faktorlading ble tatt ut til en ny skala. Denne skalaen med 28 spørsmål ble benyttet som utgangspunkt for å måle empowerment i denne studien. Skjemaet er brukt i Sverige ([Hansson & Björkman, 2005](#)). Den svenske versjonen fikk fram at aspektene selvfølelse og mestring og samfunnsengasjement og integritet hadde høy intern validitet. Følgelig kunne en "toaspektsversjon" blitt brukt. Men samtidig

stilte de spørsmål ved om det kun var tilfeldig i deres analyse at aspektene makt- og maktesløshet ikke viste tilfredsstillende intern konsistens ([Hansson & Björkman, 2005](#)).

Studiets design la opp til et begrenset antall spørsmål totalt. Skalaen ble derfor redusert ved å ta hensyn til høyest faktorladningen (se vedlegg 9) og relevans for populasjonen. Faktorladning over 0,60 ble ansett som høyt. Det ble også tatt hensyn til at alle aspektene var representert slik at de best mulig gjenspeilet den opprinnelige skalaen. Blant aspektene som var representert med seks til ni spørsmål ble det valgt to spørsmål fra hver, blant aspektene representert med fire spørsmål ble det valgt ut ett spørsmål fra hver, til sammen åtte spørsmål. Fra det første aspekt ble «I have a positiv attitude about myself» valgt ut, selvfølelse er nevnt som viktig aspekt for empowerment. «I am usually confident about the decisions I make» ble inkludert med bakgrunn i alle valgene foreldrene gjør på vegne av seg selv og barna sine. Fra det andre aspektet ble «I feel powerless most of the time» tatt med fordi det gjenspeiler maktaspektet. «Experts are in the best position to decide what people should do or learn», ble tatt med siden dette spørsmålet favner det problematiske foreldre kan oppleve i møte med fagpersoner vedrørende hvem som er eksperter ([Befring & Tangen, 2012](#)). Fra tredje aspekt ble «People have a right to make their own decisions even if they are bad ones» tatt med fordi den hadde høyest ladning og “People working together can have an effect on their community” valgt ut fordi den gjenspeilte det sosiale aspektet ved definisjonen og hadde høy ladning. Fra de to siste aspektene ble spørsmålet med høyest ladning tatt med: “People are limited only by what they think possible” og “Getting angry about something is often the first step toward changing it”.

Spørreskjemaet ble som beskrevet kortet ned til kun åtte spørsmål. (spørsmål 27-34, vedlegg 7). Det ble tatt hensyn til at alle fem aspekter skulle være representert, slik at definisjonen som lå til grunn skulle være operasjonalisert best mulig. Svakheten ved ikke å bruke et komplett spørreskjema skal jeg imidlertid komme tilbake til i ved reliabilitetstesting (kapitel 3.6.2) og i diskusjonen.

3.4.5 Tilleggsvariabler

Under litteratursøket og pilotstudiene kom det fram relevante innspill på variabler som kunne være interessante å inkludere. De vil nå bli presentert.

Egne og andres forventninger

To spørsmål vedrørende oppfylld av egne og andres forventninger (spørsmål 24 & 25) ble lagt til sammen med spørsmålene om rollekonflikter. Forventninger er en viktig faktor i forhold til rollekonflikter, og andre studier understreker betydningen av krav og forventninger som småbarnsforeldre kan oppleve ([Costigan, 2003](#); [Hogg, 2009](#); [Vincent C., 2010](#)). Mangel på innfrielse av egne og andres forventninger er en disponibel faktor for nedsatt helse ([Helseinformatikk, 2009](#)).

Innflytelse i eget liv

World Value Survey ([2010](#)) hadde et spørsmål om innflytelse i eget liv. Dette ble lagt til i spørreskjemaet (spørsmål 26), sammen med empowerment-spørsmålene. Spørsmålet handler om hvorvidt man opplever frihet til å ta egne valg og ha innflytelse over livet sitt. Hvor mye innflytelse man har, og om innflytelsen er reel, er som nevnt tidligere et mål på empowerment som egenskap ([Alsop & Heinsohn, 2005](#)).

Tilfredshet

Tilfredshet med ulike aspekter i livet ble målt ut fra en skala utviklet av International Well-being Group ([2006](#)). Deres spørreskjema ble brukt for å dekke opp variabelen sosial kontakt. Tilsvarende spørsmål ble utviklet for å dekke opp for tilfredshet med forholdet til partneren og tilfredshet med tiden foreldrene får sammen med sine barn. Det er forhold som har vist seg i andre studier å være viktige for foreldrenes helse og velvære ([Cunningham & Knoester, 2007](#); [Stapleton & Bradbury, 2012](#)). Et spørsmål om tilfredshet med familiestøtte ble lagt til med bakgrunn i hvor viktig dette er for småbarnsfamilier ([Costigan, 2003](#)). Spørsmål om hvor tilfredse de var med barnepassordningen de benyttet, ble også lagt til. Det var inspirert av Den norske mor og barn- undersøkelsen ([Folkehelseinstituttet, 2011](#)).

3.4.6 Oversetting av spørreskjema

WHO sitt spørreskjema om Wellbeing ([WHO, 1998](#)) og spørreskjemaet om tilfredshet med livet ([International Wellbeing Group, 2006](#)) var oversatt til norsk og validert fra før. Spørsmålene om empowerment, og roleoverload er ikke tilgjengelig på norsk så langt undertegnede er kjent med. Disse ble derfor oversatt til norsk med assistanse fra personer i omgangskretsen med engelsk faglig kompetanse. Det var ikke ressurser til å validere oversettelsen. Validering av oversettelsen kunne skjedd ved at spørsmålene ble oversatt til norsk og så tilbake til engelsk igjen av andre med engelskkompetanse for å se om det da ble likt det opprinnelige engelske spørsmålet.

3.4.7 Pilot studier

Spørreskjemaene ble testet ut ved at utvalgte småbarnsforeldre ved mitt studiested og arbeidssted fikk svare på skjemaene og komme med innspill. Innspillene ble veid opp mot relevant teori. Pilot-informantene var verdifulle under utviklingen av spørreskjemaene fordi de påpekte svakheter. Det førte til at spørreskjemaet kunne bedre tilpasses den aktuelle konteksten. Forandringer som ble gjort grunnet innspill, var at «sykmeldt» og «partner sykmeldt» ble lagt til som alternativer under spørsmålet 12 om arbeidssituasjon. Nye spørsmål som kom til var tilfredshet med bolig (spørsmål 45) og bolig (spørsmål 10), samt tilfredshet med støtten fra foreldre/svigerforeldre (spørsmål 42) og spørsmålet om avstanden til foreldre/svigerforeldre (spørsmål 41). Spørsmål 39 om tilfredshet med hvor mye tid du får sammen med dine barn, ble også utviklet i kommunikasjon med pilot-informantene. Spørsmålet om hvorvidt foreldrene følte seg presset til å sende barna i barnehage (spørsmål 35), var et resultat av innspill fra pilot-informantene og en aktuell debatt om bruk av barnehage i media. Hvorvidt det er for tidlig å sende ett-åringer i barnehage, og foreldrenes opplevelser rundt dette har vært diskutert i media ([Leira, 2012](#); [Yttervik, 2012](#)).

3.5 Praktisk gjennomføring

3.5.1 Kostnader

Kostnader til denne studien var beskjedne og ble dekket av studenten selv.

3.5.2 Digital kompetanse

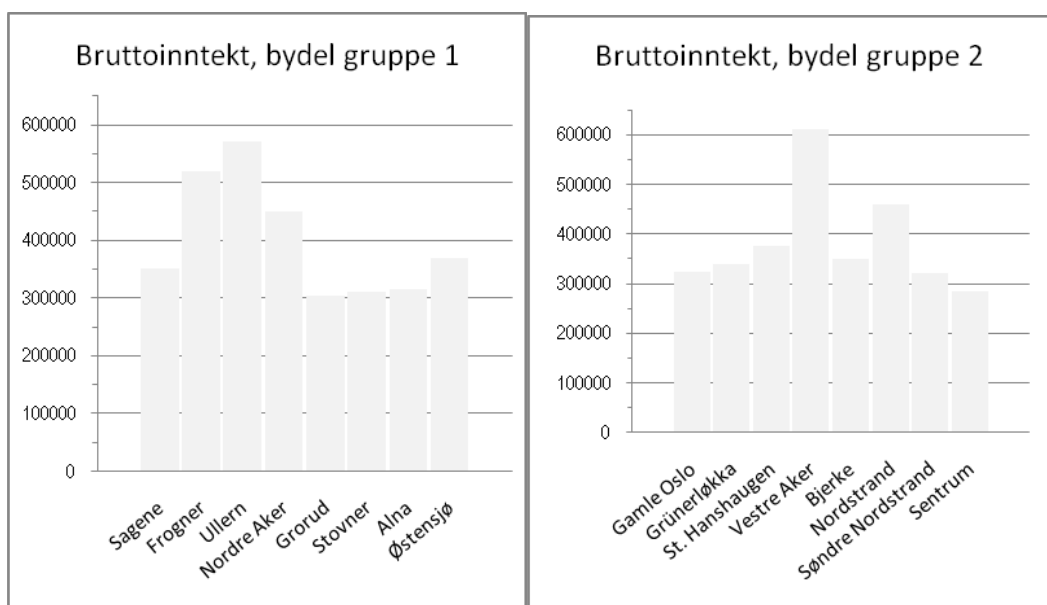
En systemutvikler i nær familie utviklet den digitale løsningen og ga nødvendig support underveis. Mellom han og undertegnede ble det skrevet en samarbeidsavtale etter innspill fra NSD (se vedlegg 3).

3.5.3 Inkluderingskriterier og rekrutteringsmetode

Inkluderingskriteriene var at informantene var foreldre til minst et barn under fem år og hadde erfaring med å kombinere barn og arbeid utenfor hjemmet. Valget av grensen på barn under fem år, var for å avgrense populasjonsgruppen. Helsestasjoner ble valgt som arena for rekruttering. Helsestasjonen inviterer barn opptil fem år til helsekontroller ([Helsedirektoratet, 2011](#)). Et krav var også at informantene behersket norsk godt nok til å kunne besvare spørreskjemaet. Antall nødvendige informanter, for å kunne estimere en modell med hjelp av multivariat lineær regresjonsanalyse med to uavhengige variabler, ble estimert til minimum $66 = 50 + 8 \times 2$. Tallet «2» er antallet uavhengige variabler. For å kunne gjøre individuelle analyser med henhold til de uavhengige variablene, var antall nødvendige informanter $106 = 104 + 2$ (antall uavhengige variabler). Disse likningene er betraktet som «tommelfingerregler» ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Alle barn mellom 0-5 år blir jevnlig innkalt til kontroller ved deres lokale helsestasjon, og oppslutningen er 96-100% ([Helsedirektoratet, 2011](#)). Rekruttering via helsestasjonen vil derfor med stor sannsynlighet treffe en tilfeldig utvalgt gruppe av alle småbarnsforeldre i Oslo. Oslo har 24 helsestasjoner fordelt på 16 bydeler. Det var ikke hensiktsmessig å oppsøke alle 24 helsestasjonene. For at bydelsutvalget skulle være tilfeldig, ble bydelene fordelt i to grupper, annenhver bydel i hver gruppe etter

alfabetisk orden. For å se om fordelingen var skjev i forhold til representativitet ble inntekter og utdanningsnivå i de ulike bydelene undersøkt med tall fra statistisk sentralbyrå. Grafene under viser inntektsnivået i alle bydelene.



Figur 3.1: Oversikt over inntekt, de ulike bydelene, tall fra SSB

De to gruppene representerte begge variasjon i inntekt. Den første gruppen (tabell til venstre) ble valgt som rekruteringsarena. Alle lederne på helsestasjonene i den gruppen ble kontaktet. De ble først kontaktet per telefon der de ble spurt om tillatelse til å sende en epost med informasjon om studien (vedlegg 5). Flertallet reservert seg av ulike årsaker. Til slutt ga følgende fire helsestasjoner tillatelse til studien: Frogner, Grorud, Sagene og Østensjø. Som vist i grafene ovenfor representerer disse fire bydelene en populasjon med ulik gjennomsnittsinntekt. Ønsket var at disse fire helsestasjonene til sammen danner et gjennomsnittsbilde av småbarnsforeldre i Oslo.

3.5.4 Verving av informanter og innsamling av data

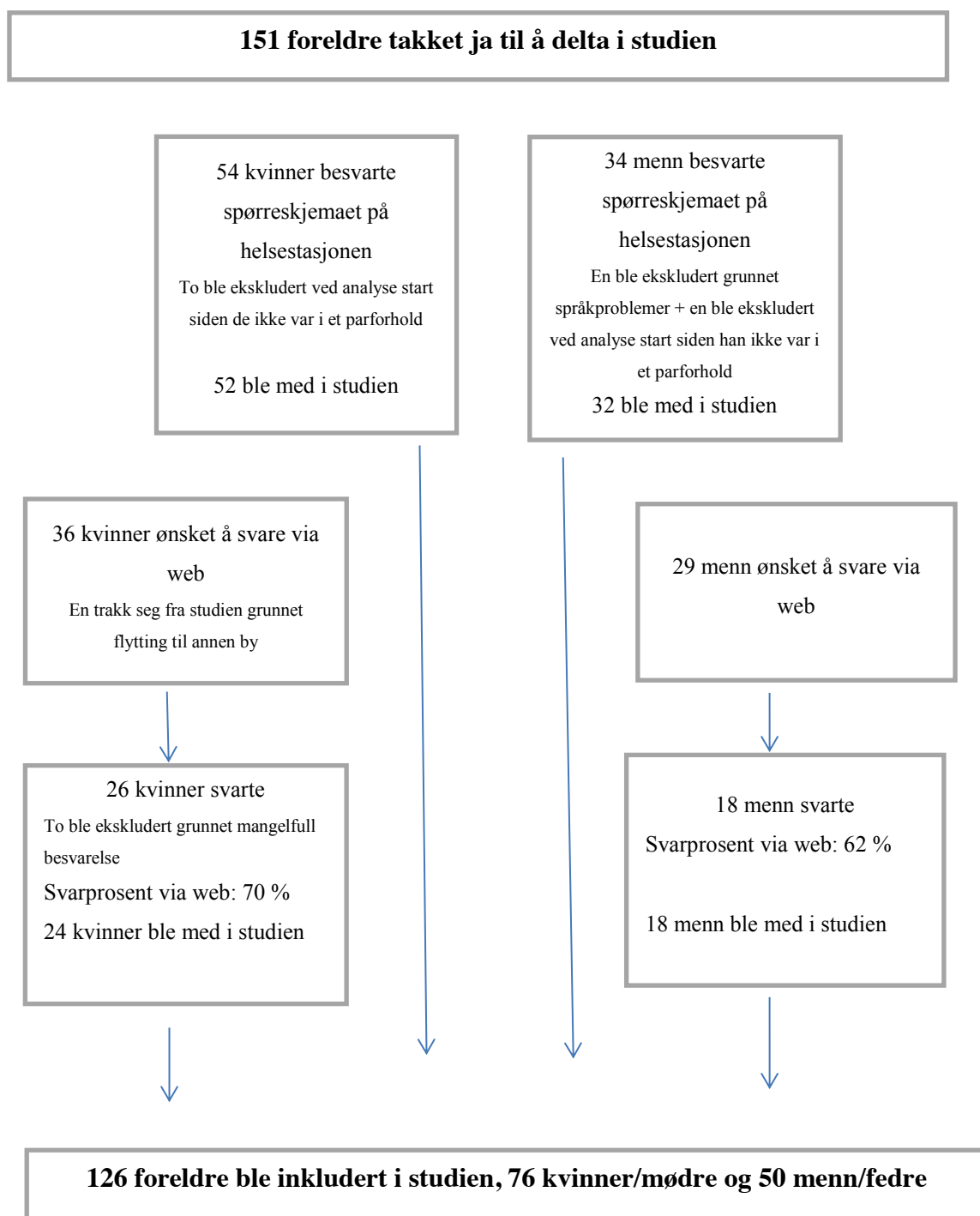
Studenten avtalte med leder på helsestasjonen hvilken dag det passet å komme. Siden det bare var fire helsestasjoner som sa seg villig til å delta i studien, ble alle helsestasjonene besøkt to dager. Unntaket var Frogner som ble besøkt to og en halv dag,

da den ene dagen ble avbrutt grunnet meget få aktuelle informanter. Studenten tilstrebet å få ca. 30 informanter fra hver bydel. Foreldrene fikk et informasjonsskriv om studiet (vedlegg 6). Dersom de samtykket, fikk de velge om de ville svare på spørreskjemaet der og da, eller besvare det elektronisk på epost. De som ønsket å besvare elektronisk, fikk en epost med link til spørreskjemaet samme dag og en epost med påminnelse om å svare noen dager senere. Kaffe, te, saft, scones og frukt ble tilbudt barna og foreldrene, uavhengig av om de takket ja eller nei til å være med i studien. Foreldrene var svært positive til undersøkelsen. Flere ga uttrykk for at det var bra noen valgte å skrive om dette. Frafallet ved helsestasjonen var derfor lavt. Til sammen var det i underkant av ti som sa nei til å være med i undersøkelsen. Det ble ikke ført noen logg over de som ikke sa seg villig til å være med i studien. Tilsvarende er det ikke ført noen logg over de som kan ha vært innom helsestasjonen men ikke ble observert av undertegnede og derfor ikke ble tilbudt å være med i undersøkelsen. Undertegnede klarte så langt det lot seg gjøre å spørre de fleste som fylte inkluderingskriteriene om de ville være med. Informantene fikk sitte så uforstyrret som mulig, for å fylle ut skjemaet dersom de ville svare der og da. Barna lekte med lekene på helsestasjonen, og jeg så etter dem mens foreldrene besvarte spørreskjemaet. De som svarte digitalt, ble automatisk lagt inn i en datamatrix. Respondentene som svarte på papir, ble lagt over elektronisk av undertegnede.

3.5.5 Frafall

Flytskjemaet på neste side viste at 87 besvarte spørreskjemaet på papir. En av dem måtte utelates fra analysen da det kom fram at ektefellen hadde svart på vegne av mannen (grunnet språkproblemer). 65 svarte at de ville svare elektronisk, hvorav 47 svar kom inn. To besvarelser måtte tas ut av undersøkelsen grunnet mangelfull besvarelse (36 utelatte svar). 129 informanter ble med i undersøkelsen. Ved oppstart av analysen ble ytterligere tre informanter slettet da de ikke var i et parforhold. Dette ble gjort for å få en ”renere” analyse. Da hypotesen om Rollekonflikter skulle analyseres, ble ytterligere 13 informanter ekskludert. De var for tiden var i 100 % barselperm og derfor ikke i arbeid ute. 113 informanter er med i analysen om Rollekonflikter. I de andre analysene er alle 126 informanter med. Nøyaktig svarprosent er vanskelig å

fastslå, anslagsvis svarte fem til ti foreldre at de ikke ønsket å være med i studien. Dersom jeg anslår at ti foreldre ikke ønsket å være med, blir svarprosenten 78 %.



Figur 3.2 Flytskjema, informanter

3.6 Introduksjon av statistiske begreper og forutsetninger for videre analyse.

3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet til måleinstrumentene viser om målingene er konsistente og nøyaktige nok ([Midtbø, 2007](#)). Reliabiliteten til skalaer kan bli målt på to ulike måter. Den ene er test-retest reliabilitet for å måle hvor stabile målingene er dersom de blir gjentatt etter et visst tidsrom. Den andre er å måle den interne konsistensen av en skala ([Midtbø, 2007](#)). Med intern konsistens menes at alle spørsmålene måler det samme fenomenet eller begrepet. Et av de vanligste målene på dette er Cronbachs' Alfa koeffisient, som gir et bilde av sammenhengen mellom de ulike spørsmålene i den aktuelle skalaen ([Kline, 1993](#); [Pallant, 2010](#)).

Reliabilitetsanalysen startet ved å snu skåren til de variablene som var lagt inn med negativ spørsmålsformulering, slik at høyt skår alltid ble positivt. Analysen er å finne i sin helhet i vedlegg 10. Empowerment-skalaen i oppgaven besto av åtte spørsmål. Når alle åtte spørsmålene var lagt inn ble Cronbach's Alpha på 0,621. Dette er for lavt til å kunne tillegge skalaen en god reliabilitet. Anbefalt grense for god reliabilitet er $> 0,7$ ([Kline, 1993](#); [Pallant, 2010](#)). Siden dette er en liten skala, antall spørsmål er færre enn ti, kan det være vanskelig å oppnå en tilfredsstillende Cronbach's Alpha. Derfor kan man se på avstanden mellom høyeste og laveste interne korrelasjon ([Pallant, 2010](#)). I dette tilfelle var heller ikke denne verdien tilfredsstillende. Den var 0,738. Den optimale avstanden mellom høyeste og laveste korrelasjon er anbefalt fra 0,2 til 0,4 ([Pallant, 2010](#)). Siden skalaens reliabilitet ikke var tilfredsstillende, var det aktuelt å vurdere å fjerne noen av spørsmålene som viste lavest korrelasjon. [Pallant \(2010\)](#) anbefaler at man bør vurdere å fjerne de som har en «Corrected Item-Total Correlation» under 0,3. I følge den anbefalingen hadde tre av spørsmålene (beskrevet i vedlegg 10) så lav intern konsistens at de burde utelukkes fra analysen. De fem gjenværende spørsmål lagt inn i en ny reliabilitetsanalyse som viste at Cronbach's Alpha var 0,638 og fortsatt for lav til å vise en god reliabilitet. Avstanden mellom høyeste og laveste korrelasjon var 0,646 og dermed fortsatt for høy. To av spørsmålene hadde en Cronbach's Alpha under 0,3 og reliabiliteten var antatt å øke dersom man også fjernet de to spørsmålene (vedlegg 10).

Ved å reduserer skalaen ytterligere med de to spørsmålene, ble det kun tre spørsmål igjen. Men med dette ble kriteriene for god reliabilitet oppfylt. Cronbachs' Alpha er 0,779. Avstanden mellom høyeste og laveste korrelasjon er på 0,297 har kommet innenfor de nevnte kriteriene (0,20 – 0,40) for en skala med god reliabilitet. Tabell 3.3 oppsummerer verdiene fra reliabilitetsanalysen.

