

“I believe, most human beings desire to have children and desire also that their children should grow up to be healthy, happy, and self-reliant. For those who succeed the rewards are great; but for those who have children but fail to rear them to be healthy, happy, and self-reliant the penalties in anxiety, frustration, friction, and perhaps shame or guilt, may be severe. Engaging in parenthood therefore is playing for high stakes. Furthermore, because successful parenting is a principal key to the mental health of the next generation, we need to know all we can both about its nature and about the manifold social and psychological conditions that influence its development for better or worse”.

John Bowlby, 1979

Det helsevitenskapelige fakultet Institutt for psykologi

«Å bli forelder var mer vanskelig enn jeg hadde forventet»

En kvantitativ analyse av utsagn på spørreinstrumentet Parent Stress Index i fire analysegrupper fra tre ulike studier

Av Andrea Jennerwein

Masteroppgave i psykologi PSY 3900 februar 2016



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	iii
Forord	v
Abstract	viii
Sammendrag	ix
1 Problemstilling.....	2
1.1 Teoretisk fundament for foreldre-barn-relasjonen.....	5
1.1.1 Tilknytningsteori.....	5
1.1.2 Transaksjonsmodellen	7
1.1.3 Kognitiv attribusjonsteori.....	8
1.1.4 Kognitiv dissonans.....	9
1.2 Foreldrestress	10
1.2.1 Stress.....	11
1.2.2 Stressattribusjon	11
1.2.3 Hvorfor måle foreldrestress?.....	13
2 Metode.....	17
2.1 Beskrivelse av deltakerne/de tre studiene.....	17
2.1.1 Tidlig intervensjon 2000	17
2.1.2 Små barn store atferdsvansker	18
2.1.3 Utfall og opplevelse av fosterhjemstiltak.....	19
2.2 Instrumentet Parenting Stress Index (PSI).....	20
2.2.1 Delskalaer i PSI.....	21
2.2.2 Psykometriske egenskaper ved PSI	25
2.3 Statistisk metode/analyse	27
2.3.1 Konfirmatorisk faktoranalyse	27
2.3.2 Sammenligning av gruppene	30
2.3.3 Item-total-korrelasjonsanalyser	30
3 Resultater.....	31
3.1 Resultatet av konfirmatorisk faktoranalyse (CFA) på PSI fra de tre studiene	31
3.1.1 2.-ordens CFA.....	31
3.1.2 1.-ordens CFA knyttet til modellen med de 13 faktorene	34
3.2 Sammenligning av analysegruppene fra de tre studiene	35
3.2.1 Gruppeforskjeller på totalt stress, foreldredomenet og barnedomenet.....	37
3.2.2 Gruppeforskjeller på subdimensjonene	39
3.3 Item-total-korrelasjonsanalyse	40

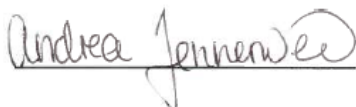
3.3.1	Totalstress for alle analysegruppene samlet.....	40
3.3.2	Totalstress for alle analysegruppene separat.....	41
4	Diskusjon.....	44
4.1	Resultatet av faktoranalysen.....	44
4.2	Resultatet av sammenligningen mellom gruppene	45
4.2.1	Resultat av gruppesammenligning av totalt stress, foreldredomenet, og barnedomenet.....	45
4.2.2	Resultat av gruppesammenligning av subskalaer	46
4.3	Resultat av item-total-korrelasjonsanalysen med totalt stress på PSI for alle gruppene.....	47
4.3.1	PSI-utsagnene som hadde høyest korrelasjon med totalt stress.....	47
4.3.2	PSI-utsagnene som hadde lavest korrelasjon med totalt stress	48
4.4	Item-total-korrelasjonsanalyse for gruppene separat	49
4.4.1	Resultat for DUÅ-gruppa.....	49
4.4.2	Resultat for fosterhjemsgruppa.....	51
4.4.3	Resultat for prematurkontrollgruppa.....	52
4.4.4	Resultat for fulltermingruppa	53
4.5	Svakheter ved oppgaven	54
5	Konklusjon.....	57
	Referanseliste	61

Forord

Fundamentet for denne masteroppgaven har jeg etablert gjennom studier i psykologi og spesialpedagogikk, mitt arbeid ved Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge ved Universitetet i Tromsø, og som forelder til tre barn. Masteroppgavens mål og innhold har utviklet seg gjennom masterstudiets to år. Blant annet gjennom en litteraturgjennomgang knyttet til instrumentet Parenting Stress Index (PSI) første semester, andre semesters arbeid med et selvvalgt emne om atferdsvansker, og gjennomføringen av emnene humanbiologi, kognitiv og affektiv nevrovitenskap. Ideen til masteroppgaven har vært min egen, men jeg kunne ikke ha utviklet den til en ferdig oppgave uten hjelp fra min bi-veileder Bjørn Helge Handegård, og min hovedveileder Ole Åsli.

Data benyttet i denne oppgaven har jeg vært så heldig å få tilgang til av professor Willy-Tore Mørch, professor Amy Holtan og professor John Rønning. Litteraturen som ligger til grunn for oppgaven har jeg i all hovedsak funnet fram til på egenhånd ved siden av aktuell pensumlitteratur.

Formålet med oppgaven har vært å få kunnskap om foreldres attribusjon knyttet sin opplevelse av foreldrestress i grupper av foreldre som har barn i risiko for utviklingspsykologisk skjevutvikling samt en referansegruppe av foreldre til barn uten spesielle utfordringer.



Andrea Jennerwein

Tromsø 21.04.15



Ole Åsli

Takk til:

Aller først - tusen takk til mine tre nydelige sønner Sebastian, Benjamin og Felix som har lært meg så mye om foreldreskapets gleder og utfordringer. Dere har latt meg erfare foreldrestress, inspirert meg til å lære mer om barndom og foreldreskap, og dermed indirekte til å skrive denne masteroppgaven.

Uten mine kollegaer ved RKBU Nord Uit Norges Arktiske universitetet ville det ikke blitt noen master i psykologi for meg. Takk for utdanningspermisjon, all hjelp og støtte! Jeg har virkelig følt at jeg har hatt en heilagjeng ved min side som har motivert meg og oppmuntret meg hele veien. En spesiell takk til alle De Utrolige Årene kollegaer for støtte, og ikke minst tålmodigheten dere har utvist mens jeg har brukt tid på studier.

Takk til min hovedveileder Ole Åsli som så elegant stilte opp da min opprinnelige veileder Kamilla Rognum gikk ut i barselpermisjon. Takk Kamilla, for et flott samarbeid i masterens første to semestre. Takk Ole, for super oppfølging i skriveprosessen fram til den ferdige masteroppgaven.

Takk til masterkoordinator Tove Dahl og alle de flotte profesjons- og masterstudentene samt forelesere fra Institutt for psykologi jeg har vært så heldig å få møte i løpet av de siste to årene.

En stor takk til professor Willy-Tore Mørch, professor Amy Holtan og professor John Rønning for at jeg fikk bruke PSI-data fra studiene deres.

Takk til mine foreldre Birgit og Karl Heinz for at dere har vært gode rollemodeller for foreldreskap, og for at dere er de mest fantastiske besteforeldre for mine tre sønner!

Den største takken skal min bi-veileder og ektemann Bjørn Helge Handegård ha. Du har lagt til rette på hjemmebane slik at jeg kunne studere og sosialisere. I tillegg har du vært en verdifull leser av nesten alt jeg har skrevet gjennom masterstudiet. Du har også en stor del av

æren for denne masteroppgaven fordi du satt meg på tanken om å se på PSI-data i forbindelse med min interesse for foreldrestress. Takk for all hjelp med statistikk og metode gjennom masterløpet!

Abstract

The aim of this thesis was to study parenting stress in order to contribute to preexisting knowledge on how parents with children at risk of developmental issues experience parenting stress. In addition, the influence of cognitive attribution on the different parent groups stress level was discussed. The Parenting Stress Index (PSI) was given to four different groups from three different studies, categorized as parents of “children with behavioral problems”, “prematurely born children”, “foster children” and a full term reference group and these were analyzed. Firstly, by a confirmatory factor analysis (CFA) to confirm that Abidins model measures what the PSI is set to model also with the datasets in this thesis, secondly by comparing the groups and thirdly by using an item-total-correlation analysis to find which item correlated highest and lowest with total stress. Together this helped me in my effort to look at how cognitive attribution could influence how parents think about their parenting skills and their child and how that can influence stress.

The results of the CFA indicated that Abidin’s PSI model had acceptable model fit, although the analysis pointed to some potential problems. Group comparisons showed that parents of children with behavioral problems scored highest on total parental stress, and on the two subscales parent domain and child domain. Parents with premature children scored second highest on the two first indicators and parents with foster children on the second highest indicator. All groups had higher stress rating on the subscale parent domain (foreldredomenet) compared with child domain (barnedomenet) indicating that parental stress was connected with their own parenting role rather than traits associated with the child.

Keywords: Attachment, Parenting Stress, Parenting Skills, Cognitive Attribution Theory, Mental Health, Premature Born Children, Children in Foster care, Behavior Problems

Sammendrag

Mitt formål med denne masteroppgaven har vært å få kunnskap om foreldres attribusjon knyttet sin opplevelse av foreldrestress i grupper av foreldre som har barn i risiko for utviklingspsykologisk skjevutvikling.

Jeg har analysert data fra spørreinstrumentet Parenting Stress Index (PSI) fra fire foreldregrupper: foreldre til barn med atferdsvansker, foreldre til premature barn, fosterforeldre samt en referansegruppe av foreldre til barn uten spesielle utfordringer, fra tre ulike studier. Analysen har bestått av en konfirmatorisk faktoranalyse (CFA) for å bekrefte at Abidins modell uttrykt gjennom spørreskjema PSI måler det den skal måle, også i datasettene benyttet i denne oppgaven. Videre gjøres en sammenligning av analysegruppene, og en item-total-korrelasjonsanalyse for å se hvilket utsagn på PSI korrelerte høyest og lavest med totalt stress. På denne måten har jeg forsøkt å danne meg et bilde på hvordan attribusjon om egne foreldreferdigheter og egenskaper ved barnet kan tenkes å påvirke stressnivået i disse ulike gruppene med foreldre basert på utsagnene på PSI. Kognitiv attribusjon måles via enkeltspørsmål i PSI, og jeg ser på hvor sterk assosiasjonen er mellom kognitiv attribusjon (basert på utsagn fra PSI) og stressnivå fra PSI; totalt og på to sub-domener og 13 sub-sub-domener.

