

Masteroppgave

Master i jordmorfag

Oktober 2021

Er det en assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon
og en historie med partnervold?

- En tverrsnittstudie av gravide kvinner i Sørøst-Norge

Kandidatnavn: 505 & 515

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 6773

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess samtidig som den har vært lang og krevende. Vi har hele tiden jobbet målrettet mot det endelige produktet som vi nå har foran oss. Vi ønsker å takke våre to veiledere som har bidratt med kompetanse, kunnskap, tålmodighet og blekk på veien for å føre oss i riktig retning. Det endelige produktet hadde ikke vært det samme uten dere. Masteroppgaven omhandler svangerskapsdepresjon og partnervold, noe som vi begge interesserer oss stort for. Det er viktige temaer som bør få større oppmerksomhet. Gravide kvinners sikkerhet og mentale helse er noe vi som jordmorstudenter virkelig brenner for. Vi vil gjerne takke Trygt Svangerskap studien som delte sitt datagrunnlag med oss og gjorde studien mulig. Det har vært utrolig lærerikt og til tider dystert å fordype seg i så viktige temaer som svangerskapsdepresjon og partnervold.

Å jobbe to studenter med denne oppgaven har vært en spennende prosess. Drøftinger og refleksjoner i fellesskap har hjulpet oss til å kvalitetssikre alle deler av oppgaven. Vi har fordelt arbeidet likt mellom oss og jobbet store deler av tiden sammen over elektroniske møteplattformer. Samarbeidet har med andre ord fungert utmerket.

Vi ønsker også å takke våre tålmodige familier for støtte og omtanke gjennom hele prosessen.

Sammendrag

Tittel: Er det en assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon og en historie med partnervold? – En tverrsnitt studie av gravide kvinner i Sørøst Norge.

Hensikt: Å kartlegge forekomsten av svangerskapsdepresjon og partnervold, samt å undersøke en eventuell assosiasjon mellom de to. Studiens funn kan være bidragsytende og benyttes som implikasjon for å heve kunnskapen om sensitive temaer som svangerskapsdepresjon og partnervold i svangerskapsomsorgen.

Problemstilling: Er det en assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon og en historie med partnervold?

Metode: En kvantitativ tverrsnittstudie basert på data fra Trygt Svangerskap studien, innhentet gjennom spørreskjemaer som inneholdt validerte verktøy for å avdekke svangerskapsdepresjon og partnervold.

Resultat: 1812 kvinner ble inkludert i våre analyser. I alt rapporterte 14% symptomer på svangerskapsdepresjon. Kvinner som hadde vært utsatt for partnervold hadde en signifikant høyere risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde opplevd partnervold.

Konklusjon: Kvinner som hadde en historie med partnervold hadde signifikant økt risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon. Svangerskapsdepresjon var signifikant assosiert med alle typene for partnervold. Assosiasjonen forble signifikant etter justering for konfunderende bakgrunnsvariabler.

Nøkkelord: Svangerskapsdepresjon, depresjon i svangerskapet, Edinburgh postnatal depresjonsskår, fysisk partnervold, seksuell partnervold, emosjonell partnervold.

Abstract

Title: Antenatal depression and the association with intimate partner violence - A cross-sectional study in Southeastern Norway.

Aim: To investigate the prevalence of antenatal depression (IPV) and to examine the association between antenatal depression and a history of intimate partner violence. The study`s findings may be contributing and can be used as implication to raise knowledge about sensitive topics such as antenatal depression and IPV in antenatal care.

Issue: Is there an association between antenatal depression and a history of IPV?

Method: A quantitative cross-sectional study based on data from the Safe Pregnancy study, obtained through questionnaires that contained validated tools for uncovering antenatal depression and IPV.

Results: 1812 pregnant women were included in our analyses. In total, 14% reported symptoms of antenatal depression. Women who had been exposed to IPV had a significantly higher risk of reporting symptoms of antenatal depression compared to women who had not experienced IPV.

Conclusion: Women who had a history of IPV had a significantly increased risk of reporting symptoms of antenatal depression. Antenatal depression was significantly associated with all forms of IPV. The association remained significant after adjusting for background variables associated with antenatal depression.

Keywords: Antenatal depression, depression during pregnancy, Edinburgh postnatal depression scale, physical intimate partner violence, sexual intimate partner violence, emotional intimate partner violence.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Struktur	1
1.2 Bakgrunn.....	1
1.3 Formål og problemstilling.....	2
2.0 Teoretisk rammeverk	3
2.1 Begrepsavklaring.....	3
2.1.0 Partnervold.....	3
2.1.1 Svangerskapsdepresjon.....	3
2.2 Svangerskapsdepresjon.....	4
2.3 Partnervold.....	5
2.4 Svangerskapsdepresjon og partnervold.....	5
2.5 Jordmors rolle	6
3.0 Metode	8
3.1 Studiedesign.....	8
3.2 Datamateriale	8
3.2.1 Trygt svangerskap studien	8
3.2.2 Spørreskjema.....	9
3.4 Statistisk analyse.....	9
3.5 Etikk.....	10
4.0 Oppsummering av forskningsartikkel	12
5.0 Resultater	13
5.1 Regresjonsanalyse	13
6.0 Diskusjon	15
6.1 Hovedfunn.....	15
6.1.2 Andre faktorer assosiert med svangerskapsdepresjon	17
6.2 Metodediskusjon.....	21
7.0 Konklusjon og studiebidrag	23
Referanser	24

Vedlegg 1 – Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 2 – Forfatterveiledning

Vedlegg 3 – Spørreskjema

1.0 Introduksjon

1.1 Struktur

Denne masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel med kappe. Det anbefales at artikkelen leses først da denne er selve hovedproduktet og kappen er et utfyllende supplement til artikkelen. Artikkelen vil følge gjeldende retningslinjer for European Journal of Midwifery. Kappen er delt inn i syv kapitler som videre er delt inn i underkapitler. Det første kapitlet presenteres bakgrunnen og formålet med masteroppgaven samt problemstillingen. I kapittel to vil teoretisk rammeverk og eksisterende forskning på svangerskapsdepresjon og partnervold bli presentert. Kapittel tre presenterer metode og studiedesign, i tillegg vil detaljert informasjon om hvordan studien og analysen ble utført, samt etiske hensyn bli beskrevet. Resultatene av analysene blir presentert i kapittel fem. Kapittel seks omhandler diskusjon av resultatene opp mot eksisterende forskning og implikasjon for praksis, samt metodediskusjon. Avslutningsvis presenteres konklusjon og studiebidrag.

1.2 Bakgrunn

Svangerskapet er en sårbar tid med fysiske og psykiske endringer som kan øke risikoen for utvikling og tilbakefall av depressive symptomer (Biaggi et al., 2016). Historisk sett har postpartum depresjon blitt forsket på i langt større grad enn svangerskapsdepresjon, til tross for at noen studier har vist høyere forekomster av depresjon i svangerskapet sammenlignet med postpartum perioden (Evans et al., 2001; Heron et al., 2004). Partnervold er et globalt problem og rammer så mange som 3 av 10 kvinner over hele verden (García-Moreno et al., 2013). Partnervold forekommer også under svangerskapet, noe som kan få alvorlige konsekvenser for både mor og barn (Finnbogadóttir & Dykes, 2016; García-Moreno et al., 2013; Sørbrø et al., 2013). Flere systematiske oversiktsartikler har avdekket en sammenheng mellom partnervold og utvikling av svangerskapsdepresjon (Alvarez-Segura et al., 2014; Biaggi et al., 2016; Howard et al., 2013). De fleste studier tar for seg vold som ikke utelukkende kan defineres som partnervold og/eller depresjon som strekker seg utover svangerskapet (Alvarez-Segura et al., 2014; Biaggi et al., 2016) Så langt vi kjenner til er det svært begrenset med studier som forsker spesifikt på assosiasjonen mellom

svangerskapsdepresjon og partnervold og vi har ikke kjennskap til at det er utført en slik studie i Norge. Svangerskapsdepresjon og partnervold har uavhengig av hverandre store negative kort- og langsiktige helsemessige konsekvenser for mor og barn (Finnbogadóttir & Dykes, 2016; García-Moreno et al., 2013; Sørbo et al., 2013). En eventuell sammenheng bør derfor få større oppmerksomhet.

Trygt Svangerskap studien er en randomisert kontrollert studie som har som formål å forebygge partnervold blant gravide kvinner i Sørøst-Norge. Hovedmålet med studien var å fremme trygghetstiltak blant kvinner utsatt for partnervold under svangerskapet, ved bruk av nettbrett-teknologi (Henriksen et al., 2019). For å kartlegge hvilke gravide kvinner som er/har vært utsatt for partnervold, rekrutterte jordmødre kvinnene via rutinemessige kontroller i svangerskapsomsorgen. Kvinnene som ble rekrutert fylte ut et spørreskjema som blandt annet stilte spørsmål om symptomer på depresjon i svangerskapet og kvinnenes erfaringer med vold i nære relasjoner (Flaathen et al., 2021). Vi ønsker å øke kunnskapen vedrørende assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold, utførte vi en tverrsnittstudien ved hjelp av data fra Trygt Svangerskap studien.

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med masteroppgaven har vært å kartlegge forekomsten av depresjon i svangerskapet og partnervold blant gravide kvinner som går til rutinemessig svangerskapskontroller i Sørøst-Norge. Hensikten har vært å undersøke assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold. Studien har ikke hatt til formål å undersøkt rutineene rundt identifisering og behandling av svangerskapsdepresjon og /eller partnervold i svangerskapsomsorgen. Hensikten er derfor ikke å evaluere om rutineene i Norge er gode nok, men å synliggjøre temaet slik at svangerskapsomsorgen kan bruke informasjonen til sin fordel.

Problemstillingen er:

«Er det en assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon og en historie med partnervold ?»

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Begrepsavklaring

2.1.0 Partnervold

Partnervold inkluderer fysisk, psykisk og/eller seksuell vold, samt kontrollerende adferd. Offeret er et mål for en eller flere av disse faktorene begått av en nåværende eller tidligere partner (García-Moreno et al., 2013). I Norge omtales ofte partnervold som vold i nære relasjoner. I denne masteroppgaven benytter vi termonologien partnervold og refererer til definisjonen over. I artikkelen benyttes intimate partner violence om samme definisjon.

2.1.1 Svangerskapsdepresjon

Depresjon er en av de vanligste formene for psykisk sykdom og i Norge vil 1 av 5 oppleve å få en depresjon i løpet av livet (Reneflot et al., 2018) Depresjon deles inn i mild, moderat og alvorlig basert på tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av symptomer. Depresjon kjennetegnes blandt annet av vedvarende følelse av tristhet, negative tanker, lav energi og lav selvtillit. For å stille diagnosen klinisk depresjon, må tilstedeværelse av symptomene vedvare i minst to uker (Helsebiblioteket, 2021). Dette kan medføre betydelig helsetap for den det gjelder, men har også stor innvirkning på pårørende og samfunnet i sin helhet (Reneflot et al., 2018) Depresjon i svangerskapet er en form for klinisk depresjon som rammer kvinner under svangerskapet. Den kategoriseres på samme måte som en depresjon som forekommer ellers i livet og har lignende symptomer (Brook Steen et al., 2021). Fødselsdepresjon er en betegnelse som ofte benyttes når man omtaler depresjon under svangerskapet og/eller etter fødsel (Brook Steen et al., 2021). I denne studien benyttes terminologien svangerskapsdepresjon og innebærer utelukkende en depresjon som oppstår i svangerskapet.

For å identifisere kvinner med symptomer på svangerskapsdepresjon i denne studien, brukte vi en kortversjon av Edinburgh postnatal depresjon skala (EPDS). Dette er et validert verktøy som brukes for å kartlegge svangerskaps- og postpartumdepresjon (Cox et al., 2014; Eberhard-Gran et al., 2007). Når svangerskapsdepresjon omtales i denne studien, henviser vi til kvinner som scorete ≥ 7 på kortversjonen av EPDS, hvilket indikerer moderate symptomer.

2.2 Svangerskapsdepresjon

Forekomsten av svangerskapsdepresjon varierer i ulike studier og er derfor vanskelig å estimere. I høyinntekstland rapporteres det om en forekomst på mellom 7-20%, mens i mellom- og lavinntekstland er den rapporterte forekomsten høyere (Andersson et al., 2003; Evans et al., 2001; Gavin et al., 2005; Heron et al., 2004; Husain et al., 2011; Josefsson et al., 2001; Melville et al., 2010; Okagbue et al., 2019; Rubertsson et al., 2003; Shakeel et al., 2015). Den store variasjonen i forekomst kan skyldes ulik studiedesign, populasjon, screeningmetoder og definisjon av svangerskapsdepresjon. Ifølge en prospektiv kohortstudie fra Pakistan, rapporterte nesten 26% av totalt 1357 gravide kvinner at de hadde en svangerskapsdepresjon (Husain et al., 2011) Til sammenlikning rapporterte 8,6% av Norske og andre vestlige kvinner i en liknende studie fra Norge symptomer på svangerskapsdepresjon, mens forekomsten blant kvinner fra Midtøsten og Sør-Asia var henholdsvis 19,5% og 17,5% (Shakeel et al., 2015). Begge studiene benyttet seg av EPDS som screeningverktøy men den Norske studien hadde en cut off på ≥ 10 mens den pakistanske hadde en cut off på ≥ 12 (Husain et al., 2011; Shakeel et al., 2015).

I følge en systematisk oversiktsartikkel som undersøkte risikofaktorer forbundet med svangerskapsdepresjon var en historie med depressive lidelser, begrenset sosialt nettverk, det å leve uten en partner og en historie med partnervold viktige risikofaktorer (Biaggi et al., 2016). Lav utdanning, lav inntekt og arbeidsløshet var også assosiert med økt forekomst av svangerskapsdepresjon. Biaggi et al., fant at kvinner med uplanlagt svangerskap var mer utsatt enn kvinner som hadde planlagt å bli gravide og noen studier viste at kvinner med minoritetsbakgrunn var mer utsatt (Biaggi et al., 2016; Shakeel et al., 2015). Tobakk- og alkoholmisbruk var også forbundet med svangerskapsdepresjon. Ofte er det en kombinasjon av flere faktorer som øker risikoen for å utvikle svangerskapsdepresjon og i noen tilfeller går assosiasjonen begge veier (Biaggi et al., 2016).