Tabell 3.1 Tabell over reliabilitetsanalyse av empowermentskala

Antall spørsmål	Cronbachs' Alfa	Avstanden mellom høyeste og laveste interne korrelasjon
8	0,621	0,738
5	0,638	0,646
3	0,779	0,297

Empowerment-skalaen har under denne reliabilitetsanalysen blitt vesentlig forkortet. Det gjør at den ikke lenger representerer de fem aspektene som tidligere beskrevet. Hensynet til reliabilitet er derimot oppfylt. Få, men pålitelige, variabler gir mer mening og substans til undersøkelsen, enn mange mindre pålitelige variabler ([Midtbø, 2007](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#)). Hvorvidt de tre gjenværende spørsmålene er et gyldig mål på empowerment, vil bli et av temaene i diskusjonen.

Skalaen som måler Helse, og skalaen som måler Rollekonflikter, har blitt validert fra før. Det vil si at andre har kontrollert at de faktisk måler det de skal måle ([Midtbø, 2007](#)). Men siden skalaen om Rollekonflikter har blitt oversatt til norsk og ikke tidligere vært validert i den utgaven, gjorde jeg en reliabilitetstest (se vedlegg 11). Skalaen viste seg å ha en Cronbach's Alpha på 0,611 og avstanden mellom høyeste og laveste korrelasjon som var på 0,455. Den amerikanske testen studiet var hentet fra referert til Cronbach's alpha på 0,77 for mødre og 0,78 for fedre ([Costigan et al., 2003](#)). Den norske varianten viste altså en svakere Cronbach's alpha. Analyse programmet viste at reliabiliteten ikke ville bli vesentlig bedre av å fjerne den svakeste variabelen (vedlegg 11). I undersøkelsen der måleinstrumentet er hentet fra, ble reliabiliteten testen både på menn og kvinner ([Costigan et al., 2003](#)). Dette ble derfor forsøkt i denne studien og. Reliabiliteten noe bedre av å kjøre en test på menn, men testen på kvinner viste derimot

en lavere Cronbach's alpha (vedlegg 11), Den interne konsistensen var lavere enn ønsket, men Cronbach's alpha over 0,600 har tidligere blitt referert som tilfredsstillende ([Kline, 1993](#); [McKinley, Manku-Scott, Hastings, French, & Baker, 1997](#)).

Reliabilitetstesten på den avhengige variabelen Helse var meget god med en Cronbach's Alpha på 0,812 ([Pallant, 2010](#)). Avstanden mellom høyeste og laveste korrelasjon var 0,216 (vedlegg 12). Denne skalaen var som tidligere nevnt oversatt til norsk og validert fra før.

3.6.2 Opprettelse av nye variabler

Ved utarbeidelsen av spørreundersøkelsen ble det lagt vekt på at flest mulig av svarene skulle være målbare på intervallnivå som kontinuerlige variabler. Slik at de kan brukes i regresjonsanalyse. For de nominale variablene kjønn, nasjonalitet, religion, sivil status og bolig, ble det laget dummy-variabler. I denne studien er verdiene derfor enten målbare på intervallnivå som kontinuerlige variabler, eller lagt inn som dummy variabler (diktome). Variablene fyller derfor kriteriene for å kunne bruke lineær regresjonsanalyse ([Pallant, 2010](#)).

De variablene som var snudd slik at høye tall signaliserte negativ effekt, ble kodet om så alle variablene gikk fra lavt til høyt, der høye tall var positivt. Alle rollekonfliktvariablene ble lagt sammen til en ny total rollekonfliktvariabel som fikk navnet Rollekonflikt. Det samme ble gjort i studien der rollekonfliktspørsmålene ble hentet fra ([Costigan et al., 2003](#)).

Med bakgrunn i reliabilitetstesting i forrige avsnitt ble de tre gjenværende empowerment spørsmålene lagt sammen til en empowerment variabel som fikk navnet Empowerment. Det kunne vært aktuelt å vekte spørsmålene utfra hvilke aspekt de representerte, men det forelå ingen retningslinjer for dette fra de som utviklet skalaen ([Rogers et al., 1997](#)). De tre spørsmålene ble derfor summert til en hovedvariabel.

De fem helsespørsmålene ble lagt sammen til en ny helsevariabel: Helse. Retningslinjene fra WHO for bruk av skalaen sier at skalaen skal summeres for å få en total score ([WHO, 1998](#)).

3.6.3 Bearbeiding av innkomne svar

Det er ikke ønskelig at noen ekstreme resultater (outliers) skal forstyrre analysen. Ekstreme resultater er med å påvirke gjennomsnittet den ene eller andre veien. SPSS reduserer derfor «outliers» med 3 standardavvik. Det er heller ikke ønskelig at de som ikke har svart på et spørsmål skal bli utelatt fra resten av analysen. SPSS blir derfor bedt om å ekskludere «cases pairwise» ([Pallant, 2010](#)).

3.6.4 Korrelasjoner

Forutsetningene for å kunne bruke Pearsons R som mål på korrelasjon er at variablene er målbare på intervallnivå og at de sammenhengene som ikke er lineære enten er logaritmisert eller lagt inn som dummy variabler ([Pallant, 2010](#)). Dette vil vi komme nærmere tilbake til i kapittel 4.3.

Pearsons R er et mål på korrelasjonen i lineære bivariate sammenhenger. For å forstå Pearsons R, er det nyttig å begynne med kovariansen. Kovariansen blir regnet ut fra avvikene mellom de aktuelle variablenes verdi og deres gjennomsnitt. Kovariansen er summen av avvikene dividert på antallet minus 1. Den forteller oss retningen på sammenhengen, om den er positiv eller negativ ([Midtbø, 2007](#)). Pearsons R er en standardisering av kovariansen. Standardiseringen skjer ved at kovariansen blir dividert med standardavviket. Denne standardiseringen gjør at man ikke bare får vite retningen på sammenhengen, men også styrken. Pearsons R er slik sett et mål på hvor sterk sammenhengen er i lineære bivariate regresjoner. Den viser hvor mye positivt eller negativt den avhengige variabelen korrelerer med den enkelte uavhengig variabel ([Midtbø, 2007](#)).

I en multivariat regresjonsanalyse er Beta en markør for hvordan den avhengige variabelen blir påvirket. Beta er en standardisert koeffisient som viser hvor mye hver

enkelt av de uavhengige variablene påvirker den avhengige, når de andre uavhengige variablene holdes konstant ([Midtbø, 2007](#)). Variablene i denne modellen er sammenlignbare fordi skalaene er målbare på samme nivå (intervallnivå). Skalaene er derimot forskjellige. Vi bruker derfor den standardiserte Coeffisienten (Beta) for å se styrken på sammenhengen. Standardiseringen gjør at korrelasjonene til de ulike variablene kan sammenlignes selv om de kommer fra skalaer som er forskjellige ([Pallant, 2010](#)).

3.6.5 Multikolaritet

Multikolaritet er et mål på om variablene korrelerer for mye, det vil si om man faktisk måler nesten det samme to ganger eller om sammenhenger er innlysende og dermed veldig sterk. Multikolaritet kan forstyrre analysen. Det gir høye korrelasjoner og denne korrelasjonen kan skygge over andre viktige korrelasjoner. Man må derfor eventuelt ta den variabelen som viser multikolaritet ut av analysen ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Singularity kan oppstå ved at man måler det samme med to variabler. Analysen blir derfor «smalere» enn det den gir uttrykk for i forhold til antall variabler. Dersom jeg for eksempel hadde lagt inn den totale Empowerment variabelen og i tillegg hadde lagt inn ett av de inkluderte empowermentspørsmålene sammen med en annen variabel, hadde jeg hatt to variabler. Men jeg hadde målt det samme to ganger (singularity). Følgelig hadde korrelasjonen blitt høy. Og som ved multikolaritet kunne det skygget over andre sammenhenger og forstyrret analysen ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)). For å sjekke for singularity og multikolaritet kan man gjøre bivariate analyser av alle variablene. Dette vil bli vist eksempler på i kapitel 4.

3.6.6 Valg av signifikansnivå

Ved regresjonsanalyse kan man aldri være 100 prosent sikker på at de resultatene man får gjenspeiler virkeligheten. Dersom man hadde trukket et annet utvalg, enn det som er gjort, kan det være at resultatene ville vært annerledes ([Midtbø, 2007](#)). For å gjøre rede for usikkerheten ved en studie, velger man et signifikansnivå. Signifikansnivået sier

med hvor stor sikkerhet man kan si at resultatene er gyldige for den gitte populasjonen. Et annet uttrykk for dette er konfidensintervall. Konfidensintervall referer til en tenkt gjentakelse av undersøkelsen. Dersom man konstruerer et 95 prosent konfidensintervall, vil intervallene variere for alle undersøkelsene, men dersom man utfører undersøkelsen mange ganger, vil til slutt 95 prosent av intervallene dekke den sanne verdien ([Aalen, 1999](#); [Midtbø, 2007](#)). Konfidensintervallet angir usikkerheten til verdiene som blir estimert ved analysen. Det er grunnlaget for om en hypotese blir forkastet eller ikke ([Aalen, 1999](#)).

Det er derfor alltid en fare for at man forkaster en nullhypotese som er korrekt, eller beholder en nullhypotese som er feil. Det er tradisjon for at det er alvorligere å avvise en nullhypotese som er korrekt enn å beholde en nullhypotese som er feil. I vårt tilfelle innebærer det at det er alvorligere å avvise at det ikke er en korrelasjon, altså å konkludere med at det er en korrelasjon mellom Empowerment eller Rollekonflikter og Helse enn å godta at det ikke er en korrelasjon. Derfor ønsker man å sette signifikansnivået lavt. Da er det mindre sannsynlig å konkludere med at det er en korrelasjon i de tilfeller der det faktisk ikke er en korrelasjon. I samfunnsvitenskapelige tester er det vanlig å velge et signifikansnivå på 1, 5 eller 10 prosent. I denne oppgaven legges signifikansnivået på 5 prosent. Det vil si at i 5 prosent av tilfellene vil man kunne avvise en nullhypotese selv om den skulle være korrekt ([Midtbø, 2007](#)). I analysen blir signifikantnivået ofte presentert som p-verdi. En p-verdi på 0,05, tilsier et signifikansnivå på 5 prosent ([Midtbø, 2007](#)).

3.6.7 Normalfordeling

I regresjonsanalyse er det interessant å se om skåren på variablene er normalfordelte. Normalfordeling er et mål i seg selv i forhold til representativitet, det vil eventuelt avsløre om noen grupper av respondenter er overrepresenterte. Dette vil bli vist ved den univariate analysen. Test av normalfordeling er også viktig i analysen av residualleddene. Residualleddene er differansen mellom det faktiske og det estimerte skåret. Dersom residualleddene er normalfordelte antyder det at sjansen for at eventuelle variabler som ikke blir målt, mulige feilkilder som man ikke vet om, også er

normalfordelt og vil derfor ikke forstyrre analysen (Tabachnick & Fidell, 2006). Normalfordelingen av residualleddene vil bli presentert på slutten av hver analyse.

3.6.8 Framgangsmåte regresjonsanalyse

Multipel lineær regresjonsanalyse kan gjøres på tre ulike måter, standard regresjonsanalyse, stegvis regresjonsanalyse og hierarkisk regresjonsanalyse. Det er ikke likegyldig hvilken måte man bruker. Rekkefølgen på hvordan variablene kommer inn i analysen bestemmer hvor mye av den avhengige variabelen de får forklare.

Ved standard regresjonsanalyse legges alle variablene inn samtidig. Dermed får alle variablene like stor mulighet til å forklare den avhengige variabelen. Det kommer derimot ikke fram hvordan variablene kan overlape hverandre. Variablene kan derfor bety mer enn det som kommer fram ved første analysetrinn. Av den grunn blir variablene tatt ut en og en etter hvor svak sammenhengen er og hvor lite viktig den dermed ser ut til å være. Til slutt sitter man optimalt sett igjen med noen få, viktige variabler. Da kan det være nyttig å på nytt prøve å legge inn noen av de variablene som ble tatt ut først, for å se om de nå likevel har en sterk sammenheng som ble skjult av overlapping fra nå utgåtte variabler. En sterk modell er en modell der den avhengige variabelen blir forklart av få uavhengige variabler med sterke sammenhenger ([Midtbø, 2007](#); [Pallant, 2010](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Ved hierarkisk regresjonsanalyse er det den som analyserer som bestemmer hvilke variabler som skal inn først. Variablene legges inn en etter en eller i grupper på flere. Den eller de variablene som blir entret først får dermed lov til å forklare mest av den avhengige variabelen. De tillegges eventuell overlapp med senere variabler. De variablene som kommer etterpå, får etter tur forklare det som er igjen. Dersom variabler skulle overlape, vil ikke det komme fram. Den siste innlagte variabelen kan derfor korrelere svakere enn om den hadde blitt lagt inn først. Den som analyserer bestemmer rekkefølgen ut fra teoretiske kunnskaper. Denne framgangsmåten er derfor ofte brukt for å teste ut teorier ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Ved stegvis regresjonsanalyse er det analyse programmet som bestemmer hvilke variabler som får bli med i analysen først. Programmet vil da velge den første variabelen ut fra statistiske kriterier (for eksempel den med høyest signifikansnivå), og deretter legge inn de andre etter de gjeldene statistiske kriteriene. Det er ikke uproblematisk for programmet kjenner ikke til den teoretiske sammenhengen. Sterke, innlysende sammenhenger kan for eksempel bli lagt inn først og kamuflere for mindre sterke, men kanskje enda viktigere og interessante sammenhenger, som ikke er så signifikante. Denne metoden er relevant i forhold til det å lage hypoteser, som igjen kan bli testet mot teoretiske kunnskaper og manuelle framgangsmåter ([Midtbø, 2007](#); [Pallant, 2010](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

3.6.9 Gjennomgang av egen framgangsmåte.

Med bakgrunn i teorien om regresjonsanalyse ovenfor, valgte jeg standard regresjonsanalyse. Alle variablene vil derfor bli lagt inn først, og så vil jeg ta dem ut etter hvor lite signifikante de viser seg å være, med bakgrunn i p-verdier og modellens forklaringskraft ([Veierød, Lydersen, & Laake, 2012](#)). Først vil jeg imidlertid starte med univariate beskrivende analyser av populasjonen for å bli kjent med de sosioøkonomiske forholdene. Med bakgrunn i dette, kan jeg se på hvorvidt dataene er normalfordelt og om de er representative for den aktuelle populasjonen. Deretter vil jeg se på variablene i prikkdiagrammer for å se hvorvidt de er lineære i forhold til den avhengige variabelen Helse.

3.6.10 Modellens forklaringskraft

For hvert analysetrinn gir analyseprogrammet en oppsummering av hvor god den aktuelle modellen er, målt i hvorvidt de inkluderte uavhengige variablene forklarer den avhengige variabelen. I hvilken grad de uavhengige variablene forklarer den avhengige blir målt ut fra R^2 . R^2 er Pearsons R multiplisert med seg selv. Den kan aldri bli større enn 1 (siden Pearsons $R = 1 < 1$). 1 er derfor 100 %. Når flere variabler blir lagt til i analysen vil R^2 stige dersom de korrelerer med den avhengige variabelen, den totale korrelasjonen øker. R^2 blir derfor høyere på grunn av at det er mange variabler med i analysen, men det gjør ikke nødvendigvis modellen noe bedre. R^2 kan derfor være falskt

høy med mange variabler. Variablene som korrelerer med hverandre forklarer i realiteten ikke mer av den avhengige variabelen. Store modeller skjuler ofte effekter istedenfor å avsløre dem ([Midtbø, 2007](#)). En annen svakhet med R^2 er at små utvalg har en tendens til å vise sterke, men kanskje ikke så signifikante sammenhenger. Siden R^2 er Pearsons R multiplisert med seg selv, vil høy Pearsons R gi høy R^2 uavhengig av p verdien altså hvor signifikante variablene er. For å få et mer korrekt bilde på hvor god modellen er, brukes derfor "Adjusted R^2 ". Adjusted R^2 blir justert ned etter antall forklaringsvariabler og størrelsen på utvalget. Adjusted R^2 er derfor det mest pålitelige målet på hvor god modellen er ([Midtbø, 2007](#)).

Vi kan også se på hvor god modellen er ved å se på "Std. Error of the Estimate". Den viser standardfeilen til regresjonslinjen. Er det liten spredning på verdiene i forhold til regresjonslinjen blir standardfeilen lav, og modellen fungerer bra. Av konkurrerende modeller foretrekkes den modellen med lavest standardfeil ([Midtbø, 2007](#)).

4 Resultater

4.1 Univariante analyser av sosioøkonomiske data

4.1.1 Fordeling av kjønn:

Andelen kvinner med i studien var 60,3 %, andelen menn 39,7 %.

4.1.2 Etnisitet

Andelen informanter født i Norge er 71,4 %. Andre land er representert med henholdsvis: Polen: 4 %, Sverige: 3,2 %, Afghanistan, Argentina, Bangladesh, Pakistan og Tyrkia: 1,6 % og de øvrige landene 0,8 %. Kun to av informanter var født i Norge, og hadde foreldre som var født i andre land.

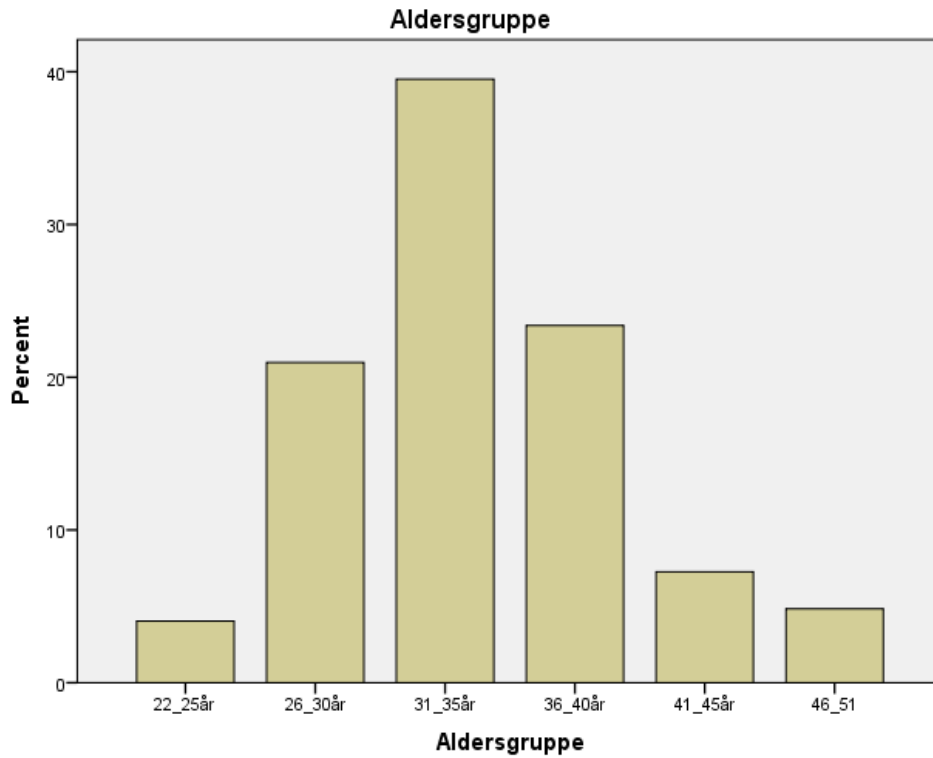
4.1.3 Alder på barn og antall barn

Gjennomsnittlig alder på yngste barn (og eneste barn for de som har et barn) er 1,8 år. Gjennomsnittlig alder for nest yngste barn er 4,8 år. Alder på barn har vist å være en disponert for stress hos foreldrene ([Marianne Skreden et al., 2012](#)). I denne undersøkelsen har derimot alle foreldrene små barn.

Andelen familier med ett barn var 52,4 %, andelen med to barn var 37,7 %. Trebarnsforeldre og firebarnsforeldre var kun representert med henholdsvis 7,1 % og 3,2 %.

4.1.4 Alder

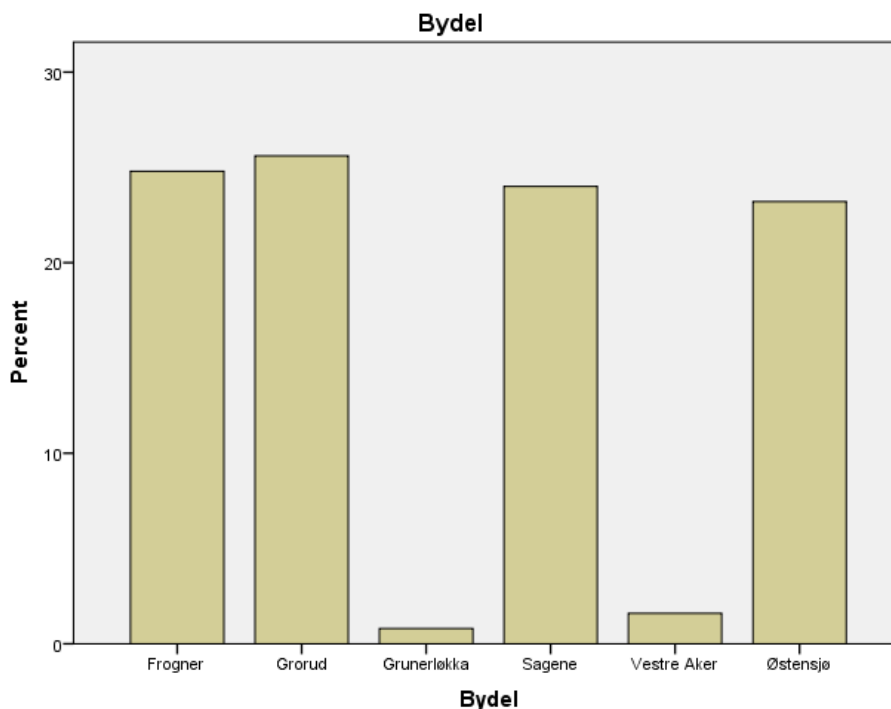
Deler man informantene inn i aldersgrupper er fordelingen som følger:



Figur 4.1 Informantenes alder

Her ser man at aldersgruppen 31-35 år er best representert, Dette er godt forenelig med tall fra medisinsk fødselsregister, der flest mødre og fedre ved barnefødsel er mellom 30-34 år i Oslo ([Epidemiologi, 2013](#)). Vår studie måler alderen et år senere da barnet har fylt et år.