Resultatet av den konfirmatoriske faktoranalysen indikerte at Abidins modell hadde akseptabel modellfit, selv om analysen også indikerte at det er rom for justeringer, enten av spørreskjema, eller av faktormodellen.

Sammenligningen mellom gruppene viste at foreldrene til barn med atferdsvansker lå høyest etterfulgt av foreldre til for tidlig fødte barn og fosterbarn på totalt stress og foreldredomenet. På barnedomenet lå gruppa med foreldre som hadde barn med atferdsvansker igjen høyest mens fosterhjemsgruppa hadde nest høyest skår, etterfulgt av prematurkontrollgruppa og fulltermingruppa. Alle gruppene hadde høyere stress på

foreldredomenet (enn på barnedomene), noe som kan bety at deres stress var mer knyttet til foreldrerollen enn til egenskaper ved barnet.

Nøkkelord: tilknytning, foreldrestress, psykisk helse, kognitiv attribusjonsteori, premature barn, atferdsproblemer, barn i fosterhjem.

«Å bli forelder var mer vanskelig enn jeg hadde forventet»

En mastergradsoppgave i psykologi

PSY 3900

av

Andrea Jennerwein, våren 2016

veileder: Ole Åsli



Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for psykologi

Uit Norges arktiske universitet

1 Problemstilling

Ved min arbeidsplass Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge - psykisk helse og barnevern (RKBU Nord) ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet har det i ulike prosjekter blitt fokusert på barn med atferdsproblemer, premature barn og barn i fosterhjem, slik at en analyse knyttet til foreldrestress i disse gruppene falt seg naturlig.

Gruppene er også såpass forskjellige at dette gir et interessant innblikk i foreldrestress i ulike populasjoner. Når jeg i denne masteroppgaven velger disse data er det med tanke på at disse foreldrene befinner seg i en risikosituasjon for at dysfunksjonelle foreldre-barn-relasjoner kan utvikles (Abidin, 1990; Webster-Stratton, 1998). Da forskningslitteraturen er så tydelig på at sosiale, emosjonelle- og atferdsrelaterte problemer, som et resultat av dysfunksjonelle eller svake foreldre-barn-relasjoner, er risikofaktorer for at barnet utvikler problemer med sosiale relasjoner, dårlig mestring av barnehage- og skolesituasjoner samt psykiske vansker (Webster-Stratton, 1998), er det ønskelig å begrense eller unngå disse risikofaktorene.

Barn med atferdsforstyrrelser oppfyller ofte kriterier for andre psykiatriske diagnoser, for eksempel hyperaktivitet, depresjon, angst og skolefaglig underyting eller lærevansker (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). De som får diagnosen atferdsforstyrrelse har ofte svakt utviklede sosiale ferdigheter og svake relasjoner til både voksne og jevnaldrende. Svikt i kognitive problemløsningsferdigheter, attribusjon av fiendtlig hensikt til andre, avvisning og mistenksomhet i sosiale relasjoner, er også assosierte trekk hos mange barn og unge med atferdsforstyrrelser. Gruppen er også overrepresentert i forhold til ulykker, selvmord og selvmordsforsøk, kriminalitet og alkohol- og stoffmisbruk. Atferdsforstyrrelser er også en alvorlig belastning og utfordring for barnets foreldre, søsken, venner og ansatte i

barnehage, skole og skolefritidsordninger. De økonomiske konsekvensene er store, i tillegg kommer kostnadene ved behandling, sosiale, pedagogiske og strafferettslige tiltak (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2006).

Det er også slik at både fortidligfødte barn og fosterbarn har forhøyet risiko for atferdsvansker (Aarnoudsen-Moens, Weiglas-Kuperus, van Goudover & Oosterlaan, 2009; Egelund & Lusten, 2009). I Norge fødes omtrent 60 000 barn årlig. Av disse fødes 4400 barn for tidlig hvert år, og for tidlig født defineres som født før 37. svangerskapsuke.

Senvirkninger av prematuritet kan være cerebral parese, forsinket eller nedsatt vekst og fysisk og psykisk utvikling, ADHD, sanseforstyrrelser eller sansetap, lærevansker, og lavere kognitive evner målt i iq (Markestad & Halvorsen, 2007).

I følge Skogen og Torvik (2013) plasserer de fleste internasjonale befolkningsbaserte studier omfanget av alvorlige atferdsproblemer til mellom 5 % og 10 % i aldersgruppa 8-16 år. Alvorlige atferdsforstyrrelser defineres som der et barn eller en ungdom over tid preges av et mønster av antisosiale handlinger i hjem, skole og eventuelle andre sammenhenger (www.skoledata.net). Dette krever tiltak eller behandling, og ligger klart utenfor det som anses som normal fungering og akseptabel oppførsel, både i form av konsekvenser, i omfang og i kompleksitet (Kazdin, 1997). Atferdsvansker kan komme av risikofaktorer i svangerskap eller nyfødtp perioden som er genetisk arvet eller påført, og som skader et barns nervesystem. Denne nevropsykologiske sårbarheten kan gi seg utslag i utviklingspsykologiske forsinkelser eller avvik som får foreldrene til å respondere negativt mot barnet (Mofitt, 2006).

I 2013 fikk 53150 barn og unge tiltak fra barnevernet og 9078 av disse ble plassert utenfor hjemmet, enten i fosterhjem eller i institusjon (www.ssb.no). Det er godt dokumentert at en stor andel barn som har mottatt barnevernstiltak avbryter skolegang, har lavere utdanning og inntekt og er oftere trygdet enn andre sammenlignbare grupper (Clausen & Kristofersen, 2008). Internasjonal forskning viser at barn som får hjelp fra barneverntjenesten

har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen, og dette gjelder ikke bare plasserte barn, men også barn i hjemmebaserte tiltak (Egelund & Lusten 2009, Ford, Vostmanis, Meltzer & Goodman 2007; Iversen, Havik, Jakobsen & Stormark 2008). En ny norsk rapport viser at 76 % av barn i barneverninstitusjoner har diagnostiserbare psykiske lidelser (Kayed, Jozefiek, Tjelflaat, Brubakk & Wickstrøm 2015).

Den fjerde analysegruppen, foreldre med barn født til termin, vil være en referansegruppe i forhold til de tre andre analysegruppene med foreldre til barn som kan beskrives som å befinne seg i risikogrupper. Ved å velge disse gruppene håper jeg, gjennom disse foreldres skåring på Parent Stress Index, på å kunne danne meg et bilde av foreldres kognitive attribusjon – den emosjonelle fortolkningen – som vil være mest knyttet til stress. Kunnskap om dette vil være av interesse for fagfolk i barnehage, skole og hjelpeapparat, samt i forskning knyttet til opplevelse av foreldreskap, og forskning på risikofaktorer for utvikling av dårlige foreldre-barn-samspill som igjen kan knyttes til utvikling av psykiske symptomer og lidelser hos barn og unge.

Jeg vil først i oppgaven presentere det teoretiske grunnlaget for foreldre-barn-relasjonen og attribusjonsteori. Deretter presenteres begrepet foreldrestress, og jeg vil si noe om hvorfor man bør måle foreldrestress. I metoddelen vil jeg presentere deltakerne det vil si de tre studiene jeg har hentet de fire analysegruppene fra, og måleverktøyet for foreldrestress PSI. Deretter vil jeg gjøre en konfirmatorisk faktoranalyse (CFA) for å teste ut statistisk om faktormodellen (PSI) holder i nye utvalg.

Videre vil jeg se på hvor sterk assosiasjon det er mellom kognitiv attribusjon, uttrykt gjennom enkeltspørsmål i PSI, og stressnivå på PSI. Min antagelse er at dersom foreldrene har kognitive oppfatninger av seg selv som foreldre med lav foreldrekompetanse, og/eller at de opplever utfordringer i foreldrerollen, og/eller at de har kognitive oppfatninger om negative egenskaper ved barnet sitt vil dette korrelere med høyt nivå av foreldrestress, målt

ved totalt stress med PSI. Kognitive oppfatninger om utfordringer i foreldrerollen og/eller opplevelse av lav foreldrekompetanse vil korrelere med høyt stressnivå på foreldredomenet på PSI. Videre antar jeg at foreldres negative kognitive attribusjoner om egenskaper ved barnet sitt vil korrelere med høyt stressnivå på barnedomenet på PSI. For å skape meg et bilde av denne assosiasjonen ble det utført en item-total-korrelasjonsanalyse for å måle hvilket utsagn/spørsmål på PSI som korrelerte høyest med totalstress målt med PSI, og hvilke utsagn/spørsmål som hadde lavest korrelasjon med totalstress, både samlet for alle gruppene og gruppevis. Jeg benytter statistisk analyse for å kunne sammenligne analysegruppene med hverandre for å se etter eventuelle likheter og ulikheter. Etter metoddelen vil jeg presentere resultatene og diskuteres disse før jeg kommer inn på svakhetene ved oppgaven og gir en konklusjon på arbeidet jeg har gjort i forbindelse med denne masteroppgaven.

1.1 Teoretisk fundament for foreldre-barn-relasjonen

1.1.1 Tilknytningsteori

Bowlby (1960, 1979, 1980) utviklet en teoretisk referanseramme for forståelsen av tilknytning mellom foreldre og barn ved å integrere etologisk, psykodynamisk og systemisk teori. Senere er også utviklingspsykologi og kognitiv teori blitt integrert i teorien.