Sammen med angst er depresjon den vanligste formen for psykisk lidelse under svangerskapet og er forbundet med alvorlige konsekvenser for mor og barn (Shakeel et al., 2015). Det er forbundet med dårlig oppfølging av svangerskapskontroller, dårlig ernæringstilstand, bruk av rusmidler og selvdestruktiv atferd (Brook Steen et al., 2021). Kvinner med ubehandlet svangerskapsdepresjon hadde økt forekomst av prematur fødsel og barn med lav fødselsvekt

sammenlignet med kvinner uten svangerskapsdepresjon viste en systematisk oversiktsartikkel (Jarde et al., 2016). Høye nivåer av kortisol i mors blod som oppstår under stress kan passere placenta og påvirke fosteret og dets kognitive utvikling, samt føre til atferdsproblemer hos barnet senere i livet (Glover, 2013).

2.3 Partnervold

Kvinner er spesielt utsatte for partnervold og i følge WHO utsettes 30 % av kvinner over hele verden for fysisk og/eller seksuell partnervold i løpet av livet (García-Moreno et al., 2013). Kvinner opplever også å bli utsatt for partnervold under svangerskapet. I følge en metaanalyse som inkluderte 92 artikler fra 23 forskjellige land, opplevde rundt 13% av kvinnene i høyinntekstland å bli utsatt for partnervold under graviditeten og i lavinntekstland var forekomsten så høy som 27.7% (James et.al). En norsk kohortstudie med mer enn 65 000 gravide kvinner, avdekket at 5 % hadde opplevd vold de siste 12 månedene og i de fleste tilfellene var det vold i nær relasjon (Sørbø et al., 2013). En svensk kohortstudie fant at 2,5 % av kvinnene hadde opplevd vold under graviditeten, og at volden økte etter hvert som graviditeten utviklet seg (Finnbogadóttir & Dykes, 2016).

Partnervold er et globalt problem og et brudd på menneskerettighetene med alvorlige konsekvenser for ofrene (García-Moreno et al., 2013). Partnervold under graviditet er en trussel mot mors helse og spesielt alvorlig fordi det setter både mor og barns liv i fare. Flere studier viser at partnervold under graviditet kan føre til prematur fødsel, lav fødselsvekt, SGA barn og dødfødsel (Donovan et al., 2016; García-Moreno et al., 2013).

2.4 Svangerskapsdepresjon og partnervold

Svangerskapet er en sårbar tid som medfører store fysiske, psykiske og sosiale endringer (Jarde et al., 2016). Disse endringene kan øke risikoen for svangerskapsdepresjon og partnervold og flere studier har vist at det kan være en assosiasjon mellom de to (Alvarez-Segura et al., 2014; Biaggi et al., 2016; Howard et al., 2013; Yu et al., 2018).

WHOS rapport viser at kvinner som er utsatt for partnervold generelt sett har en doblett risiko for å utvikle en depresjon, sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd partnervold (Biaggi et al., 2016; García-Moreno et al., 2013).

2.5 Jordmors rolle

Svangerskapsomsorgen i Norge er et gratis tilbud, som har til hensikt å fremme og ivareta helse og mestring hos gravide kvinner (Helsedirektoratet, 2018). Formålet er å bevare en normal svangerskap-fødsel og barseltid, samt å avdekke patologi og henvise til spesialisthelsetjenesten dersom dette er nødvendig (Helsedirektoratet, 2018). De fleste benytter seg av tilbudet som består av minst 8 konsultasjoner med enten jordmor eller lege. I tillegg til kliniske undersøkelser skal svangerskapsomsorgen bestå av samtaler om livsstil, familieperspektiv og den psykososiale prosessen (Helsedirektoratet, 2018). For noen kvinner kan svangerskapsomsorgen være en viktig plattform for kvinner med begrenset nettverk som har behov for hjelp. I mange tilfeller kan det oppstå et nært og tillitsfullt forhold mellom jordmor og kvinnen, og jordmødre står derfor i en unik posisjon til å identifisere kvinner med symptomer på svangerskapsdepresjon og som utsettes eller har vært utsatt for partnervold. Det kan tenkes at noen kvinner kan oppleve frykt for hva som vil skje med barnet eller partneren dersom de rapporterer depressive symptomer eller partnervold i svangerskapet. De kan også føle på skam for at de har depressive symptomer eller blir utsatt for partnervold i en periode av livet som ofte forbindes med lykke og kjærlighet (Biaggi et al., 2016).

Helsedirektoratet oppfordrer sterkt at helsepersonell i svangerskapsomsorgen kartlegger gravide som er utsatt for depressive symptomer og partnervold (Helsedirektoratet, 2018). For å sikre et trygt miljø når man tar opp sensitive temaer som dette, anbefales det at en eller flere konsultasjoner bør utføres uten partner tilstedet (García-Moreno et al., 2013; Helsedirektoratet, 2018). Studier har vist at jordmødre står ovenfor flere barrierer når det gjelder å praktisere de skriftlige retningslinjene (Henriksen et al., 2017).

En norsk kvalitativ studie av åtte jordmødres erfaringer med kartlegging av partnervold i svangerskapsomsorgen viste at mangel på tid, frykt for ikke å vite hva de skulle gjøre med responsen og mangel på organisatorisk støtte på arbeidsplassen var barrierer for å spørre om partnervold (Henriksen et al., 2017). I Storbritannia ble Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme (BPDVP) utviklet i 2004/2005 og hadde som formål å øke jordmors

kunnskaper og ferdigheter vedrørende partnervold og kartlegging i svangerskapet. Det ble utført en oppfølgingsstudie fem år senere for å evaluere prosjektet. Studien viste at jordmødrene følte seg mer kompetente til å avdekke og snakke om partnervold, men at de fortsatt sto overfor hindringer som tilstedeværelse av partner og språkbarrierer (Baird et al., 2013). Etter vår erfaring finnes det ikke noen etablerte tiltak som tar sikte på å øke kunnskapen og kompetansen rundt avdekking av svangerskapsdepresjon og partnervold i svangerskapsomsorgen i Norge.

3.0 Metode

3.1 Studiedesign

I denne masteroppgaven har vi benyttet kvanitativ metode for å svare på problemstillingen. Vi har fått tilgang til datasettet som ble innhentet via Trygt Svangerskap studien og består av 1818 respondenter som ble rekrutert via svangerskapsomsorgen. Datagrunnlaget for studien er basert på spørreskjema som informantene selv fylte ut, og vi ønsket å undersøke en eventuell sammenheng mellom svangerskapsdepresjon og partnervold. Spørreskjema er en annerkjent metode i kvantitativ forskning (Ringdal, 2018) og danner grunnlaget for vårt studiedesign som er tverrsnittstude. En tverrsnittsstudie kan beskrive forekomst, og/eller være en indikator for å utforske sammenhenger mellom fenomener på et avgrenset tidspunkt (Jacobsen, 2015).

3.2 Datamateriale

3.2.1 Trygt svangerskap studien

Datamaterialet som brukes i denne oppgaven er samlet inn gjennom Trygt Svangerskap studien som er en randomisert kontrollert studie (RCT). Den ble utarbeidet for å undersøke effekten av en nettbrett-basert intervensjon, hvor formålet var å forhindre partnervold blant gravide kvinner ved å fremme trygghetstiltak (Henriksen et al., 2019). Studien ble gjennomført i svangerskapsomsorgen på 19 helsestasjoner i Sørøst Norge. Dataene ble samlet inn av jordmødre mellom januar 2018 og juli 2019 via et nettbrett-basert spørreskjema (Flaathen et al., 2021). Jordmødrene som rekruterte kvinnene i studien ble tilbudt å delta på en konferanse om vold mot gravide samt at de deltok på et heldagskurs om vold i nære relasjoner før oppstart. I tillegg fikk alle helsestasjonene som deltok i rekrutteringen individuell kursing for å sikre kompetansen (Henriksen et al., 2019). Kvinnene kunne rekrutteres gjennom hele svangerskapet. Felles for alle som ble rekruttert var at kvinnen skulle være alene på kontroll når studien ble besvart, de skulle signere et skjema med informert samtykke, de fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i løpet av studien og de fikk sitte alene når de fylte ut spørreskjemaet (Henriksen et al., 2019) Nettbrett-teknologien var designet slik at kvinnene som oppga å ha vært utsatt for partnervold ble randomisert til enten å se en intervensjonsfilm som informerte om vold og trygghetstiltak eller en kontrollfilm som

informerte om et trygt svangerskap generelt. Kvinnene som ikke hadde opplevd partnervold ble selektert til å se kontrollfilmen (Henriksen et al., 2019). Totalt av et estimat på 5400 kvinner som gikk til svangerskapskontroller på de aktuelle helsestasjonene, deltok 1818 over 18 år som forsto norsk, engelsk, urdu eller somali i studien (Flaathen et al., 2020). Årsaken til at spørreskjemaet ble oversatt til Urdu og Somali i tillegg til Norsk og Engelsk var på bakgrunn av at pakistanske og somaliske kvinner er blant de største innvandrerguppene i Norge. De har høy fertilitetsrate og kommer fra kulturer hvor det kan være større aksept for partnervold (Henriksen et al., 2019). Seks kvinner ble ekskludert fra våre analyser, da de ikke hadde fylt ut noe informasjon om depresjon og partnervold. Dette resulterte i at 1812 kvinner ble inkludert i denne studien. Manglende respons på andre spørsmål er oppført i tabellene som missing.

3.2.2 Spørreskjema

Når man benytter spørreskjema kan formuleringen på spørsmålene påvirke svarene man får. Det er viktig å presisere spørsmål og svar slik at det gir minst mulig rom for subjektiv tolkning. Videre må spørsmålene formuleres på en måte som gir svar på forskningsspørsmålet da det ikke er rom for utdypning (Fekjær, 2016). Det er vesentlig at spørreskjemaet er tilpasset målgruppen og spørreskjemaet i denne studien ble profesjonelt oversatt til Engelsk, Urdu og Somali. Gjennom hele spørreskjemaet kunne respondenten endre språk hvis nødvendig (Henriksen et al., 2019). Trygt Svangerskap studien ble i tillegg kvalitetssikret gjennom en brukerstudie for å gjøre innholdet kulturelt tilpasset (Flaathen et al., 2020). Spørreskjemaet i sin helhet ligger som vedlegg (3). Det inkluderte spørsmål om graviditet, livskvalitet, sosioøkonomiske og sosiodemografiske forhold, språk, partnervold, symptomer på depresjon samt fysisk og psykisk helse. For å svare på problemstillingen i oppgaven har vi inkludert selekterte variabler fra datasettet.

3.4 Statistisk analyse

Vi mottok datamateriale fra Trygt svangerskap studien og la det inn i Statistical package for social sciences (SPSS) (IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp) og benyttet programmet til å utføre alle analysene. Datasettet var allerede vasket da vi mottok det. Alle variablene benyttet i denne studien er

gjennomgått i samråd med veiledere og kodet på en slik måte at analysene kunne gjennomføres. Utfallsvariabelen er svangerskapsdepresjon og eksponeringsvariabelen er partnervold. Bakgrunnsvariablene, utfalls- og eksponeringsvariabelen samt rekoding av disse er grundig presentert i artikkelen. Når man benytter seg av tverrsnittstudie er det viktig å ta høyde for bakenforliggende faktorer som kan påvirke utfallsvariabelen (Skog, 2004). Vi har valgt å ta høyde for følgende kofunderende variabler i våre analyser: alder, sivil status, utdanning, yrke, felles familieinntekt siste året, morsmål, paritet, planlagt eller uplanlagt svangerskap, alkohol- og tobakksbruk samt alkohol partner.

Etter å ha blitt tildelt datasettet utførte vi deskriptive analyser. Vi benyttet «frequencies», «cross-tabulations» og «custom tables» for å se på prevalens, sammenlikne grupper, finne prosenter og sammenligne forekomster. Svangerskapsdepresjon har i alle analysene blitt undersøkt opp mot bakgrunnsvariablene og/eller partnervold. Pearson chi-square test ble benyttet for å signifikanteste svangerskapsdepresjon opp mot ulike grupper. *P-verdien* i denne oppgaven er satt til $<0,05$. En *p*-verdi $<0,05$ betyr at resultatet er statistisk signifikant og at konfidensintervallet (CI) er 95 %. Det betyr at det foreligger 95% sannsynlighet for at resultatene ikke er tilfeldige og vi aksepterer dermed en usikkerhet på 5%. Vi gjennomførte binær logistisk regresjonsanalyse for å beregne forholdet mellom usjusterte (OR) og justerte oddsforhold (AOR). Ujustert regresjonsanalyse gjøres med eksponeringsvariabelen, i dette tilfellet *partnervold* og utfallsvariabelen *svangerskapsdepresjon*. Ved bruk av ujustert regresjonsanalyse tas det ikke hensyn til andre variabler som kan påvirke utfallsvariabelen (Pallant, 2020). For å gjøre det benyttet vi justert regresjonsanalyse med variablene som ble inkludert på bakgrunn av forhåndsdefinert *p*-verdi $<,100$. I den justerte analysen brukte vi dikotome variabler i stedet for partnervold med fire forskjellige kategorier da det var få som rapporterte om nylig opplevd partnervold i vår studie.