4.1.5 Fordeling fra de ulike bydelene:



Figur 4.2 Andel informanter fra ulike bydeler

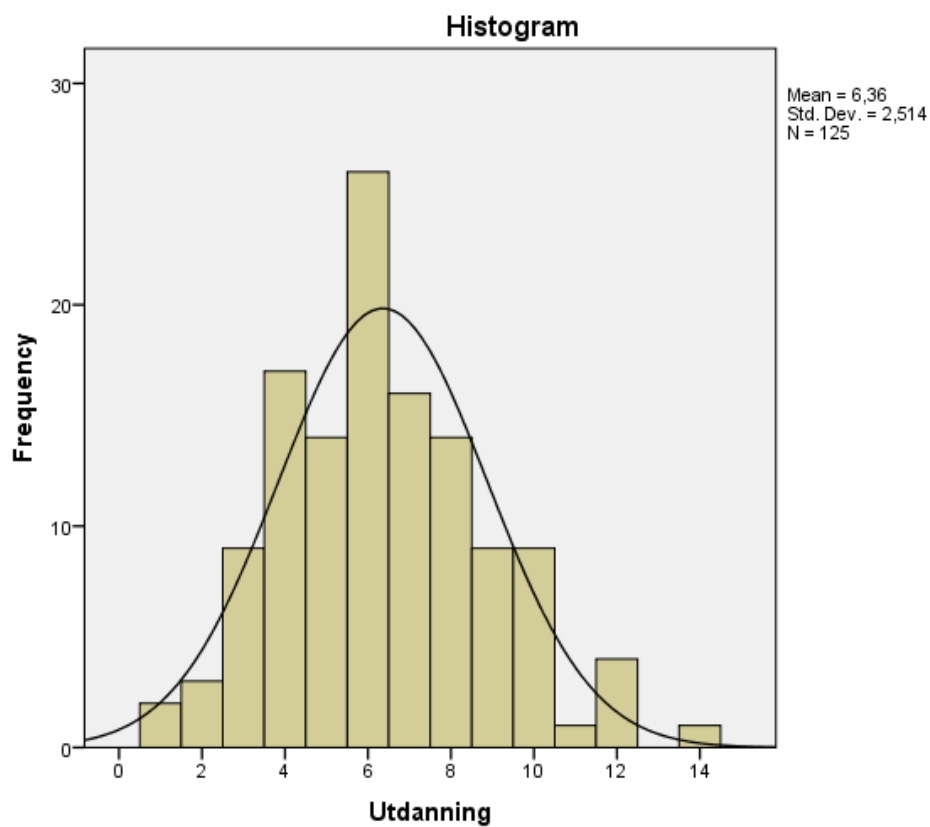
Stolpediagrammet viser at Frogner var representert med 24,8 %, Grorud 25,6 %, Grunerløkka 0,8 %¹, Sagene 24 %, Vestre Aker 1,6 %² og Østensjø 23,2 % av respondentene.

Frogner, Grorud, Sagene og Østensjø er tilnærmet likt fordelt i studien. Siden disse bydelene representerer ulike sosioøkonomiske grupper (se figur 3.1) er det med på å øke sannsynligheten for et representativt bilde av småbarnsforeldrene i Oslo.

¹ Vedkommende kan ha ment Grorud siden avkrysningsfeltet lå «litt midt i mellom» bydelsalternativene (se vedlegg) og personen ble rekruttert fra Grorud.

² To svarte at de bodde i Vestre Aker, siden de ble rekruttert fra Frogner kan det skyldes flytting, men at de valgte å holde seg til den «gamle» helsestasjonen.

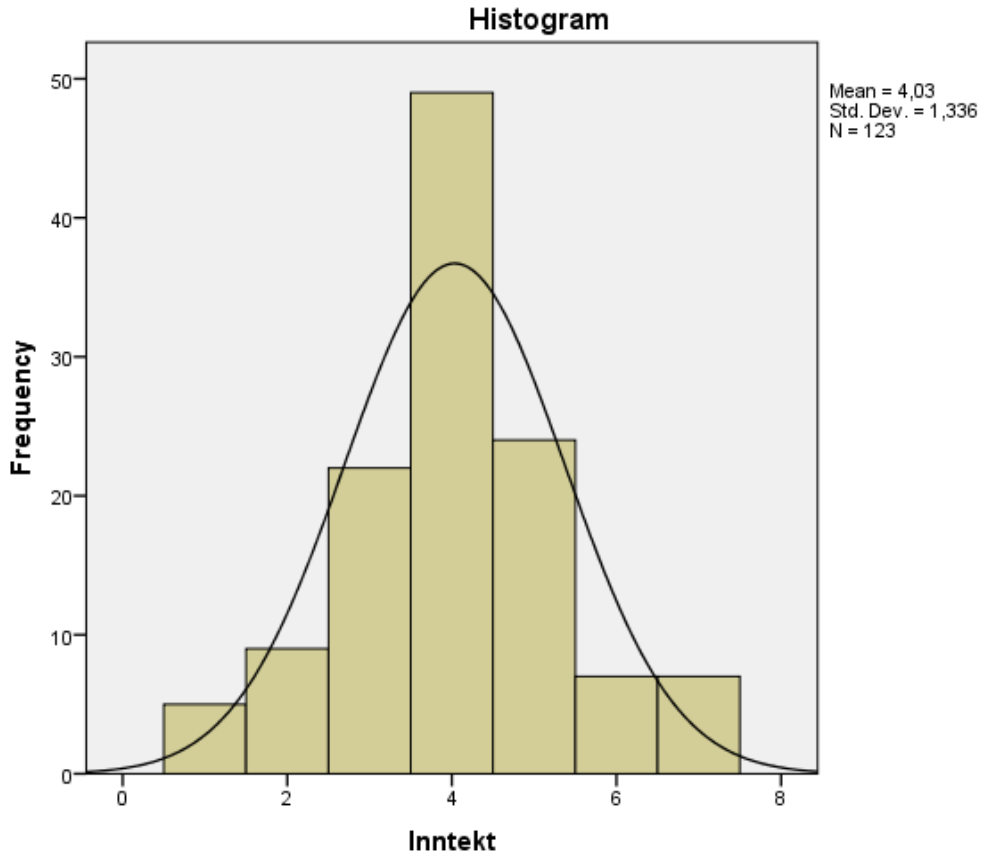
4.1.6 Utdanning



Figur 4.3 Antall år utdanning utover ungdomsskolen

Utdanning er målt i antall år utover ungdomsskolen. Vi ser at flest har seks års utdanning utover ungdomsskolen, noe som tilsvarer en bachelor. Utdanning er relativt normalfordelt, og dermed er utvalget representativt for denne populasjonen med hensyn til utdanning

4.1.7 Inntekt



Figur 4.4 Brutto inntekt siste år i husholdningen

Søyle en representerer en brutto årsinntekt på 0-199.999 NOK, søyle to: 200-399.999 NOK, søyle tre: 400-599.999 NOK, søyle fire: 600-899.999 NOK, søyle fem: 900-1.199.999 NOK, søyle seks: 1.200-1.499.999 NOK og søyle 7: over 1.500.000 NOK.

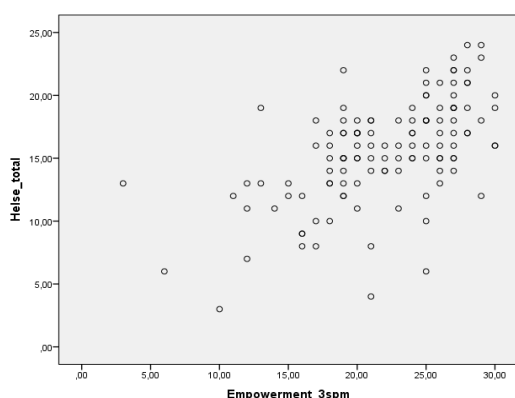
Inntektssøyle nr. 4 (NOK 600-899.999) er medianen i vår studie. Dette stemmer med tall fra Oslo kommune som viser at median inntekten for husholdninger bestående av par med barn under 18 år var 685.000 NOK brutto i 2011 ([Kjørven & Lea, 2011](#)).

4.2 Representativitet og normalfordeling i studien

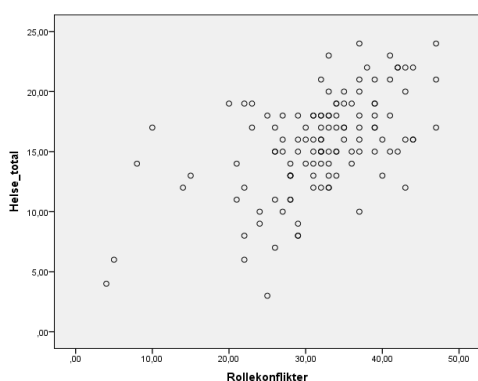
I forrige kapittel ble det vist at alder til foreldrene stemte overens med data fra Norsk fødselsregister ([Epidemiologi, 2013](#)). Gruppen med informanter i denne studien er derfor ikke spesielt unge eller gamle i forhold til gjennomsnittsalderen til småbarnsforeldre i Oslo som er registrert i fødselsregisteret. Medianinntekten, den vanligste inntekten oppgitt i denne studien, sammenfaller med opplysninger fra Oslo kommune om en medianinntekt for husholdninger med barn ([Kjørven & Lea, 2011](#)). Vi kan derfor si at alderen, og det klart vanligste inntektsnivået til informantene i denne gruppen, sammenfaller med data fra pålitelige kilder om foreldre i Oslo. Dette er et godt utgangspunkt for analysen videre. Ser man på histogrammet som presenterte lønn og utdanning har det en klokkeformet fasong. Denne fasongen er kjennetegnet på at spredningen til en verdi er normalfordelt i befolkningen ([Ringdal, 2013](#)). Bruker vi inntekt som eksempel, ser vi at klart flest småbarnsforeldre har et inntektsnivå som sammenfaller med søyle nummer fire i histogrammet. Deretter fordeler inntektsnivået seg utover på begge sider, med omtrent like mange som har høyere eller lavere inntekt enn det vanligste inntektsnivået. At de nevnte variabler er normalfordelte er som nevnt i metodekapittelet, viktig i forhold til representativitet. Disse resultatene tyder på at utvalget av respondenter er representative for den populasjonen de tilhører.

4.3 Linearitet mellom variablene

I multivariat analyse er det viktig å vite hvordan variablene forholder seg til hverandre for å kunne velge riktige analyseverktøy. Pearsons R måler som nevnt bare hvordan variablene forholder seg til hverandre på en linje ([Tabachnick & Fidell, 2006, p. 83](#)). Lineære sammenhenger mellom to variabler kan vises ved bivariat prikkdiagram, der prikkdiagrammet skal være ovalt og «blad formet» dersom begge variablene er normalfordelt og lineært i relasjon til hverandre. Dersom punktene er tett samlet, kan man forvente en sterkere sammenheng enn om punktene er mer spredt ([Pallant, 2010](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#)). På neste side vises prikkdiagrammene mellom variablene i null-hypotesene våre.



Figur 4.5 Helse og Empowerment, prikkdiagram



Figur 4.6 Helse og Rollekonflikter, prikkdiagram

Prikkdiagrammene viser sammenhengen mellom Helse og Rollekonflikter og Helse og Empowerment. I begge diagrammene kan man antyde en oval «blad form» (homoscedasticity), som tilsier at verdiene er normalfordelte. Ingen av diagrammene er spisset på diagonalt av «bladformen» slik at man mistenker at den ene variabelen ikke er lineær (heteroscedasticity). Heteroscedasticity kan føre til feil i den multivariate analysen. Et eksempel på det er at dersom rollekonfliktene hadde vært betydelig høyere blant de med middels helse, hadde variablene en kurveformet utvikling. Prikkdiagrammene viser derimot at begge hypotesene har lineære sammenhenger. Man ser også at variablene er positivt relatert til hverandre siden de «peker oppover» (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2006). Variabelen Inntekt viste seg ved et prikkdiagram å ikke være lineær i forhold til Helse. Inntekt ble derfor logaritmisert.

4.4 Testing av hypotese I

Første steg er å se på hvilke variabler som blir regnet som potensielle bakgrunnsvariabler. Noen av variablene som ble inkludert i spørreskjemaet, ble ikke tatt med i analysen: Variabelen Bydel ble ikke tatt med videre i analysen med bakgrunn i NSD sitt råd om å slette denne variabelen for å sikre anonymitet. Variabelen Bolig ble heller ikke inkludert da den ble ansett som for lite spesifikk. Det gjaldt også Religion, som viste seg også å være for lite presis. De andre variablene ble lagt inn i den bivariate analysen, og variablene som korrelerte signifikant med den avhengige variabelen var aktuelle å ha med videre i regresjonsanalysen. Tabellen nedenfor viser resultatene fra den bivariate analysen.

Tabell 4.1 Bivariat analyse med Helse I

Variabler	Pearsons R	p verdi
³ Kjønn	-0,112	0,11
Alder	-0,067	0,232
Født i Norge	0,116	0,101
Antall barn	-0,005	0,479
Alder1 barn	0,061	0,255
Alder 2 barn	-0,029	0,418
Barn med spesielle behov	-0,167	0,033
Utdanning	-0,008	0,467
⁴ Arbeidssituasjon	0,086	0,194
Partners Arbeidssituasjon	0,121	0,134
Barselsperm	0,07	0,223
Barselsperm partner	0,032	0,362
Inntekt	0,274	0,001
Sivilstatus	-0,62	0,495

³ For å måle betydningen av kjønn, ble menn og kvinner lagt inn som dummyvariabler. Det er kvinner som her viser seg å slå svakt negativt ut.

⁴ Arbeidssituasjon ble målt ved at informantene ble spurt om hvor mange timer de jobbet ukentlig, og hvor mange timer partneren jobbet. Dette ble i analysen lagt inn som dummyvariabler, der verdien 1 er de som jobbet 35 timer i uka eller mindre, og verdien 2 er de som jobbet 35,5 timers uker eller mer. 35,5 ble satt som grense, da det er full tid for dem som jobber turnus. Variabelen prøver på denne måten å fange opp om betydningen av eventuelt å jobbe redusert.

Den bivariat analysen viser hvor mye hver enkelt potensielle bakenforliggende variabel korrelerer med den avhengige variabelen Helse. Første kolonne viser Pearsons R, andre kolonne viser p-verdien. For at en variabel skal ha signifikant betydning som en bakenforliggende variabel, setter vi grensen på et signifikansnivå $< 0,20$. Romslige inklusjonskriterier gjør at variabler som kan ha indirekte eller direkte betydning for andre variabler blir inkludert ([Veierød et al., 2012](#)).

I tabellen ser vi at variablene Alder, Antall barn, Alder på barn, Utdanning, Barselsperm og Sivilstatus (i denne sammenheng gift/samboer), ikke var tilfredsstillende signifikante. Kjønn, Født i Norge, Barn med spesielle behov, Arbeidssituasjon, Partners arbeidssituasjon og Inntekt har en p-verdi lavere enn 0,2 og er derfor innenfor valgte kriterier for signifikansnivå. For at en variabel skal være potensielt bakenforliggende, må den være med å påvirke både den uavhengige og avhengige variabelen. I forhold til den første analysen der den eventuelle sammenhengen mellom Helse og Empowerment skal undersøkes, er det sannsynlig at variablene Kjønn, Født i Norge, Barn med spesielle behov, og Inntekt kan ha innvirkning på begge variablene. De må derfor tas med i analysen som en bakenforliggende variabel.

Vi skal nå gjøre en multivariat analyse og se på forholdet mellom Helse og Empowerment. Den multivariate analysen begynner med at alle de potensielt signifikante bakgrunnsvariabler blir lagt inn som uavhengige variabler, sammen med Empowerment, til den avhengige variabelen Helse. Videre i analyseprogrammet valgte jeg med utgangspunkt i anbefalinger fra [Pallant \(2010\)](#), et konfidensintervall på 95 %, å ekskludere verdier som avviker mer enn tre standard avvik, og at verdier som var utelatt skulle bli ekskludert parvis.

En oppsummering av analysen, standard lineær regresjonsanalysen, er fremstilt i tabellen nedenfor. De uavhengige variablene blir ekskludert utfra hvor lite de forklarer og signifikansnivå. Hypotesen blir slik testet med å ta høyde for alle de signifikante bakgrunnsvariablene ([Midtbø, 2007](#); [Tabachnick & Fidell, 2006](#); [Veierød et al., 2012](#)).

Tabell 4.2

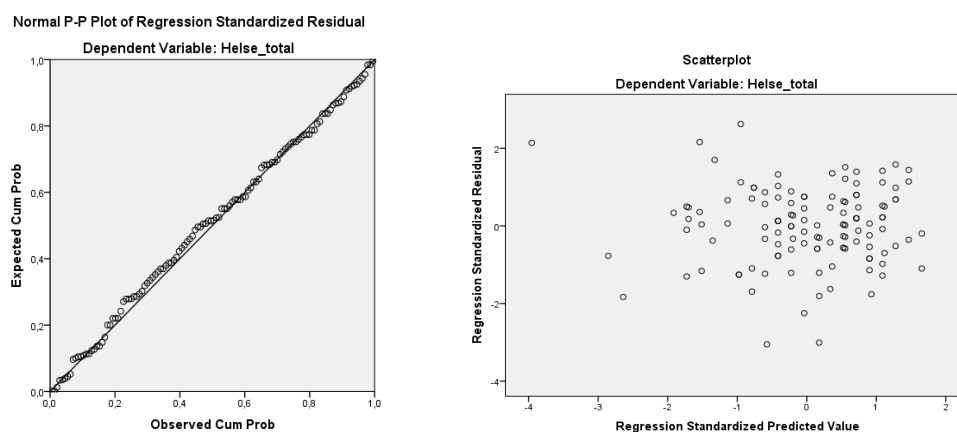
Regresjonsanalyse, Hypotesetesting av eventuell korrelasjon Helse-Empowerment

Variabler	Analyse trinn 1		Analyse trinn 2		Analyse trinn 3		Analyse trinn 4		Analyse trinn 5	
	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi
Barn med spesielle behov	-0,036	0,650							-0,025	0,749
Kjønn	-0,04	0,600	-0,035	0,643						
Inntekt	0,106	0,189	0,105	0,192	0,107	0,179				
Født i Norge	0,121	0,121	0,121	0,121	0,118	0,126	0,145	0,051		
Empowerment	0,554	0,000	0,554	0,000	0,558	0,000	0,586	0,000	0,573	0,000
Modellens forklaringskraft	34,00 %		34,50 %		34,90 %		34,50 %		34,20 %	

Ut fra tabellen ovenfor ser vi at variabelen Barn med spesielle behov har en svak og lite signifikant korrelasjon med Helse. Følgelig blir den tatt ut etter første analysetrinn. Deretter blir variabelen Kjønn tatt ut og så variabelen Inntekt. Hvorvidt man er født i Norge er derimot viktig, variabelen kommer nesten innenfor et signifikansnivå på 5 % i analysetrinn fire. I siste analysetrinn blir Barn med spesielle behov lagt til igjen, for å se om Inntekt muligens kunne ha skygget over denne variabelen. Det viser seg derimot ikke å være tilfelle. Barn med spesielle behov korrelerer ikke signifikant med Helse og påvirker ikke Empowerment til tross for at Inntekt ikke er med.

I tabellen ser vi at Modellens forklaringskraft varierer lite (mellom 34,0 % og 34,9 %). Den er på sitt laveste i første og siste analyse trinn. Modellens forklaringskraft er hentet fra verdien «Adjusted R²». Denne verdien forteller oss hvor mye av den avhengige variabelen Helse som blir forklart ut fra de uavhengige variablene. Vi ser at Empowerment forklarer mye av variabelen Helse. Neste analysetrinn hadde vært en bivariat analyse. Empowerment korrelerer med Helse i en regresjonsanalyse der aktuelle bakgrunnsvariabler har blitt tatt høyde for. For å kunne bedømme gyldigheten av resultatet, skal vi se på residualleddene. Vi ser på residualleddene fra analysetrinn fire. Residualleddene er differansen mellom den faktiske verdien til den avhengige variabelen og verdien som blir estimert ([Tabachnick & Fidell, 2006, pp. 125-127](#)). Det

er ønskelig å predikere en sammenheng mest mulig eksakt, men det vil alltid være residualledd fordi sammenhengene i dette fagområdet ikke er absolutte. Dersom de avviker mye fra regresjonslinjen, tyder det på at det er viktige variabler i sammenhengen som vi ikke fanger opp i analysen. Residualleddene vil også kunne avsløre om det har vært unøyaktigheter i datainnsamlingen, for eksempel upresise svaralternativer eller feilkoder, også kalt målefeil ([Midtbø, 2007](#)).



Figurer 4.7 Fordeling av residualleddene, hypotesetesting I

På diagrammet til venstre ønsker man å se at residualleddene fordeler seg langs den diagonale linjen som er den estimerte verdien til den avhengige variabelen Helse. Det gjør de. På det andre prikkdiagrammet ønsker man å se at verdiene er konsentrert i midten og fordelt utover «rektangulært» ([Pallant, 2010](#)). På det diagrammet er det noen avvikene verdier. De er imidlertid fordelt jevnt utover fra der majoriteten av verdiene er sentrert. Restleddene viser seg å være normalfordelte. Dette styrker troverdigheten til analysen og det er derfor grunn til å besvare den første null hypotesen.

Vi kan derfor avvise nullhypotesen: *Empowerment korrelerer ikke med Helse.*

Og står tilbake med den alternative hypotesen: *Empowerment korrelerer med Helse.*

Analysen viser at Empowerment har en positiv korrelasjon med Helse når variablene Kjønn, Alder, Født i Norge, Barn med spesielle behov, Utdanning og Inntekt er kontrollert for. P-verdien for Empowerment er 0,000, som vil si at det er mindre enn 0,005 % sannsynlig at resultatet framkom ved en tilfeldighet.

4.5 Testing av hypotese II

Vi skal gå videre til den andre nullhypotesen og se på korrelasjonen mellom Rollekonflikter og Helse. I denne analysen er det ønskelig å ikke inkludere de som er hjemme i barselpermisjon, siden spørsmålene om rollekonflikt er rettet mot eventuelle konflikter mellom betalt arbeid og familie. Antall informanter er derfor redusert til 113 mot 126 informanter i den foregående analysen. Siden datamaterialet er forandret, gjør jeg en ny bivariat analyse. Det er nå interessant å ta med noen flere variabler enn de som ble med i den forrige analysen. Antall barn, Alder på barn, Arbeidssituasjon, Partners arbeidssituasjon og hvorvidt partneren er i barselpermisjon er variabler som kan være med å påvirke både variabelen Helse og variabelen Rollekonflikter og derfor er potensielle bakenforliggende variabler. Nedenfor vises den bivariate analysen.