I følge Bowlbys teori knytter alle barn seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan de blir behandlet. Det må de for å overleve. Men de knytter seg på forskjellige måter avhengig av det følelsesmessige samspillet mellom dem og deres omsorgsgivere – hvor omsorgsgiverens sensitivitet spiller en viktig rolle. Der hvor foreldrene er sensitive, vil barnet utvikle en trygg tilknytning. Det betyr at barnet føler seg trygg på at hvis det skulle føle seg truet innenfra eller utenfra, så vil foreldrene beskytte det. Barn som ikke opplever slike sensitive foreldre, vil utvikle utrygg tilknytning. Foreldrene kan være tilbaketrunkne og/eller

passive, avvisende, invaderende og/eller uforutsigbare. Barna slike relasjoner er ikke sikre på at foreldrene vil trøste og beskytte dem – og gi dem den grunnleggende og nødvendige tryggheten. Barn er født med et repertoar av artsspesifikk atferd som beforder nærhet til omsorgspersonen, for eksempel aktiviserer gråten omsorgsatferd hos omsorgsgiveren. Etter hvert som barnet utvikler seg fysisk, blir det selv i stand til å strekke seg etter, og nærme seg tilknytningspersonen. Tilknytningsatferd regulerer nærhet og distanse til omsorgspersonen. Allerede fra fødsel innleder barnet sitt samspill med sin omsorgsperson – som oftest moren. Spedbarnet observerer og oppfatter mor og tilpasser seg aktivt. Allerede i løpet av de første ukene tar barnet initiativ og responderer. Kvaliteten av dette tidlige samspillet avgjør den måten barnet vil knytte seg til sine foreldre (Ainsworth et al. 1978).

På grunnlag av sine tidlige erfaringer fra samspill med omsorgspersoner, utvikler barnet en oppfatning av seg selv, sine omsorgspersoner og hva det kan forvente seg av andre. Spedbarnet som opplever tilgjengelige foreldre og at dets behov blir dekket, som blir holdt og trøstet, forventer at dette vil fortsette og vil forholde seg med den forventningen. Spedbarn som ofte opplever at deres behov ikke dekkes, som opplever hardhendt behandling og ikke blir trøstet, begynner å forvente å bli behandlet på den måten. Barn som opplever ikke å bli sett, vil begynne å forvente ikke å bli sett. Barn som opplever uforutsigbare foreldre, vil forvente uforutsigbarhet. Alle barn vil utvikle tilknytningsmønstre som står i forhold til deres erfaringer.

Tilknytningsteori har brakt oss videre i vår forståelse av hvordan foreldre-barn-samspill og barnets tilknytning kan påvirke barnets psykososiale og intellektuelle utvikling. Trygg tilknytning betyr ikke at barnet er garantert en god utvikling, men legger grunnlaget for god mental helse og representerer en beskyttelsesfaktor for barn (Kari Killen, 2003).

I tillegg påvirker barn og foreldre hverandre kontinuerlig gjensidig som forklart gjennom transaksjonsmodellen.

1.1.2 Transaksjonsmodellen

Sameroffs transaksjonsmodell fra 1995 gir en ramme for forståelse av utvikling som et resultat av gjensidig påvirkning mellom barn og miljø over tid (Smith & Ulvund, 1999). Vi kan si at barn er medskaper av sitt eget omsorgsmiljø. Det viktige er å finne fram til et positivt, utviklingsfremmende mønster mellom foreldre og barn. Det er foreldreomsorg som først regulerer barnets atferd slik at barnets behov kan uttrykkes og foreldrene kan registrere og handle i forhold til disse. En dårlig samregulering mellom barn og foreldre i spedbarnsperioden (og etterpå) svekker eller forsinker barnets evne til selvregulering seinere. Det å kunne regulere sine følelser og følelsesuttrykk, delta i sosiale interaksjoner og ha en aldersadekvat impuls kontroll, er grunnleggende viktige utviklingsaspekter på samme måte som det å utvikle motoriske ferdigheter og språk. Sånn sett er spebarnstiden avgjørende for hvorvidt utviklingsfremmende samspillsmønstre etableres mellom barn og foreldre. Men også videre i barndommen legger dette grunnlaget for individets fungering i vårt komplekse samfunn. Barns erfaringer i årene etter spe- og småbarnsperioden er like betydningsfulle som i de to første leveårene. I prinsippet vil barn være sårbare på ethvert utviklingstrinn dersom de over lengre tid blir utsatt for dårlig omsorg (Smith og Ulvund, 1999).

For at gode samspillsmønstre skal kunne etableres må foreldrene være oppmerksomme, og både mentalt og fysisk tilstedeværende. Hvis foreldrene befinner seg i en stressaktivert tilstand kan dette svekke evnen til å være mentalt tilstede og dermed sensitiv til barnets behov.

Det er nær sammenheng mellom hvordan barnet blir oppfattet av omsorgspersonene og hva slags omsorg barnet får (Smith & Ulvund, 1999). «Transaksjonsmodellen illustrerer at barnets egenskaper både er årsak til og effekten av hvordan foreldrene møter det,...» (Broberg, Almqvist & Tjus, 2006 side 40).

1.1.3 Kognitiv attribusjonsteori

Attribusjonsteorier er teorier om hvordan individer forsøker å forklare egen og andres atferd. Attribusjonsprosessen består av tre trinn. Det første er persepsjon av atferd, det andre er tolkning av intensjon ved atferden og det tredje er attribusjon av disposisjonen eller årsaken til atferden. Alle disse tre trinnene kan påvirkes av stress. Det er hovedsakelig to grupper årsaksforklaringer av hendelser. De disposisjonelle angir et individs personlighet, karaktertrekk, motiv eller evner som årsaksforklaringer til vedkommendes atferd, og de situasjonelle som er basert på ytre, miljømessige faktorer som mulige forklaringer for atferden (Heider 1944; Heider 1958).

Abidin (1990) mente at den emosjonelle tolkningen foreldre gjør er like viktig som den objektive hendelsen eller karakteristikker ved barnet i forhold til hvordan foreldrene vil agere i ulike situasjoner med barnet sitt. Emosjonell fortolkning er en vesentlig del av attribusjonsprosessen i opplevelsen av foreldrestress og derfor kan kognitiv attribusjonsteori fungere som en forklaringsmodell for analysen utført i denne oppgaven.

Med attribusjonsteori følger også attribusjonsbiases eller attribusjonsfeilslutninger. De viktigste av disse i sammenheng med problemstillingen i denne oppgaven vil være “Fundamental attribution error” hvor en bare ser på disposisjonelle årsaksfaktorer. I sammenheng med foreldrestress vil det si at atferden oppfattes som et resultat av foreldrenes eller barnets karaktertrekk, personlighet, motiv eller evner uten å ta høyde for hvilken

situasjon barnet eller forelderen befinner seg i for eksempel at en eller begge er sulten, trøtt eller redd. Det er også naturlig å nevne attribusjonsegoisme som går ut på at man anser alle andre som mer ansvarlige for negative resultater enn man anser seg selv, og at man har en oppfatning om at andre ikke prøver like hardt som en selv gjør. Dette kan føre til at foreldre overvurderer sitt barns modenhetsnivå og forventer andre reaksjonsmønstre eller større ansvarlighet enn hva barnet kan klare på sitt utviklingsnivå. Dermed står foreldrene i fare for å ikke se sin egen påvirkning på situasjonen som oppstår.

Den siste attribusjonsfeilslutningen jeg ønsker å nevne er defensiv attribusjon som er en måte å finne forklaringer på hvem som er ansvarlig i en gitt situasjon. Mer ansvar vil være knyttet til for eksempel skadegjører jo mer alvorlig skaden er. Jo mindre likhet det er mellom de to som befinner seg i den gitte situasjonen, jo større sannsynlighet for at ansvaret vil knyttes til den andre. Et attribusjonseksempel knyttet til tema i denne oppgaven vil kunne være når en forelder slår et barn at “han er så umulig med vilje, han vil jo at jeg skal bli sint og slå ham”. Selv om et barn alltid vil stå i et avmaktforhold i forhold til en voksen, er ikke dette alltid like tydelig for en forelder som opplever å være i et maktkampforhold – en alvorlig stressituasjon - med barnet sitt. Da kan forelderen ende opp med å behandle sitt barn som om de befant seg på samme nivå modenhetsmessig, og som å ha like mye ansvar i omsorgssituasjonen, noe som i de aller fleste tilfellene er svært urettferdig mot barnet.

1.1.4 Kognitiv dissonans

Teorien om kognitiv dissonans ble lansert av Leon Festinger (1957). Kognitiv dissonans defineres som en spenningstilstand som oppstår når to kognitive elementer er i konflikt med hverandre. Kognitive elementer referer her til kunnskap en person har om seg selv, sin atferd og sine omgivelser. Festingers teori om kognitiv dissonans omhandler i hovedsak inkonsistens mellom atferd og holdninger ved at dissonans skaper psykologisk

ubehag som vil motivere personen til å redusere dissonansen og oppnå konsistens. Så når en person opplever dissonans vil han aktivt prøve å unngå situasjoner og informasjon som sannsynligvis vil øke dissonansen.

I forhold til foreldreskap og oppdrageransvar kan et eksempel på kognitiv dissonans i oppdragersituasjonen være at en befinner seg i en situasjon med barnet der det er nødvendig å sette klare grenser, men fordi man oppfatter seg som en snill, ikke autoritær forelder lar man være for å unngå den kognitive dissonansen mellom å sette grenser, som vil få barnet til å protestere høyløyt, og oppfatningen om å være en snill forelder. Det kan føre til at forelderen gir etter i forhold til barnets krav i stedet for å sette grenser, noe som kan være viktig for barnets psykososiale utvikling. Kognitive attribusjoner er oftest ubevisste, men med hjelp av kognitive analyseverktøy kan man forsøke å lære seg å unngå attribusjonsfeilslutninger, og benytte kognitiv restrukturering der man forsøker å redusere eller eliminere følelser av stress ved å endre tankegangene sin (Ellis & Dryden, 1997) for eksempel gjennom intervensjoner og veiledning basert på kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming.