3.5 Etikk

Forskeren har et ansvar for å følge etiske og juridiske retningslinjer gjennom hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2021). Regjeringen understreker viktigheten av at etisk refleksjon inngår i alle ledd av forskningen. Studiens troverdighet avhenger av at forskerne følger de etiske prinsippene og er derfor nedfelt i *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (Forskningsetikkloven, 2017). Trygt svangerskap studien er godkjent

av Regional Ethics Committee (REC) (Ref nr:2017/358) og fulgte Helsinki deklarasjonens prinsipper for forskningsetikk (Henriksen et al., 2019). Alle kvinnene som deltok i studien fikk muntlig og skriftlig informasjon i tillegg til at de signerte et skjema om informert samtykke. Trygt Svangerskap studien følger WHO's retningslinjer for forskning på vold mot kvinner som betyr å sette kvinners sikkerhet først (Verdens helseorganisasjon, 2001). Kvinnenes sikkerhet ble ivaretatt ved at de var anonyme helt fra de sa ja til å fylle ut spørreskjemaet og anonymiteten til kvinnene ble ivaretatt under hele prosessen (Flaathen et al., 2021). I tillegg ble kvinnene rekrutert og fylte ut spørreskjemaet når de var alene på kontroll. Dette er i tråd med WHO's anbefalinger hvor det anbefales at partner ikke er til stede når sensitive temaer som partnervold skal kartlegges (García-Moreno et al., 2013; Helsedirektoratet, 2018). Før kvinnene fylte ut spørreskjemaet ble de tildelt relevant informasjon om hvor de kunne søke hjelp i sitt nærmiljø dersom de hadde behov for det. Deltagelse i studien skulle ikke føre til økt risiko for kvinnene som deltok, tvert imot ønsket forskerne å øke kompetansen hos jordmødrene vedrørende partnervold slik at kvinnene som ble utsatt for partnervold ble ivaretatt (Henriksen et al., 2019). Alle kvinnene som deltok i studien fikk et timekort med kontaktopplysninger og nyttige nettadresser for gravide, inkludert ressurser mot vold i nære relasjoner (Flaathen et al., 2021).

4.0 Oppsummering av forskningsartikkel

Introduksjon: Formålet med studien var å kartlegge forekomsten av svangerskapsdepresjon og partnervold, samt å undersøke en eventuell assosiasjonen mellom de to. Uavhengig av hverandre kan svangerskapsdepresjon og partnervold føre til alvorlige konsekvenser for mor og barn. Svangerskapsdepresjon har historisk sett fått lite oppmerksomhet sammenlignet med postpartumdepresjon og så langt vi kjenner til har ingen studier i Norge tidligere forsket på assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold.

Materiale og metode: Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie basert på data innhentet gjennom spørreskjema utført av Trygt Svangerskap studien.

Resultater: Totalt ble 1812 kvinner inkludert i våre analyser. I alt rapporterte 254 (14%) symptomer på svangerskapsdepresjon. I alt rapporterte 15,4% å ha vært utsatt for partnervold i løpet av livet. Kvinner som hadde vært utsatt for partnervold hadde en signifikant høyere risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde opplevd partnervold. Funnene viser en signifikant assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon og alle former for partnervold med en AOR mellom 1,83-2,35.

Konklusjon: Kvinner som hadde en historie med partnervold hadde signifikant økt risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon. Svangerskapsdepresjon var signifikant assosiert med alle typene for partnervold. Assosiasjonen forble signifikant etter justering for konfunderende bakgrunnsvariabler.

5.0 Resultater

Resultatene i studien presenteres i sin helhet i forskningartikkelen. Analysene er presentert i tre tabeller, hvorav en fjerde tabell for utdypning presenteres i kappen. I dette kapittelet vil vi oppsummere hovedfunnene samt går dypere inn på funn som ikke presenteres i artikkelen.

I artikkelens tabell 1 presenteres bakgrunnsvariabler og signifikanstesting opp mot svangerskapsdepresjon. Hovedfunnene er som følger: Mer enn 1 av 10 (14 %) kvinner i denne studien rapporterte symptomer på svangerskapsdepresjon. Bakgrunnsvariablene som viste seg å være signifikant assosiert med svangerskapsdepresjon var enslige kvinner, kvinner som oppga begrensede økonomiske ressurser og de som ikke visste hva deres felles familieinntekt det forrige året var, uplanlagt svangerskap, tobakksbruk og negative assosiasjoner knyttet til alkoholbruk hos seg selv eller partner.

I artikkelens tabell 2 vises assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold. Av de som rapporterte å ha symptomer på svangerskapsdepresjon hadde 29% en historie med partnervold. I vår studie rapporterte 15,4% av kvinnene at de hadde vært utsatt for partnervold i løpet av livet. De fleste kvinnene rapporterte tidligere forhold med partnervold kontra nyere forhold. Kvinnene som rapporterte å ha vært utsatt for partnervold hadde en større risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon, sammenlignet med kvinnene som ikke hadde opplevd partnervold (henholdsvis 26,54% og 11,6%).

5.1 Regresjonsanalyse

I den ujusterte regresjonsanalysen så man en sammenheng mellom svangerskapsdepresjon og alle former for partnervold. I artikkelen presenteres alle regresjonsanalysene (ujusterte og justerte) i en oppsummerende tabell (artikkel, tabell 3). Her presenteres tabell 4 som viser en utfyllende justert regresjonsanalyse som ble utført med variabelen «partnervold». For kvinner som rapporterte å ha vært utsatt for partnervold på et tidspunkt i livet var AOR 1,96 (95% KI [1,35-2,83]) for rapportering av symptomer på svangerskapsdepresjon. Andre variabler som forble signifikant assosiert med symptomer på svangerskapsdepresjon etter justert regresjonsanalyse var tobakksbruk og negativ atferd relatert til alkohol vedrørende seg

selv og/eller partner. Mens variablene sivilstatus, felles familieinntekt forrige år, etnisitet og uplanlagt svangerskap ikke var signifikant assosiert med symptomer på svangerskapsdepresjon i den justerte modellen (tabell 4).

Tabell 4 Justert regresjonsanalyse inkludert variabler assosiert med svangerskapsdepresjon hos kvinner som har en historie med partnervold (alle typer).

Justert regresjonsanalyse med bakgrunnsvariabler	AOR	(95% CI)	<i>P</i> -verdi
Partnervold	1.96	(1.35-2.83)	<0.001*
Sivilstatus	1.46	(0.27-1.11)	0.09*
Inntekt			
≥ 599.000 NOK	1.22	(0.78-1.91)	0.38*
600–999.000 NOK	Ref		
≥1000.000 NOK	0.68	(0.46-1.01)	0.054*
Vet ikke	1.51	(0.87-2.64)	0.16*
Alder			
< 25 år	0.69	(0.33-1.47)	0.34*
25–30 år	Ref		
31–35 år	1.30	(0.91-1.86)	0.15*
> 35 år	1.25	(0.80-1.96)	0.33*
Etnisitet	0.87	(0.60-1.28)	0.48*
Tobakk	2.62	(1.37-5.00)	0.004*
Alkohol	2.28	(1.35-3.85)	0.002*
Alkohol Partner	2.21	(1.26-3.86)	0.006*
Planlagt svangerskap	0.76	(0.50-1.10)	0.14*

*Wald-test

6.0 Diskusjon

6.1 Hovedfunn

I artikkelen diskuteres hovedfunnene opp mot relevant forskning på svangerskapsdepresjon og partnervold. I dette avsnittet vil hovedfunnenes betydning og implikasjon for praksis bli diskutert. Kapittelet vil også benyttes til å grundigere diskutere andre variabler som kan være assosiert med svangerskapsdepresjon.

Av de 1812 kvinnene som deltok i denne studien, rapporterte 254 (14 %) symptomer på svangerskapsdepresjon. Videre rapporterte totalt 15,4% å ha blitt utsatt for partnervold i løpet av livet. Kvinner som hadde vært utsatt for partnervold rapporterte oftere symptomer på svangerskapsdepresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for partnervold.

Funnene i vår studie kan være bidragsytende for jordmødre og andre som jobber i svangerskapsomsorgen når det gjelder å avdekke kvinner som lider av svangerskapsdepresjon. Vår studie viste at 14% av kvinnene hadde symptomer på svangerskapsdepresjon og liknende forekomst er sett i tidligere studier (Josefsson et al., 2001; Shakeel et al., 2015).

Retningslinjene i svangerskapsomsorgen anbefaler jordmor å spørre gravide om de har en historie med psykisk sykdom eller om de opplever depressive symptomer i svangerskapet. Svangerskapsdepresjon kan oppstå under hele svangerskapet og dersom jordmor kun spør kvinnen én gang i løpet av svangerskapet, kan man risikere å overse kvinner som har debut av symptomer på et senere tidspunkt. Gavin et al.(2005), fant at forekomsten var høyest i første trimester mens en annen studie viste at forekomsten var høyest i tredje trimester (Bennett et al., 2004). Helsedirektoratets anbefalinger er basert på kunnskap om risikoen forbundet med svangerskapsdepresjon (Helsedirektoratet, 2018). En historie med depresjon øker risikoen for å utvikle svangerskapsdepresjon samtidig som svangerskapet i seg selv er en sårbar tid som øker risikoen for å utvikle depressive symptomer (Biaggi et al., 2016). Videre kan svangerskapsdepresjon bidra til dårligere ivaretagelse av mors egen helse som kan påvirke både henne og barnet på en negativ måte (Brook Steen et al., 2021; Shakeel et al., 2015). En

studie viste at kvinner som gikk med ubehandlet svangerskapsdepresjon hadde høyere forekomst av prematur fødsel og lav fødselsvekt sammenlignet med kvinner uten svangerskapsdepresjon (Jarde et al., 2016). Svangerskapsdepresjon påvirker flere biokjemiske faktorer som har vist seg å påvirke fosteret, noe som kan resultere i atferdsproblemer og kognitiv svekkelse senere i livet (Glover, 2013). Mange kvinner ønsker dessuten ikke behandling i form av antidepressiva mens de er gravide og tidlig avdekking av depressive symptomer er derfor vesentlig for å forebygge utvikling av alvorlig svangerskapsdepresjon (Jarde et al., 2016). I vår studie benyttet vi oss av kortversjonen av EPDS for å avdekke symptomer på svangerskapsdepresjon. Helsedirektoratet anbefaler også jordmødre i svangerskapsomsorgen å benytte seg av validert verktøy, men det er ikke rutenemessig innført på nasjonal basis (Helsedirektoratet, 2018).

Ved å ha kjennskap til hvilke risikofaktorer som er assosiert med utvikling av svangerskapsdepresjon kan jordmødre forsøke å kartlegge disse faktorene så tidlig som mulig i svangerskapet og dermed kanskje hindre at noen utvikler svangerskapsdepresjon. Over 15% av kvinnene i vår studie rapporterte å ha blitt utsatt for partnervold i løpet av livet. Få rapporterte om pågående vold i vår studie, men tidligere studier har vist en høyere forekomst av partnervold i svangerskapet enn det vi fant (Finnbogadóttir & Dykes, 2016; Lukasse et al., 2014; Sørbo et al., 2013). Tidligere forskning indikerer at spørsmål som angår sensitive temaer som partnervold lett blir underrapportert og at gravide synes det er vanskelig å avdekke partnervold under svangerskapet, spesielt fysisk og seksuell vold (García-Moreno et al., 2013; Sørbo et al., 2013). Det kan indikere på at tallene i vår studie er underrapportert. Helsedirektoratet (2018) kommer med en sterk anbefaling om å spørre gravide om de har vært utsatt for partnervold i sine retningslinjer men dette er noe som ikke alle praktiserer. En norsk studie hvor 398 jordmødre fra svangerskapsomsorgen deltok viste at kun 41% spurte alle gravide om vold og nesten 11% oppgav at de ikke spurte noen (Henriksen, 2017). En kvalitativ studie viste at jordmødre ikke følte de var i besittelse av nok kunnskap og kompetanse til å vite hva de eventuelt skulle gjøre dersom partnervold ble avdekket. De savnet opplæring og etablerte retningslinjer på arbeidsplassen om hvordan dette skulle håndteres (Henriksen et al., 2017). I Storbritannia opplevde jordmødre økt kompetanse og selvtillit til å avdekke og snakke om partnervold etter at de hadde deltatt i prosjektet BPDVP. BPDVP ble implementert for å øke jordmødrenes kunnskap og ferdigheter om partnervold og kompetansen til å avdekke dette (Baird et al., 2013). Det er ikke presisert i Helsedirektoratets

retningslinjer når i svangerskapet spørsmål vedrørende partnervold bør bli tatt opp (Helsedirektoratet, 2018). På den ene siden bør slike forhold avdekkes så tidlig som mulig slik at kvinnen kan få den hjelpen hun trenger og mor og barn kan beskyttes om kvinnen utsettes for vold i svangerskapet. partnervold i svangerskapet er direkte forbundet med alvorlige helsemessige konsekvenser for mor og barn som i verste fall kan resultere i død (Donovan et al., 2016; García-Moreno et al., 2013). På den andre siden bør det ha blitt etablert et tillitsforhold mellom jordmor og kvinnen før slike temaer blir belyst. Det anbefales at man har etablert et trygt miljø for å kunne avdekke vold mot kvinner og ifølge WHO er dette vesentlig for å hindre underreportering (García-Moreno et al., 2013).

De fleste gravide kvinner i Norge benytter seg av tilbudet om gratis svangerskapsomsorg i kommunen. For mange blir dette den første regelmessige kontakten med helsevesenet og det kan derfor være et viktig sted for å avdekke utfordringer kvinnen opplever. Det ser ut til at implementering av kurs for å øke jordmødres kunnskap og kompetanse vedrørende avdekking av svangerskapsdepresjon og partnervold både er nyttig og nødvendig. Dersom det oppstår et tillitsforhold mellom kvinnen og jordmor kan forhold som svangerskapsdepresjon og partnervold enklere bli oppdaget og kvinnen kan få den hjelpen hun trenger. Det er også viktig at jordmor har kunnskap om andre faktorer som er assosiert med svangerskapsdepresjon da det er et komplekst problem sammensatt av flere ulike risikofaktorer.

6.1.2 Andre faktorer assosiert med svangerskapsdepresjon

6.1.2.0 Alder

En systematisk oversiktsartikkel hadde motstridende funn angående risikosammenheng mellom alder og utvikling av svangerskapsdepresjon, men et flertall av artiklene fant at yngre kvinner hadde en økt risiko for depressive symptomer (Biaggi et al., 2016). Definisjonen på unge kvinner varierer i de ulike studiene, men i alle de tretten inkluderte artiklene defineres ingen over 25 år som unge kvinner. Hos flere av de unge kvinnene så man en økt sannsynlighet for at de hadde andre kjente faktorer forbundet med svangerskapsdepresjon, som lav utdanning, lavere inntekt og mindre sosial støtte samt uplanlagt svangerskap (Biaggi et al., 2016). Hvorvidt disse faktorene alene eller i en kombinasjon medfører en økt risiko hos

ynge kvinner for svangerskapsdepresjon eller om det er alderen i seg selv som er en risikofaktor, vet man ikke. I vår studie viste ikke alder seg å være en signifikant risikofaktor. En årsak til det kan være utvalget av kvinner i studien, som hadde en gjennomsnittsalder på 31,3 år.