Tabell 4.3 Bivariat analyse med Helse II

Variabler	Pearsons R	p-verdi
Kjønn	-0,098	0,156
Alder	-0,107	0,134
Født i Norge	0,129	0,090
Antall barn	0,007	0,472
Alder 1 barn	0,005	0,480
Alder 2 Barn	-0,019	0,450
Barn med spesielle behov	-0,147	0,063
Utdanning	-0,030	0,379
Arbeidssituasjon	0,014	0,445
Partners arbeidssituasjon	-0,056	0,282
Barselsperm partner	-0,176	0,185
Inntekt	0,319	0,000

Jeg legger det samme signifikansnivå til grunn som i foregående analyse. For at en variabel skal ha signifikant betydning som en bakenforliggende variabel, er inklusjonskriteriet $p\text{-verdi} < 0,2$. Antall barn, Alder på barn, Utdanning, Arbeidssituasjon og Partners arbeidssituasjon viser seg ikke å være av signifikant betydning. De variablene som faller innenfor inklusjonskriteriene er Kjønn, Alder, Født

i Norge, Barn med spesielle behov, Barselsperm partner og Inntekt. De nevnte variablene blir inkludert i den multivariate regresjonsanalysen.

Som forrige gang, bruker jeg standard lineær regresjonsanalyse. Alle variablene blir lagt inn i begynnelsen og så blir de minst signifikante tatt ut en etter en til den mest robuste modellen står igjen. Utviklingen i regresjonsanalysen finnes i tabellen nedenfor.

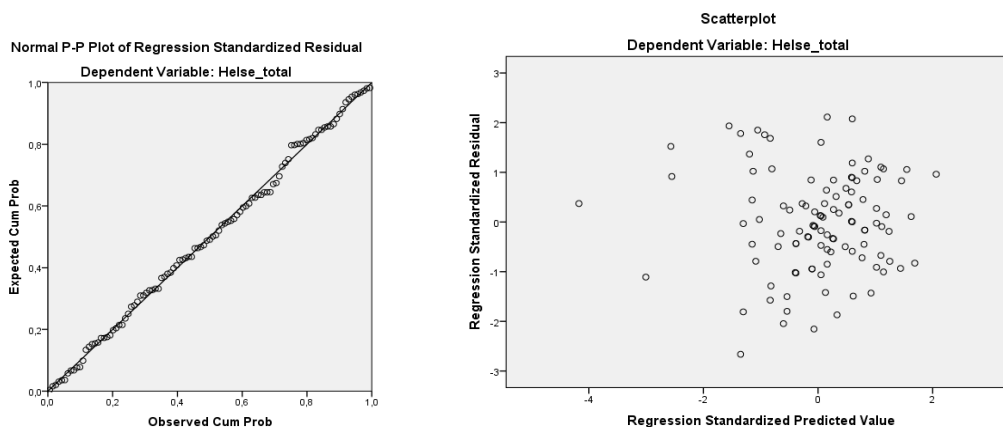
Tabell 4.4

Regresjonsanalyse, Hypotesetesting av eventuell korrelasjon Helse-Rollekonflikter

Variabler	Analyse-trinn 1		Analyse-trinn 2		Analyse-trinn 3		Analyse-trinn 4		Analyse-trinn 5		Analyse-trinn 6	
	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi	Beta	p-verdi
Kjønn	-0,04	0,842										
Født i Norge	-0,06	0,758	-0,06	0,739								
Barn med spesielle behov	-0,08	0,668	-0,08	0,665	-0,08	0,642						
Alder	-0,09	0,632	-0,1	0,567	-0,1	0,568	-0,1	0,577				
Partner barselsperm	-0,12	0,538	-0,11	0,550	0,102	0,557	0,119	0,472	-0,13	0,439		
Inntekt	0,207	0,276	0,208	0,263	0,194	0,273	0,196	0,258	0,217	0,196	0,222	0,006
Rollekonflikter	0,531	0,009	0,537	0,006	0,526	0,005	0,53	0,004	0,52	0,004	0,528	0,000
Modellens forklaringskraft	19,80 %		23,40 %		26,50 %		29,00 %		31,00 %		35,90 %	

I siste analyse-trinn ser vi at bare Inntekt og Rollekonflikter står igjen som signifikante variabler. Analysen viser at Rollekonflikter korrelerer signifikant med Helse. Merk at høyt skår på Rollekonflikter er tilsvarende lite Rollekonflikter, Den positive korrelasjonen viser derfor at lite Rollekonflikter er viktig for god Helse. Sammen med Inntekt er det i denne analysen de to viktigste faktorene. Sammen forklarer de 35,9 % av

variabelen Helse. Før vi svarer på nullhypotesen skal vi på neste side se hvordan residualleddene fordeler seg.



Figurer 4.8 Fordeling av residualleddene, hypotesetesting II

Diagrammet til venstre viser at de fordeler seg godt langs den diagonale linjen. Det siste diagrammet viser at residualleddene er sentrert. Alt i alt ser det ut som om restleddene ikke skjuler noen store feilmålinger. Det gir troverdighet til analysen og jeg besvarer derfor null hypotesen.

Vi kan derfor avvise den nullhypotesen: *Rollekonflikter korrelerer ikke med Helse.*
Og står tilbake med den alternative hypotesen: *Rollekonflikter korrelerer med Helse.*

Analysen viser at fravær av Rollekonflikter har en positiv sammenheng med Helse når Alder, Født i Norge, Barn med spesielle behov, Barselsperm partner og Inntekt er kontrollert for. P-verdien for Rollekonflikter er 0,000, som vil si at det er mindre enn 0,005 % sannsynlig at resultatet framkom ved en tilfeldighet.

4.6 Utvikling av en modell over faktorer som samvarierer med helse

I de to foregående analysene har det blitt testet hypoteser. I denne analysen vil jeg prøve å utvikle en modell over faktorer som samvarierer med Helse. Som nevnt i kapittel 3.1, er det likhetstrekk ved den metodologiske framgangsmåten, men målet med analysen er ulikt.

Datamaterialet til grunn for denne analysen er det samme som i Empowerment-Helse analysen, det vil si at alle de 126 informantene er inkludert. For å finne signifikante bakgrunnsvariabler, kan vi derfor bruke den bivariate analysen i figur 4.1. Vi lar inklusjonskriteriene for videre analyse være $p < 0,20$ som tidligere. Kjønn, Født i Norge, Barn med spesielle behov, Arbeidssituasjon, Partners arbeidssituasjon og Inntekt er de sosioøkonomiske variablene som viste et tilstrekkelig signifikansnivå i den bivariate analysen, og derfor blir inkludert i analysen. I de forrige to analysene var det viktig å ha med bakenforliggende variabler for å se på om de var en bakenforliggende årsak til eventuelle sammenhenger. I denne analysen er de sosioøkonomiske variablene med for å se om de i seg selv samvarierer med helse, men også for å kunne skille ut eventuelle bakenforliggende sammenhenger.

Empowerment og Rollekonflikter ble multiplisert til en variabel for å se om de har noen samspillseffekt i forhold til Helse. Denne nye variabelen vil bli introdusert til slutt i analysen. Tidligere har arbeidstid vært lagt inn som en dummy variabel, der intensjonen har vært å se hvorvidt redusert arbeidstid har hatt en betydning, noe det ikke har hatt. I denne analysen vil arbeidstid bli analysert ut fra antall timer foreldrene jobber i uka for å se om dette har noen effekt sammenheng med Helse.

Noen variabler ble ikke inkludert i denne analysen fordi de ikke hadde tilfredsstillende individuell betydning. Som nevnt i kapittel 3.7.1, er det en sammenheng mellom antall informanter og hvor mange uavhengige variabler som kan være med i en analyse. I denne studien ble grensen ni variabler ($126 - 50 = 76$, $76/8 = 9,5$) ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)). Det var derfor nødvendig å utelate noen variabler. Hvilke spørsmål navnene på variablene henviser til, er beskrevet i vedlegg 8. Tilfredshet helse ble utelatt da det

sammenfaller i for stor grad med den avhengige variabelen Helse. Variabelen Frihet ble utelatt siden den korrelerer betydelig med Empowerment (vedlegg 13). Variablene Egne forventninger og Andres Forventninger ble også utelatt siden variablene assosieres sterkt med Rollekonflikter og korrelerer (vedlegg 14). Tilfredshet med livet som et hele gikk også ut da det i denne sammenhengen blir for lite spesifikk. En bivariat analyse av de aktuelle gjenværende variablene ble utført for å skille de signifikante fra de ikke signifikante. Resultatene vises i tabellen nedenfor.

Tabell 4.5 Bivariat analyse med Helse III.

Variabler	Pearsons R	p-verdi
Rollekonflikter	0,546	0,000
Empowerment	0,579	0,000
Tilfreds m/forhold partner	0,318	0,000
Tilfreds tid m/ egne barn	0,319	0,000
Sosial kontakt	0,231	0,006
Avstand foreldre/svigerfor.	-0,148	0,055
Tilfreds boforhold	0,101	0,137
Tilfreds samhörighet	0,170	0,033
Barnehagepress	0,031	0,370
Tilfreds barnepass	-0,023	0,407

Hvilke spørsmål variablene henviser til, er å finne i vedlegg 8. Den bivariante analysen viste som gjengitt i tabellen, at mange av variablene hadde en signifikant korrelasjon med Helse. Signifikansnivået som ble lagt til grunn for inkludering i denne analysen er $p < 0,10$. Signifikansnivået ble noe strengere siden kun ni variabler kunne bli inkludert i analysen. Følgende variabler ble derfor utelatt: Barnehagepress, Tilfredshet barnepass og Tilfredshet med boforhold. Tilfredshet med boforhold hadde blitt inkludert om signifikansnivået hadde vært 20 %. Denne variabelen vil derfor bli inkludert i analysen mot slutten, for å se om variabelen da har effekt.

Den bivariante analysen avslører eventuell multikolaritet. Dette kan også gjøres ved å måle «Tolerance» og «VIF» (Pallant, 2010) som vist i tabellen på neste side.

Tabell 4.6 Test for multikolaritet

Variabler	Verdier, multikolaritet	
	Toleranse	VIF
Rollekonflikter	0,744	1,343
Empowerment	0,559	1,788
Tilfredshet partner	0,774	1,292
Tilfredshet tid med barn	0,776	1,288
Sosial kontakt	0,756	1,323
Tilfredshet samhörighet	0,828	1,208

Verdiene i kolonnen «Tolerance» viser hvor mye av variasjonen til den uavhengige variabelen som ikke blir forklart av de andre uavhengige variablene. «Tolerance» < 0,100 viser høy multikolaritet. «VIF» (Variance inflation factor) er et omvendt mål, der verdier over 10 vil indikere multikolaritet med de andre variablene. Som vi ser i tabellen, viser ingen av de presenterte variablene multikolaritet med noen av de andre.

Vi ønsker å se om Empowerment og Rollekonflikter kan ha en samspillseffekt. De blir derfor multiplisert sammen til en variabel. Hadde de kun blitt lagt sammen hadde det blitt singularitet (Tabachnick & Fidell, 2006). En bivariat analyse viser korrelasjonen til Empowerment og Rollekonflikter med den sammenslåtte variabelen Empowerment x Rollekonflikter.

Tabell 4.7 Bivariat analyse, korrelasjon Empowerment x Rollekonflikter

Variabler	Pearsons R	p-verdi	Tolerance	VIF
Empowerment	0,749	0,000	0,850	1,177
Rollekonflikter	0,901	0,000	0,850	1,177

Analysen viser at Empowerment x Rollekonflikter korrelerer med Empowerment med en Pearsons R på 0,749 og Rollekonflikter med en Pearsons R på 0,901. Tabachnick and Fidell (2006) anbefaler at man tenker seg nøye om dersom man tar med variabler med bivariate korrelasjoner over 0,70 (Pearsons R), selv om det sjeldent skaper statistiske problemer før den er over 0,90 (Pearsons R). Utfra dette bør ikke Rollekonflikter og Empowerment x Rollekonflikter inngå i samme analyse. Empowerment derimot viste en lavere korrelasjon enn Rollekonflikter og kan tenkes å ha en selvstendig samvariasjon til Helse. Variabelen vil derfor bli inkludert i det siste analysetrinnet for å se om den har en individuell korrelasjon.

Variabelen Tilfreds med boforhold vil bli inkludert i det nest siste analysetrinnet. Dette for å se om variabelen har noen effekt til tross for at den var blant de minst viktige variabelen i den bivariate analysen og ikke kom innenfor et sigifikansnivå på 10 %.

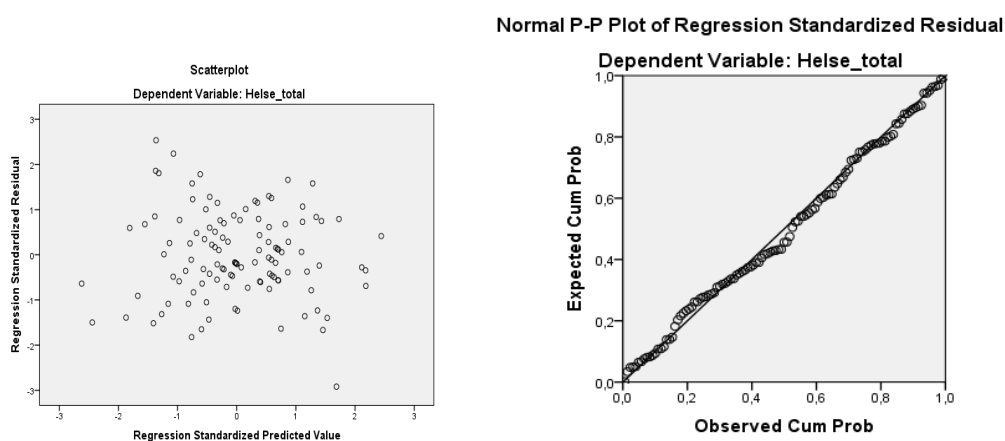
Tabellen på neste side oppsummerer analysen. Standard lineær regresjonsanalyse er fortsatt metoden. Målet er å utvikle en modell med få, men viktige variabler (Tabachnick & Fidell, 2006).

Tabell 4.8 Regresjonsanalyse, utvikling av modell, faktorer som korrelerer med helse

Variabler	Analysestr. 1		Analysestr. 2		Analysestr. 3		Analysestr. 4		Analysestr. 5		Analysestr. 6		Analysestr. 7		Analysestr. 8		Analysestr. 9			
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p		
Samhørighetsfølelse	-0,02	0,776																		
Sosial Kontakt	-0,03	0,709	-0,03	0,654																
Barn med spes. behov	-0,04	0,562	-0,03	0,597	-0,042	0,545														
Tilfredsm/forhold partner	0,067	0,381	0,061	0,404	0,059	0,416	0,57	0,432												
Inntekt	0,085	0,234	0,084	0,237	0,085	0,229	0,084	0,235	0,088	0,208										
Tilfreds tid med egne barn	0,136	0,069	0,135	0,069	0,126	0,076	0,128	0,07	0,136	0,051	0,139	0,048	0,136	0,052	0,161	0,023	0,158	0,025		
Avstand foreldre/svigerf	-0,16	0,019	-0,16	0,02	-0,158	0,021	-0,157	0,022	-0,157	0,021	-0,152	0,026	-0,141	0,036	-0,164	0,015	-0,18	0,008		
Rollekonflikter	0,315	0,000	0,315	0,000	0,316	0,000	0,314	0,000	0,325	0,000	0,34	0,000								
Empowerment	0,399	0,000	0,399	0,000	0,389	0,000	0,401	0,000	0,411	0,000	0,426	0,000					0,176	0,099		
Empowerment x Rollekonflikter													0,637	0,000	0,666	0,000	0,532	0,000		
Tilfredshet boforhold																	-0,138	0,052	-0,15	0,037
Modellens forklaringskraft	47,1		47,6		47,9		48,2		48,4		48,1		48,1		48,1		49,4		50,2	
Std.feil fra regresjonen	2,99597		2,98332		2,97247		2,964		2,95899		2,96688		2,96664		2,92999		2,90725			

Analysen viste hvilke variabler som samvarierer mest med Helse. Legger man til grunn at den mest robuste modellen er den med færrest forklaringsvariabler ([Midtbø, 2007](#)), er modellen i analysetrinn syv å foretrekke. Denne modellen har imidlertid den høyeste standardfeilen til regresjonslinjen. Analysetrinn åtte har en litt lavere standardfeil, og modellens forklaringskraft er bare ubetydelig lavere, Adjusted R^2 er 49,4 %. Det betyr at modellen forklarer 49,4 % av variabelen Helse ([Johannessen, 2009](#); [Pallant, 2010](#)). Adjusted R^2 i den siste modellen, analysetrinn ni, er 0,502. Denne modellen er derfor å foretrekke om man er ute etter å forklare mest mulig av variabelen Helse. Vi ser at analysetrinn ni også har lavest standardfeil til regresjonslinjen. Empowerment hadde når variabelen ble lagt til på nytt i det siste analysetrinnet en p-verdi på 0,09. Variabelen har en selvstendig effekt, men p-verdien er over 0,05. De andre variablene Tilfredshet med tid egne barn, Avstand foreldre/ svigerforeldre, Empowerment og Rollekonflikter samlet og Tilfredshet boforhold variablene hadde imidlertid en p-verdi lavere enn 0,05. Dette analysetrinnet blir presentert som en modell på neste side.

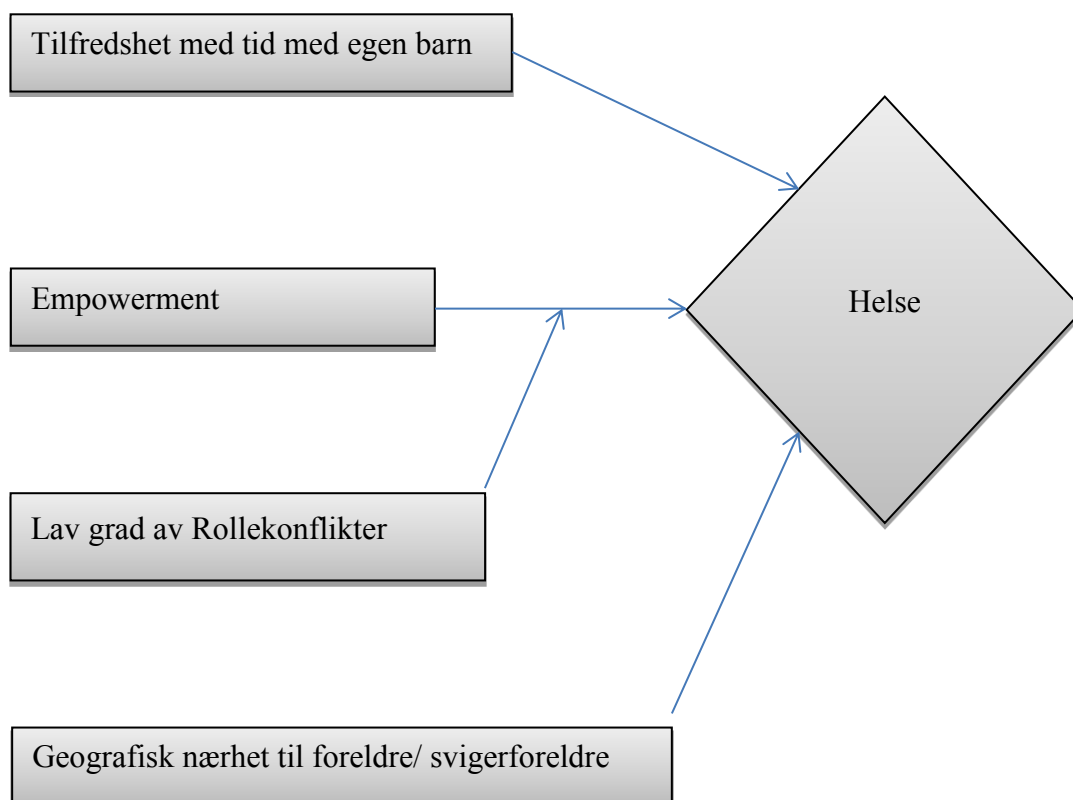
Når Tilfredshet med boforhold ble lagt inn i, forsterket det de andre variablene. At den korrelerer negativt med Helse er interessant. Her er det antageligvis noe som ikke blir fanget opp av studien. Kanskje er det et eksempel på målefeil der spørsmålet er for lite konkret. Målefeil kan bli avslørt av residualleddene.



Figur 4.9 Fordeling av residualleddene, utvikling av modell, faktorer som korrelerer med Helse.

Residualleddene i prikkdiagrammet er relativt jevnt fordelt utover og residualleddene i linjediagrammet befinner seg relativt nærme eller på regresjonslinjen. Konklusjonen er at analysen er pålitelig. Den viser ikke målefeil av betydning, men det kan fortsatt være at spørsmålet om Tilfredshet med boforhold er for lite presist, selv om det ikke påvirker residualleddene.

4.6.1 En modell over faktorer som korrelerer positivt med Helse



Figur 4.10 Modell, faktorer som korrelerer med Helse

Variabelen Avstand foreldre/svigerforeldre blir kalt Geografisk nærhet til foreldre/svigerforeldre, at den blir snudd korrelerer den positivt med Helse. Modellen viser hvordan Empowerment, lav grad av Rollekonflikter, Tilfreds tid med barn og Geografisk nærhet til Foreldre eller Svigerforeldre forklarer omtrent 50 % (visualisert i

form av to av fire sider) av variabelen Helse. Empowerment og Rollekonflikter har en samspillseffekt i forhold til Helse, men Empowerment har også en individuell effekt. Tilfredshet med tid egne barn viste seg i de bivariate analysene å korrelere med Rollekonflikter (vedlegg 14) og Empowerment (vedlegg 13). Tilfredshet med tid med egne barn viste likevel en egen korrelasjon med Helse. Geografisk nærhet til foreldre/svigerforeldre er en fjerde variabel som samvarierer positivt med Helse (målt utfra at Avstand til foreldre/svigerforeldre korrelerte negativt).

Regresjonsanalyse sier ikke noe om årsaksforhold. Pilene i modellen, Figur 4.10 demonstrerer derfor kun hvilke variabler som er uavhengige og som samvarierer med den avhengige variabelen Helse. Modellen forteller heller ikke hvor mye hver av de uavhengige variablene påvirker Helse. Det skal vi forsøke å finne ut nå. Analyseprogrammet gir oss verdiene «Part correlations» som forteller oss hvor mye de uavhengige variablene individuelt korrelerer med den avhengige. Dersom man opphøyer «Part correlation» med seg selv og multipliserer med 100 får man den individuelle forklaringskraften i prosent ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)). Jeg har valgt å regne dette ut fra begge de to siste analysetrinnene. Resultatene vil bli presentert i tabellene nedenfor.

Tabell 4.9 De ulike variablenes forklaringskraft, analysetrinn åtte.