1.2 Foreldrestress

Barn kan, i tillegg til å være kilde for stor glede, være lykketyver for foreldre fordi det å få barn har mange ulike kostnader. Dette kan være psykiske (bekymringer, trøtthet), relasjonelle (mindre sex og tid med partneren, og eventuelle endringer i relasjonen med andre i slekt og familie), økonomiske kostnader, eller kostnader knyttet til karriere og selvutvikling (Hansen, 2013). Alle disse faktorene kan utløse stress hos foreldre. I et utvalg av nordiske studier klarer en ikke å finne positive effekter av det å få barn på tross av forholdsvis god familiepolitikk og høy grad av likestilling (Hansen 2013). Kan dette handle om at noen

foreldre eksponeres for ulike stressorer som balanserer eller overstiger gevinstene ved foreldrerollen?

Alle foreldre opplever situasjoner med stress i tilknytning til oppdragelse og omsorg av barna sine. Ofte er disse opplevelsene av stress knyttet til egenskaper hos barna og/eller foreldrene, men også på grunn av krav utenfra i forbindelse med jobb, andre familiemedlemmer, sosialt eller økonomisk press, eller andre ting. Men hva om foreldrene hadde et generelt høyt konstant stressnivå, hva kan ligge til grunn? Kan det være foreldrenes grunnleggende kognitive antakelser som innvirker på attribusjon av egne foreldreferdigheter og barnets egenskaper, og som igjen påvirker foreldrenes opplevelse av foreldrestress?

1.2.1 Stress

Stress er et medisinsk og psykologisk begrep som ble introdusert av Selye i 1936 (Lovallo, 2005). Stress er et meget vidt begrep og refererer til krevende fysiologiske og psykologiske påvirkninger (stressorer) samt organismens reaksjon på dette (ressursmobilisering). Stress kan, avhengig av type, intensitet og varighet ha både positive og negative virkninger. Mens fysisk trening og fysiologisk aktivering i forbindelse med en prestasjon kan virke fysisk og psykisk stimulerende, vil langvarig stress kunne medføre slitasje på organer og psykosomatiske lidelser (Lovallo, 2005). Langvarig stress kan også skade hjernebarken forrest i pannelappen (Arnsten, 2009).

1.2.2 Stressattribusjon

Måten den stressende opplevelsen tolkes på har stor betydning for hvor negativt stressoren virker på individet. Det å kunne forutse eller kontrollere den stressende hendelsen,

eller forberede seg på og trene på den stressende hendelsen på forhånd reduserer den negative virkningen. En persons attribusjon og grunnleggende kognitive antakelser er også av betydning for stressopplevelsen (Lovallo, 2005). Lazarus` og Folkmans modell for psykologisk stress fra 1994 (Lovallo, 2005 side 84-85) beskriver stress i fire komponenter, og kan etter min mening også benyttes til å beskrive foreldrestress. Den første komponenten er en ekstern hendelse eller utløser. Med tanke på foreldrestress kan dette være sosiale krav til foreldrerollen, barnets atferd eller lignende. Den andre komponenten er den kognitive vurderingen av hendelsen eller utløseren. I forhold til foreldrestress kan dette være attribusjon av egen foreldreatferd og/eller attribusjon av barnets atferd. Deater-Deckard (1996) understreker at foreldrestress er opplevelser av negative følelser både mot seg selv og mot barnet. Den tredje komponenten er mestringsstrategier for å takle stresset. For eksempel kan foreldre ta i bruk selvinstruksjon i form av å si til seg selv "nå må du være rolig", eller nedroingsstrategier som å minne seg selv på å trekke pusten og telle til ti i opphetede situasjoner med barnet sitt. Den fjerde komponenten er de reelle psykiske følelsene som sinne og redsel og de fysiske effektene av disse som for eksempel hjertebank og svetting. Denne fysiologiske opplevelsen påvirkes av hvordan vi tenker om stressituasjonen. For eksempel ved en stressfylt hente-situasjon i barnehagen kan forelderen tenke: "Både barnet mitt og jeg er trøtte og sultne, og derfor kan vi begge lettere bli sinte av bagateller. Men dette går bra, jeg klarer å holde meg rolig og han vil også bli roligere når jeg er det". Opptrer slike stressituasjoner ofte, kan reaksjonene hos både foreldre og barn tendere til å sette seg i et mønster, som igjen virker tilbake på attribusjonen foreldre og barn gjør i at "dette skjer alltid, vi er bestandig i konflikt", som igjen påvirker forelderens tanker om egen foreldreverdi "jeg er en elendig mamma", eller tanker om barnet "han er helt umulig", og barnets tanker om seg selv "jeg er helt umulig". Slik kan forestille seg hvordan foreldrestress kan føre til psykisk mistriivsel og på sikt dårligere helse hos både foreldre og barn.

Richard Abidin (1990) som utviklet Parenting Stress Index definerer foreldrestress som “en serie av prosesser som kan føre til psykiske og fysiske reaksjoner som kommer fra forsøk på å tilpasse seg til kravene man føler fra seg selv og samfunnet i forhold til å være forelder” (www4.parinc.com).

Abidin hevder videre at når foreldrene har et høyt stressnivå samtidig som de opplever utfordringer i barneoppdragelsen, er det stor sannsynlighet for at de vil benytte negative, autoritære oppdragelses- og grensesettingsstrategier. Selv ganske milde, akutte, ukontrollerbare stressituasjoner kan føre til tap av kognitive evner, og slik blir den delen av hjernen som gjør det mulig å løse problemer kreativt mindre tilgjengelig (Arnstein 1996), nettopp når forelderen trenger dette mest.

1.2.3 Hvorfor måle foreldrestress?

Det er sterk evidens for at de fleste psykiske lidelser oppstår i barne- og ungdomsår, og at de ikke forsvinner av seg selv, samt at de er en betydelig risiko for sam- og multi-sykkelighet (Holte, 2012).

Gerald Patterson ved Oregon Learning Center oppdaget allerede i 1980-årene at en stor andel barn som viste atferdsvansker også ofte har andre problemer (Webster-Stratton, 1990). Denne totalbelastningen kan være en stor utfordring for foreldrene. De forsøker å oppdra barnet sitt med de metodene de kjenner fra sin kultur og sin egen oppvekst. Dette er metoder som vil være hensiktsmessige for de fleste barn, men noen foreldre kan likevel oppleve at oppdragelsesmetodene de velger er lite effektive. Når barnet er ulydig eller utfordrende, eller har et temperament som er svært annerledes enn det foreldrene har, kan foreldrene oppleve å miste kontrollen. Å oppleve slik kontrollsvikt samtidig som man ser at

barnet sitt har det vondt og vanskelig, og de selv stigmatiseres som håpløse foreldre, er en vanskelig situasjon å være i (Webster-Stratton, 1990). Deater-Deckard & Scarr (1996) hevder at alle foreldre må håndtere hverdagsstresset i å være forelder. Samtidig kan de negative effektene av dette akkumuleres, og påvirke kvaliteten på forholdet mellom foreldre og barn. Meta-analyser og oppsummerte kryss-seksjonelle og longitudinelle studier som har fulgt par opp til 18 måneder etter et barn er født, viser lavere grad av ekteskapelig lykke etter fødsel (Dyrdal, Røysamb, Nes & Vittersø 2011). Kombinasjonen av psykisk sårbarhet hos mor samtidig med nedgang i opplevd lykke i forholdet mellom foreldrene, kan være svært uheldig da dette kan tenkes påvirke foreldrenes forhold til barnet. I en studie utført av Deater-Deckard og Scarr (1996) viste det seg at det var små, men statistisk signifikante sammenhenger mellom foreldrestress (målt med instrumentet Parenting Stress Index), autoritær disiplin, og barnas negative atferd. Det så også ut som om at hvis samlivet mellom foreldrene var godt, så slo dette ulikt ut hos mødre og fedre. Mens det for fedrene var sterkere assosiasjon mellom foreldrestress, oppdragsstrategier og barnets atferd, var dette en svakere assosiasjon hos mødre. Hvis fedrene opplevde et godt samliv predikerte dette lavere nivå av foreldrestress og mer positiv oppfattelse av barnets atferd, mens det ser ut som om mødre har høyere grad av foreldrestress knyttet til sykdom, atferdsforstyrrelser og funksjonsnedsettelse hos barnet (Deater-Deckard & Scarr, 1996). Tidlig identifisering av dysfunksjonelle foreldre-barn-relasjoner (som kan være resultat av foreldrestress), er viktig da forskningslitteraturen er tydelig på at sosiale-, emosjonelle og atferdsproblemer som oppstår tidlig i barnets liv er en stor risikofaktor for utvikling av problemer med sosiale relasjoner, dårlig mestring av barnehage- og skolesituasjoner, og utviklingen av psykiske lidelser (Webster-Stratton, 1998).

Ved utvikling av dysfunksjonelt foreldreskap og/eller atferdsvansker hos barnet virker det som at minst en av de følgende faktorer er særdeles viktig: barnets temperament,

foreldrenes personlighet og/eller familiens struktur og fungering. Da Abidin gjennomførte en eksplorerende faktoranalyse av instrumentet Parenting Stress Index (PSI), som han selv utviklet (1990), viste det seg at det nettopp var disse faktorene som var viktige. Han mente videre at den emosjonelle tolkningen foreldre gjør er like viktig som den objektive hendelsen eller karakteristikker ved barnet. Negative, autoritære oppdragelses- og grensesettingsstrategier er knyttet til risiko for sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barnet (Abidin, 1990).

Hvis man er bekymret for et barn med tanke på sosiale-, emosjonelle-, og atferdsproblemer, vil det være ønskelig å se nærmere på eventuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer for dette barnet. Fagfolk og forskere vet mye om hva som kan øke risiko for skjevutvikling, men heldigvis også noe om hva som kan redusere eller kanskje til og med stanse en uheldig utvikling. Basert på forskningen jeg nettopp har beskrevet mener jeg at foreldrestress er en slik risikofaktor for et barn. Om foreldrene opplever et stort stress knyttet til oppdragelsen av barna vil det kunne få negative følger for barna, og hvis foreldrene etter stresskartlegging får hjelp til å takle sitt stress, for eksempel i form av et foreldreveiledningsprogram, kan dette være med på å styrke beskyttelsesfaktorene for barnet. I tillegg må man selvsagt ta høyde for medfødte eller ervervede sykdommer eller skader hos barn og/eller foreldre, egenskaper som intelligens, temperament og kunnskapsnivå hos både barn og foreldre, alderen på barnet, samt livssituasjonen til familien både med tanke på økonomiske ressurser og mer medmenneskelige ressurser. Alt dette kan virke inn på totalsituasjonen for barnet og foreldrene.