6.1.2.1 Kvinner uten partner

Kvinner som lever uten partner og/eller sosial støtte har en betydelig økt risiko for å utvikle svangerskapsdepresjon (Biaggi et al., 2016). Dette samsvarer med funnene i vår studie som også viste at kvinner uten partner hadde en betydelig høyere risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon, sammenlignet med kvinner som var gift eller hadde samboer. Støtte fra en partner eller annet nettverk kan fungere som en buffer mot depresjon og angst, i tillegg til stabiliteten som et langvarig forhold kan gi. Kvinner uten partner kan mangle den støtten og stabiliteten i livet sitt, noe som kan være årsaken til en økt risiko for svangerskapsdepresjon. En systematisk oversiktsartikkel fant at kvinner som var utsatt for partnervold hadde betydelig høyere risiko for å utvikle svangerskapsdepresjon dersom de ikke hadde et sosial nettverk som støttet dem.(Alvarez-Segura et al., 2014) Samtidig fant den at kvinner som hadde slik støtte unngikk å utvikle svangerskapsdepresjon til tross for at de hadde vært utsatt for partnervold tidligere i livet (Alvarez-Segura et al., 2014). Dette understreker viktigheten av stabile relasjoner og sosial støtte. Dessuten fant Biaggi et al (2016) at det å være i et destruktivt forhold, var en større risikofaktor enn å være uten partner når det gjaldt å utvikle svangerskapsdepresjon. Det kan tyde på at et forhold som preges av partnervold, medfører en større økning i risikoen for symptomer på svangerskapsdepresjon enn om kvinnen er singel, noe som er interessant siden begge gruppen i utgangspunktet er i risikosonen.

6.1.2.2 Sosioøkonomiske faktorer

Lavere utdanning, arbeidsledighet og lav inntekt ser ut til å være forbundet med høyere forekomst av depressive symptomer (Biaggi et al., 2016). I vår studie var ikke funnene angående utdanning og yrke signifikant, men kvinner med høyere utdanning rapporterte færre depressive symptomer. Gruppen med kvinner som hadde høy utdanning i vår studie var stor og kan derfor være noe av årsaken til våre resultater. Spørsmålet om yrke hadde syv

forhåndsdefinerte kategorier som medførte relativt små grupper. Dermed ble kategorien "arbeidsledig" i denne studien dannet ved å slå sammen kvinner som var studenter, i fødselspermisjon, sosialklienter, hjemmeværende og arbeidsledige. Konsekvensen ved å danne en gruppe som innebefatter respondenter i så ulike livssituasjoner, kan ha påvirket signifikansnivået. Kvinnene som oppga å ikke vite hva deres felles familieinntekt var i fjor, og de som tjente mindre enn ≤599 000 kroner, hadde større risiko for å rapportere depressive symptomer enn de som hadde høyere felles familieinntekt.

6.1.2.3 Ikke etnisk Norske kvinner

Forekomsten av rapporterte tilfeller av svangerskapsdepresjon var noe høyere blant ikke etnisk norske kvinner i vår studie, men funnene var ikke signifikante. Motstridende funn ble sett i en norsk prospektiv kohortstudie som fant at kvinner fra Midtøsten og Sør-Asia rapporterte betydelig høyere forekomst av depresjon under svangerskapet sammenlignet med norske og vestlige kvinner (Shakeel et al., 2015). Biaggi et al. (2016), fant høyere forekomst av svangerskapsdepresjon blant minoritetskvinner i syv av studiene. En mulig årsak kan være at minoritetsgrupper er eksponert for flere risikofaktorer knyttet til svangerskapsdepresjon og noen har kommet til Norge som flyktninger fra konfliktfylte områder. I følge en kohort studie fra Pakistan rapporterte så mange som 25,8% symptomer på svangerskapsdepresjon og forekomsten er generelt høyere i lavinntektsland (Biaggi et al., 2016; Husain et al., 2011). En årsak til utfallet i vår studie kan være kategoriseringen av ikke etnisk norske kvinner. Dessverre klarte ikke studien vår å undersøke hvilke nasjonaliteter som var mer utsatt for å utvikle symptomer på svangerskapsdepresjon. Det kan grunnes i at de spesifikke gruppene med kvinner fra kulturer som Pakistan og Somalia var relativt små (henholdsvis 4,1% og 0,9%). Dette medførte at alle ikke etnisk norske kvinner ble satt i samme gruppe, noe som betyr at kvinnene i kategorien kan stamme fra høy-, mellom- og lavinntektsland. Likevel kan de kulturelle forskjellene og de språklige barrierene i gruppen være et hinder for å snakke om sensitive temaer til norsk helsepersonell og tegn og symptomer kan oversees eller feilkommuniseres (Garnweidner-Holme et al., 2017). Utfordringene valideres av funnene i oppfølgingstudien etter implementeringen av BPDVP hvor jordmødrene oppgav at språk og partners tilstedeværelse forble en barriere til å snakke om partnervold (Baird et al., 2013). Det er nærliggende å tro at disse barrierene er knyttet til å snakke om sensitive temaer med ikke etnisk norske kvinner. Det ble gjort forsøk på å isolere og forske på somaliske og pakistanske

kvinner, men siden gruppene var så små, ville ikke resultatene være representative på et akseptabelt nivå.

6.1.2.4 Uplanlagt svangerskap

Kvinner med uplanlagt svangerskap hadde en signifikant høyere risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon, sammenlignet med kvinner som hadde planlagt svangerskapet. Våre funn støttes av en systematisk oversiktsartikkel (Biaggi et al., 2016). Det er nærliggende å tro at et uplanlagt svangerskap kan sette noen kvinner i en vanskelig situasjon. Selv om kvinnen bor i Norge som gir rett til selvbestemt abort frem til uke 12+0, kan selve valget om å beholde barnet eller ikke være en mental belastning. Personlig overbevisning og kultur, eller press fra partner/familie kan føre til at noen kvinner forblir gravide selv om de ikke ønsker det selv. En tverrsnittsstudie basert på samme datamaterialet som vår studie har i tillegg vist en sterk sammenheng mellom kvinner med uønsket svangerskap og en historie med partnervold (Flaathen et al., 2021). Funnene fra vår studie, Biaggi et al., 2016 og Flaathen et al., 2021 sett i sammenheng kan indikere at det er en kompleks og sammensatt situasjon for kvinnene når de har en historie med partnervold og opplever et uplanlagt svangerskap. Det er viktig for jordmødre å være klar over at disse kvinnene er ekstra sårbare med tanke på utvikling av symptomer på svangerskapsdepresjon.

6.1.2.5 Tobakk og alkohol

Blandt kvinner som brukte tobakk før eller i svangerskapet, fant man en økt risiko for symptomer på svangerskapsdepresjon. Lignende funn ble gjort i en systematisk oversikt hvor ti inkluderte studier fant at røyking i graviditeten var sterkt assosiert med svangerskapsdepresjon (Biaggi et al., 2016). En av de ti studiene fant også en assosiasjon mellom antall sigaretter per dag og graden av depressive symptomer, hvor høyere antall sigaretter medførte alvorligere symptomer (Fellenzer & Cibula, 2014). Lignende assosiasjoner er sett blant kvinner med tidligere eller nåværende alkoholkonsum, disse har også en betydelig økt risiko for symptomer på svangerskapsdepresjon (Biaggi et al., 2016). Både tobakksbruk og negative erfaringer knyttet til alkoholforbruk støtter funnene i vår studie. Om det er tobakk og/eller alkoholbruk i seg selv som gir økt risiko for symptomer på svangerskapsdepresjon, eller at kvinnene med depressive symptomer oftere tyr til rusmidler

og annen selvdestruktiv atferd er usikkert (Biaggi et al., 2016; Brook Steen et al., 2021; Shakeel et al., 2015). Det ble også funnet en signifikant risiko i vår studie blant kvinner som rapporterte å ha negative erfaringer knyttet til partnerens alkoholbruk. Det er naturlig å anta at noen av disse kvinnene kan føle seg mer alene, oppleve mangel på støtte og oppleve et ustabil forhold til partneren, noe som vi vet er betydelige risikofaktorer for å utvikle svangerskapsdepresjon (Biaggi et al., 2016).

6.2 Metodediskusjon

En tverrsnittstudie gir mulighet til å identifisere og muligens finne assosiasjoner mellom utvalgte variabler. En tverrsnittstudie kan derimot ikke finne kausale årsakssammenhenger fordi man ikke kan fastslå hvilken variabel som inntraff først (Jacobsen, 2015). Vår studie fant at de som har vært utsatt for partnervold er mer utsatt for å få en svangerskapsdepresjon. Funnene i vår studie kan derimot ikke si noe om kvinner med svangerskapsdepresjon har høyere sannsynlighet for å bli utsatt for partnervold senere. Spørreskjemaet i denne studien benyttet seg av forhåndsdefinerte svaralternativ og studien gav derfor ikke mulighet for utdypning som eventuelt kunne gitt svar på hvorfor det var en assosiasjon mellom svangerskapsdepresjon og partnervold.

En risiko ved spørreundersøkelser er at informanten ikke bruker tilstrekkelig med tid eller oppgir uriktige svar noe som kan føre til underrapportering (Fekjær, 2016). Selvrapportering kan videre medføre hukommelsessskjevhet og subjektiv tolkning av spørsmål og svar. Spørsmålene som omhandlet svangerskapsdepresjon og partnervold ble utformet ved hjelp av anerkjente verktøyer. Spørreskjemaet inkluderte en kortversjon av EPDS, utviklet for å benytte i forskningsammenheng (Eberhard-Gran et al., 2007). Svarene ga studien et godt grunnlag for å dele kvinnene inn i deprimerte / ikke deprimerte basert på symptomer. I tillegg ble AAS benyttet som inkluderer spørsmål som omhandler frykt for partner, fysisk, psykisk og seksuell vold og gav derfor et godt innblikk i de ulike typene vold kvinnene hadde blitt utsatt for (Arkins et al., 2016). En annen risiko med spørreundersøkelser er frafall ved rekruteringsprosessen (Fekjær, 2016). I vår studie ble 1818 kvinner rekrutert av et estimat på omlag 5400 potensielle respondenter som gikk til svangerskapskontroller i rekruteringsperioden. Hovedårsakene til at ikke flere deltok i spørreundersøkelsen var i følge

jordmødrene manglende interesse fra kvinnene, at de glemte å rekrutere dem eller ikke hadde tid.

En styrke med studien var at utvalget var stort nok til at vi fikk utført regresjonsanalyser. Assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold forholdt seg signifikant også etter at man justerte for konfunderende variabler. Signifikanstesting av bakgrunnsvariabler ble utført på bakgrunn av eksisterende forskning om svangerskapsdepresjon. Det medfører at datasettet kan inneholde flere variabler som er signifikant forbundet med svangerskapsdepresjon som vi ikke avdekket i vår oppgave.

Utvalget i de ulike gruppene kan også ha bidratt til påvirkning av resultatene. Gruppen med kvinner som oppga å ha brukt tobakk i svangerskapet var relativt liten (62(3.4%)). I alkoholgruppen svarte 123 (6.8%) at de hadde negativ atferd knyttet til alkoholbruk, mens 89 (4.9%) oppga å ha negativ erfaring knyttet til partnerens alkoholforbruk. Alle gruppene var signifikant knyttet til symptomer på svangerskapsdepresjon og forble signifikante selv etter justert regresjonsanalyse. Dette samsvarer med eksisterende forskning på temaet.

7.0 Konklusjon og studiebidrag

Vår studie undersøkte assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold. Funnene viste at kvinner som hadde en historie med partnervold hadde signifikant høyere risiko for å rapportere symptomer på svangerskapsdepresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for partnervold.

Totalt av alle som svarte i studien, oppga mer enn 15% av kvinnene at de hadde en historie med partnervold, hvorav erfaring med emosjonell partnervold var vanligst. De fleste kvinnene i studien oppga tidligere erfaringer med partnervold, men det ble også rapportert om nylige tilfeller av partnervold. Alle former for partnervold var signifikant forbundet med svangerskapsdepresjon, men emosjonell partnervold var hyppigst rapportert.

I regresjonsanalysen så vi at selv etter å ha justert for bakgrunnsvariabler som også var forbundet med svangerskapsdepresjon, forble assosiasjonen mellom svangerskapsdepresjon og partnervold signifikant.

Studiens funn kan være bidragsytende og benyttes som implikasjon for å heve kunnskapen om sensitive temaer som svangerskapsdepresjon og partnervold i svangerskapsomsorgen. Funnene i studien kan også benyttes for å evaluere dagens retningslinjer vedrørende rutinemessig screening av gravide kvinner med tanke på svangerskapsdepresjon og partnervold. Oppgaven har ikke kartlagt rutinene i svangerskapsomsorgen eller evaluert hvordan de fungerer i dagens praksis.