Variabel	Korrelasjonsdel	Korrelasjonsdel ²	Forklaringskraft
Tilfreds med tid egne barn	0,152	0,023	2,30 %
Avstand foreldre/svigerfor.	-0,162	0,026	2,60 %
Emp x Rollekonf.	0,626	0,392	39,2 %
Tilfredshet med boforhold	-0,129	0,016	1,60 %
Sum			45,7 %

Fra analysetrinn åtte, ser vi at summen av den unike forklaringskraften til hver enkelt variabel på 45,7 er mindre enn den oppgitte totalen på 49,4 % (tabell 4.18). Det betyr at variablene skygger litt over hverandre ($49,4 - 45,7 = 3,7$). Det er vanlig i modeller der variablene korrelerer med hverandre ([Tabachnick & Fidell, 2006, p. 146](#)). Som vist i

den bivariate analysen korrelerer Tilfredshet med tid med egne barn og Rollekonflikter (Vedlegg 14) og med Empowerment (Vedlegg 13). Variabelen Tilfredshet med boforhold korrelerer både med Empowerment (Vedlegg 13) og Rollekonflikter (Vedlegg 14). De variablene vil derfor skygge over hverandre.

I det siste analysetrinn ble Empowerment lagt til igjen. Tabellen under viser hvordan det påvirker summen av den unike forklaringskraften.

Tabell 4.10 De ulike variablers forklaringskraft, analysetrinn ni

Variabel	Korrelasjonsdel	Korrelasjonsdel ²	Forklaringskraft
Tilfreds med tid egne barn	0,149	0,022	2,20 %
Avstand foreldre/svigerfor.	-0,176	0,03	3,00 %
Empowerment	0,109	0,011	1,10 %
Emp x Rollekonf.	0,327	0,1069	10,70 %
Tilfredshet med boforhold	-0,138	0,019	1,90 %
Sum			18,90 %

Tabellen viser at summen av den unike forklaringskraften til hver enkelt variabel på 18,9 er mye mindre enn den oppgitte totalen på 50,2 % fra analysetrinn ni (tabell 4.18). Differansen ($50,2 - 18,9 = 31,3$ %) er følgelig mye høyere enn 3,7 % som ble presentert på forrige tabell. Det var ventet at Empowerment x Rollekonflikter og Empowerment vil skygge over hverandre. At den individuelle forklaringskraften ble betydelig redusert etter at Empowerment ble lagt inn bekrefter dette. Analysen viser at Empowerment er en viktig variabel i forhold til Helse hos småbarnsforeldre, spesielt i kombinasjon med Rollekonflikter,

5 Diskusjon

5.1 Studiens validitet

5.1.1 Begrensninger i forhold til studien

Spørreskjemaene til Empowerment og Rollekonflikter ble ikke oversatt profesjonelt fra engelsk til norsk og tilbake til engelsk på grunn av begrensede ressurser. Oversettelsen ble gjort med assistanse fra fagpersoner i omgangskretsen. Spørreskjemaene viste seg likevel å ha tilfredsstillende reliabilitet.

Spørreskjemaet om empowerment var redusert i forhold til det opprinnelige skjemaet fra [Rogers et al. \(1997\)](#). Skalaen slik den framsto i oppgaven, var ikke brukt eller validert før, hverken på engelsk eller norsk, så langt undertegnede er kjent med. Det bør være gode grunner til ikke å bruke alle spørsmålene i et måleinstrument. I dette tilfellet hadde de som utviklet skjemaet selv tidligere redusert antall spørsmål fra 48 til 28 etter hvilke spørsmål som hadde høyest ladning. Jeg valgte å ta ut spørsmålene med høyest ladning for å oppnå et spørreskjema med ønsket antall spørsmål. Et begrenset antall spørsmål var viktig for at foreldrene skulle kunne besvare skjemaet på helsestasjonen, og slik bidra til en høyere svarprosent enn om de hadde besvart hjemmefra. Av disse 28 spørsmålene ble derfor åtte spørsmål valgt ut. Det ble tatt hensyn til at den skulle representere alle aspektene fra den opprinnelige skalaen. Reliabilitetsanalysen viste at den interne konsistensen ville bli bedre dersom ytterlige fem spørsmål ble ekskludert. Det var derfor bare tre av de 28 spørsmålene fra den opprinnelige skalaen som ble brukt i analysen. De tre spørsmålene hadde imidlertid en god reliabilitet. Det hadde likevel vært ønskelig å hatt et ferdigvalidert empowerment-skjema tilpasset denne populasjonen i Norge.

5.1.2 Vurdering av studiens gyldighet

Regresjonsanalyse har vist seg å være egnet i svært mange sammenhenger ([Midtbø, 2007](#)), men denne metoden har også klare begrensninger. [Tabachnick and Fidell \(2006\)](#) gir noen eksempler på svakheter man må være oppmerksom på, og som ligger til grunn for diskusjonen som følger.

Regresjonsanalysen gir en pekepinn på hvor sterke sammenhengene er, og angir et signifikansnivå. Men den kan ikke i seg selv fortelle om utvalget er tilfeldig trukket fra en gitt populasjonsgruppe og dermed med en viss sannsynlighet gjenspeiler hele gruppen. Dette er noe man må ta hensyn til når man planlegger hvordan man skal samle inn data. Å møte opp på helsestasjonen oppleves som beskrevet tidligere, nesten obligatorisk for alle småbarnsforeldre. Studien oppnådde en høy svarprosent (kap.3.5.3). To årsaker er antagelig at spørreskjemaet var kort nok til at de rakk å besvare det på helsestasjonen og at undertegnede var til stede og på den måten skapte et personlig engasjement. At så mange av foreldrene svarte der og da, kan ha gitt et mer representativt utvalg enn om de kun hadde hatt mulighet til å svare hjemmefra. Studier der foreldrene kun har mulighet til å svare hjemmefra, har vist en lav svarprosent ([Skreden et al., 2008](#)). Høy svarprosent øker sannsynligheten for et representativt utvalg og er derfor en styrke ved studien. Normalfordelingen og sammenligningen med øvrige statistiske data, gjort i den univariate analysen, bekrefter at utvalget i denne studien er representativt for den gitte populasjonen. At utvalget er mest mulig tilfeldig utvalgt er noe som må ligge til grunn for at man kan generalisere til populasjonen ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)).

Regresjonsanalysen er også avhengig av hvilke av variablene som blir lagt inn i analysen. Enkelte variabler som burde vært med, kan ha blitt oversett. Hvorvidt en variabel er viktig eller ikke, kommer også an på hvilke variabler den blir sammenlignet med. I den siste regresjonsanalysen kom det frem at variablene Empowerment, Rollekonflikter, Tilfredshet med tiden man har sammen med egne barn og Avstand til foreldre/svigerforeldre var viktig for helsen. Man må alltid vurdere om det er andre variabler som burde vært med og som kunne forandret på effekten av de uavhengige variablene. Noen bakgrunnsvariabler ble tatt høyde for i oppgaven. Tilfredshet med

boforhold er et eksempel på en bakgrunnsvariabel. Den er med å påvirker effekten av de andre variablene. Variabelen tilfører derfor analysen noe, selv om det ikke er helt logisk at Tilfredshet med boforhold skal gi nedsatt helse.

Spørsmålet som dekket etnisitet var validert. Men under rekrutteringen av informanter, ble det tydelig at en gruppe informanter ikke ble fanget opp. Det var de etnisk norske med partner fra et annet land. Spørsmål om hvilket land partneren kom fra var ikke inkludert i undersøkelsen. Ved samtale med informanter, kom det fram at dette kunne være en ensom situasjon. Utfordringen kunne for eksempel være at bare den ene mestret det norske språket, og derfor fikk mye av ansvaret i familien. Dette kan være en bakgrunnsvariabel som ikke ble fanget opp i studien.

Det kan være ukjente variabler som forstyrrer analysen, uten at det blir oppdaget. Disse variablene blir kalt «confunders». Normalfordelingen av residualleddene er viktige i den sammenhengen. Restleddene i studien var normalfordelte, hvilket peker i retning av at de viktigste bakgrunnsvariablene har blitt inkludert.

Regresjonsanalysen er ikke bare avhengig av hvilke variabler som blir tatt med, men også hvordan variablene blir målt. Hvordan spørsmålene blir formulert er avgjørende for hvordan informantene svarer. Validerte spørreskjemaer er derfor ønskelig og noe som kunne forbedret denne analysen.

[Tabachnick and Fidell \(2006\)](#) skriver at regresjonsanalyse på sitt beste har noen få, uavhengige variabler som ikke korrelerer med hverandre, men korrelerer sterkt med den avhengige. Dette er ikke tilfellet i denne studien. Den siste analysen har få, uavhengige variabler, men de korrelerer med hverandre. Dette kan tilbakeskrives helt til utviklingen av problemstillingen. Valget om å fordype seg i beslektede emner gjør at faren for korrelasjoner er høy.

Validiteten til en studie er et vurderings spørsmål (Midtbø, 2007). Signifikansnivået til studien viser at studien har ekstern validitet, resultatene er gyldige utover det utvalget som har blitt analysert innenfor et konfidensintervall på 95 %. Om studien har intern

validitet betyr at den å måler det den skal, at den representerer de teoretiske begrepene (Midtbø, 2007). Begrepet Helse oppnådde en *meget god* Cronbach' Alpha (0,816), begrepet Empowerment oppnådde til slutt en *god* Cronbach' Alpha (0,779), mens Rollekonflikter oppnådde en *tilfredstillende* Cronbach' Alpha (0,611). Reliabilitetstesting i denne analysen var viktig for å tilstrebe at skalaene skulle måle det de skulle måle. Residualleddene i studien hadde ingen store avvik til regresjonslinjen. Det viser at resultatene av studien pålitelige. Regresjonsanalyse helt uten svakheter i sosiologiske sammenhenger er en umulighet ([Tabachnick & Fidell, 2006](#)). Vi skal nå på se hvorvidt de tre empowerment-spørsmålene i oppgaven måler empowerment.

5.1.3 Gyldigheten av Empowerment-skalaen slik den er brukt i oppgaven

Med bakgrunn i de tre empowerment-spørsmålene ble definisjonen på en person med høy grad av empowerment i denne studien:

En person som har en positiv holdning til seg selv, stoler på egne avgjørelser og sjelden kjenner seg maktesløs.

Definisjonen oppsummerer tre aspekter ved empowerment som viste god intern sammenheng og var viktige for småbarnsforeldrenes helse. Videre i diskusjonen skal vi ta for oss hvert av de tre aspektene i definisjonen. Jeg har valgt å diskutere de tre aspektene opp mot de tre grunn prinsippene for empowerment som [Tveiten et al. \(2011\)](#) har trukket fram fra Ottawa Charteret ([WHO, 2013a](#)):

- *medvirkning*
- *anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv*
- *omfordeling av makt*

Positiv holdning til seg selv

Å ha en positiv holdning til seg selv assosieres med det å ha et positivt selvbilde. Å styrke «selvet» hos mennesker er en beskrivelse av empowerment ([Løken, 2007](#)). Å ha en positiv holdning til seg selv kommer forut for å anerkjenne seg selv som et fullverdig menneske. Relatert til prinsippene fra Ottawa Charteret ([Tveiten et al., 2011](#); [WHO, 2013a](#)) kan man si at det å ha en positiv holdning til seg selv er noe som nødvendigvis må ligge til grunn for at et menneske skal anerkjenne seg selv som ekspert på seg selv. Som beskrevet innledningsvis, forutsetter empowerment på individnivå at mennesker vet hva som marginaliserer dem ([Ryles, 1999](#)). Et negativt selvbilde kan på den måten være et eksempel på noe som kan marginalisere mennesker og holde en empowerment-prosess tilbake. En negativ holdning til seg selv kan tenkes å bidra til at personen umyndiggjør seg selv. En positiv holdning til seg selv er således av stor betydning for empowerment, og man kan forsvare at det har en berettiget plass i en operasjonalisering av empowerment.

Maktesløshet

Et av de tre prinsippene fra Ottawa Charteret ([Tveiten et al., 2011](#); [WHO, 2013a](#)), er *omfordeling av makt*. Makt er et grunnleggende aspekt i forhold til empowerment. Empowerment søker å gi menneskene makt over eget liv. Maktesløshet er en motsats til empowerment ([Rappaport, 1984](#)). Spørsmålet om *mennesker kjenner seg maktesløs* treffer derfor noe av kjernen ved empowerment.

Stole på egne avgjørelser

Det siste spørsmålet knyttet til empowerment ønsker jeg å relatere til to av de tre prinsippene fra Ottawa Charteret ([Tveiten et al., 2011](#); [WHO, 2013a](#)). *Stole på egne avgjørelser* kan relateres til prinsippet om å *anerkjenne brukeren som ekspert på seg selv*, men også til det prinsippet om *medvirkning*. Sammenhengen er imidlertid ikke absolutt. Det kan tenkes at man stoler på egne avgjørelser, men at man av ulike årsaker ikke har mulighet til å ta egne avgjørelser og på den måten ikke har medvirkning. Grader av empowerment blir hos Verdensbanken definert som hvorvidt en person har mulighet til å kunne velge, og om personen bruker denne muligheten til å velge, og til slutt om valget fører til ønsket utfall ([Alsop & Heinsohn, 2005](#)). Spørsmålet i

undersøkelsen viser til i hvilken grad man stoler på egne avgjørelser. Man spør ikke om en person har mulighet til å ta avgjørelser og gjør det, og om avgjørelsen fører til et utfall vedkommende ønsker seg. Dersom man ikke har noen reell mulighet til å ta avgjørelser, selv om man stoler på egne avgjørelser, er det sannsynlig at man vil oppleve en grad av maktesløshet. Slik kan spørsmålet om *maktesløshet* fange opp hvorvidt egne avgjørelser blir realisert. Spørsmålet om man *stoler på egne avgjørelser* er sentralt i en empowerment-tankegang. Å stole på egne avgjørelser ligger til grunn for *medvirkning*, at man har innflytelse over faktorer i eget liv ([Gibson, 1991](#)). Spørsmålet har derfor en plass i operasjonaliseringen av empowerment.

De tre spørsmålene empowerment ble operasjonalisert til i oppgaven sammenfaller med prinsippene for empowerment fra Ottawa Charteret. De tre empowerment-spørsmålene oppfyller derimot bare til en viss grad Verdensbanken sine kriterier på hvorvidt et menneske har mulighet til å ta egne avgjørelser og får gjennomslag for avgjørelsene ([Alsop & Heinsohn, 2005](#)). Spørsmålet om maktesløshet kan indirekte favne hvorvidt foreldrenes avgjørelser blir realisert. Det reelle utfallet av empowerment blir derfor målt i begrenset grad.

Jeg vil avslutningsvis i dette avsnittet se den aktuelle målingen av empowerment opp mot det sosiale aspektet og empowerment som begrep. Det sosiale aspektet ved empowerment slik det var operasjonalisert i det opprinnelige spørreskjemaet, viste ikke tilstrekkelig reliabilitet og ble derfor utelatt. Måleinstrumentet er derfor mangelfullt i forhold til det sosiale aspektet. I empowerment-tradisjonen er tanken om sosialt engasjement viktig ([Freire, 2000](#)). I metoddelen viste jeg til den vanligste kritikken av måleinstrumenter relatert til empowerment: at de kun favner empowerment på individnivå og ikke tar med empowerment på samfunnsnivå eller politisk nivå ([Wallerstein, 1992](#)). Denne kritikken ble også berettiget i forhold til denne skalaen. Det lyktes ikke å få med den sosiale faktoren etter valideringen av skjemaet. Skalaen ble redusert til å måle empowerment på individuelt nivå. Men man kan diskutere om dette er empowerment på individuelt og psykologisk nivå. Siden ett av kriteriene er hvorvidt man føler seg maktesløs, overser ikke definisjonen i denne analysen kontekstuelle sammenhenger. Følgelig rommer definisjonen også psykologisk empowerment. Som

beskrevet innledningsvis tar psykologisk empowerment høyde for at man lever i en sosial sammenheng. Operasjonaliseringen av empowerment i denne oppgaven tar derfor i det minste høyde for at man lever i en kontekst, selv om ikke empowerment på organisatorisk eller politisk nivå ble fanget opp.

Intensjonen med oppgaven var å måle empowerment som en egenskap. Umiddelbart assosieres det å ha en positiv holdning til seg selv og stole på egne avgjørelser som egenskaper. Å sjelden føle seg maktesløs kan være en egenskap, men maktesløshet kan også være en mer flyktig opplevelse. Empowerment-skalaen slik den ble operasjonalisert i oppgaven måler derfor empowerment som en egenskap. Men den måler også hvor personen er i en eventuell empowerment-prosess, i hvilken grad vedkommende føler seg maktesløs. Som beskrevet i teoridelen er dette ikke nødvendigvis noen motsetning. Man kan tenke seg at en person kan ha empowerment som egenskap, men også leve i en prosess i forhold til makt/maktesløshet.

Hva som er empowerment, vil variere fra kontekst til kontekst ([Rappaport, 1981](#)). Å utvikle et globalt gyldig mål på empowerment blir derfor en utopi. [Rappaport \(1984\)](#) hevder imidlertid at hver gang empowerment blir beskrevet eller operasjonalisert, bidrar det til å forstå begrepet empowerment bedre i den aktuelle sammenhengen.

5.2 Salutogene faktorer

Dette kapitlet vil diskutere funnene fra alle tre analysene samlet. Testing av nullhypotesene viste at Empowerment og lav grad av Rollekonflikter var viktige for Helse når potensielle bakenforliggende variabler var tatt høyde for. Inntekt hadde for eksempel en signifikant betydning for Helse i begge de to analysene. Men både Rollekonflikter og Empowerment var viktig for Helse selv når Inntekt var kontrollert for. Dette kom også tydelig fram i den siste analysen der målet var å utlede en modell. Analysen viste at Tilfredshet med tid med egne barn og geografisk nærhet til foreldre eller svigerforeldre var de viktigste faktorene som korrelerte positivt med Helse hos småbarnsforeldre sammen med Empowerment og lav grad av rollekonflikter.

Empowerment og lav grad av rollekonflikter hadde også en samspillseffekt og utgjorde som nevnt den største effekten på Helse. Tilfredshet med boforhold viste seg å slå svakt negativt ut. Dette spørsmålet skulle kanskje vært spesifisert bedre. Det interessante er at i den bivariante analysen (tabell 4.5) korrelerer Tilfredshet med Boforhold positivt med Helse, mens i den multivariate korrelerer den negativt. Variabelen hadde imidlertid en forsterkende positiv effekt på de andre variablene. Det viser at Tilfredshet med Boforhold virker sammen med variablene Tilfredshet med tid med egne barn, Avstand til foreldre eller svigerforeldre og Empowerment og Rollekonflikter. Grad av Tilfredshet med Boforhold kan innebære mye. Svaret kan for eksempel være relatert til boligens beliggenhet, arbeid som følger med boligen eller plassforhold. Gode boliger i Oslo kan bety høy gjeld eller oppussing, noe som kan forklare hvorfor det påvirker variabelen Helse negativt i den multivariate analysen.

Den første hypotesetestingen viste at Empowerment korrelerte signifikant med Helse. Dette bekreftes også i annen litteratur ([Alsop & Heinsohn, 2005](#); [Wallerstein, 1992](#)). En bivariat analyse (vedlegg 10 siste tabell), viste at de tre gjenværende spørsmålene etter valideringen av empowerment-skjemaet også var de spørsmålene som korrelerte mest med Helse. Empowerment viste seg å være den faktoren som forklarte mest av variabelen Helse. Denne studien bekrefter derfor betydningen av empowerment for å fremme helse. Man kunne kanskje tro at empowerment har sammenheng med alder eller utdanning. Empowerment i denne studien viste seg derimot ikke å korrelere signifikant hverken med alder eller utdanning (vedlegg 13). Studien spørreskjemaet er hentet fra, fant ingen betydelig sammenheng mellom empowerment og etnisitet eller utdanning, heller ikke kjønn eller sivilstatus ([Rogers et al., 1997](#)). Det tyder på at denne operasjonaliseringen av empowerment ikke er avhengig av de nevnte sosiologiske variablene. Hvorvidt man var født i Norge (tabell 4.2) og Inntekt var derimot av betydning for Empowerment (vedlegg 13).

Sammenhengen mellom helsen til småbarnsforeldre og deres grad av empowerment er sterk. At individer har mulighet til å ta egne avgjørelser er essensielt for empowerment. [Rappaport \(1981\)](#) påpeker også hvor viktig dette er for den mentale helsen til mennesker. Variabelen Frihet viste en høy korrelasjon med empowerment (vedlegg 13).

Dette spørsmålet gjenspeiler hvorvidt man opplever frihet til å ta egne valg og har innflytelse over livet (vedlegg 8). At Empowerment overlapper både med fravær av Rollekonflikter og Tilfredshet med tid med egne barn bekrefter styrken til Empowerment som en kapasitet til å ha innflytelse over livet sitt. Empowerment er nyansert, i studien ble empowerment operasjonalisert til det å ha en positiv holdning til seg selv, stole på egne avgjørelser og sjelden kjenner seg maktesløs. Den bivariate analysen (vedlegg 13) viser at Empowerment i studien sammenfaller med hvorvidt man opplever frihet til å ta egne valg og har innflytelse over livet sitt, men det er likevel ikke helt det samme.

I den siste analysen ble Empowerment og Rollekonflikter slått sammen til en variabel. Det viste seg å være en meget betydningsfull variabel. Variabelen Rollekonflikter viste nesten total multikolaritet (tabell 4.7) med variabelen Empowerment-Rollekonflikter og var følgelig ikke signifikant etter dette. Empowerment ble i stor grad overlappet av den kombinerte variabelen Empowerment-Rollekonflikter, men hadde en egen samvariasjon med Helse. Det tyder på at det er en relevant kombinasjon. For småbarnsforeldre kan empowerment bli realisert ved at man har innflytelse over de faktorer som påvirker rollekonflikter. Empowerment blir forstått ut fra hvordan det som foregår mentalt virker sammen med det som skjer i omgivelsene til å styrke eller hindrer innflytelsen over faktorene som påvirker livet ([Zimmerman, 1990](#)). Dersom foreldrene selv ikke opplever reell innflytelse over arbeidsforhold og tid med barna, kan dette oppleves dette som rollekonflikter og beskrives som avmakt.