Charlotte Reedtz (2012) mener kvaliteten på den oppdragelse barn får er den mest potente risikofaktor for utvikling av atferdsvansker og sosiale og emosjonelle vansker hos barn, samtidig som det er den lettest modifiserbare risikofaktoren. Ved å identifisere foreldre

som lider under sterkt foreldrestress og tilby disse veiledning kan vi oppnå en nedgang i risikofaktorer for disse barna. Flere empiriske artikler understreker at foreldreveiledningsprogrammer er de mest virksomme og kostnadseffektive tiltak for å behandle og forebygge omsorgssvikt, utvikling av sosiale, emosjonelle vansker og atferdsproblemer (for eksempel Foster, Prinz, Sanders & Shapiro, 2008; Sanders, Calam, Durand, Liversidge & Carmont, 2008). Disse programmene fokuserer på foreldres oppdragsstrategier, og målet med foreldreveiledningen er å gi foreldrene ulike kognitive verktøy de kan benytte seg av i oppdragelsen, og på denne måten bidra til at barnas atferd endres. Forskning på foreldreveiledningsprogram (for eksempel Fossum, Handegård, Martinussen & Mørch, 2008) viser nedgang i stressnivå hos foreldre, nedgang i negative oppdragsstrategier og øking av positive oppdragsstrategier. I tillegg opplevde foreldrene seg mer kompetent i foreldrerollen etter intervensjon. Det er verdt å merke seg at foreldrenes evaluering ikke direkte henger sammen med om barnets atferdsendring har vært sterk eller svak.

2 Metode

2.1 Beskrivelse av deltakerne/de tre studiene

PSI-dataene til denne oppgavens analyse er hentet fra tre ulike studier “Tidlig intervensjon 2000” (Kaaresen, Rønning, Ulvund & Dahl 2006), “Små barn store atferdsvansker” (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård & Mørch, 2009), og “Utfall og opplevelse av fosterhjemstiltak” (Holtan, Rønning, Handegård & Sourander, 2005). Totalt består datasettet i denne masteren av 435 individer med utfylt PSI-skjema i fire populasjoner fra tre studier. 7 % av disse har minst 6 av de 101 spørsmålene utfylt, og 205 av 435 har komplette data på alle 101 spørsmål. De tre studiene beskrives på de neste sidene.

2.1.1 Tidlig intervensjon 2000

Tidlig intervensjon 2000 er en studie på hvordan en intervensjon kan påvirke barn med fødselsvekt under 2000 gram. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom barneavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) og Universitetet i Tromsø som startet opp i 1999 og er pågående. Studien er en randomisert kontrollert studie av effekten av en modifisert utgave av intervensjonen Mother-Infant Transaction Program på kognitive, motoriske og atferdsmessige resultat hos barna samt foreldrestress hos foreldrene. Disse parameterne følges også opp longitudinelt. Deltakerne er barn født ved UNN i perioden mars 1999 til august 2002. Trillinger ble utelatt fra studien mens tvillinger ble randomisert til samme gruppe. Fordelingen ble 72 barn i intervensjonsgruppa og 74 barn i kontrollgruppa, alle for tidlig fødte. I tillegg ble 75 barn født til termin rekruttert til ei referansegruppa. Sentralt i intervensjonen er at foreldrene blir sensitivisert til barnas egenart for å unngå eventuell utviklingspsykologisk skjevutvikling (Kaaresen, Rønning, Ulvund & Dahl 2006). Fra denne studien benyttes to analysegrupper: prematur kontroll og fulltermin. Vi benytter PSI-data

innsamlet da barna var 7 år og på dette tidspunktet deltok fremdeles over 85 % av de som var blitt randomisert 7 år tidligere. Vi benytter skjemaene fylt ut av mor. Analysen er foretatt med metoder som forutsetter uavhengighet, men fordi det er sju tvillingpar i prematur kontroll-gruppa oppstår noe avhengighet i data. Disse sju ekstra individene utgjør en såpass lav andel av denne gruppa, at jeg velger å se bort fra denne avhengighetsproblematikken.

2.1.2 Små barn store atferdsvansker

Studien “Små barn store atferdsvansker” ble utført i tidsrommet 1999-2004 og inkluderte 127 barn og deres familier (26 jenter og 101 gutter). Barna var henvist spesialisthelsetjenesten i henholdsvis Trondheim og Tromsø for alvorlige atferdsproblemer. Barna hadde minst Oppositional Defiant Disorder-diagnose (trasslidelse), og det var en del komorbiditet med blant annet ADHD, angstlidelser og Conduct Disorder (alvorlig atferdsforstyrrelse) som de vanligste. Barna var i alderen 4 – 8 år med gjennomsnittsalder rundt 6,6 år for begge kjønn. Intervensjonen De Utrolige Årene, som er et gruppebasert foreldreveiledningsprogram med vekt på lek, ros, belønning, hvordan gi gode beskjeder, emosjonsregulering og problemløsning, ble testet ut i forhold til effekt på diagnostiserbare atferdsvansker hos barn. Studiet var et samarbeidsprosjekt mellom NTNU og Universitetet i Tromsø (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård, & Mørch 2009). Analysegruppa herfra kalles DUÅ som er forkortelsen for intervensjonens norske navn De Utrolige Årene. PSI-dataene benyttet til analysen i denne masteroppgaven ble fylt ut før intervensjonen av mødrene. På grunn av en protokollfeil fylte de 28 første familiene i Trondheim ikke ut PSI så dermed er utvalgsstørrelsen 99 på PSI-data i denne oppgavens analyse.

2.1.3 Utfall og opplevelse av fosterhjemstiltak

Studien “Utfall og opplevelse av fosterhjemstiltak” er en longitudinell studie som har som formål å gi forskningsbasert kunnskap om fosterhjem over tid. Datainnsamlingen foregikk første gang i 1999. Det var 214 familier med i studien. I noen familier var det mer enn ett barn som det ble fylt ut PSI-skjema for, slik at det er mer enn 214 barn i studien (248 barn totalt). Jeg velger å beholde også eventuelle barn 2 (og 3) innen familien selv om det er noe avhengighet når samme forelder fyller ut skjema flere ganger. Det var 23 søskenpar hvor PSI er fylt ut for alle søsken. Men i seks av disse tilfellene har henholdsvis fostermor og fosterfar fylt ut for hvert sitt barn slik at eventuell avhengighet er til stede i 17 søskenpar. Jeg har derfor analysert data for denne gruppa basert på antagelsen av uavhengige data. Det vil si at når PSI fylles ut for to eller flere barn vil stressnivået tenkes å være omtrent det samme på tross av at et bestemt barns karaktertrekk, personlighet, sykdom eller skade kan tenkes å påvirke enkeltspørsmål/utsagn på PSI. Jeg antar med andre ord at denne innvirkning på analysen ikke vil slå ut fordi det er snakk om så få individer i forhold til totalen av data.

Utvalget for den kvantitative delen av undersøkelsen var 214 barn under omsorg i alderen 4 – 13 år med minimum ett års botid i fosterhjemmet. Av disse bodde 124 i fosterhjem hos egne slektninger og 90 i andre fosterhjem. Slektsfosterbarna i utvalget bodde i samtlige av landets fylker, mens barna i andre fosterhjem var valgt ut fra 3 fylker, fra nord, midt og sør i landet. Barna i slektsfosterhjemmene og de andre fosterhjemmene var i gjennomsnitt like gamle (9 år). De var gjennomsnittlig 3 år første gang de kom under barnevernets omsorg, og hadde bodd i snitt 5 år i nåværende fosterhjem. Det var litt flere gutter (55 %) enn jenter i begge typene fosterhjem (Holtan, Rønning, Handegård, & Sourander, 2005). Vi skiller ikke mellom slektsfosterhjem og andre fosterhjem i den videre analysen av PSI-data. PSI-skjemaene ble fylt ut på ett tidspunkt i barnas liv, i gjennomsnitt 5

år etter fosterhjems plassering. Det var totalt 209 PSI-skjema i denne gruppa som ble fylt ut og noen av barna var 13 år da PSI ble fylt ut.

2.2 Instrumentet Parenting Stress Index (PSI)

PSI er et spørreskjema som fylles ut av foreldre/foresatte. Den første versjonen kom ut i 1983. Den norske versjonen av testen, som er basert på den tredje utgaven av PSI, er oversatt av John Rønning ved Universitetet i Tromsø og publisert i 2006. Den fjerde versjonen ble utgitt i 2013 av rettighetshavere PAR Inc i USA som også tilbyr elektronisk skåring av testen (PSI Bibliography, 2013; Kornør & Martinussen, 2011). PSI er oversatt til 42 språk, og er normert og forsket på i mer enn 10 land (PSI Bibliography, 2013). Man får tusenvis av treff på forskningsartikler hvis man søker på ordene parent* stress index. Den er tilgjengelig i en kortversjon (PSI S/F) og i den originale fullversjonen (PSI). I denne masteroppgaven er kun fullversjonen brukt, og jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på kortversjonen.

PSI har 101 spørsmål/utsagn + 19 livs-stress-spørsmål. De aller fleste spørsmålene besvares på en fem-delt skala fra “svært enig til “svært uenig”. Før man kan summere svarene må utsagnene re-kodes slik at en høy skår betyr høyt stress. Mange spørsmål er i utgangspunktet formulert slik at en lav skår betyr mye stress og for disse snus skalaen. Deretter summeres svarene opp i en totalskår for stress. Totalskåren indikerer nivået av foreldrestress som testobjektet opplever (Abidin, 1990). Spørsmålene/utsagnene er både av “her og nå-karakter», men også knyttet til da barnet ble født og foreldreskapet oppstod. Dette gjenspeiles i diskusjonsdelen, der jeg vil kommentere på attribusjon som oppstår i forbindelse med at barnet blir født/man blir foreldre, og “her og når-situasjoner”.