Referanser

- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., San, L., & Burtchen, N. (2014, Oct). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 17(5), 343-357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & åStröm, M. (2003, Jul). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 189(1), 148-154. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.336>
- Arkins, B., Begley, C., & Higgins, A. (2016, Apr). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(3-4), 217-235. <https://doi.org/10.1111/jpm.12289>
- Baird, K., Salmon, D., & White, P. (2013, Aug). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery*, 29(8), 1003-1010. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.007>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of Depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol*, 103(4), 698-709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016, Feb). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Brook Steen, T., Eberhard-Gran, M., Nordeng, H., Nerum, H., & Lyng, S. (2021). Mental helse i svangerskapet. In *Veileder i fødselshjelp*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/mental-helse-i-svangerskapet/>
- Cox, J., Holden, J., & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health : the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual* (2nd ed. ed.). RCPsych Publications.
- Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K., & Saftlas, A. F. (2016, Jul). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Bjog*, 123(8), 1289-1299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13928>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Samuelsen, S. O., & Tambs, K. (2007, Sep). A short matrix-version of the Edinburgh Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 116(3), 195-200. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00934.x>

- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001, Aug 4). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, 323(7307), 257-260. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Fellenzer, J. L., & Cibula, D. A. (2014, Dec). Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. *Matern Child Health J*, 18(10), 2426-2436. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1481-4>
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. K. (2016, Oct 26). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>
- Flaathen, E. M. E., Lukasse, M., Cvancarova Småstuen, M., Garnweidner-Holme, L., & Henriksen, L. (2021, Aug 3). Intimate partner violence and the association of pregnancy intendedness - A cross-sectional study in southeastern Norway. *Sex Reprod Healthc*, 29, 100651. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100651>
- Flaathen, E. M. E., Lukasse, M., Garnweidner-Holme, L., Angelshaug, J., & Henriksen, L. (2020, Sep 28). User-Involvement in the Development of a Culturally Sensitive Intervention in the Safe Pregnancy Study to Prevent Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 1077801220954274. <https://doi.org/10.1177/1077801220954274>
- Lov om organisering av forskningsetisk arbeid, (2017). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., Abrahams, N., & Petzold, M. (2013). *Global and regional estimates of violence against women:Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
- Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 123-123. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1308-6>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005, Nov). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106(5 Pt 1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>

- Glover, V. P. (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Helsebiblioteket. (2021). Depresjon hos voksne. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018, 07.04.2021). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. Retrieved 03.10.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen#referere>
- Henriksen, L. (2017). Spør norske jordmødre alle gravide om vold? In E. Grønset (Ed.), *Tidskrift for jordmødre* (pp. 24-28).
- Henriksen, L., Flaathen, E. M., Angelshaug, J., Garnweidner-Holme, L., Småstuen, M. C., Noll, J., Taft, A., Schei, B., & Lukasse, M. (2019). The Safe Pregnancy study - promoting safety behaviours in antenatal care among Norwegian, Pakistani and Somali pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-6922-y>
- Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017, Jun 2). 'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004, May). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, 80(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- Husain, N., Parveen, A., Husain, M., Saeed, Q., Jafri, F., Rahman, R., Tomenson, B., & Chaudhry, I. B. (2011, Oct). Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: a cohort study from urban Pakistan. *Arch Womens Ment Health*, 14(5), 395-403. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0233-3>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G. M., Giglia, L., Beyene, J., Wang, Y., & McDonald, S. D. (2016, Aug 1). Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic

- Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 826-837.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. ed.). Abstrakt forlag.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001, Mar). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(3), 251-255. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x>
- Lukasse, M., Schroll, A. M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., Laanpere, M., Steingrimsdottir, T., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A. S., Wangel, A. M., & Schei, B. (2014, Jul). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(7), 669-677. <https://doi.org/10.1111/aogs.12392>
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., & Katon, W. J. (2010, Nov). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*, 116(5), 1064-1070. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>
- Okagbue, H. I., Adamu, P. I., Bishop, S. A., Oguntunde, P. E., Opanuga, A. A., & Akhmetshin, E. M. (2019, May 15). Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*, 7(9), 1555-1560. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.270>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th edition. ed.). Open University Press.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T. T., K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge* <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. ed.). Fagbokforl.
- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003, 2003/05/01). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology*, 21(2), 113-123. <https://doi.org/10.1080/0264683031000124073>
- Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I., & Jenum, A. K. (2015, Jan 24). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 5. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0420-0>
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2. [rev. og utvidet] utg. ed.). Gyldendal akademisk.

- Sørbø, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B., & Lukasse, M. (2013, Mar 2). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*, *13*, 186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-186>
- Yu, H., Jiang, X., Bao, W., Xu, G., Yang, R., & Shen, M. (2018, Dec 3). Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. *BMC Pregnancy Childbirth*, *18*(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2113-6>

Antenatal depression and the association with intimate partner violence

– A cross-sectional study in southeastern Norway

Kandidatnr: 505 & 515

Conflict of interests: The author's report no conflict of interests.

Abstract

Introduction - Antenatal depression and intimate partner violence (IPV) can independently lead to negative long-term effects and potentially deadly outcomes for mother and child. The aim of this study was to investigate the prevalence of antenatal depression and examine the association between antenatal depression and a history of IPV in a multi-culturally diverse population.

Methods – Cross-sectional study including 1812 pregnant women who filled out a questionnaire as part of a randomized controlled trial conducted in southeastern Norway.

Result - More than 1 of 10 (14%) women in this study reported symptoms of antenatal depression. Women with antenatal depression were significantly associated with being single, unintended pregnancy, lower income, tobacco and negative experiences regarding alcohol consumption among herself and/or partner. 15.4% of the women reported exposure to some form of IPV at a point during their lifetime. Most women reported previous experiences of IPV rather than recent experiences. Women with a history of IPV were significantly more likely to report symptoms of antenatal depression, after adjusting for confounding factors: AOR 1.96 (95% CI [1.35-2.83]).

Conclusion - Antenatal depressions were significantly associated with all forms of IPV. In the regression analysis, we saw that even after adjusting for background variables also associated with antenatal depression, the association remained significant.

Keywords: Antenatal depression; depression during pregnancy; Edinburgh postnatal depression scale; physical intimate partner violence; sexual intimate partner violence; emotional intimate partner violence.

Introduction

Background

Antenatal depression is a serious health problem that can lead to negative consequences for both mother and child and can occur at any time during pregnancy [1]. The childbearing period is a vulnerable time with physical and psychological changes that can increase the onset or relapse of depressive symptoms [2]. The symptoms can be persistent feeling of sadness, emptiness, feelings of guilt and loss of interest. In addition, physical symptoms such as fatigue, loss of appetite, loss of energy and sleep changes is often present and can sometimes be misinterpreted as “normal” changes during pregnancy, which can make it difficult to diagnose [3].

Historically have postpartum depression received more focus than antenatal depression, despite that some studies have found higher prevalence of depression in the antenatal period compared to the postpartum period [4,5]. The prevalence of antenatal depression varies between 7-20% in high income countries and is higher in middle- and low-income countries with reported rates of over 20% [1-11]. However, the prevalence might vary because of differences in study design, population studied, screening methods and definition of antenatal depression. A prospective cohort study from Norway with 749 pregnant women found that the prevalence of antenatal depression was significantly higher among minority women from Middle Eastern countries and South Asia compared to women from Norway and Western Europe. The prevalence of antenatal depression was respectively 19,5% for Middle Easterners, 17,5% for South Asians and 8,6% for West Europeans [1]. This is important because every third woman giving birth in South-Eastern Norway in 2019 was born outside Norway [12]. Studies have shown that women from Pakistan, Somalia and south Asia living in Norway have considerable poorer health during pregnancy and birth, than ethnical Norwegian women [13].

Antenatal depression is also considered to be an important risk factor for postpartum depression, and it is linked to inadequate prenatal care and substance abuse that can have severe short- and long-term effects for mother and child [1]. A systematic review found that women with untreated antenatal depression had an increased risk of preterm birth and low birth weight compared to women without antenatal depression [14]. In addition, high

concentrate of cortisol in the mother`s blood that occur during stress can pass the placental barrier and affect the fetus and its cognitive development [15]. A history of mental illness has shown to be an important risk factor for developing antenatal depression [2]. Further, lack of social support, ethnicity, sociodemographic factors, economic status and pregnancy related issues have shown to play a role in developing antenatal depression [2]. In addition, several studies have suggested that intimate partner violence (IPV) is a risk factor for developing antenatal depression [16,2,17].

WHO's definition of IPV includes physical aggression, sexual coercion, psychological abuse, or controlling behavior inflicted by a current or former partner [18]. Pregnancy is a vulnerable time that can trigger or aggravate IPV, and potentially put both mother and child at risk of severe consequences [18,19,20]. In addition to having negative short- and long-term effects on the victims, it is associated with preterm birth, SGA babies and stillbirth when it is inflicted during pregnancy [18]. IPV is a global problem and a violation of human rights, that affects as many as three in ten women worldwide [18]. It occurs in all socio-economic societies, but the prevalence is higher in low-income countries and rural settings [18]. The estimated prevalence of IPV against pregnant women is 13,2% in developed countries according to a meta-analysis including 92 articles from 23 developed and developing countries. In developing countries, the prevalence can be as high as 27,7% [21]. In Norway the prevalence of IPV against pregnant women range between 1-5% [22,23,25,26].

The Norwegian department of health strongly recommends health professionals in antenatal care to ask pregnant women about IPV and depressive symptoms [26]. It is incorporated in the national guidelines for antenatal care that aims to promote health and wellbeing among pregnant women [26]. To ensure a safe environment when addressing sensitive issues like antenatal depression and IPV, one or more consultations should be carried out without the partner present [18,26]. Midwives and other healthcare professionals may be in a unique position to identify women suffering from antenatal depression and/or IPV, however studies have shown that midwives face several barriers when it comes to practicing the written guidelines [27]. Antenatal depression and IPV can independently lead to negative long-term effects and potentially deadly outcomes for mother and child [1,15,16,18,19,22]. To our knowledge no study regarding the association between antenatal depression and IPV has been conducted in Norway. The aim of this study was to investigate the prevalence of antenatal

depression and examine the association between antenatal depression and a history of IPV in a multi-culturally diverse population.

Method

This cross-sectional study used the baseline data from The Safe Pregnancy Study. The Safe Pregnancy Study is a randomized controlled trial (RCT), aiming to prevent IPV among pregnant women by promoting safety behaviors [28]. It was conducted in a routine antenatal care setting at 19 maternal and child health centers (MCHC) in South-Eastern Norway [29]. The midwives recruited 1818 pregnant women attending routine antenatal check-ups. The women had to be above 18 years, meet alone and understand Norwegian, English, Urdu or Somali [28]. The study was conducted by using tablet-technology, six women did not answer any questions regarding depression or IPV and were excluded. Altogether, 1812 women were included in this study. Those who failed to answer other questions in the questionnaire are listed in the tables as missing. The tablet-based questionnaire (Q1) was designed with validated instruments measuring depression, IPV, mental health, as well as quality of life. It included questions regarding socioeconomic, demographic and obstetric information. The questionnaire was translated into Norwegian, English, Urdu and Somali by professionals [28].

Outcome variable

The main outcome variable: *Antenatal Depression*, was collected from Q1. The participants were screened for symptoms of antenatal depression using a five-item matrix version of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The maximum score is 15 and each item range from 0 to 3, with zero for absence of symptoms and three for maximum severity of symptoms [30]. In this study we used a score of ≥ 7 as an indicator for antenatal depression. The score is comparable with the full-scale version where ≥ 10 indicates a moderate level of depressive symptoms [30]. This does not classify as a clinical diagnose of depression but is simply an indicator for antenatal depressive symptoms. This cutoff resulted in two categories; Women with moderate to severe depressive symptoms called; *Antenatal Depression*, with a score ≥ 7 , and women with *no Depression* with a score ≤ 6 .

Exposure variable

The questionnaire contained a modified version of the Abuse Assessment Screen (AAS) to detect women with a history of IPV [31]. The modified version of AAS consisted of five questions but the first question was considered to not exclusively regard IPV and was therefore excluded from this study. The questions were as follows; “1) *Have you ever been afraid of your partner or someone else?* 2) *Have you ever experienced that a partner or ex-partner has done things to make you feel afraid of them?* 3) *Done things to try to intimidate you or to control your thoughts, feelings, or actions?* 4) *Hit, kicked, pulled you by your hair or otherwise physically hurt you?* 5) *Forced you to have sexual activities against your will?*” The four included questions regarding IPV were divided into four different types of violence, resulting in four variables; “*Fear*”, “*Emotional IPV*”, “*Physical IPV*” and “*Sexual IP.*” The answer options were; “Never”, “Yes, previous”, “Yes, during the last 12 months before this pregnancy” and “Yes, during this pregnancy”. The responses were classified as “no IPV,” “previous IPV (including the answer “yes, previous”), “recent IPV” (including the answers Yes, during the last 12 months before this pregnancy” and “Yes, during this pregnancy”) , “ Previous and recent IPV” (including Yes, previous”, “Yes, during the last 12 months before this pregnancy” and “Yes, during this pregnancy”)

Background variables

The background variables included in this study were age, civil status, education, occupation, joint family income, mother tongue, parity, planned or unintended pregnancy, alcohol- and tobacco use and alcohol partner. Age was put into four different groups, <25, 25-30, 31-35, >35. Civil status was divided in to two groups named “married or living with partner” and “other “and consist of those who answered “single” or “other” in the questionnaire. A question about education was obtained from five categories and organized into three where the category “≤13 years” included women who had no education, primary school and high school education. Occupation status was recoded as “employed” or “not employed.” Joint family income was divided into four different categories. To determine the women’s ethnicity, they were asked about their mother tongue. The answers were put into either “Norwegian” or “other”. If the pregnancy was planned was answered with a simple yes or no. The variable “tobacco use” was combined from women reporting using tobacco and snuff. Alcohol use was derived from four questions regarding problematic behavior related to alcohol consumption during the last year. A positive answer to any of the questions was

categorized as “alcohol use.” The same was done with a question regarding partners alcohol use and named “partner alcohol”.

Statistical Analysis

Descriptive data are presented as frequencies (counts) and proportions (percentages) for categorical variables. Cross-tabulations and Pearson’s chi-square tests were used to determine percentages and compare the prevalence of antenatal depression based on categorical variables, such as socio-demographic, socio-economic and obstetric factors, and a history of IPV. The p-value in this study is set to <0.05 . We conducted binary logistic regression analysis to calculate the crude odds ratio (OR) and adjusted odds ratio (AOR). When performing adjusted regression analysis, we included the covariates with a p-value $<.100$, and age. In the adjusted analysis we used dichotomous variables instead of IPV with four different categories, resulting in one category named “any lifetime IPV” that included women reporting a history of IPV regardless the form of IPV or when it was perpetrated. Women who did not report any experiences with IPV was categorized as “no IPV”. All analyzes were performed in IBM SPSS Statistics V.27.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, IBM Corp., Armonk, New York, USA).

Ethics

The Safe Pregnancy study was approved in 2017 by the Regional Ethics Committee (REC) (Ref nr:2017/358) and followed the Helsinki declaration of research ethics [28]. The women received verbal and written information about the study and midwives received signed consent form. Data were anonymized before analysis. The Safe Pregnancy study follows the WHO guidelines for researching violence against women, putting women’s safety first [32]. All women received relevant information about where to seek help regarding IPV before answering the questions [28].