I teoridelen ble begrepet SOC (Sense of Coherence) beskrevet. Vi skal nå prøve å se på SOC sammen med begrepene Empowerment og Rollekonflikter. Opplevelsen av sammenheng i tilværelsen har mye å si for hvordan man takler spenninger. [Antonovsky \(1996\)](#) beskriver tre komponenter ved SOC, der det å ha nødvendige ressurser for å kunne håndtere en situasjon og opplevelsen av mening er to av dem. Empowerment som egenskap kan i denne sammenheng sees på som en ressurs. Empowerment som egenskap kan slik være en ressurs som gjør det mulig å håndtere utfordringer på en god måte og se meningen i utfordringene. Rollekonflikter kan gi mening dersom det for eksempel er for å oppnå noe på lang sikt. Den siste komponenten

ved SOC, om det som har hendt er forståelig ([Antonovsky, 1996](#)) kan også bli knyttet opp mot empowerment i den forstand at man stoler på egne avgjørelser og får gjennomslag for det man ønsker å gjøre. Forstår man selv hvorfor livet er som det er, kan det kanskje være lettere å takle spenningene som eventuelt følger. Det er mange aspekter ved rollekonflikter og empowerment. Empowerment har blitt definert som det å være i stand til å oppnå kontroll over de faktorer som påvirker livet ([Gibson, 1991](#)). På den måten lav grad av empowerment oppleves som mangelen på kontroll og oppleves som avmakt. Empowerment er slik sett en ønsket egenskap i forhold til rollekonflikter, å ha innflytelse over de faktorer som påvirker livet kan gi en opplevelse av kontroll og ikke en følelse av avmakt. Komponentene ved SOC: om det som har hendt er forståelig, om situasjonen gir mening og om vedkommende har ressurser til å møte dem, er med å belyse hvorfor rollekonflikter kan oppleves som avmakt. Men også hvordan man kan takle spenningene ved rollekonflikter konstruktivt. SOC viser som kjent en grunnholdning til verden. Den viktigste komponenten ved SOC er hvorvidt en situasjon gir mening ([Antonovsky, 1996](#)). Dette kan kanskje knyttes opp mot Rollekonflikter. Det er sannsynlig at det å ha et meningsfullt arbeid veier opp for noe av den negative effekten rollekonflikter eventuelt kan gi.

Barn med spesielle behov kan gi en opplevelse av å ikke ha fullstendig kontroll over faktorer som påvirker livet. Variabelen Barn med spesielle behov viste en sterk negativ korrelasjon med Empowerment (vedlegg 13). Det er fra før kjent at syke barn kan føre til nedsatt helse hos foreldrene, samt at det å ha syke barn er en påkjenning for parforholdet og kan gi foreldrene en følelse av å være maktesløse ([Askheim, 2012](#)). Engstelse har vist å være den sterkeste disponible faktoren for stress blant småbarnsforeldre ([Skreden et al., 2012](#)). Opplevelsen av maktesløshet hos foreldre med barn med spesielle behov kan i følge [Sætersdal et al. \(2012\)](#) være på grunn av overveldende utfordringer eller behov i forhold til barnet. Fagfolkene de er i kontakt med kan enten bidra til ytterligere maktesløshet eller myndiggjøring av foreldrene. Der det er behov for det kan foreldrene trenge å bli gjort trygge på omsorgsrollen ovenfor sine egne barn, uavhengig av om barnet har spesielle behov eller ikke ([Sanders & Roach, 2007](#)). Empowerment-strategier hos familier har bedret foreldrenes omsorgsevner og effektivisert bruken av helsetjenester (Wallerstein, 2006).

Den andre hypotesen i oppgaven gikk ut på hvorvidt fravær av rollekonflikter korrelerte med helse. Analysen viste at det var tilfelle. Lav grad av rollekonflikter korrelerer med Helse. Andre studier bekrefter det samme funnet ([Perry-Jenkins et al., 2007](#); [Schneider, 2011](#)). Av faktorer som påvirker rollekonflikter kan man tenke at antall barn har en betydning. [Skreden et al. \(2012\)](#) sin studie viste at flere barn økte sjansen for sosial isolasjon og problemer i forholdet. Men det er usikkert om dette kan knyttes opp mot rollekonflikter siden det ikke ble eksplisitt målt i studien. En dansk studie viste derimot at antall barn ikke hadde signifikant betydning på stress hverken blant menn eller kvinner ([Engell et al., 2007](#)). Denne analysen viste at antall barn korrelerte med Rollekonflikter (vedlegg 14), men ikke med Helse (tabell 4.5). Dette kan tyde på at antall barn og alder på barn må sees i sammenheng med andre faktorer relatert til Helse. Antall barn og alder på barn kan føre til økt grad av rollekonflikter. Men andre variabler kan innvirke slik at dette ikke har signifikant betydning på helsen.

Denne oppgaven søkte å utdype temaet Rollekonflikter ved å inkludere spørsmål om oppfyling av egne og andres forventninger relatert til det å være forelder. I den bivariate analysen (vedlegg 14), så vi at spørsmålene om forventninger korrelerte signifikant med Rollekonflikter. Opplevelsen av å være god nok foreldre viser seg i denne studien å ha en sammenheng med Rollekonflikter, og fravær av Rollekonflikter korrelerte som nevnt med Helse. Disse sammenhengene blir bekreftet i andre studier. En opplevelse av ikke å være en god forelder øker risikoen for depresjon ([Gillham et al., 2007](#)). Mødre som er deprimerte, er mer tilbøyelige til å ha skyldfølelse og til å ha en opplevelse av at de ikke er kompetente ([Fei-Wan, Wai-Chi, & Wan-Yim, 2010](#)). Det å være trygg i foreldrerollen viste seg å ha betydning for hvordan man opplever at man møter egne og andres forventninger. Motsatt kan utrygghet i foreldrerollen gi en opplevelse av at man ikke strekker til. Kompetansestyrking i forhold til det å bli mor viste seg å ha en positiv effekt både på helsen og tilfredsheten til moren og barnet ([Fei-Wan et al., 2010](#)). Å styrke mødrene i rollen sin høres ut som en pedagogisk tilnærming som har sterke likhetstrekk med empowerment. At Empowerment på denne måten har betydning for Rollekonflikter kan være med å forklare hvorfor Rollekonflikter alene ikke lenger var signifikant etter at Empowerment og Rollekonflikter ble slått sammen i

den siste analysen. Rollekonflikter kan derfor knyttes opp mot Empowerment ut fra trygghet i egen rolle. Men Rollekonflikter, er som nevnt også knyttet opp mot Empowerment gjennom det å ha innflytelse over faktorer som påvirker eget liv som for eksempel arbeidstid.

Opplevelse av ikke å ha mulighet til å kontrollere sitt miljø og sine omgivelser øker sannsynligheten for stress og depresjon ([Bandura, 2001](#)). Misforholdet mellom hvordan mødre ønsker å jobbe og hvordan de faktisk jobber er uheldig for helsen ([Holmes et al., 2012](#)). Lovfestet rett til barnehageplass fra barnet er et år styrker foreldrenes muligheter til å jobbe. Nærmere ett års foreldrepermisjon er en anerkjennelse av barns behov for å være sammen med foreldrene sine ([Haavind, 2011](#)). Anerkjennelsen av småbarns behov for nærhet til foreldrene er ikke like selvfølgelig den dagen de har rett til barnehageplass. Det er sosialt akseptert å være hjemme med barnet ut svangerskapspermisjonen. Så er det forventninger om at arbeidstaker skal komme tilbake til jobb når barnet er i sitt andre leveår eller i slutten av sitt første ([Haavind, 2011](#)). Deltakelse i arbeidslivet har sammenheng med bedre helse for småbarnsforeldre ([Andersen & Aarseth, 2012](#); [Skreden et al., 2012](#)). *Hvor mye* det er gunstig at foreldrene jobber, er derimot et interessant spørsmål.

Arbeidstid ble lagt inn som en dummy variabel, i de to første analysene der alternativet var enten redusert jobb, eller om man jobbet fulltid eller mer. Ønsket var å fange opp om det hadde en gunstig effekt på helsen å jobbe redusert. Analysen viste imidlertid at det ikke var av signifikant betydning å jobbe redusert i forhold til å jobbe fulltid. I den siste analysen ble antall arbeidstimer pr uke lagt inn som variabel, for å se om dette ga noen effekt. Det viste seg at antall arbeidstimer pr uke heller ikke hadde signifikant betydning på helse. Dette blir støttet av forskning som viser at det er ikke først og fremst antall arbeidstimer man jobber som er utslagsgivende for helsen, men for eksempel hvor fleksibel jobben er ([Costigan et al., 2003](#); [Schneider, 2011](#)). Fleksible arbeidsplasser gir arbeidstakerne anerkjennelse og opplevelsen av at jobben ser deres situasjon og behov (Schneider, 2011). Når krav fra familien er uforenelige med krav fra jobben øker opplevelsen av stress ([Vincent C., B. S. J., & Braun, 2010](#)). [Vincent C. et al. \(2010\)](#) beskriver hvordan kvinner i London opplever forventningene fra arbeidslivet,

og hvordan arbeidslivets forventninger ikke avtar når vedkommende blir mor. Kvinnene opplever å ha dobbelt sett med forventninger knyttet til seg. De kan også oppleve å bli kritisert uansett, enten de jobber for mye eller for lite ved siden av å ha små barn ([Vincent C. et al., 2010](#)). For kvinner har det vært en kamp å få komme ut i arbeidslivet etter at de har blitt mødre. Deres inntreden i arbeidslivet har skapt ubalanse i familiesystemet, siden det ikke lenger er en som jobber fullt hjemme ([Ellingsæter, 2012b](#)). Deltidsarbeidende kvinner rapporterer mindre rollekonflikter enn de som jobber fulltid ([Buehler & O'Brien, 2011](#)). Kvinner i deltidsstillinger kommer derimot ikke heldig ut i følge et likestillingsperspektiv ([Leira, 2012](#)). Kitterød og Rønsen viser til internasjonale og norske studier om jobb, familie og fritid som viser at kvinner oftere ønsker kortere enn lengre arbeidstid, særlig blant de fulltidsarbeidende ([2012](#)). Undersøkelser som kun handler om lønnet arbeid, får derimot fram at heltidsarbeidende kvinner er mest fornøyde ([Kitterød & Rønsen, 2012](#)). [Costigan et al. \(2003\)](#) konkluderte med at arbeidsplasser der man tilrettela et positivt arbeidsmiljø og foreldrene opplevde anerkjennelse, hadde positive effekter utenom det å ha det bra på jobb. Det hadde positiv effekt på foreldrenes helse og ringvirkninger hjemme. Foreldrene ble mer sensitive og mottakelige for responsen fra barna. Positivt og fleksibelt arbeidsmiljø på jobben kan slik bidra til et positivt miljø i hjemmet.

Sammenligner man seg med andre land, kan man tenke at det er et gode å kunne jobbe samtidig som man har barn. Grönlund og Öen (2010) kan viser til en europeisk undersøkelse der tilfredsheten med livet er høyere i de landene der de har rollekonflikter, nettopp fordi foreldrene har mulighet til å jobbe. [Grönlund and Öun \(2010\)](#) har brukt det samme måleinstrumentet på helse ([WHO, 1998](#)) og det samme spørsmålet på tilfredshet med livet ([International Wellbeing Group, 2006](#)) som er brukt i denne undersøkelsen. Disse to skalaene fantes i validert versjon på norsk, dataene fra denne undersøkelsen er derfor sammenlignbare. Spørreskjemaet om rollekonflikter er noe ulikt. To av spørsmålene skiller seg spesielt ut, der de spør om bekymringer i forhold til jobben og misnøye fra familien på grunn av ansvaret vedkommende har på jobb ([Grönlund & Öun, 2010](#)). Spørreskjemaet jeg har brukt har derimot tid og energi til relasjoner i fokus. I denne analysen korrelerer tilfredshet med livet med *lav grad av rollekonflikter* (Vedlegg 14). Rollekonflikter i denne analysen gir derfor ikke en økt

grad av tilfredshet i livet slik Grönlund og Öen (2010) fant i sin studie. Det kan ha sammenheng med at rollekonflikter blir operasjonalisert ulikt. Denne analysen har heller ingen kontrollgruppe å sammenligne med, der foreldrene ikke er i arbeid. De ulike funnene kan forstås ut fra det Antonovsky (1979) beskriver om underload og overload. Er man i lønnet arbeid får man utfordret flere sider av seg selv. [Antonovsky \(1979\)](#) er opptatt av at en balanse i livet er viktig, og grunnen til at de to studiene får fram forskjellige resultater kan være nettopp dette.

I denne studien er sosial kontakt ikke signifikant for foreldrenes helse (tabell 4.5). Dette kan sees i sammenheng med nettopp det at alle foreldrene er i jobb og det er naturlig å tro at de får fylt en del av sitt sosiale behov der. Å være hjemme med barn kan disponere for sosial isolasjon på grunn av fraværet av det nettverket som jobben ofte gir. Å være i jobb er en viktig buffer for psykiske lidelser. Hjemmeværende mødre har større risiko for å utvikle depresjon enn de som jobber deltid eller heltid ([Buehler & O'Brien, 2011](#)). En fersk studie fra Arendal ser blant annet på sosial isolasjon og stress hos foreldre og sammenhengen med deres helse. Studien viser at mangel på tilfredsstillende sosial kontakt er uheldig for foreldrenes psykiske helse (Skreden et al., 2012).

Tid er en kostbar og begrenset ressurs ([Aubert, 1979](#)). Tid med egne barn viste seg å være viktigere enn inntekt i forhold til å ha god helse. Det interessante er at deltakerne *ikke ble spurt om hva de syntes var viktigst*. Dersom de hadde blitt spurt om tid med egne barn var viktig, kunne det ført til normative svar der deres verdier var styrende. Foreldrene ble derimot spurt om hvor tilfredse de var med hvor mye tid de fikk sammen med sine barn, og studien viste at høy grad av tilfredshet korrelerte med god helse. Tilfredshet med tid med egne barn viser seg derfor i studien å være en viktig faktor for å fremme helse. Tid med egne barn korrelerte med Rollekonflikter (vedlegg 14), men variabelen hadde også en selvstendig innvirkning. En finsk undersøkelse kom også fram til at tilstrekkelig tid sammen med egne barn var den viktigste faktoren for å forebygge stress blant foreldrene, sammen med trygg økonomi og sosial støtte ([Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmaki, 2008](#)). For fedre kan konstruktivt samvær med egne barn være en buffer mot depresjon ([Cunningham & Knoester, 2007](#)).

Gjennomsnittsalderen på familiens yngste barn er 1,8 år i denne studien. Siden barna er relativt små kan det forsterke foreldrenes ønske om å være minst mulig borte fra barna, kanskje med bakgrunn i barnas forståelse av separasjon. Tiden med små barn kan også være en tid der foreldrene kan nyte en relativt ukomplisert relasjon med barna sine sammenlignet med når barna blir eldre. Dette forutsetter antagelig at foreldrene opplever at de har nok tid til å kunne bygge denne relasjonen. Studier som også omfatter foreldre til skolebarn viser at foreldre til barn under fem år var mer fornøyde enn foreldre til barn i skolealder, tenåringer eller unge voksne ([Nomaguchi, 2012](#)). [Skreden et al. \(2012\)](#) fant at yngre barn opplevdes mer stressende for foreldrene fordi de har flere behov som må fylles av foreldrene enn det store barn har.

Denne studien viser at det å ha svigerforeldrene/foreldrene i geografisk nærhet har en positiv innvirkning på småbarnsforeldrenes helse. Det å være tilfreds/ikke tilfreds med støtten fra foreldre/svigerforeldre har derimot ikke en tilsvarende innvirkning på småbarnsforeldres helse. Det kan være at dette spørsmålet om tilfredshet var vanskelig å svare på, spesielt siden både foreldre og svigerforeldre gikk under et. Spørsmål om avstand til nærmeste foreldre/ svigerforeldre var derimot et mer konkret spørsmål. [Hogg and Worth \(2009\)](#) utførte en kvalitativ undersøkelse blant 44 foreldre i England og fant at et sosialt nettverk i form av både venner og familie opplevdes støttende for foreldrene. Foreldre som bodde langt unna egne foreldre, var utsatt for mer sosial isolasjon og ensomhet. Ofte opplevde foreldre som bodde nær sin egen familie, mer kontakt og at familiebandene ble sterkere. Det motsatte kunne imidlertid også være tilfelle, at familiære relasjoner opplevdes som en slitasje ([Hogg & Worth, 2009](#)). Studien viser betydningen av at foreldre/svigerforeldre i geografisk nærhet kan ha en støttende funksjon som er viktig for småbarnsforeldrenes helse.

Tilfredshet med partneren viste seg i studien å ha en signifikant effekt på Helse. Men den var ikke blant de aller mest signifikante variablene. Denne variabelen kan ha blitt dekket til av spørsmålene inkludert under variabelen rollekonflikter, siden den viser en høy bivariat korrelasjon med Rollekonflikter. At tilfredshet med parforholdet er viktig buffer mot emosjonelt stress kommer tydelig fram i Den norske mor barn-

undersøkelsen ([Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb, & Tambs, 2012](#)). Konflikter i forhold til partneren var det som forårsaket mest emosjonelt stress. At tilfredshet med parforholdet også er viktig i forhold til barn kommer fram i en amerikansk undersøkelse, der det viste seg at lav tilfredshet i forholdet predikerte adferdsproblemer hos barna over tid. Utilfredshet i forholdet kunne også føre til depresjon hos foreldrene, noe som igjen også kunne gi utslag i adferdsproblemer hos barna ([Linville et al., 2010](#)). Angst og depresjon hos foreldre er vist i en undersøkelse fra Arendal å være spesielt relatert til problemer i parforholdet, og angst og depresjon førte igjen til økt opplevelse av stress hos foreldrene ([Pripp, Skreden, Skari, Malt, & Emblem, 2010](#)). Samfunnsøkonomisk er det mye å vinne på å sette inn tiltak for å styrke parforholdene ([Linville et al., 2010](#)). En svensk undersøkelse viser til at kvinner ofte opplever husarbeidet som mer stressende enn menn, og at det har stor betydning i forhold til hvor fornøyde de er med parforholdet ([Moller, Hwang, & Wickberg, 2008](#)). Selv om kvinner er i jobb, er det oftest ikke slik at arbeidet på hjemmebane blir delt likt mellom foreldrene. Det viser seg ofte at kvinner er hovedansvarlig, ikke bare for selve husarbeidet, men også planleggingen, organiseringen og gjennomføringen av aktiviteter knyttet til hele familielivet ([Schneider, 2011](#)). Det kan imidlertid se ut som om det er en tendens til at dette holder på å utjevne seg i Norge ([Kitterød & Rønsen, 2012](#)). Positive opplevelser knyttet til husarbeid økte dramatisk dersom hele familien var engasjert i det ([Schneider, 2011](#)).

5.3 Studiens relevans for det helsefremmende arbeidet

Den negative effekten stress har på mental helse, er som tidligere nevnt en av de største utfordringene innenfor det helsefremmende arbeidet. Å kunne ha et salutogent perspektiv på dette har blitt etterspurt (Lindström og Eriksson, 2005).

Å legge til rette for å bedre foreldrenes mentale helse har positive ringvirkninger for hvordan barna vokser opp ([Surkan et al., 2008](#)). Helsefremmende arbeid er mer enn å ha fokus på helse og livsstil. Helsefremmende arbeid går utover helse aspektet til å romme «well-being», på norsk oversatt til trivsel og velvære ([WHO, 2013a](#)).

Helsepolitisk er man opptatt av hva man kan gjøre for å fremme helsen i befolkningen. En ny rapport fra Folkehelseinstituttet viser at kommunepsykologer i stor grad bruker tiden sin på veiledning og samtaler med enkeltpersoner. Folkehelseinstituttet etterlyser forebyggende tiltak rettet mot grupper av befolkningen ([Heggland, Gärtner, & Mykletun, 2013](#)). Denne studien viser noen sammenhenger som kan bidra til at man kan utrede konkrete tiltak for foreldre, som også vil ha virkninger for hele familien.

Forandringer i mønsteret mellom arbeid og fritid har store implikasjoner for helsen til mennesker ([WHO, 2013a](#)). Å bli foreldre er noe som griper inn både i arbeid og fritid. Denne studien viste ingen signifikant forskjell på hvorvidt man jobber mye eller lite. Derimot har andre studier funnet sammenheng mellom hvor fleksible arbeidsplassene er og hvor godt foreldrene trives. Trivsel på jobben er også vist å påvirke foreldrenes helse og oppvekstvilkårene for barna positivt ([Costigan et al., 2003](#); [Schneider, 2011](#)). Fleksibelt arbeid moderer graden av rollekonflikter og trivsel er viktig for helse.

Denne studien viser at Empowerment og lav grad av rollekonflikter korrelerer positivt med helse. Å ha kontroll over de faktorene som påvirker eget liv, er knyttet opp til empowerment ([Gibson, 1991](#)). Flexibilitet fra arbeidsgiveren sin side kan være viktig for å oppleve en reell mulighet til å ta avgjørelser i eget liv. Dette kan ha konsekvenser i forhold til å kunne prioritere slik at man kan være tilfreds med hvor mye tid man har sammen med barna.

Verdien av foreldre eller svigerforeldre i nærheten var viktigere for helsen til småbarnsforeldre enn inntekt. Anerkjennning av storfamilien er ut fra dette viktig for det helsefremmede arbeidet.

5.3 Forslag til videre forskning

Siden empowerment viser seg å være så viktig for helsen, kunne det være interessant med studier som kunne validere en brukervennlig empowerment-skala i Norge.

Relatert til begrensingene nevnt i forrige avsnitt om etnisitet, kunne det vært interessant å se på rollekonflikter og helse i tverrkulturelle familier der kun den ene partneren behersker det norske språket.

Ut fra et helsefremmende ståsted kunne det vært interessant med flere studier som går på småbarnsforeldres opplevelse av frihet til å ta egne valg og ha innflytelse i livene sine. Ut fra et sosioøkonomisk ståsted er det interessant å se på følgene av at småbarnsforeldre eventuelt jobber mer enn man reelt ønsker. I Norge er det en høy andel av befolkningen som blir sykmeldte på grunn av lettere psykiske plager og diffuse muskel og skjelett symptomer ([Mæland, 2005](#)). Dersom det er en sammenheng mellom det stressest småbarnsforeldrene står i som følge av rollekonflikter, og eventuelle sykmeldinger kan det vært interessant å se på hvor økonomisk gunstig det er for samfunnet at begge foreldrene er raskt tilbake i full jobb.