PSI omfatter et foreldredomene og et barnedomene. Og ifølge transaksjonsmodellen (Smith & Ulvund, 1998) finner en virkelig transaksjon bare sted når forelderen blir påvirket av barnet til å gjøre noe de ikke ville ha gjort hvis barnet hadde oppført seg på en annen måte. Det er med andre ord vanskelig å skille mellom effekter som kan tilskrives foreldrene og effekter som skyldes barnets egenskaper – transaksjonseffekter. Med denne modellen som bakteppe ble det viktig for Abidin (1990) å skille mellom foreldre- og barnedomene på PSI for å kunne se om det var egenskaper knyttet til foreldrene og foreldrerollen eller egenskaper knyttet til barnet, eller begge som slo sterkest ut i stress. Dette er også en måte å forsøke å håndtere spørsmålet om genetisk influens i forhold til om eventuell korrelasjon mellom indikatorer på foreldrestress, foreldreatferd og barnets atferd kan forklares av felles genetisk opphav, da kvantitative studier på normal og abnormal atferd viser at genetiske faktorer er til stede og svarer for omtrent halvparten av variasjonen (Deater-Deckard, 1998).

2.2.1 Delskalaer i PSI

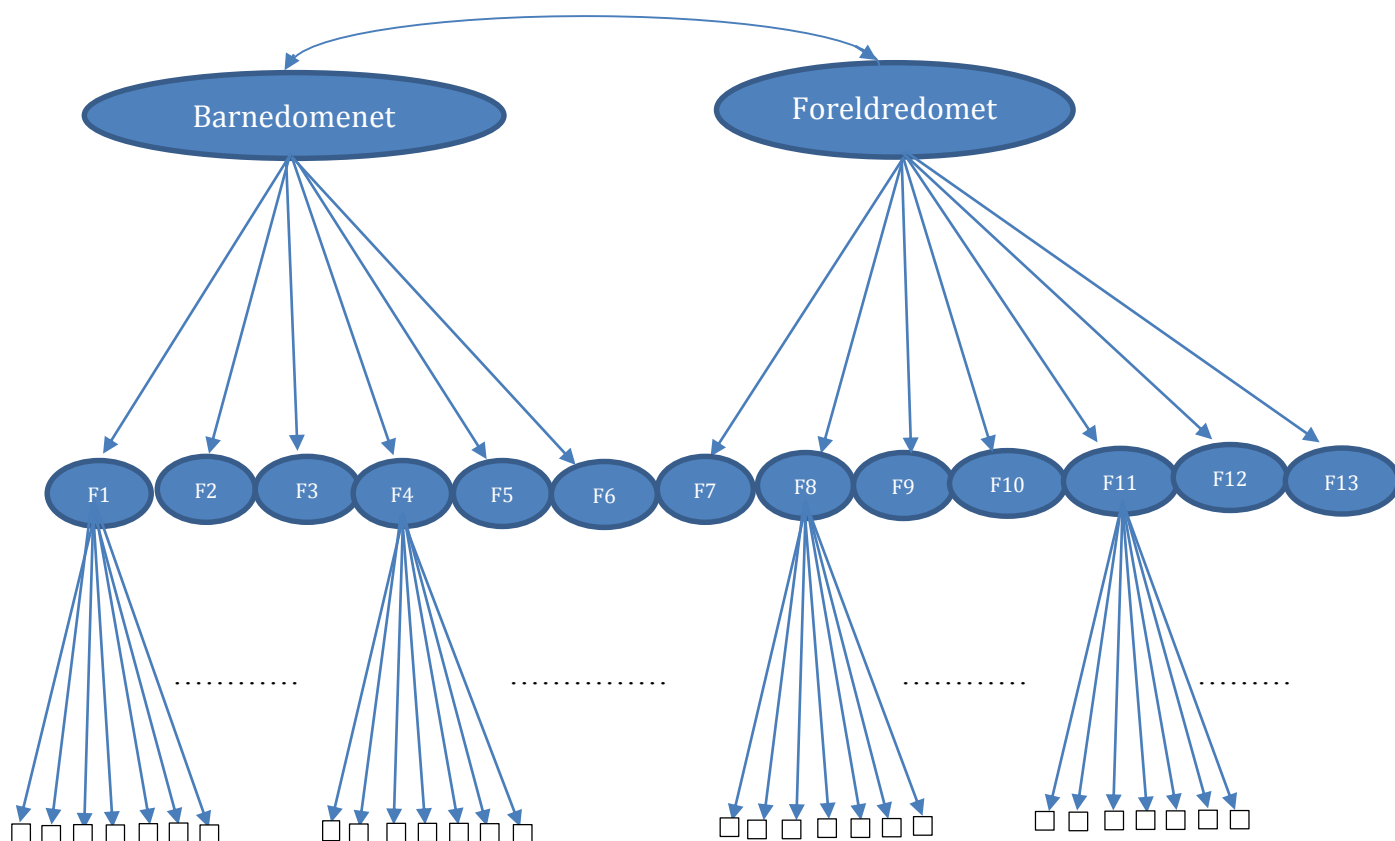
For foreldredomenet finnes seks delskalaer, for barnedomenet syv:

- **Foreldredomenet:** 54 utsagn om selvopplevd kompetanse, tilknytning til barnet, egen helse, rollebegrensning, depresjon og forhold til partner. For eksempel “Å være forelder er mer vanskelig enn jeg hadde forventet”; “Jeg trives med å være forelder”; “Å ha barn har endret mine søvnvaner”.
- **Barnedomenet:** 47 utsagn om barnets distraherbarhet, hyperaktivitet, tilpasningsdyktighet, barnets påvirkning på forelderen (forsterkningsbetingelser), hvor krevende barnet oppfattes å være, barnets stemningsleie/humør, og om barnet oppfyller foreldrenes forventninger (er så intelligent, tiltrekkende og behagelig som foreldrene forventet).

Spørsmålene/utsagnene kan være slike som for eksempel: “Mitt barn er så aktivt at jeg blir utslitt”; “Fra tid til annen føler jeg at mitt barn ikke liker meg og har heller ikke lyst til å være nær meg”; “Jeg føler at mitt barn er veldig lunefullt og blir lett opprørt”.

Abidins modell for hva spørreskjemaet måler er vist i Figur 1. Her er barnedomenet og foreldredomenet overordnede faktorer, og figuren indikerer de totalt 13 delskalaene med 101 indikatorer for disse (viser indikatorer for fire av faktorene).

Figur 1: Forenklet stidiagram av Abidins modell for Parenting Stress Index



Faktorene 1 - 13 består av flere indikatorer reflektert i henholdsvis 47 (på barnedomenet) og 54 (på foreldredomenet) utsagn knyttet til barnets grad av distraherbarhet/hyperaktivitet (distractability) (F1), tilpasningsdyktighet (adaptability) (F5), barnets påvirkning på forelderen/forsterkningsbetingelser) (reinforces parent) (F2), hvor krevende barnet oppfattes å være (demandingness) (F6), barnets stemningsleie/humør (mood) (F3), og om barnet oppfyller foreldrenes forventninger om å være så intelligent, tiltrekkende og behagelig som foreldrene forventet (acceptability) (F4), og om selvopplevd kompetanse (competence) (F7), tilknytning til barnet (attachment) (F8), egen helse (health) (F13), rollebegrensning (role restriction) (F9), depresjon (depression) (F10), isolasjon,/mangel på sosial støtte (isolation) (F12), og forhold til partner (spouse) (F11).

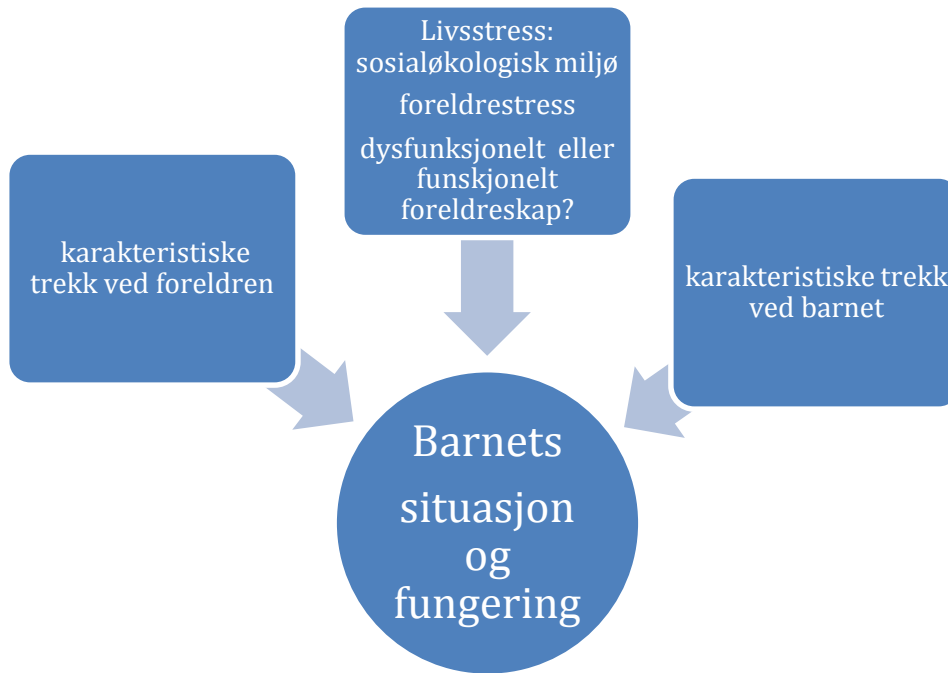
I tillegg kommer en livs-stresskala på 19 spørsmål som er valgfri å fylle ut (www.parinc.com). I den norske versjonen, som er benyttet blant annet i ulike forskningsprosjekt ved Universitetet i Tromsø er det 22 livs-stress spørsmål (Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006). Denne har ikke vært benyttet i tilknytning til denne oppgaven.

Da store negative hendelser i livet som jobb-bytte, arbeidsledighet, flytting og samlivsbrudd selvsagt representerer stort stress, vil slike hendelser ikke kunne knyttes til opplevelse av foreldreskap, attribusjon av foreldrekompetanse, og/eller barnets evner og atferd, og derfor vil ikke denne delen av PSI bli benyttet i denne oppgaven.