Results

More than 1 out of 10 (14%) women in this study reported symptoms of antenatal depression (Table 1). The mean age was 31.3 among the study population. Most of the women were married or lived with a partner, employed and native Norwegian speakers (Table 1).

Significantly more single women scored ≥ 7 on the EPDS, compared with women who were married or living with partner. Women who reported limited economic resources and those who did not know joint family income were more likely to report symptoms of antenatal depression. More women with an unintended pregnancy reported symptoms of antenatal depression, compared to women who had a planned pregnancy. Women using tobacco and women who reported negative behaviours related to alcohol among herself or her partner, were more likely to report antenatal depression. The prevalence of depressive symptoms was approximately three-times higher among women with alcohol related concerns among herself or the partner, compared to women who did not report alcohol related concerns. More women from minority groups reported antenatal depression compared to Norwegian women, but the difference was not statistically significant.

Table 1.0 Participants characteristics by antenatal depression in the Safe Pregnancy study.

N=1812

Characteristic	Depression	No depression	<i>P</i> -value
	<i>n</i> = 254 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 1558 <i>n</i> (%)	
Age			.460*
< 25	15 (5.9)	80 (5.2)	
25–30	89 (35.2)	615 (39.8)	
31–35	104 (41.1)	567 (36.7)	
> 35	45 (17.8)	283 (18.3)	
Missing	14		
Civil status			< .001*
Married/living with partner	222 (91.4)	1472 (96.8)	
Other	21 (8.6)	48 (3.2)	
Missing	49		
Education			.149*
High school \leq 13 years	76 (30)	393 (25.3)	
College/university less than 4 years	71 (28.1)	519 (33.4)	
College/university more than 4 years	106 (41.9)	643 (41.4)	
Missing	4		
Occupation			.146*
Employed or self-employed	198 (78.6)	1281 (82.4)	
Not employed	54 (21.4)	274 (17.6)	
Missing	5		
Joint family income last year			< .001*
\geq 599.000 NOK	61 (24.3)	232 (14.9)	
600–999.000 NOK	104 (41.4)	710 (45.7)	

≥1000.000 NOK	55 (21.9)	475 (30.6)		
Do not know	31 (12.4)	135 (8.7)		
Missing	9			
Ethnicity			.087*	
Norwegian	175 (69.7)	1150 (74.8)		
Other	76 (30.3)	387 (25.2)		
Missing	24			
Parity			.874*	
P0	120 (47.4)	743 (48)		
≥ P1	133 (52.6)	806 (52)		
Missing	10			
Pregnancy planned			.001*	
Yes	190 (75.1)	1304 (83.9)		
No	63 (24.9)	251 (16.1)		
Missing	10			
Tobacco			.001*	
Yes	18 (7.1)	44 (2.8)		
No	236 (92.9)	1506 (97.2)		
Missing	8			
Alcohol			< .001*	
Yes	38 (16.3)	85 (5.7)		
No	195 (83.7)	1410 (94.3)		
Missing	84			
Alcohol Partner			< .001*	*Chi-square
Yes	34 (14.7)	55 (3.7)		
No	198 (85.3)	1420 (96.3)		test
Missing	105			

In this study, 15.4% of the women reported exposure to some form of IPV at a point during their lifetime. Most women reported previous experiences of IPV rather than recent experiences. The most frequent type of violence was emotional IPV (12.2%), followed by fear of partner (10.6%). A total of 3.2% reported sexual IPV. Women who had experienced IPV had a higher risk of reporting symptoms of antenatal depression, compared to women without a history of IPV (26.54 % and 11.6 %, respectively). Table 2.0 shows the different types of IPV and the association with antenatal depression for women categorized with and without depressive symptoms.

Table 2. A history of Intimate partner violence (IPV) (measured by the Abuse Assessment Screen (AAS)) among women with and without antenatal depression.

AAS	Total	Depression	No depression	P-value
	<i>n</i> = 1812	<i>n</i> = 254	<i>n</i> = 1558	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Any lifetime IPV				
No	1512 (84.6)	176 (70.7)	1336 (86.9)	< .001*
Yes	275 (15.4)	73 (29.3)	202(13.1)	

Missing	25			
Fear				
No	1598 (89.4)	193 (77.5)	1405 (91.3)	< .001*
Previously	176 (9.8)	45 (18.1)	131 (8.5)	
Recent	12 (0.7)	9 (3.6)	3 (0.2)	
Previous and recent	2 (0.1)	2 (0.8)	0 (0)	
Missing	24			
Emotional IPV				
No	1570 (87.8)	193 (77.2)	1377 (89.5)	< .001*
Previously	200 (11.2)	46 (18.4)	154 (10)	
Recent	11 (0.6)	6 (2.4)	5 (0.3)	
Previous and recent	7 (0.4)	5 (2)	2 (0.1)	
Missing	24			
Physical IPV				
No	1694 (94.7)	218 (87.2)	1476 (95.9)	< .001*
Previously	87 (4.9)	25 (10)	62 (4)	
Recent	4 (0.2)	4 (1.6)	0 (0)	
Previous and recent	4 (0.2)	3 (1.2)	1 (0.1)	
Missing	23			
Sexual IPV				
No	1731 (96.8)	231 (92.8)	1500 (97.5)	< .001*
Previously	56 (3.1)	17 (6.8)	39 (2.5)	
Recent	1 (0.1)	1 (0.4)	0 (0)	
Missing	24			

* Chi-square test

The univariate logistic regression analysis showed an association between antenatal depression and all forms of IPV. The associations were attenuated but remained significant in analysis where we controlled for age, civil status, joint family income, mother tongue, tobacco use, alcohol and alcohol partner. Women who were exposed to some form of IPV at any point in their lifetime had a two times higher odds of reporting antenatal depression (AOR 1.96 (95% CI [1.35-2.83])). The same was shown for; Fear of partner, AOR 2.02 (95% CI [1.32-3.07]), emotional violence, AOR 1.83 (95% CI [1.23-2.74]), physical violence, AOR 2.35 (95% CI [1.37-4.04]) and sexual violence, 2.09 (95% [1.03-4.23]) (Table 3). Other covariates associated with symptoms of antenatal depression were tobacco use and problematic behavior regarding alcohol consumption among herself or the partner. The variables civil status, joint family income, mother tongue and planned pregnancy were not significantly associated with symptoms of antenatal depression in the adjusted model (data not presented in tables).

Table 3.0 Crude and adjusted odds ratio (OR/AOR) for antenatal depression by history of intimate partner violence (IPV). $N=1812$

AAS	<i>n</i> (%)	Depression			
		Unadjusted		Adjusted	
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
No IPV	1512 (84,6)	1.0		1.0	
Any IPV	275 (15,4)	2.74	(2.01-2.74)	1.96	(1.35-2.83)
Fear	190 (10,6)	3.04	(2.15-4.30)	2.02	(1.32-3.07)
Emotional	218 (12,2)	2.53	(1.80-3.54)	1.83	(1.23-2.74)
IPV					
Physical IPV	95 (5,3)	3.44	(2.20-5.39)	2.35	(1.37-4.04)
Sexual IPV	57 (3,2)	3.0	(1.87-5.33)	2.09	(1.03-4.23)

Note: adjusted for background variables: age, civil status, joint family income, mother tongue, unintended pregnancy, tobacco use, alcohol, alcohol partner.

Discussion

Of the 1812 women participating in our study, 254 (14 %) reported symptoms of antenatal depression with a score ≥ 7 on the short version of EPDS. Further, 15,4% reported having experienced some form of IPV in their lives. Women with a history of IPV were significantly more likely to report symptoms of antenatal depression compared to women with no history of IPV.

The prevalence of antenatal depression among women in our study is comparable with the results from a Swedish longitudinal study and a prospective cohort study from Norway, investigating prevalence of antenatal depression using EPDS as a screening tool [1,9]. Both studies had a cut off of ≥ 10 [1,9], which indicates moderate symptoms of depression and is comparable with ≥ 7 when using the short version [30]. In the Swedish study, 17% of the 1558 women reported symptoms of antenatal depression measured in gestational week 35-36 [9], while the prevalence of antenatal depression in the Norwegian cohort study was 13% [1]. Another Swedish study investigating prevalence of antenatal depression using EPDS as a screening method, found that 8% in a total of 3061 pregnant women had severe depressive symptoms [3]. That study used a cut of > 14 , which indicates that the prevalence might have been higher if women with a score between $\geq 7-14$ also were included [3].

The evident association between antenatal depression and IPV found in our study is supported by results in a systematic review that included analyses of 97 papers from high-, middle- and low-income countries, investigating risk factors associated with antenatal depression. The review found that IPV was one of the strongest predictors for developing antenatal depression [2]. These findings are concurrent with findings in another systematic review that analyzed the association between antenatal depression and IPV [17]. Pooled estimates from cross sectional studies in the current systematic review, showed that women with antenatal depression had a 3- to 5- fold increased OR of having experienced IPV during their lives [17].

In this study the group of women reporting being exposed to recent IPV were small, and therefore both recent and previous experiences with IPV were merged into one category when performing the regression analysis. We can therefore not conclude if symptoms of antenatal depression have a stronger association to recent experiences of IPV, but the numbers presented in table 2 suggests this. These findings are supported by a systematic review that found that the association between physical and/or sexual IPV before and during pregnancy was particularly strong [16]. The association between antenatal depression and IPV was evident throughout the study, regardless that previous experiences of IPV were most frequently reported. Women with a history of IPV are more prone to depression in general and depression is known to be an important risk factor for developing antenatal depression [2,18]. Thus, it is plausible that women who have endured IPV earlier in life also have been depressed prior to becoming pregnant. Howard et al., found that women suffering from antenatal depression had an increased risk of experiencing IPV during the first year after giving birth [17]. This indicates that antenatal depression can increase women`s vulnerability to IPV and that there is a two-way association between the two [17]. The overall prevalence of any lifetime IPV reported in our study was lower compared to other studies [18,25]. According to the WHO the estimated prevalence of IPV in high-income countries can be as high as 23,2% [18]. The prevalence of adult abuse in the study which included data from 65,393 pregnant women from Norway was 20% [25]. Most of the abuse was from a known perpetrator, however some of the reported violence can not be defined as IPV, which might explain the difference in prevalence [25]. The prevalence of recent IPV reported in the current study and another Norwegian study investigating IPV among pregnant women was higher compared to findings in our study [24,25]. Despite this, Lukasse et al., found that the prevalence of violence was higher 12 months before pregnancy, than during pregnancy which

is consistent with some studies claiming that women may be protected against IPV during pregnancy [24].

Previous emotional IPV was most frequently reported in our study. This is consistent with other studies suggesting that emotional IPV and previous experiences of IPV is easier to disclose during pregnancy than physical and sexual IPV [24,25]. However, Lukasse et al., found that more than 60% of women reporting exposure to emotional IPV also endured physical and/or sexual IPV [24].

The present study found an associated risk factor of symptoms of antenatal depression among women without a partner, compared to women who were married or in a relationship. This is supported by findings in a systematic review [2]. Support from a partner or a significant other might work as a buffer against depression and anxiety as well as the stability that a long-term relationship might provide. Nevertheless, being in a destructive relationship is a bigger risk factor than being single when it comes to developing antenatal depression [2].

Non-native Norwegian speaking women in our study did not have a significant risk of developing antenatal depression. In contrast to our result, a Norwegian prospective cohort study found that women from Middle Eastern countries and South Asia reported higher prevalence of depression during pregnancy than Norwegian women [1]. A plausible reason for our outcome, can depend on the categorization of non-native Norwegian speaking women. Due to the specific groups of women from cultures like Pakistan and Somalia were small (respectively 4.1% and 0.9%) all non-native Norwegian-speaking women were grouped together and can therefore originate from high- middle- and low-income countries.

A significant risk was found in our study among women who reported having negative associations regarding their partners alcohol use. A woman living with a partner who has problematic behaviour related to alcohol, may leave her with several negative feelings and experiences that may explain why this group is significantly at higher risk of developing antenatal depression. It is natural to imagine that some of these women may feel more alone and therefor experience lack of support, which we know is a significant risk factor for antenatal depressive symptoms [2]. The use of alcohol may also trigger negative and violent behavior leaving the partner in fear or exposed to violence, which both gives a significant increased risk of antenatal depression.

Study implications

The study's findings may be contributing and can be used as implication to raise knowledge about sensitive topics such as antenatal depression and IPV in antenatal care. The findings can also be used to evaluate current guidelines regarding routine screening of pregnant women with antenatal depression and a history of IPV.

Strengths and limitations

The questions addressing antenatal depression and IPV were conducted using validated tools in obstetric care [30,31]. The questionnaire included a short version of EPDS, developed for research purpose [30]. EPDS is a well-known tool used in obstetric care and the answers gave the study a good basis for dividing the women into depressed/not depressed categories based on symptoms. A short version of AAS was used to screen women regarding IPV and includes questions regarding fear of partner, physical, psychological, and sexual abuse, which gave a broad insight to the violence the women had experienced [31].

A cross-sectional study only allows us to identify and perhaps find associations between selected variables and not causal relations. Therefore, in this study we are not in position to examine further or get the subjects to elaborate anything other than what was pre-selected. The women self-reported in the questionnaire, leaving room for recall bias and weaknesses such as underreporting, if the women didn't feel comfortable enough when filling out the questionnaires. Also, the interpretation of both the question and the experiences of IPV was left alone to the woman. When researching sensitive topics like IPV and symptoms of antenatal depression it is crucial that the women feel safe enough to report it. It might require trained professionals and adequate safety measures to make women talk about their experiences with IPV [18]. Considerations were taken in our study to provide a safe environment for the women when filling out the questionnaire.

The results in our study might be generalized to women with similar socio-cultural background in Norway and in other countries.

Conclusion

The study`s findings show that women who reported a history of IPV were significantly more likely to report symptoms of antenatal depression. More than 15% of the women reported a history of IPV and emotional IPV was most common. Previous experiences of IPV were most frequently reported, but recent experiences of IPV were also found. Antenatal depressions were significantly associated with all forms of IPV. In the regression analysis, we saw that even after adjusting for background variables also associated with antenatal depression, the association remained significant.