6 Avslutning

Hensikten var å generere kunnskap om faktorer som korrelerer med småbarnsforeldrenes helse. Studien fant at empowerment, lav grad av rollekonflikter, tilfredsstillende tid med egen barn og foreldre eller svigerforeldre i geografisk nærhet hadde en positiv korrelasjon med foreldrenes helse. Å ha foreldre eller svigerforeldre i nærheten framtrer derfor som en støttende faktor for småbarnsforeldre. Diskusjonen kom fram til at et viktige helsefremmende tiltak blant småbarnsforeldre er fleksible arbeidsforhold. Det kan redusere graden av rollekonflikter og legge til rett for at empowerment kan bli realisert, ved at foreldrene har mulighet til å ha innflytelse over de faktorene som påvirker livene deres. Empowerment har vist å ha en nøkkelrolle i denne studien. Empowerment ble målt ut fra hvorvidt en person har en positiv holdning til seg selv, stoler på egne avgjørelser og sjelden kjenner seg maktesløs. Empowerment har vist i studien å samvariere med helse, men også med lav grad av rollekonflikter og for tilfredshet med mengde tid sammen med egne barn.

Referanser

- Aalen, O. O. (1999). *Innføring i statistikk med medisinske eksempler*. Oslo: Ad notam.
- Alsop, R., & Heinsohn, N. (2005). Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators *World Bank Policy Research Working Paper 3510* (pp. 123).
- Andenæs, A. (2011). Chains of care: Organising the everyday life of young children attending day care. *Nordic Psychology*, *63*(2), 49-67.
- Andersen, L. C., & Aarseth, H. (2012). Den likestilte familien i et klasseperspektiv. In A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens familier: nye sosiologiske perspektiver* (pp. 350 s. : ill.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1), 11-18.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aubert, V. (1979). *Sosiologi 1: sosialt samspill*.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, *52*, 1-26.
- Befring, E., & Tangen, R. (2012). *Spesialpedagogikk*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Berger, E. M., & Spiess, C. (2011). Maternal life satisfaction and child outcomes: Are they related? *Journal of Economic Psychology*, *32*(1), 142-158.
- Buehler, C., & O'Brien, M. (2011). Mothers' Part-Time Employment: Associations with Mother and Family Well-Being *Journal of Family Psychology*, *25*(6), 895-906.
- Costigan, C., L., Cox M., J., & Cauce, A. M. (2003). Work-Parenting Linkages Among Dual-Earner Couples at the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, *17*(3), 397-408.

- Cunningham, A., & , & Knoester, C. (2007). Marital Status, Gender, and Parents' Psychological Well-Being *Sociological Inquiry*, 77(2), 264-287.
- Davis, R. A. (2011). Mother-child relations and the discourse of maternity. *Ethics and Education*, 6(2), 125-139.
- Ellingsæter, A. L. (2012a). Familiepolitikk i klassesamfunnet. In A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens Familier, nye sosiologiske perspektiver* (pp. 99-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsæter, A. L. (2012b). Innledning: Velferdsstatens familier. In A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens Familier nye sosiologiske perspektiver* (pp. 13-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Engell, R., Nielsen, N. R., & Andersen, A.-M. N. (2007). Stress i børnefamilier: Er barnene årsagen? *Ugeskr Læger*, 169(4).
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Epidemiologi, D. f. (2013). Årstabeller for medisinsk fødselsregister 2011 (pp. 70).
- Evenson, R. J., & Simon, R. W. (2005). Clarifying the relationship between parenthood and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 341-358.
- Fei-Wan, N., Wai-Chi, C. S., & Wan-Yim, I. (2010). Predictors and Correlates of Maternal Role Competence and Satisfaction. *Nursing Research*, 59(3), 185-193.
- Folkehelseinstituttet. (2011). Den norske mor og barn -undersøkelsen, Spørreskjema før skolestart - ved ca. 5 år.
- Foucault, M. (2003). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2012). *The Order of Things*. Hoboken: Taylor & Francis.
- Frech, A., & Kimbro, R. T. (2011). Maternal Mental Health, Neighborhood Characteristics, and Time Investments in Children. *Journal of Marriage and Family*, 73(3), 605-620. doi: 10.1186/1479-5868-3-19.
- Freire, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7(131), 683-687.

- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment *Journal of Advanced Nursing, 16*, 354-361.
- Gillham, J. E., Putter, P., & Kash, V. M. (2007). The effects of sad mood on reports of parents' caregiving behaviors. *J Psychopathol Behav Assess, 29*, 125 -133. doi: 10.1007/s10862-006-9031-z
- Ginsburg, K. R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics, 119*(182). doi: 10.1542/peds.2006-2697
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Grönlund, A., & Öun, I. (2010). Rethinking work-family conflict: dual earner policies, role conflict and role expansion in western Europe. *Journal of European Social Policy, 20*(3).
- Haavind, H. (2011). Loving and caring for small children: Contested issues for everyday practices. *Nordic Psychology, 63*(2), 24-48.
- Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sciences, 19*, 32-38.
- Hegglund, J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). *Komunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv Rapport 2013:2* (pp. 40). doi:<http://www.fhi.no/dokumenter/441a658f0a.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). Helsestasjon 0-5 år. Retrieved 21 mars 2013, from <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/Sider/default.aspx>
- Helseinformatikk, N. (2009, 21.12.2009). Depresjon, en oversikt. Retrieved 26 mars, 2013, from <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt-3077.html?page=all>
- Hogg, R., & Worth, A. (2009). What support do parents of young children need? A user-focused study *Community Practitioner, 82*(1), 31-34.
- Holmes, E. K., Erickson, J. J., & Hill, E. J. (2012). Doing what she thinks is best: Maternal psychological wellbeing and attaining desired work situations. *Human Relations, 65*(4), 501.
- Holmqvist, M. (2007). *Jeg tror jeg er lykkelig... Ung tro og hverdag*. Oslo: Kloster Forlag.

- Holst, C. (2012). Dele likt? In A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens familier: nye sosiologiske perspektiver* (pp. 350 s., ill.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., R., Kromhout, D., Smid, H. (2011). Health how should we define it? *BMJ*, 343(d4163), 235-237.
- International Wellbeing Group. (2006). Personal Well-being Index. .
http://www.deakin.edu.au/reasearch/acqol/instruments/wellbeing_index.htm.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS: versjon 17*. Oslo: Abstrakt forl.
- Kirkeby, W. A. (2003). *Engelsk ordbok, engelsk-norsk/norsk-engelsk*. Oslo: Vega forlag.
- Kirkengen, A. L. (2000). Innskrevet i kroppen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 1518-1522.
- Kirkengen, A. L., Getz, L., & Hetlevik, I. (2008). En annen kardiovaskulær epidemiologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19(128), 2181-2184.
- Kitterød, R. H., & Rønsen, M. (2012). Kvinner i arbeid ute og hjemme, endring og ulikhet. In A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens familier: nye sosiologiske perspektiver* (pp. 350 s. : ill.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjørven, G. R., & Lea, T. (2011, 19.04.2013). Inntektsstatistikk for Oslo kommune 2011. Retrieved 29 april, 2013
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Knutsen, I. R., & Foss, C. (2010). Caught between conduct and free choice - a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00801.x
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, 4, 288-296.
- Leira, A. (2012). Omsorgens institusjoner, omsorgens kjønn. In A. L. Ellingsæter & K. r. Widerberg (Eds.), *Velferdsstatens familier, nye sosiologiske perspektiver* (1 ed., pp. 76-98). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59, 440-442. doi: 10.1136/jech.2005.034777
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., . . . Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and

- child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 244-255.
- Løken, K. H. (2007). Lave stemmer skal også høres. In S. O. P. Askheim, B. (Ed.), *Empowerment i teori og praksis* (pp. 140-153). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mastekaasa, A. (1988). *Livskvalitetsforskning* (Vol. 88:6). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- McKinley, R. K., Manku-Scott, T., Hastings, A. M., French, D. P., & Baker, R. (1997). Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ*, 314, 193-198.
- Midtbø, T. (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforl.
- Moller, K., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 57-68.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Nomaguchi, K. M. (2012). Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent-child relationship quality. *Social Science Research*, 41(2012), 489-498.
- Offer, S., & Schneider, B. (2011). Revisiting the Gender Gap in Time-Use Patterns: Multitasking and Well-Being among Mothers and Fathers in Dual-Earner Families. *American Sociological Review*, 76(6), 809-833.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Perry-Jenkins, M., Goldberg, A. E., Pierce, C. P., & Sayer, A. G. (2007). Shift Work, Role Overload, and the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), 123-138.
- Powers, P. (2003). Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 227-237.
- Prupp, A. H., Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., & Emblem, R. (2010). Underlying correlation structures of parental stress, general health and anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 473-479.

- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of Empowerment over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. A. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Service*, 48(8), 1042-1047.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryles, S. M. (1999). A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 600-607.
- Røsand, G.-M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2012). The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health*, 12(66). doi: www.biomedcentral.com/1471-2458/12/66
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., & Halmesmaki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 213-222.
- Sanders, R., & Roach, G. (2007). Closing the gap? The effectiveness of referred access family support services. *Child and Family Social Work*(12), 161 -171. doi: 10.1111/j.1365-2206.2006.00455.x
- Schneider, B. (2011). The human face of workplace flexibility. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 638. doi: 10.1177/0002716211415824
- Skreden, M., Skari, H., Björk, M. D., Malt, U. F., Veenstra, M., Faugli, A., . . . Emblem, R. (2008). Psychological distress in mothers and fathers of preschool children: a 5-year follow-up study after birth. *BJOG*, 115, 462-471.
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40.
- Stapleton, L. T., & Bradbury, T. N. (2012). Marital interaction prior to parenthood predicts parent-child interaction 9 years later. . *Journal of Family Psychology*, 26(4), 479-487. doi: 10.1037/a0029051

- Surkan, P. J., Ryan, L. M., Berkman, L. F., Carvalho Vieira, L. M., & Peterson, K. E. (2008). Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy and child growth. *American Journal of Public Health, 98*(1), 125-132.
- Sætersdal, B., Dalen, M., & Tangen, R. (2012). Foreldresamarbeid om opplæring av barn og unge med spesielle behov. In E. Befring, & Tangen, R. (Ed.), *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2006). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- Tveiten, S., Haukland, M., & Onstad, R. F. (2011). The patient's voice-empowerment in a psychiatric context. *Vård i Norden, 31*(3), 20-24.
- Veierød, M. B., Lydersen, S., & Laake, P. (2012). *Medical statistics: in clinical and epidemiological research*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Viala, E. S. (2011). Contemporary family life: A joint venture with contradictions. *Nordic Psychology, 63*(2), 68-87.
- Vincent C., B. S. J., & Braun, A. (2010). Between the estate and the state: struggling to be a 'good' mother. *British Journal of Sociology of Education, 31*(2), 123-138.
- Wallerstein, N. (1992). Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programmes. *American Journal of Health Promotion, 6*(3), 197-205.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1998). Well-being measures in primary care: the DepCare project. (ed.). Consensus meeting Stockholm: World Health Organization.
- WHO. (2003). *Investing in mental health* (pp. 52). doi:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562579.pdf>
- WHO. (2013a). Health promotion. *The Ottawa charter for health promotion*. Retrieved 4 June, 2013, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2013b). Key policies documents Definitions: Emergencies. Retrieved 13 May, 2013, from <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: on the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology, 18*(1), 169-177.

Vedlegg 1. REK

Emne: Sv: Småbarnsforeldre, hvordan har de det?
Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Dato: 21.02.2012 08:29
Til: solbjorg@watland.net
Kopi:

Vår ref.nr.: 2012/242 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering datert 3.2.2012 angående mastergradsprosjektet "Småbarnsforeldre, hvordan har de det?". Temaet for dette prosjektet er "helse, trivsel og velvære relatert til empowerment, arbeidstid, vaner i hverdagslivet og tilfredshet med livet". Selv om formålet med studien "er å samle inn informasjon om helse, trivsel og velvære" dreier det seg ifølge spørreskjema ikke om kliniske opplysninger og ikke data fra sykehusjournal. Resultatet av undersøkelsen antas å kunne "være interessante i et helsefremmende perspektiv".

Formålet med prosjektet er heller ikke spesifikt medisinsk og helsefaglig med tanke på å få ny kunnskap om diagnose og behandling av sykdom. Selv om tiltaket har et generelt helsefremmende aspekt er det faglig sett mer å forstå som samfunnsfaglig. Tiltaket ligger dermed ikke innenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det forutsettes at det gjennomføres i samsvar med de regler for gjelder for institusjons virksomhet, for eksempel med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern.

Med vennlig hilsen | Best regards
Jørgen Hardang
Komitésekretær
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845516

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>





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

Pål Joranger
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 04.09.2012

Vår ref:30935 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30935	<i>Småbarnsforeldre - Hvordan har de det? En tverrsnittstudie om helse, rollekonflikter og empowerment blant småbarnsforeldre i Oslo</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Pål Joranger</i>
Student	<i>Solbjørg Watland</i>

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

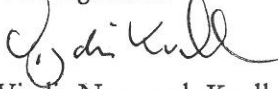
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 28.02.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Solbjørg Watland, Rosevn. 7, 0585 Oslo



Studien undersøker helse, rollekonflikter og "empowerment" blant småbarnsforeldre i Oslo.

Rekruttering foregår via helsestasjoner i Oslo. Studenten vil innhente tillatelse til å stå der og rekruttere småbarnsforeldre til deltakelse. Student etablerer førstegangskontakt og deler ut informasjonsskriv til utvalget på omtrent 150 individer.

Det innhentes skriftlig samtykke gjennom besvarelse av spørreskjema. Ombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at setningen "Datamaterialet vil bli lagret anonymt og behandlet konfidensielt" omformuleres til f.eks. "Datamaterialet behandles konfidensielt".

Det innhentes indirekte personidentifiserende opplysninger samt sensitive opplysninger om rasemessig, etnisk bakgrunn eller politisk, filosofisk eller religiøs overbevisning jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 a).

Håvard Watland er databehandler for prosjektet. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger en databehandleravtale mellom Watland og studenten for den behandling av data som finner sted, jf. korrespondanse med student.

Prosjektet skal avsluttes 28.02.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Epostadresser og logger slettes.

Vedlegg 3, Databehandleravtale

Databehandleravtale

I henhold til personopplysningslovens § 13, jf. § 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.

mellom

Solbjørg M. Watland

Behandlingsansvarlig

og

Håvard Watland

Databehandler.

1. Avtalens hensikt

Avtalens hensikt er å regulere rettigheter og plikter etter Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og forskrift av 15. desember 2000 nr. 1265 (personopplysningsforskriften). Avtalen skal sikre at personopplysninger om de registrerte ikke brukes urettmessig eller kommer uberettigede i hende.

Avtalen regulerer databehandlers bruk av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige, herunder innsamling, registrering, sammenstilling, lagring, utlevering eller kombinasjoner av disse.

2. Formål

Personopplysninger som skal behandles: *Personopplysninger som er samlet inn via det elektroniske spørreskjemaet knyttet til studiet «Helse, rollekonflikter og styring av eget liv blant småbarnsforeldre, enten de er samlet inn via mail eller de er lagt til manuelt etter en besvarelse på papir.*

Behandlinger som omfattes av avtalen: *Databehandleren plikter å konstruere samt vedlikeholde systemet for å samle inn og bearbeide de innsamlede dataene til en excel fil.*

Rammene for databehandlers håndtering av personopplysninger: *Databehandleren skal ikke gå inn og analysere informasjonen, eller lese hva den enkelte respondent har svart. Databehandleren skal kun gå inn og se på dataene etter forespørsel fra behandlingssansvarlig som et ledd i vedlikehold eller videreutvikling av systemet.*

3. Databehandlers plikter

Databehandler skal følge de rutiner og instruksjoner for behandlingen som behandlingsansvarlig til enhver tid har bestemt skal gjelde.

Databehandler plikter å gi behandlingsansvarlig tilgang til sin sikkerhetsdokumentasjon, og bistå, slik at behandlingsansvarlig kan ivareta sitt eget ansvar etter lov og forskrift.

Behandlingsansvarlig har, med mindre annet er avtale eller følger av lov, rett til tilgang til og innsyn i personopplysningene som behandles og systemene som benyttes til dette formål.

Databehandler plikter å gi nødvendig bistand til dette.

Databehandler har taushetsplikt om dokumentasjon og personopplysninger som vedkommende får tilgang til iht. denne avtalen. Denne bestemmelsen gjelder også etter avtalens opphør.

4. Sikkerhet

Databehandler skal oppfylle de krav til sikkerhetstiltak som stilles etter personopplysningsloven og personopplysningsforskriften, herunder særlig personopplysningslovens §§ 13 – 15 med forskrifter. Databehandler skal dokumentere rutiner og andre tiltak for å oppfylle disse kravene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig på behandlingsansvarliges forespørsel.

Avviksmelding etter personopplysningsforskriftens § 2-6 skal skje ved at databehandler melder avviket til behandlingsansvarlig. Behandlingsansvarlig har ansvaret for at avviksmelding sendes Datatilsynet.

5. Sikkerhetsrevisjoner

Behandlingsansvarlig skal avtale med databehandler at det gjennomføres sikkerhetsrevisjoner jevnlig for systemer og lignende som omfattes av denne avtalen.

Revisjon

Revisjonen kan omfatte gjennomgang av rutiner, stikkprøvekontroller, mer omfattende stedlige kontroller og andre egnede kontrolltiltak.

6. Avtalens varighet

Avtalen gjelder så lenge databehandler behandler personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig.

Ved brudd på denne avtale eller personopplysningsloven kan behandlingsansvarlig pålegge databehandler å stoppe den videre behandlingen av opplysningene med øyeblikkelig virkning. Avtalen kan sies opp av begge parter med en gjensidig frist på *1 måned*, jf. punkt 8 i denne avtalen.

7. Ved opphør

Ved opphør av denne avtalen plikter databehandler å tilbakelevere alle personopplysninger som er mottatt på vegne av den behandlingsansvarlige og som omfattes av denne avtalen.

Tilbakelevering

Videre kan det avtales at det skal gis en utskrift og kopi av alt innhold i databaser og lignende med data som er omfattet. Kostnader ved dette, eller om opplysningene skal leveres i et slikt skriv. Det skal avtales at databehandler skal slette eller forsvarlig destruere alle dokumenter, data, disketter, cd-er mv, som inneholder opplysninger som omfattes av avtalen. Dette gjelder også for eventuelle sikkerhetskopier.

Avtalen bør spesifisere på hvilken måte sletting og/eller destruksjon skal skje etter avtalens opphør.

Databehandler skal skriftlig dokumentere at sletting og eller destruksjon er foretatt i henhold til avtalen innen rimelig tid etter avtalens opphør.

8. Lovvalg og verneting

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar Oslo tingrett som verneting. Dette gjelder også etter opphør av avtalen.

Denne avtale er i 2 – to eksemplarer, hvorav partene har hvert sitt.

Sted og dato

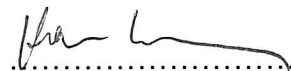
Oslo 21/9 - 2012

Behandlingsansvarlig

Solbjørg M. Watland

(underskrift)

Databehandler



(underskrift)

Vedlegg 4, Innvilgning av utsettelse av prosjektslutt

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt pr epost 24.09.13.

Personvernombudet har registrert ny prosjektslutt 31.12.2013 og vil da rette en henvendelse til dere vedrørende status.

Dersom det da skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse, må det påregnes å informere utvalget, dersom det er mulig.

--

Vennlig hilsen
Inga Brautaset

Seniorrådgiver
Personvernombudet for forskning, NSD
Telefon: (+47) 55 58 26 35
www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 5, Epost til ledere på helsestasjonene

Hei.

Takk for hyggelig prat.

Her er litt informasjon om studiet som jeg ønsker å gjennomføre.

Studiet handler om:

Helse, rollekonflikter og styring av eget liv blant småbarnsforeldre i Oslo.

-En kartlegging av forholdene blant småbarnsforeldre og hvordan man eventuelt kan forbedre deres livssituasjon.

Hensikten med studiet er å få mer kunnskap om hvordan småbarnsforeldre har det, eventuelle rollekonflikter og i hvilken grad de opplever at de kan styre livene sine. Studiet har et helsefremmende perspektiv. Hvordan foreldrene har det har stor innvirkning på barnas oppvekst.

Studiet er en del av en masteroppgave i Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus og vil bli avsluttet våren 2013.

Ansvarlig for studiet kan kontaktes på mail: s293711@stud.hioa.no (student)

pal.joranger@hioa.no (studieleder)

Ansvarlig institusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA).

Studiet er godkjent av personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

Det tar 5-10 minutter å svare på spørreskjemaet. Deltakerne kan gjøre det på papir eller få en link til det elektroniske skjemaet på mail. Studiet er frivillig og anonymt. Deltakerne vil få informasjon om at de kan trekke seg fra studiet underveis når de besvarer spørreskjemaet, eller eventuelt la være å besvare alle spørsmålene i skjemaet. Spørreskjemaet stiller ikke spørsmål om helsestasjonene. Sender med spørreskjemaet som vedlegg for eventuell gjennomlesning.

Jeg vil i førsteomgang ta kontakt med 12 helsestasjoner i Oslo, men dersom det er nødvendig vil jeg ta kontakt med samtlige. Jeg ønsker å komme på deres helsestasjon for å kunne rekruttere informanter til studiet. Deltakerne kan enten svare på spørreskjemaet på papir, eller elektronisk. De vil da få tilsendt en link til spørreskjemaet på mail. Som en takk for at de viser interesse kunne jeg tenke meg å tilby kaffe/te samt noe å bite i. Dette vil de få uavhengig av om de vil være med i undersøkelsen eller ikke (jeg vil stå for kaffe og tilbehør, men dersom jeg kunne låne deres kaffetrakter ville dette vært meget praktisk).

Siden en av sidene jeg vil undersøke er rollekonflikter, er det ønskelig å komme i kontakt med foreldre som er i jobb. Derfor er det fortrinnsvis foreldre som er innom

med barn til 1 - 1,5 års kontroll og oppover mest interessante. Dersom det er noen dager dere spesielt tar imot eldre barn er dette meget interessant.

Jeg er i utgangspunktet meget fleksibel i forhold til hvilke dager, men kunne tenke meg å gjennomføre studiet fra uke 42 til og med 44.

Jeg ser for meg at jeg er en dag på hver helsestasjon, og at jeg kommer når helsestasjonen åpner og er der noen timer framover. Jeg trenger 10-20 informanter fra hver helsestasjon. Alle helsestasjonene som deltar vil bli tilsendt masteroppgaven som blir utarbeidet, eventuelt kan jeg komme og presentere den dersom det er ønskelig.

Håper at deres helsestasjon kunne tenke dere å være med på dette.

Håper derfor på positivt svar.

Venlig hilsen Solbjørg M. Watland (tlf.nr: xxxxxxxx)

Vedlegg 6, Informasjonsskriv

Oslo, september 2012

Hei!

Vil du være med på en studie blant småbarnsforeldre?