PSI er utviklet for å avdekke foreldre-barn-system under stress, og PSIs utvikler Abidin (1990) mener det kan benyttes til følgende formål:

- Screening for tidlig identifikasjon av problematikk
- I klinikk, som et av flere utredningsverktøy for å sette diagnoser
- Som pre-post-mål for å se om en behandling eller en intervensjon eller et tiltak har vært vellykket
- I forskning, der en ser på effekten av stress på foreldre-barn-interaksjon, og i forhold til andre psykologiske variabler.

I utgangspunktet fokuserer PSI på familier med førskolebarn, men kan benyttes i familier med barn opp til 12 år. Den er standardisert og kan anvendes både klinisk og til forskningsformål (Abidin, 1990).



Figur 2: en modell på hva PSI ønsker å måle

2.2.2 Psykometriske egenskaper ved PSI

2.2.2.1 Reliabilitet

Den amerikanske testmanualen presenterer resultater fra en rekke psykometriske studier av PSI (Abidin, 1990). Normgrunnlaget i USA består av 2633 mødre og 200 fedre. Fedrene skårer noe lavere på totalstress enn mødrene. Basert på undersøkelser av de 2633 mødrene har PSI vist en tilfredsstillende indre konsistens. Cronbachs alfa var: ,95 for totalt stress. Test-retest reliabiliteten varierer på tvers av flere studier, for barnedomenet: ,57-,82 for foreldredomenet: ,70-,91, og for totalt stress ,65-,96. Koeffisientene varierer med lengden på testintervallene og utvalgene.

Det har vært gjort eksploratorisk faktoranalyse på totalt 534 PSI-skjema utfylt av mødre som viste at hver sub-skala (barnedomene, foreldredomene og livsstresskala) måler distinkte stresskilder (Abidin, 1990).

To norske studier har gjort reliabilitetstesting på PSI, og viser høy Cronbachs alfa-skår, over, 9, men ingen av disse studiene beregnet test-retest-reliabilitet (Kornør & Martinussen, 2011).

2.2.2.2 Validitet

De fleste psykologiske konstrukter er ikke direkte observerbare. For å kunne studere slike begrep kreves det indirekte observasjonsmetoder. Spørsmålet er da hvor godt målemetoden redegjør for den virkelighet konstruktet beskriver. Reflekterer enkeltspørsmålene det bakenforliggende fenomenet, altså har målet god begrepsvaliditet? Begrepsvaliditet kan defineres som den grad et mål måler det det hevder å måle, i dette tilfellet foreldrestress (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

En validitetsstudie av kortversjonen av instrumentet (PSI/SF) av Haskett og medarbeidere (2006) fant at foreldre som skåret høyt på foreldrestress også viser emosjonelle vansker, målt av SCL-90. Dette tyder på at faktorer relatert til foreldrerollen, som målt av foreldrestressvariabelen, faktisk måler et begrep tilnærmet foreldrestress, slik Abidin definerer det. Videre fant de at foreldre som rapporterte store utfordringer ved barna, også rapporterte at barna har tilpasningsvansker på andre måleinstrumenter. Blant annet fant de relativt høy korrelasjon mellom barneutfordringer rapportert av foreldrene, og observasjonsmål knyttet til foreldre og barn i lek rapportert av andre. Det tyder på at barnedomenet faktisk måler tilpasningsvansker, og det kan påstås at PSI/SF har god

begrepsvaliditet, og faktisk måler foreldrestress. Studien til Haskett og medarbeiderne var basert på PSI/SF, men den høye korrelasjonen mellom PSI og PSI/SF gjør at analyser på PSI/SF kan være gjeldende også for PSI. Korrelasjonen mellom PSI og PSI S/F ble undersøkt på 530 subjekter fra den normative undersøkelsen av PSI og viste en korrelasjon for totalstress på ,94 (Abidin, 1990). Dermed kan det argumenteres for at PSI har god begrepsvaliditet og faktisk måler foreldrestress.

I litteraturgjennomgangen i tilknytning til skriving av denne masteroppgaven, som bygger på søk i PsycINFO, har PSI vist seg å ha hatt høy Cronbach alfa-skår, (selv om den også har vist stor variasjon). Lange spørreskjema, med mange testledd gir ofte høy Cronbach alfa-skår selv om den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom de enkelte testleddene er lav (Tavakol & Dennick, 2011). Dermed kan det være at den høye alfaen man får for PSI ikke nødvendigvis reflekterer indre konsistens.

Resultater fra flere enn 250 internasjonale studier støtter validiteten til PSI-skalaen. PSI kan skille mellom forskjellige nivåer av foreldrebelastning og forutsi dysfunksjonell foreldrestil, og avvik i utvikling og fungering på tvers av et bredt spekter av populasjoner. PSI er ikke normert i Norge (Kornør & Martinussen, 2011).

2.3 Statistisk metode/analyse

2.3.1 Konfirmatorisk faktoranalyse

Faktoranalyser undersøker om variabler/spørsmål/items/indikatorer kan forklares ut fra en eller flere underliggende faktorer, og i hvilken grad de enkelte ledd i datasettet kan knyttes til (forklares av) faktoren(e). Faktoranalysen viser videre i hvilken grad hvert av leddene i testen henger sammen med disse faktorene (faktorladninger). Faktoranalyser av

spørreinstrument kan deles inn i to hovedtyper: eksplorerende (hypotesetestende) metode og konfirmerende (hypotesebekreftende) metode (Friborg, 2010 s. 46). I denne oppgaven benytter jeg meg av sistnevnte metode for å teste ut en forhåndsspesifisert faktormodell, PSI mot data fra de tre tidligere skisserte studiene. Dette for å teste ut statistisk om faktormodellen holder i nye utvalg (Friborg, 2010 s. 46).

Det er mulig å teste om Abidins foreslåtte faktorstruktur passer med våre data via en 2. ordens konfirmatorisk analyse (se Muthén & Muthen, 2010), heretter kalt CFA. PSI består av 101 spørsmål på som ifølge Abidin måler 13 latente variabler (Loyd & Abidin, 1985), og disse 13 latente variablene måler i sin tur to andreordensfaktorer (barnedomenet og foreldredomenet; se Figur 1).

Jeg har også gjort en CFA uten de to overordnede faktorene til stede i modellen barnedomene- og foreldredomene, dvs. en ren 1.-ordens CFA med 13 latente variabler. Dette for å se om det blir bedre eller dårligere modellfit av å ha med de to 2.-ordensfaktorene. Estimeringsmetoden som er valgt er WLSMV, som er anbefalt metode når man har ordinale indikatorer, og er det Mplus automatisk velger å bruke i et slikt tilfelle (Muthén & Muthén, 2010).

Modellfit kan evalueres via ulike fit-indeks, og jeg benytter de indeksene som oppgis som standard i Mplus: Khi-kvadrattesten (χ^2 ; test av absolutt fit), RMSEA, CFI og TLI.

Med forbehold om usikkerhet knyttet til påliteligheten til fit-indeksene, kan vi ut fra konvensjoner om hva som er akseptabelt fit (Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M.R., 2008) si noe om CFA-modellene som vi har testet. Det eksisterer ulike meninger om hvordan man skal bruke informasjonen knyttet til fit-indeksene (se f.eks. David A. Kennys nettside (2014): <http://davidakenny.net/cm/fit.htm>). Noen (f.eks. Barrett, 2007) mener at man

utelukkende skal forholde seg til khi-kvadrattesten i vurderingen av hvor godt data passer til modellen. En signifikant khi-kvadrattest innebærer at man har «signifikant ill-fit», og at man i et slikt tilfelle bør konkludere med en mangelfull modell, og man bør søke etter kilden for mangelfull modell på basis av denne testen. Signifikans av khi-kvadrattesten innebærer at det er et avvik mellom observerte korrelasjoner mellom indikatorene, og de korrelasjonene mellom indikatorene som modellen predikerer.

Andre (f.eks. Hooper et al. 2008) mener at å bare bruke khi-kvadrattesten er et for strengt kriterium, spesielt når man har stort utvalg, og at den har sine svakheter også ved små utvalg, og i stedet velge å bruke en eller flere fit-indeksers til å vurdere modellens evne til å reprodusere data. De fleste fit-indeksene bruker informasjonen i khi-kvadratverdien og frihetsgradtallet i beregningen, og ulike beregningsmåter gir ulike fit-indeksers (en oversikt finnes på <http://davidakenny.net/cm/fit.htm>).

Jeg velger den mindre strenge varianten, og oppgir i Tabell 1 khi-kvadrattesten med antall frihetsgrader, RMSEA med konfidensintervall, CFI og TLI. Dette er indekser for globalt fit som oppgis i Mplus-utskriften som standard. Når det gjelder lokal fit - vurderinger av hvor i modellen det er større avvik mellom observerte og predikerte korrelasjoner (residualer) i analysen, ser jeg på modifikasjonsindekser og hvilke indikatorer som lader lavt på tilhørende latente faktor. Modifikasjonsindekser antyder potensialet til modellforbedringer ved modelljusteringer. Man kan f.eks. tenke seg at enkeltspørsmål kan lade på mer enn én faktor, og modifikasjonsindeksen kan indikere hvor mye khi-kvadratverdien vil endre seg (til det bedre) ved å tillate en bestemt indikator å lade på mer enn én faktor. Jeg bruker modifikasjonsindeksene bare til å se etter potensielle områder i modellen som kan skape manglende fit, ikke til å justere modellen. Mplus versjon 7 er brukt til analysen.

2.3.2 Sammenligning av gruppene

Sammenligninger mellom de fire analysegruppene når det gjelder stressnivå, alder og kjønn er foretatt ved hjelp av enveis ANOVA og Pearsons khi-kvadrattest. Parvise sammenligninger (post hoc-analyser) er foretatt ved hjelp av Scheffés metode. Mange ulike metoder for å gjøre post hoc-tester finnes. Jeg har brukt Kleinbaum et al. (1998) for å gjøre et valg blant disse og har valgt Scheffés metode fordi det gjøres utelukkende parvise sammenligninger, og utvalgsstørrelsene i gruppene varierer. Kleinbaum et al. (1998) anbefaler Scheffés metode i en slik situasjon (s. 456). Effektstørrelse måles i dette tilfellet ved hjelp av andelen av total variasjon i stressvariabelen forklart av gruppevariabelen (R^2).