References

- [1] Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I., & Jenum, A. K. (2015, Jan 24). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth*, *15*, 5. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0420-0>
- [2] Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016, Feb). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, *191*, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- [3] Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003, 2003/05/01). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology*, *21*(2), 113-123. <https://doi.org/10.1080/0264683031000124073>
- [4] Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001, Aug 4). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, *323*(7307), 257-260. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>
- [5] Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004, May). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, *80*(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- [6] Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003, Jul). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, *189*(1), 148-154. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.336>
- [7] Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005, Nov). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, *106*(5 Pt 1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- [8] Husain, N., Parveen, A., Husain, M., Saeed, Q., Jafri, F., Rahman, R., Tomenson, B., & Chaudhry, I. B. (2011, Oct). Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: a cohort study from urban Pakistan. *Arch Womens Ment Health*, *14*(5), 395-403. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0233-3>
- [9] Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001, Mar). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *80*(3), 251-255. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x>

- [10] Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., & Katon, W. J. (2010, Nov). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*, *116*(5), 1064-1070. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>
- [11] Okagbue, H. I., Adamu, P. I., Bishop, S. A., Oguntunde, P. E., Opanuga, A. A., & Akhmetshin, E. M. (2019, May 15). Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*, *7*(9), 1555-1560. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.270>
- [12] Norway Tmbro. (2019). Statistikkbank: Fødte og fødsler pr år; 2019. Retrieved 26.10.2021, from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- [13] FHI. (2017). Helse i innvandrerbefolkningen. *Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge*
- [14] Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G. M., Giglia, L., Beyene, J., Wang, Y., & McDonald, S. D. (2016, Aug 1). Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *73*(8), 826-837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>
- [15] Glover, V. P. (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, *28*(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- [16] Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., San, L., & Burtchen, N. (2014, Oct). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Arch Womens Ment Health*, *17*(5), 343-357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- [17] Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, *10*(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- [18] García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., Abrahams, N., & Petzold, M. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1 *Violence Against Women*, 1077801220954274. <https://doi.org/10.1177/1077801220954274>
- [19] Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K., & Saftlas, A. F. (2016, Jul). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant

- [20] Yu, H., Jiang, X., Bao, W., Xu, G., Yang, R., & Shen, M. (2018, Dec 3). Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. *BMC Pregnancy Childbirth*, *18*(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2113-6>
- [21] James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*, *28*(3), 359-380. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00034>
- [22] Henriksen, L., Schei, B., Vangen, S., & Lukasse, M. (2014, Sep). Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *Bjog*, *121*(10), 1237-1244. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12923>
- [23] Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S., & Schei, B. (2012, Aug 11). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*, *12*, 83. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-83>
- [24] Lukasse, M., Schroll, A. M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., Laanpere, M., Steingrimsdottir, T., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A. S., Wangel, A. M., & Schei, B. (2014, Jul). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *93*(7), 669-677. <https://doi.org/10.1111/aogs.12392>
- [25] Sørbø, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B., & Lukasse, M. (2013, Mar 2). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*, *13*, 186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-186>
- [26] Helsedirektoratet. (2018, 07.04.2021). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. Retrieved 03.10.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen#referere>
- [27] Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017, Jun 2). 'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*, *17*(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- [28] Henriksen, L., Flaathen, E. M., Angelshaug, J., Garnweidner-Holme, L., Småstuen, M. C., Noll, J., Taft, A., Schei, B., & Lukasse, M. (2019). The Safe Pregnancy study - promoting safety behaviours in antenatal care among Norwegian, Pakistani and Somali pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-6922-y>
- [29] Flaathen, E. M. E., Lukasse, M., Cvancarova Småstuen, M., Garnweidner-Holme, L., & Henriksen, L. (2021). Intimate partner violence and the association of pregnancy intendedness – A cross-sectional study in southeastern Norway. *Sexual &*

reproductive healthcare, 29, 100651-100651.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100651>

- [30] Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Samuelsen, S. O., & Tambs, K. (2007, Sep). A short matrix-version of the Edinburgh Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 116(3), 195-200.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00934.x>
- [31] Arkins, B., Begley, C., & Higgins, A. (2016, Apr). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(3-4), 217-235. <https://doi.org/10.1111/jpm.12289>
- [32] World health organization. (2001). *Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Retrieved

Manuscript Types

The European Journal of Midwifery considers the following types of articles:

- Research Papers – reports of data from original research.
- Review Papers – comprehensive, authoritative, reviews within the journal's scope.
- Short Reports – brief reports of data from original research.
- Methodology Papers – Papers that present different methodological approaches that can be used to investigate problems in a relevant scientific field and to encourage innovation.
- Policy Case Studies – brief articles on policy development at a regional or national level.
- Study Protocols – articles describing a research protocol of a study.
- Letters to the Editor – a response to authors of an original publication, or a very small article that may be relevant to readers.
- Editorials – articles written by members of the Editorial Board.

Research Papers

Articles reporting research may be full length or brief reports. These should report original research findings within the journal's scope. Papers should generally be a maximum of 4000 words in length, excluding a maximum of 5 tables, references, and abstract of the article, whilst it is recommended that the number of references should not exceed 36.

Review Papers

Comprehensive, authoritative, reviews within the journal's scope. There are two types of review papers:

- systematic review papers: respond to a specific research question, accrue from criterion-based selection of sources, include a quantitative synthesis and a statistical method (meta-analysis), and should adhere to **PRISMA guidelines**. Guidelines used for abstracting data and assessing data quality and validity should be noted in methods section.

- narrative review papers: the research question may be broad, and the scope of this review is to discuss a specific topic and keep the readers up-to-date about it. This type of review does not necessarily include a methodological approach and its synthesis is usually qualitative. Narrative reviews should include in a developments section, with details regarding data sources used, keywords applied, time restrictions and study types selected. Developments should be based on actual review articles.

All review papers should be generally less than 6000 words, excluding abstract, tables, figures and references. References should not exceed 50. Conclusion of the reviews should be specific and stem from the findings.

Short Reports

Brief reports of data from original research. Short reports are shorter versions of original articles, may include one table or figure, should not exceed 1500 words, and it is recommended that the number of references should not exceed 15. Short reports are suitable for the presentation of research that extends previously published research, including the reporting of additional controls and confirmatory results in other settings, as well as negative results. Authors must clearly acknowledge any work upon which they are building, both published and unpublished.

Policy Case Studies

The objective of this type of brief article is to foster regional academic midwifery, maternal and child health activities and to provide a forum for sharing ideas, examples of policy activities, for people working in in the field to present their regional successes or challenges in the area of Midwifery. Such brief articles should be accompanied by a high-resolution picture or example of the material used or presented. The word count for the text should not exceed 1500 words.

Study Protocols

This article type can be for proposed or for ongoing research and should contain the background, research hypothesis, rationale a detailed methodology of the study. The **SPRIT 2013 Checklist guidelines** ideally should be applied. Study protocols submitted for publication must have received ethics approval. Protocols of randomized trials should follow the **CONSORT guidelines** and must have a trial registration number, while observational studies should follow **STROBE guidelines**.

Methodology Papers

Methodology Papers will present different methodological approaches that can be used to investigate problems in a relevant scientific field and to encourage innovation. It is suggested that case studies or practical examples, which can be existing ones, are included to demonstrate the consistency and applicability of the methodology.

Methodology papers should be generally less than 6000 words, excluding abstract, tables, figures and references. References should not exceed 50.

Letters to the editor

A letter to the Editor is a brief report that is within the journal's scope and of particular interest to the community, but not suitable as a standard research paper. A maximum of ten articles may be included in the references. Letters to the Editor may be edited for clarity or length and may be subject to external peer review at the Editors' discretion. Letters intended for publication should be a maximum of 500 words, contain 10 references, and up to one table or figure. These rules apply both for research letters, and letters that respond to articles published in the journal. Letters to the editor are subject to editorial editing so as to streamline the article with the journal's style. Corrections to published articles are also published as a letter and linked to the corrected version of the article.

Editorials

Editorials are written by the Editorial Board and may reflect current articles within the European Journal of Midwifery or discuss significant national or international initiatives relevant to midwifery or maternal and child health or the academic development of Midwifery.

Manuscript Formatting

General instructions

The authors are encouraged to consult previous relevant publications in EJM to assist them in the preparation of the manuscript, especially the references and tables. We support the use of Checklists during manuscript preparation. Checklists are available for a number of study designs, including:

- randomized trials (**CONSORT**),
- systematic reviews (**PRISMA**),
- observational studies (**STROBE**),
- meta-analyses of observational studies (**MOOSE**) and
- qualitative studies (**RATS**).

Text Formatting

All manuscripts should be submitted in a Word format, they should be single column and 1.5 spaced. Margins should be one inch at the top, bottom and sides of the page. Font size should be 11-pt or 12-pt, standard font in 'Arial' or 'Times New Roman' typeface. Manuscripts should be formatted in full justified paragraphs and headings should be left-aligned. Maths should be editable text.

Title Page

The Title page should list the title of the article and suggestions for a short running title of no more than 60 characters (including spaces). Also include the authors names, affiliations and contact details including email address for the corresponding author. Affiliations should contain each author's department, institution (institute, university), city, country.

The Title of the article should be clear, concise and highlighting the research topic. It should not include rhetorical questions, literary language, quotations and special symbols.

Abstract

Authors are asked to supply a structured abstract of 250 words. For research articles, systematic reviews and brief reports, the abstract is limited to 250 words and should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, and Conclusions. Abstracts for narrative reviews, study protocols and methodology papers are unstructured. Letters do not have an abstract.

Keywords

Include six keywords that describe your paper for indexing and for web searches of your manuscript.

Main Text

Research Papers, Systematic Review Papers and Short Reports sections are: Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusions. Narrative Review Papers are not necessarily structured. It is suggested though to include the sections Introduction, Developments and Conclusion. Study Protocols consist of Introduction, Methods, Discussion, and Conclusions. Methodology Papers should consist of Introduction, Methodological approach, Case studies or Practical examples, Discussion, Conclusions.

Use the guidelines below to structure these sections:

1. A short introduction which should end with the study's aims. The introduction should state clearly the objective of the

paper as well as the context of the research or analysis.

2. A methods section which should describe the study design, setting, participants, measures, variables and statistical analysis performed. This section should also include information on the study's ethics procedures.
3. A results section, which should describe the study's main findings and important aspects within the tables.
4. A discussion section, which should include a discussion of the study's main findings, comparisons with other studies, potential policy implications, the study's strengths and limitations.
5. A conclusions section, which should be short, concise and based on the results of the current study. General conclusions that do not stem from the manuscript's results should be avoided.

Declaration of Interests

Declare any competing interests for each author. The European Journal of Midwifery adheres to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. The author names on the ICMJE forms should be identical to the names in the manuscript.

Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. The role of the funding body in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript should be declared. The sentence should begin: "This work was supported by". Proposal numbers should be complete and accurate and provided in parentheses as follows: "{proposal number xxxx}"

Acknowledgements

This section is for acknowledging individuals and institutions whose support the authors wish to mention (it is not compulsory). Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our editorial policies. The authors have the option to give a brief outline of their contribution. Please use initials to refer to each author's contribution in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): If you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Tables, Figures and Supplementary material

Tables and Figures should be placed at the end of the manuscript and be numbered sequentially in order of appearance in the text. However authors should ensure that every table or figure is referred to in the body of the text. Each table or figure should be accompanied by a short, descriptive title (including the place, year and sample size) and in the footnote should define any acronyms, abbreviations or symbols used, statistical methods applied and any other information needed so that the table or figure may stand alone in the HTML and pdf version of the manuscript. Superscripts used to refer to table footnotes should be lowercase alphabetical symbols. Captions should be given separately above the tables or figures. Numbers in the table should not contain commas, and numbers less than unity should have a zero in front of the decimal point. Decimal numbers should be represented with the use of a full stop.

The number of actual tables (no sub-tables) that an article can contain **should not exceed five**. However, they have to be of value as determined by peer review. Extra tables can be included in the Supplementary material. The content of the tables should be such that the data are of sufficient resolution for comfortable reading. Tables should be submitted in their original Word format (not via Excel), and they should be legible. Avoid using vertical rules. Horizontal rules should be used only above and below column headings and at the bottom of the table. Do not create a table using only tabs or spaces to create columns. Tables should not duplicate material contained in the main text.

The number of figures **should not exceed four**. Extra figures can be included in the Appendix. Figures can be submitted in greyscale, black or white or in color as the journal is published online. The journal prefers that figures be created in Excel. Do not embed a figure file as a picture into Excel or Word, but submit them as individual files. The data of figures should be attached in a Word format. Size the figure to the column or page width of the journal, and set the resolution at 300 dpi or greater. Figures

containing a large amount of text, particularly flow diagrams, should be send in an editable form.

Supplementary material should be submitted as a single file that includes all the supplementary material (figures, tables, questionnaires, etc.). If the authors wish to change the Supplementary file they would need to resend it corrected, as a final version before publication. The authors should be aware that supplementary files are not proofread or corrected by the production team.

References

We recommend **no more than 36 references**, these must be numbered sequentially, as they first appear in the text. They should be within square brackets without spaces before or afterwards. Where more than one reference is cited, these should be separated by a comma, for example, [1, 12, 16], while for a continuous sequence of numbers, give the first and last number of the sequence separated by a hyphen, for example, [4-7]. The Reference list should thus be sequentially numbered using plain text (i.e. without the use of footnote or endnote etc). Please check the reference list and ensure that there is no duplication of references.

Article citations

These follow the AMA format.

Journal articles in Print

Citation format:

Authors. Title. Journal name. Year;Volume number(issue number):initial-final page.

(Note: Use et al. instead of names after the 6th author)

Example:

Kjellstrom Tord, Lemke Bruno, Otto Matthias. Climate conditions, workplace heat and occupational health in South-East Asia in the context of climate change. WHO South East Asia J Public Health. 2017;6(2):69-73.

Journal articles Online

All references that are from journal articles must contain a Digital Object Identifier (DOI): A DOI is a unique character string created to identify a digital object, such as a journal article in an online environment. The DOI is a permanent identifier of all versions of an article and the DOI for a document remains fixed over the lifetime of the document. The DOI must be included in the citation.

Citation format:

Authors. Title. Journal name. Year;Volume number(issue number):initial-final page. Doi.