Studiet handler om:

Helse, rollekonflikter og styring av eget liv blant småbarnsforeldre i Oslo.

-En kartlegging av forholdene blant småbarnsforeldre og hvordan man eventuelt kan forbedre deres livssituasjon.

Hensikten med studiet er å få mer kunnskap om hvordan småbarnsforeldre har det, eventuelle rollekonflikter og i hvilken grad de opplever at de kan styre livene sine. Studiet har et helsefremmende perspektiv. Hvordan foreldrene har det har stor innvirkning på barnas oppvekst.

Studiet er en del av en masteroppgave i Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus og vil bli avsluttet våren 2013.

Ansvarlig for studiet kan kontaktes på mail: s293711@stud.hioa.no (student)

pal.joranger@hioa.no (studieleder)

Ansvarlig institusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA).

Studiet er meldt til personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

Datamaterialet behandles konfidensielt. Etter prosjektslutt (våren 2013) vil papirskjemaer bli makulert og alle personidentifiserbare opplysninger samt logger bli slettet (IP adresser og e post). Studenten vil beholde en manuell liste med kontaktinformasjon til eventuell videre bruk. Dersom du ønsker å vite resultatet av studiet kan det krysses av på denne listen. Det kan være aktuelt å bruke dataene i en videreføring av forskningsprosjektet etter mastergraden.

Det tar 5-10 minutter å svare på spørreskjemaet og du kan gjøre det på papir eller få en link til det elektroniske skjemaet på mail. Studiet er frivillig og anonymt. Du kan trekke deg fra studiet underveis når du besvarer spørreskjemaet, eller eventuelt la være å besvare alle spørsmålene i skjemaet.

Håper du har anledning til å være med!

Vennlig hilsen Solbjørg M. Watland

Vedlegg 7, Spørreskjema

Spørreundersøkelse blant småbarnsforeldre

Hei,

Takk for at du deltar i denne undersøkelsen. Det er totalt 46 spørsmål. Til slutt vil du få anledning til å komme med en egen kommentar dersom du måtte ønske det.

Personalialia

1. Kjønn

- kvinne
- mann

2. Fødselsår

-

3. I hvilke bydel bor du?

- Alna
- Bjerke
- Frogner
- Gamle Oslo
- Grorud
- Grunerløkka
- Nordstrand
- Nordre Aker
- Sagene
- St. Hanshaugen
- Stovner
- Søndre Nordstrand
- Ullern
- Vestre Aker
- Østensjø

4. Er du født i Norge?

- Ja
- Nei (Hvilket land?)
- Er faren din født i utlandet? (I tilfelle hvilket land?)
- Er moren din født i utlandet? (I tilfelle hvilket land?)

5. Hører du til en religion/livssyn?

- Nei
- Kristendommen
- Islam
- Hinduisme
- Buddhisme
- Jødedommen
- Humanismen
- Annen
- Vet ikke

6. Hvor mange barn har du omsorg for?

-

7. Alder på barn

Dersom du har flere barn, sett komma imellom tallene.

-

8. Opplever du at et eller flere av barna dine har spesielle fysiske eller psykiske behov som påvirker familielivet i hverdagen?

- | Nei | Litt | Noe | I stor grad | I veldig stor grad |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Sivil status

- Enslig
- Gift
- Samboer
- Enke/enkemann
- Separert/skilt
- Annet

10. Hvordan bor du?

- Leilighet
- Rekkehus / Flermansbolig
- Enebolig
- Annet

11. Hvor mange år utdanning utover ungdomsskolen har du?

-

12. Arbeidssituasjon

Her kan du fylle inn flere alternativer, alt etter hva som beskriver din/deres arbeidssituasjon.

- Jeg jobber gjennomsnittlig hver uke i lønnet arbeid (antall timer)
- Min partner jobber gjennomsnittlig hver uke i lønnet arbeid (antall timer):
- Jeg er for tiden i barselpermisjon (oppgi prosent)
- Min partner er for tiden i barselpermisjon (oppgi prosent)
- Jeg er for tiden sykmeldt (oppgi prosent)
- Min partner er for tiden sykmeldt (oppgi prosent)
- Jeg er student
- Min partner er student

13. Hvor mye hadde din husholdning i brutto inntekt siste år?

- 0-199.999 NOK
- 200 000 - 399.999 NOK
- 400 000 - 599.999 NOK
- 600 000 - 899.999 NOK
- 900.000 - 1.199.999 NOK
- 1.200.000 - 1.499.999 NOK
- over 1.500.000 NOK

Spørsmål om trivsel og velvære

Vennligst kryss av det svaret som passer best for hver uttalelse om hvordan du for det meste har følt deg gjennom de to siste ukene

14. I de siste to ukene har jeg følt meg glad og i godt humør

- Hele tiden
- Det meste av tiden
- Mere enn halve tiden
- Mindre enn halve tiden
- Av og til
- Aldri

15. I de siste to ukene har jeg følt at mitt daglige liv har vært fylt av ting som interesserer meg

- Hele tiden
- Det meste av tiden
- Mere enn halve tiden
- Mindre enn halve tiden
- Av og til
- Aldri

43. Hvor passes barnet/ barna på dagtid, og hvor mange timer per uke?

(Dersom du har flere barn og ulike ordninger, kan du fylle ut flere alternativer)

- Dagmamma/praktikant (timer per uke)
- Skole
- Barnepark (timer per uke)
- Barnehage (timer per uke)
- Andre i familien enn mor og far (timer per uke)
- Foreldrene er hjemme med barnet på dagtid

44. Hvor tilfreds er du med den barnepassordningen som dere benytter?

Svært utilfreds					Nøytral					Svært tilfreds
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Hvor tilfreds er du med boforholdene dine?

Svært utilfreds					Nøytral					Svært tilfreds
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Hvor tilfreds er du med samhørighetsfølelse med nærmiljøet?

Svært utilfreds					Nøytral					Svært tilfreds
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer

47. Har du noen kommentarer til undersøkelsen?

Takk for at du deltok i undersøkelsen!

Send

Vedlegg 8, Navn på variabler

Spørsmål med nummer slik det framkommer i spørreskjemaet	Navn på variabel
8. Opplever du at et eller flere av barna dine har spesielle fysiske eller psykiske behov som påvirker familielivet i hverdagen?	Barn med spesielle behov
24. Hvor bra synes du at du fyller forventningene du tror andre har til deg selv som forelder?	Andres Forventninger
25. Hvor bra synes du at du fyller forventningene du har til deg selv som forelder?	Egne Forventninger
26. Jeg opplever at jeg har frihet til å ta egne valg og har innflytelse over livet mitt	Frihet
35. Opplevde du som foreldre deg presset til å sende din ettåring i barnehage?	Barnehagepress
36. Hvis du tenker på ditt eget liv og levekår, hvor tilfreds er du med ditt liv som et hele?	Tilfredshet liv
37. Hvor tilfredshet er du med din helse?	Tilfredshet helse
38. Hvor tilfreds er du med forholdet du har til din eventuelle partner?	Tilfredshet med forhold partner
39. Hvor tilfreds er du med hvor mye tid du får sammen med dine barn?	Tilfredshet med tid egne barn
40. Hvor tilfreds er du med kontakten du har med dine nærmeste (utenom dine barn og din eventuelle partner)?	Sosial kontakt
41. Hvor langt unna bor dine nærmeste foreldre/svigerforeldre?	Avstand foreldre/svigerforeldre
42. Hvor tilfredshet er du samlet sett med støtten du får fra foreldre/svigerforeldre eventuelt andre i storfamilien?	Tilfredshet familiestøtte
44. Hvor tilfreds er du med den barnepassordningen som dere benytter?	Tilfredshet barnepass
45. Hvor tilfreds er du med boforholdene dine?	Tilfredshet med boforhold
46. Hvor tilfredshet med samhørighetsfølelse med nærmiljøet?	Tilfredshet Samhørighetsfølelse

Vedlegg 9, Rogers's Empowerment scale*

Table 1

Factors derived from the Empowerment Scale

Factor and scale item ¹	Loading
Factor 1: Self-esteem-self-efficacy ²	
I generally accomplish what I set out to do	.79
I have a positive attitude about myself	.74
When I make plans, I am almost certain to make them work	.72
I am usually confident about the decisions I make	.70
I am often able to overcome barriers	.56
I feel I am a person of worth, at least on an equal basis with others	.47
I see myself as a capable person	.46
I am able to do things as well as most other people	.41
I feel I have a number of good qualities	.41
Factor 2: Power-powerlessness ³	
I feel powerless most of the time	.69
Making waves never gets you anywhere ⁴	.66
You can't fight city hall	.66
When I am unsure I about something, I usually go along with the group	.66
Experts are in the best position to decide what people should do or learn	.63
Most of the misfortunes in my life were due to bad luck	.62
Usually, I feel alone	.60
People have no right to get angry just because they don't like something ⁴	.43
Factor 3: Community activism and autonomy ⁵	
People have a right to make their own decisions, even if they are bad ones	.68
People should try to live their lives the way they want to	.64
People working together can have an effect on their community	.62
People have more power if they join together as a group	.53
Working with others in my community can help to change things for the better	.52
Very often a problem can be solved by taking action ⁴	.42
Factor 4: Optimism and control over the future ⁶	
People are limited only by what they think possible	.78
I can pretty much determine what will happen in my life	.62
I am generally optimistic about the future	.58
Very often a problem can be solved by taking action ⁴	.42
Factor 5: Righteous anger ⁷	
Getting angry about something is often the first step forward changing it	.73
People have no right to get angry just because the don't like something ⁴	.52
Getting angry about something never helps	.48
Making waves never gets you anywhere	.40

¹ Items that are negatively worded were recorded for consistency before the factor analysis

² Eigenvalue=6.85, variance explained=24.5 percent

³ Eigenvalue=3.48, variance explained=12.4 percent

⁴ This item loaded on more than one factor

⁵ Eigenvalue=2.13, variance explained=7.6 percent

⁶ Eigenvalue=1.5, variance explained=5.4 percent

⁷ Eigenvalue=1.2, variance explained=4 percent

*Skalaen er hentet fra:

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. A. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Service*, 48(8), 1042-1047.

Vedlegg 10, Reliabilitetstest av empowermentskala

Navn på variabler med spørsmål og nummer slik det framkommer i spørreskjemaet

E_Selvbilde: Jeg har en positiv holdning til meg selv (spm. 27)

E_Avgjørelser: Jeg stoler vanligvis på avgjørelser jeg tar (spm. 28)

E_Maktesløs_inverse: Jeg føler meg ofte maktesløs (spm. 29, spørsmålet er snudd).

E_Eksperter_inverse: Ekspert er de beste til å fortelle mennesker hva de skal gjøre eller lære (spm.30, spørsmålet er snudd).

E_Dårlige_avgjørelser: Mennesker har rett til å ta sine egne avgjørelser selv om det er dårlige avgjørelser (spm.31)

E_Sammen_med_andre: Sammen med andre kan man jobbe for å påvirke nærmiljøet sitt (spm.32).

E_Tro_mulig: Mennesker er bare begrenset av hva de tror er mulig (spm.33)

E_Frustrert: Å bli frustrert på noe, er ofte det første skrittet til å kunne endre det (spm. 34)

De åtte spørsmålene ble lagt inn i analysen, nedenfor presenteres tabellene med resultater.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,621	,641	8

Tabellen viser en Cronbach's Alpha på 0.621. Dette er for lavt til å kunne tillegge skalaen en god reliabilitet, anbefalt grense er > 0.7 . Siden dette er en liten skala, antall spørsmål er færre enn ti, kan det være vanskelig å oppnå en tilfredsstillende Cronbach's Alpha. Derfor kan man se på bredden «range» i «inter-item» korrelasjon.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	0,183	-0,01	0,729	0,738	-76,572	0,027	8

I vårt tilfelle er denne verdien 0,738 og derfor ikke tilfredsstillende da den optimale bredden «Range» mellom høyeste og laveste skår er anbefalt fra 0.2 til 0.4 .

Siden skalaens reliabilitet ikke er tilfredsstillende, er det aktuelt å tenke på å fjerne noen av spørsmålene. Pallant (2010) anbefaler at man bør vurdere å fjerne de som har en «Corrected Item-Total Correlation» under 0.3. I følge den anbefalingen har både «E_Eksperter_inverse», «E_Dårlige_avgjørelser» og «E_Sammen_med_andre» så lav intern konsistens at det er anbefalt å fjerne dem.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E_Selvbilde	48,2545	60,302	0,509	0,559	0,543
E_Avgjørelser	48,0909	61,129	0,48	0,566	0,55
E_Maktesløs_inverse	48,8818	61,481	0,308	0,273	0,592
E_Eksperter_inverse	49,7909	65,965	0,207	0,093	0,62
E_Dårlige_avgjørelser	49,5455	65,48	0,164	0,081	0,638
E_Sammen_med_andre	47,4909	68,252	0,29	0,173	0,599
E_Tro_mulig	49,2364	58,421	0,337	0,173	0,584
E_Frustrert	49,6273	59,887	0,351	0,184	0,579

Dersom E_Eksperter_inverse, E_Dårlige_avgjørelser og E_Sammen_med_andre går ut viste en ny reliabilitetstest at Cronbach's Alpha var ,638 og fortsatt for lav til å vise *god* reliabilitet, Inter item range var 0,646 og dermed for høy (se tabellene nedenfor).

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,638	,673	5

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	0,292	0,094	0,739	0,646	7,881	0,038	5

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E_Selvbilde	27,6579	32,386	0,58	0,563	0,509
E_Avgjørelser	27,4912	32,518	0,584	0,577	0,509
E_Maktesløs_inverse	28,2982	32,972	0,369	0,24	0,596
E_Tro_mulig	28,6667	33,304	0,257	0,09	0,665
E_Frustrert	28,9737	34,486	0,285	0,099	0,639

E_Tro_mulig og E_frustrert hadde en Cronbach's Alpha under 0,3 og reliabiliteten var forespeilet å øke dersom man fjernet de to spørsmålene. Dersom man reduserer skalaen ytterligere med disse to spørsmålene, ser reliabiliteten slik ut:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,779	,795	3

Ved denne tre spørsmålvarianten av empowerment har Cronbachs' Alpha kommet over 0,7.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	0,563	0,454	0,75	0,297	1,654	0,021	3

«Inter-Item Range» har kommet innenfor de nevnte kriteriene (0,20 – 0,40) for en skala med god reliabilitet.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E_Selvbilde	14,7479	11,953	0,677	0,573	0,643
E_Avgjørelser	14,6134	11,697	0,706	0,59	0,613
E_Maktesløs	15,3782	11,034	0,502	0,254	0,857

Og «Corrected Item Total Correlation er høy, selv om Cronbach's Alpha kunne blitt høyere ved å ekskludert E_Maktesløs_inverse så er ikke dette hensiktsmessig da skalaen på 3 spørsmål fyller kravene til god reliabilitet.

Bivariat analyse med Helse

Etter reliabilitetstesten valgte jeg å se hvordan de ulike spørsmålene korrelerte med Helse.

	Pearsons R	p- verdi
E_Selvbilde	0,466	0,000
E_Avgjørelser	0,381	0,000
E_Maktesløs_inverse	0,571	0,000
E_Ekspertes_inverse	0,105	0,126
E_dårlig_avgjørelser	0,007	0,468
E_Sammen_med_andre	-0,012	0,448
E_Tro:_mulig	0,022	0,407
E_Frustrert.	0,061	0,258

De tre øverste spørsmålene som ble de gjenværende etter reliabilitetstesten, var også de som korrelerte signifikant med Helse.

Vedlegg 11, Reliabilitetsanalyse Rollekonflikter

Navn på variabler med spørsmål og nummer slik det framkommer i spørreskjemaet

RK_Balanse: Sammenlignet med andre mennesker i din situasjon, hvor godt vil du si at du samlet sett balanserer kravene fra jobb, eventuell partner og familie? (spm.19).

RK_Konflikter_inverse: Opplever du ofte konflikter mellom ansvaret du har på jobben og ansvaret du har for familien din? (spm.20)

RK_Energi: Jeg har energi til barnet/barna mine når jeg kommer hjem fra jobb (spm.21).

RK_Trett_inverse: Når jeg kommer hjem er jeg for trøtt til å gjøre noe sammen med barnet/barna mine (spm.22).

RK_Partner_inverse: Jobben gjør at jeg er for sliten til å kunne hygge meg sammen med min partner (spm. 23).

Case Processing Summary

	N	%
Valid	103	91,2
Cases Excluded ^a	10	8,8
Total	113	100

Denne tabellen viser antall informanter som besvarte skjemaet. Av de 113 informantene som var med i analysen, ble 10 stykk ekskludert, årsaken kan være mangelfull besvarelse.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,611	0,636	5

Tabellen viser Cronbach's Alpha, 0,611, det er for lavt for *god* reliabilitet.

Inter-Item Correlation Matrix

	RK Balanse	RK Konflikter inverse	RK Energi	RK Trett inverse	RK Partner inverse
RK Balanse	1	0,321	0,32	0,223	0,293
RK Konflikter inverse	0,321	1	0,185	0,031	0,302
RK Energi	0,32	0,185	1	0,486	0,247
RK Trett inverse	0,223	0,031	0,486	1	0,177
RK Partner inverse	0,293	0,302	0,247	0,177	1

Korrelasjonen mellom spørsmålene er meget varierende, helt nede på 0,031.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Correlations	0,259	0,031	0,486	0,455	15,605

Range er 0,455 og for høy i forhold til god reliabilitet

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
RK Balanse	26,6796	32,985	0,444	0,204	0,537
RK Konflikter inverse	27,2427	29,637	0,311	0,163	0,591
RK Energi	25,7961	30,752	0,457	0,302	0,519
RK Trett inverse	25,6117	32,495	0,31	0,252	0,584
RK Partner inverse	27,0194	25,725	0,385	0,159	0,556

Det er anbefalt å ekskludere spørsmålet med lavest corrected Item-total correlation (Pallant, 2010). Jeg gjør derfor en ny reliabilitetsanalyse uten dette spørsmålet.

Rollekonflikter, 4 spørsmål

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,584	0,606	4

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Correlations	0,278	0,185	0,321	0,135	1,728

Vi ser her at reliabiliteten har blitt lavere av å fjerne dette spørsmålet og Inter-item range har blitt for lav for en skala med god reliabilitet.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
RK Balanse	19,2039	23,634	0,435	0,197	0,491
RK Konflikter inverse	19,767	19,239	0,372	0,153	0,51
RK Energi	18,3204	23,494	0,327	0,131	0,543
RK Partner inverse	19,5437	16,878	0,392	0,154	0,505

De fire gjenværende spørsmålene har relativt lik Corrected Item-Total Correlation, det er derfor ikke hensiktsmessig å fjerne noen av spørsmålene for å bedre reliabiliteten. I studiet der skalaen er hentet fra gjorde de en reliabilitetsanalyse på menn, og en på kvinner. Jeg vil prøve om dette kan bedre reliabiliteten. Jeg legger da hele rollekonflikt skjemaet med 5 spørsmål til grunn, siden det ikke oppnådde høyere reliabilitet av å ekskludere det ene spørsmålet.

Rollekonflikter, menn

Case Processing Summary

	N	%
Valid	42	93,3
Cases Excluded ^a	3	6,7
Total	45	100

Tabellen på forrige side viste at 42 av 45 menn ble inkludert i analysen. Abellene nedenfor viser at Cronbachs alpha var nå noe høyere (0,653), men Inter-Item Correlation fortsatt for høy (0,493) i forhold til god validitet.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,653	0,667	5

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Correlations	0,286	-0,035	0,458	0,493	-13,166

Rollekonflikter, Kvinner

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	61	89,7
	Excluded ^a	7	10,3
	Total	68	100

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

61 av 68 kvinner besvarte spørreskjemaet.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,598	0,629	5

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Correlations	0,254	0,063	0,55	0,487	8,723

Vi ser her at reliabiliteten er lavere dersom den bare blir målt blant kvinner.

Vedlegg 12, Reliabilitetstest Helse

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	122	96,8
	Excluded ^a	4	3,2
	Total	126	100

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Kun fire av informantene ble ekskludert under analysen.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,816	0,823	5

Cronbach's Alpha var 0,816 noe som viser god reliabilitet.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Correlations	0,482	0,357	0,572	0,216	1,605

Inter-Item range er 0,216, og dermed godt innenfor kravene til god reliabilitet.

Vedlegg 13, Bivariat analyse med Empowerment

Variabler	Pearsons R	p-verdi
Kjønn	-0,136	0,065
Alder	-0,019	0,418
Født i Norge	-0,049	0,292
Barn med spesielle behov	-0,248	0,003
Inntekt	0,249	0,003
Utdanning	-0,001	0,496
Frihet	0,474	0,000
Andres forventninger	0,400	0,000
Egne forventninger	0,461	0,000
Barnehagepress	0,147	0,056
Tilfredshet liv	0,461	0,000
Tilfredshet med forhold partner	0,304	0,000
Tilfredshet med tid egne barn	0,240	0,004
Tilfredshet med boforhold	0,240	0,004
Sosial kontakt	0,310	0,000
Tilfredshet samhørighetsfølelse	0,195	0,016
Avstand foreldre/ svigerforeldre	0,082	0,186

I vedlegg 8 står det hvilke spørsmål fra spørreskjemaet navnene på de ikkesosioøkonomiske variablene henviser til.

Vedlegg 14, Bivariat analyse med Rollekonflikter

Variabler	Pearsons R	p-verdi
Kjønn	-0,111	0,122
Alder	0,067	0,239
Født i Norge	0,218	0,010
Antall barn	-0,170	0,038
Alder 1 barn	-0,035	0,359
Barn med spesielle behov	-0,074	0,218
Sivilstatus	-0,107	0,129
Leilighet	-0,006	0,473
Rekkehus/ Flermansbolig	0,037	0,347
Enebolig	-0,039	0,339
Utdanning	-0,073	0,221
Arbeidssituasjon	0,042	0,339
Partners arbeidssituasjon	0,123	0,137
Partner i Barselsperm	0,058	0,270
Inntekt	0,180	0,027
Andres forventninger	0,368	0,000
Egne forventninger	0,250	0,004
Tilfredshet liv	0,472	0,000
Tilfredshet med forhold partner	0,318	0,000
Tilfredshet med tid egne barn	0,215	0,012
Sosial kontakt	0,155	0,052
Tilfredshet med boforhold	0,183	0,027
Avstand foreldre/svigerforeldre	-0,074	0,224
Tilfredshet familiestøtte	0,084	0,191
Empowerment	0,379	0,000

I vedlegg 8 står det hvilke spørsmål fra spørreskjemaet navnene på de ikkesosioøkonomiske variablene henviser til.