Example:

Ramón Escuriet, Laura García-Lausin, Isabel Salgado-Poveda, Rocio Casañas, Gemma Robleda, Olga Canet, Mercedes Pérez-Botella et al. Midwives' contribution to normal childbirth care: Cross-sectional study in public health settings, the MidconBirth Study protocol. Eur J Midwifery 2017;1(September):4. doi:10.18332/ejm/76820

Books

Citation format:

Authors. Title. Volume number (for more than 1 volume). Edition number. Place of publication: Name of publisher; year of publication:page numbers.

(Note: Use et al. instead of names after the 6th author)

Example:

Patterson James T. The dread disease: cancer and modern American culture. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1989.

Web links and URLs

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number, and included in the reference list, rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the item, the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed.

Website

Citation format:

Authors. Title. Name of the website. URL. Published date. Updated date. Accessed date.

Example:

The OASI care Bundle Project. <https://www.rcog.org.uk/OASICareBundle>. Accessed September 2017.

Report Online

Citation format:

Authors or Institution. Title. URL. Published date. Accessed date.

Example:

World Health Organization. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4962e/s4962e.pdf>. Published March, 2004. Accessed November 24, 2017.

How to submit

Online Submission

The European Journal of Midwifery uses the online system "Editorial System" for manuscript submission, peer review and editorial handling. Submissions received by e-mail will not be considered. The journal does not have submission fees. Within the submission system the corresponding author will have the ability to upload a cover letter and will also be able to select pre-identified statements related to the originality of the work, the potential conflicts of interest, authorship and the role of funding sources in manuscript preparation. Additional information may be requested by the Editorial Board so as to ensure the integrity and ethics of the manuscript.

Article Processing Charges

European Journal of Midwifery does not have any Article Processing Charges.

Preprints

We encourage authors to submit manuscripts that have been previously published as pre-prints. Authors publishing in our journals may have shared their work ahead of submission, as well as during the journal's peer review process on repositories or preprint servers (such as MedarXiv, PeerJ Preprints etc), as long as the server does not impose restrictions upon the author's full copyright and re-use rights. Preprints are not considered prior publication, but it is essential that the preprint submitted in our journals is not under consideration by any other journal. In order to make sure that correct attribution is given to the original source (either it is repositories or preprint servers), we suggest that the preprint is listed within the acknowledgement section of the manuscript.

If the manuscript is accepted for publication, authors are encouraged to link their preprint with the published article, in order to enable their readers to access the peer-reviewed version. Preprints that undergo a peer review process through European Journal of Midwifery will be published under the same license used for all the articles in the journal (CC-BY-NC 4.0).

ID

Tusen takk for at du har takket ja til å være med i Trygt Svangerskap Studien

Vi vil forsikre deg om at alle svarene du gir er anonyme. Det betyr at ansatte på helsestasjonen ikke vil vite hva du har svart. Svarene dine blir ikke lagret på nettbrettet men sendes til en sikker server uten ditt navn og personnummer. Din studie ID er linken mellom ditt navn og dine svar som lagres på serveren. Det er bare godkjente forskere som har tilgang til dine svar.

Det vil ta omtrent 20 minutter å svare på alle spørsmålene. Spørreskjemaet er delt inn i ulike deler. Når du har svart på alle spørsmålene i hver del, trykker du på «SEND» tasten. Du kan enkelt ta pauser og komme tilbake til den delen av spørreskjemaet du svarer på. Vær oppmerksom på at når du har trykket på “SEND” tasten, kan du ikke komme tilbake til den delen av spørreskjema.

1 – Spørsmål om deg og svangerskapet ditt

1 Spørsmål om svangerskapet

- 1.1 I hvilken svangerskapsuke er du nå?
- 1.2 I hvilken svangerskapsuke hadde du din første svangerskapskontroll?
- 1.3 Var dette svangerskapet planlagt? Ja Nei
- 1.4 Har du vært gravid tidligere? (Inkludert svangerskap som endte med spontanabort eller provosert abort) Ja Nei
- 1.5 Hvor mange barn har du født? (etter 6. svangerskapsmåned – inkludert barn som ikke lever/inkludert barn som er døde)
- 1.6 Har du hatt keisersnitt tidligere? Ja Nei
- 1.7 Hvor høy er du? I cm

1.8 Hvor mye veide du før du ble gravid? I kg

	Ja, daglig	Ja, av og til	Nei		
1.9 Røyker du?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1.10 Snuser du?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1.11 Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om fødselen?					
Jeg vil ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertelindring og uten inngrep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fikk jeg velge ville jeg helst ha keisersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke er friskt og velskapt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEND

2 – Livskvalitet og helse

Dette spørreskjemaet spør deg om hvordan du har oppfattet din livskvalitet, din helse eller andre områder i livet ditt. Vennligst besvar alle spørsmålene. Dersom du er usikker på hvilket svaralternativ du skal velge, skal du velge det som er mest passende. Dette er ofte det første som slår deg.

	Meget dårlig	Dårlig	Verken god eller dårlig	God	Meget god
2.1 Hvordan vurderer du din livskvalitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Meget utilfreds	Utilfreds	Verken utilfreds eller tilfreds	Tilfreds	Meget tilfreds
2.2 Hvor tilfreds er du med din helse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 De følgende spørsmålene handler om hvor mye du har opplevd av forskjellige ting i løpet av de siste to ukene.					
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	I høy grad	I svært høy grad
I hvilken grad føler du at (fysisk) smerte hindrer deg i å gjøre det du trenger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad trenger du medikamentell behandling for å fungere i dagliglivet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mye gleder du deg over livet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad føler du at livet ditt er meningsfullt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor godt klarer du å konsentrere deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor trygg føler du deg i dagliglivet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor sunt er ditt fysiske miljø?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 De følgende spørsmålene spør deg om hvor fullstendig du opplevde eller var i stand til å gjøre spesielle ting i løpet av de siste to ukene.					
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Til en viss grad	Som oftest	Fullstendig
Har du nok energi i hverdagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du råd til å kjøpe det du trenger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er informasjonen du trenger i dagliglivet tilgjengelig for deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du mulighet til å bedrive fritidsaktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med ditt utseende?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er du i stand til å komme deg rundt omkring?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.5 De følgende spørsmålene spør deg om hvor fornøyd du har vært med ulike livsaspekter de to siste ukene.

	Meget utilfreds	Utilfreds	Verken utilfreds eller tilfreds	Tilfreds	Meget tilfreds
Hvor tilfreds er du med din søvn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med din evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med din kapasitet til å arbeide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med deg selv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med dine personlige forhold?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor fornøyd er du med ditt sexliv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med den støtten du får fra dine venner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med boforholdene dine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med din tilgang til helsetjenester?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor tilfreds er du med dine transportmuligheter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6 Det følgende spørsmålet sikter til hvor ofte du har følt eller opplevd visse ting i løpet av de to siste ukene.

	Aldri	Sjelden	Relativt ofte	Meget ofte	Alltid
Hvor ofte har du negative følelser som dårlig humør, fortvilelse, angst eller depresjon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.7	Hvor ofte drakk du alkohol de siste 3 månedene før svangerskapet og hvor ofte drikker du i svangerskapet?	Siste 3 måneder før svangerskapet		I svangerskapet			
	Aldri	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Sjeldnere enn 1 gang pr måned	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Omtrent 1-3 ganger pr måned	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Omtrent 1 gang pr uke	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Omtrent 2-3 ganger pr uke	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Omtrent 4-5 ganger pr uke	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
	Omtrent 6-7 ganger pr uke	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
2.8	Har du eller din partner opplevd følgende problemer i løpet av det siste året i forbindelse med bruk av alkohol?	Har hendt		Har ikke hendt		Ikke aktuelt	
		Du	Din partner	Du	Din partner	Du	Din partner
	Kranglet eller opplevd negative følelser ovenfor hverandre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Plutselig befunnet deg et sted uten å huske hvordan du kom dit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vært borte fra arbeid eller skole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Besvimt eller sluknet helt plutselig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hatt en trist periode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9	Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene?	Ja, nesten hele tiden		Ja, av og til		Ikke særlig ofte	Nei, aldri
	Følt deg nedfor eller ulykkelig	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vært nervøs eller bekymret uten grunn	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kunnet glede deg til ting som skulle skje	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEND

3 Spørsmål om trygghet

Nå vil vi minne deg på at alle svarene du gir er anonyme. Det betyr at de ansatte på helsestasjonen ikke vil vite hva du har svart. Jordmoren din er forberedt på å snakke med deg om alle temaene som studien tar opp hvis du har behov for det.

De følgende spørsmålene spør om dine erfaringer i voksne intime relasjoner. Med voksne intime relasjoner mener vi en nåværende eller tidligere ektefelle, partner eller kjæreste i mer enn en måned.

	Aldri	Ja, før	Ja, i løpet av de siste 12 månedene før dette svangerskapet	Ja, i dette svangerskapet
3.1 Har du noen gang vært redd for partneren din eller noen andre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Har du noen gang opplevd at partneren din eller eks – partneren din har:				
Gjort ting som har ført til at du har blitt redd for dem?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forsøkt å skremme deg eller å kontrollere dine tanker, følelser eller handlinger?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slått, sparket, lugget eller på andre måter angrepet deg fysisk?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tvunget deg til å ha seksuelle aktiviteter mot din vilje?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Er du i et forhold nå?	Ja <input type="radio"/>		Nei <input type="radio"/>	

Truet med å skade eller drepe meg eller mine nærmeste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stengt eller låst meg inne på et rom eller et annet sted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lagt skylden på meg for sin voldelige oppførsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyttet, tatt tak i meg, skjøvet meg eller kastet meg rundt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slått meg med noe, med knyttneven eller bitt meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brukt eller truet meg med en kniv, pistol eller annet våpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tatt kvelertak på meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tvunget meg eller forsøkt å tvinge meg til å ha sex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fått meg til å gjøre seksuelle handlinger jeg ikke hadde lyst til	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vi vil gjerne vite om du noen gang har gjort noen av de følgende handlingene som er listet opp under for å beskytte deg selv.

3.7	Har du noen ganger:	Nei	Ja	Ikke relevant for min situasjon
	... gjemt penger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... gjemt et ekstra sett med hus og/eller bil nøkler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... etablert en forhåndsbestemt kode med venner, familie, andre (for å indikere at du trenger hjelp)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... bedt naboer ringe politi om volden starter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... fjernet våpen (f.eks. kniv)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... betrodd deg til noen om hvordan du har det hjemme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vært på krisesenter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dokumentert skader og hendelser (f.eks. tatt bilder)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du noen ganger hatt tilgjengelig:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... en kopi av viktige papirer som personnummer (ditt eget, din partners, dine barns)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... en kopi av viktige papirer som pass/ID, ekteskapslisens eller fødselsbevis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... din egen bankkonto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kostbare smykker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... en bag med noen ekstra klær til deg og barna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... et ekstra sim kort eller telefon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... en liste med viktige telefonnummer (politi, krisesenter, ambulanse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8 Har du gjort andre ting for å beskytte deg og barna?			
.....			

SEND

4 Noen siste spørsmål om deg

	Ektefelle/samboer	Enslig	Annet
4.1 Hva er din sivilstand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Hva er din høyeste fullførte utdanning?			
<input type="radio"/> Grunnskole, ungdomsskole (6-9 år)			
<input type="radio"/> Videregående, gymnast, yrkesskole eller realskole (10-13 år)			
<input type="radio"/> Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år (samlet til og med 14 år)			
<input type="radio"/> Høgskole eller universitet, 4 år eller mer (samlet mer enn 14 år)			

Ingen fullført utdanning

4.3 **Hva er din hovedaktivitet (Sett ett kryss)**

- Lønnskottaker
- Selvstendig næringsdrivende/Freelance
- Elev/student
- Svangerskapspermisjon
- Hjemmeværende
- Arbeidsledig
- Uføretrygdet

4.4 **Er du fraværende fra ditt vanlige arbeid/ditt studiet nå?**

Ja

Nei

4.5 **Hva var familiens brutto årsinntekt (før skatt) det siste året (inkl. barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, kontantstøtte, osv.)**

- Mindre enn 400.000 kr.
- 400 - 599.000 kr.
- 600 - 799.000 kr.
- 800 - 999.000 kr.
- Over 1.000.000 kr.
- Vet ikke

4.6 **Har din ektefelle eller partner hindret deg i å vite om eller ha tilgang til familiens inntekt, til tross for at du har spurt?**

Ja

Nei

4.7 **Har du egen inntekt (arbeidsinntekt, barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, uføretrygd)**

Ja

Nei

4.8 **Må du ha tillatelse fra noen i din familie til å bruke dine egne penger?**

Ja

Nei

4.9 Hva er morsmålet ditt? (Sett ett kryss)

- Norsk
- Somali
- Urdu/Punjabi
- Engelsk
- Annet

4.10 Hvilket språk snakker du mest hjemme?

- Norsk
- Somali
- Urdu/Punjabi
- Engelsk
- Annet

4.11 Hvordan vil du beskrive dine norskkunnskaper?

- Svært gode
- Gode
- Litt dårlig
- Dårlig

4.12 Hvordan vil du beskrive din opplevelse av tilhørighet i det norske samfunnet? (Plasser markøren på linjen nærmest det som er riktig for deg. 0 indikerer en veldig svak opplevelse av tilhørighet og 10 indikerer en veldig sterk opplevelse av tilhørighet).

Veldig 0 5 10 Veldig
svak sterk

4.13 **Har du noen, utenom din ektefelle/samboer/partner, som du virkelig kan betro deg til?**

- Nei
- Ja, 1-2 personer
- Ja, flere enn to personer

4.14 Ønsker du å være med i trekningen av fem nettbrett? Ja Nei

SEND

Tusen takk for at du har svart på spørreskjemaet. Nå vil vi vise deg en video som handler om hvordan du kan ha et trygt svangerskap. Dette vil ta omtrent 7 minutter. Du kan se videoen så mange ganger du ønsker, både nå og ved senere besøk på helsestasjonen. Hvis du ønsker å se videoen ved en senere anledning, spør jordmoren din om din studie ID.

VIDEO HER

Tusen takk for din deltagelse. Vi oppfordrer deg til å snakke med din jordmor hvis du har noen bekymringer.