2.3.3 Item-total-korrelasjonsanalyser

For å undersøke graden av korrelasjon mellom enkeltspørsmål og totalt stress, har jeg beregnet Pearson-korrelasjonen mellom hvert PSI-spørsmål/utsagn og summen av de resterende spørsmålene i totalt stress-dimensjonen. Jeg oppgir de fem høyeste og de fem laveste korrelasjonene fordi dette gir et bilde på variasjon i korrelasjoner.

I PSI er enkeltspørsmål formulert slik at noen ganger betyr en høy skåre mye stress, mens i andre tilfeller betyr en høy skåre lite stress. I beregningen av item-total-korrelasjoner, har jeg brukt enkeltspørsmål re-kodet slik at en høy skåre betyr mye stress, og totalen er også basert på en slik re-koding.

Som følge av at 101 variabler inngår i beregningene av item-total-korrelasjonene, og at disse bare regnes ut på grunnlag av de som har komplette data på alle de 101 variablene, så valgte jeg å bruke data hvor det har blitt foretatt en erstatning av manglende data. Dette gjør at jeg får tatt i bruk alle svarene som er gitt av foreldrene. Manglende observasjoner på

enkeltpørsmål ble derfor erstattet ved hjelp av imputasjon, og EM-algoritmen ble brukt til dette (Dempster, Laird & Rubin 1977). SPSS versjon 22 er brukt til alle analysene.

3 Resultater

3.1 Resultatet av konfirmatorisk faktoranalyse (CFA) på PSI fra de tre studiene

Det er mulig å teste om Abidins foreslåtte faktorstruktur passer med våre data via en konfirmatorisk faktoranalyse.

Tabell 1 viser resultater fra CFA-analysen på to modeller: 1. 2.-ordens CFA på Abidins modell, og 2. 1.-ordens CFA uten at barnedomenet og foreldredomenet spesifiseres som 2.-ordens faktorer. Begge analysene lot seg kjøre uten advarsler eller feilmeldinger i Mplus-utskriften.

Tabell 1: Resultater av CFA uten parameterrestriksjoner; Muthén & Muthén, 2010):

Modell	Khi-kvadrat (frihetsgrader)	p	RMSEA (95 % KI)	CFI	TLI
2.-ordens CFA	9562,6 (4935)	< 0,00005	0,046 (0,045; 0,048)	0,90	0,90
1.-ordens CFA	9045,2 (4871)	< 0,00005	0,044 (0,043; 0,046)	0,91	0,91

3.1.1 2.-ordens CFA

3.1.1.1 Globalt fit

Khi-kvadrattesten er signifikant (veldig lav p-verdi), så basert på denne så har vi mangelfull modell-fit. CFA-modellen innebærer at indikatorer bare lader på én faktor, og dette er en ganske restriktiv begrensning, og kan være en av årsakene til at khi-kvadrattesten er veldig signifikant.

RMSEA = 0.046, og Browne & Cudeck (1993) sier man at verdier under 0,05 på denne tilsvarer «close fit», og at verdien på khi-kvadrat ikke er så høy når den ses i forhold til frihetsgradtallet. Konfidensintervallet for RMSEA-parameteren omslutter heller ikke 0,05, noe som indikerer at RMSEA er forskjellig fra (og mindre enn) 0,05. CFI og TLI er begge lik 0,90, og 0,90 anses som et minimum for at man skal kunne si at man har akseptabel modell-fit (Hu & Bentler, 1995). Med andre ord så ser den 2.-ordens CFA-modellen på Parenting Stress Index (Abidins modell) ut til å oppnå et minimum av akseptabelt modell-fit.

Når det gjelder signifikans av faktorladninger, så var alle indikatorene signifikant assosiert med tilhørende faktor bortsett fra spørsmål 9 («Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe»). Dette spørsmålet ser ikke ut til å være en brukbar indikator for den latente variabelen Distraherbarhet/hyperaktivitet i den norske PSI-versjonen i alle fall, og dette spørsmålet korrelerer også lite med totalt stress i alle analysegrupper som inngår i mitt datamateriale (se Tabell 3).

Det var signifikant korrelasjon mellom de latente variablene som representerte barnedomenet og foreldredomenet (korrelasjon = 0,731; $z = 31.7$; $p < 0,0005$).

3.1.1.2 Lokalt fit

Når det gjelder vurderinger om eventuelle problemer med fit knyttet til PSI, så er spørsmål på PSI kodet positivt og negativt, f.eks. «Som oftest føler jeg at mitt barn er glad i meg og ønsker å være nær meg»; «Mitt barn smiler til meg mye mindre enn jeg hadde forventet.» Når foreldre svarer på et spørreskjema med både positivt og negativt formulerte spørsmål, kan dette medføre at det er en metodefaktor som spiller inn og kan forstyrre modell-fit. Det kan godt tenkes at modell-fit blir bedre hvis alle spørsmålene i spørreskjemaet har bare negativt formulerte spørsmål slik at metodefaktoren forsvinner. Jeg har ikke forsøkt å

legge inn metodefaktoren i modellen, og det er to årsaker til dette. For det første, er jeg spesifikt ute etter å teste Abidins modell, og for det andre er datamengden såpass liten i forhold til antall estimerte parametere i modellene at det vil være usikkerhet knyttet til presisjonen av resultatene.

Når det gjelder faktorladninger, så er standardiserte ladninger stort sett ganske høye. Bare 14 av 101 standardiserte faktorladninger er under 0,50, så de fleste indikatorene korrelerer relativt høyt med den faktoren de er tiltenkt. Fem eksempler på spørsmål som lader lavt på «sin» latente faktor er:

Spm. 9: «Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe.» (Distraherbarhet/Hyperaktivitet-skalaen);

Spm. 15: «Hvilket utsagn beskriver ditt barn best: 1. liker å leke med meg nesten bestandig; 2. liker å leke med meg i blant; 3. liker vanligvis ikke å leke med meg; 4. liker nesten aldri å leke med meg» (Forsterker Foreldren-skalaen);

Spm. 59: «Hva er det høyeste utdanningsnivå (skole, høyskole eller universitet) som du og barnets mor har fullført?» (Kompetanse-skalaen);

Spm. 60: «Hva er det høyeste utdanningsnivå (skole, høyskole eller universitet) som du og barnets far har fullført?» (Kompetanse-skalaen);

Spm. 66: «Mitt barn vet at jeg er hans eller hennes mor/far og ønsker meg mer enn andre mennesker.» (Tilknytning-skalaen).

Slik resultatene kommer ut i denne analysen virker ikke disse spørsmålene å bidra til å måle sine tiltenkte faktorer.

3.1.1.3 Modifikasjonsindekser

En ren CFA-modell er restriktiv fordi den tillater ikke at indikatorene kan lade på mer enn én faktor. Derfor kan man forvente signifikante modifikasjonsindekser i en modell som inneholder faktorer som er assosierte. Et høyt antall modifikasjonsindekser var signifikante i begge modellene. Jeg nevner her de største knyttet til faktorladninger i Abidins 2.-ordensmodell. Her viser spørsmål 52 «Jeg har fått flere problemer med å oppdra mine barn enn jeg hadde forventet.» (Kompetanse-faktor-indikator tilhørende foreldredomenet) høye modifikasjonsindekser på alle barnedomenefaktorene. Det virker rimelig at stress knyttet til dette har med barna i familien å gjøre, spesielt med situasjonen som kan oppstå i en familie med atferdsproblematisk barn, og det kan godt tenkes at det er tilstedeværelsen av ca. 100 barn i utvalget med kliniske atferdsproblemer som bidrar til at dette spørsmålet korrelerer med Barnedomenefaktorene.

Spørsmål 4, «I forhold til barn flest har mitt barn større problemer med å konsentrere seg og vise oppmerksomhet.» (Distraherbarhet/hyperaktivitet-faktoren), har høye modifikasjonsindekser på de fleste foreldredomenefaktorene. Det kan være at det at man sammenligner med andre barn i spørsmålsformuleringen bidrar til at foreldrene svarer på noe annet enn barnets faktiske oppmerksomhetsproblemer, og at den enkelte forelderens vurdering/sammenligning derfor blir knyttet til foreldrefaktorer der svarene som gis gjerne kan linkes til foreldre-egenskaper som f.eks. personlighet eller andre karaktertrekk.

3.1.2 1.-ordens CFA knyttet til modellen med de 13 faktorene

3.1.2.1 Globalt Fit

Khi-kvadrattesten er signifikant, så basert på denne så har vi igjen mangelfull modell-fit.

RMSEA = 0.044, og siden $RMSEA < 0,05$ så har vi «close fit» også for denne modellen. CFI og TLI er begge lik 0,91, noe som igjen tilsvarer et akseptabel modell-fit, men man er ikke langt unna det man kan kalle ikke-akseptabelt fit. M.a.o. så ser også den 1.-ordens CFA-modellen ut til å oppnå et minimum av akseptabelt modell-fit.

Fit-indeksene er generelt litt bedre for 1.-ordens CFA sammenlignet med 2.-ordens CFA, men forskjellene er ikke store. Det estimeres 64 flere parametere i 1.-ordensmodell enn i 2.-ordensmodellen, og man oppnår ikke veldig mye bedre modell-fit ved disse 64 ekstra parametere. I tillegg er 2.-ordensmodellen lik Abidins teoretiske modell hvor barnedomenet og foreldredomenet er inkludert som høyereordensfaktorer.

3.1.2.2 Lokalt fit

De samme vurderingene gjort for 2.-ordens CFA gjelder også her.

3.2 Sammenligning av analysegruppene fra de tre studiene

Fra de nevnte tre studiene er det fire analysegrupper. Prematur kontroll (som i resten av oppgaven refereres til som prematurgruppa) og fulltermin fra Intervensjon 2000, DUÅ-gruppa (forkortelse for De Utrolige Årene, som er det norske navnet på intervensjonen) fra Små barn, store atferdsvansker, og fosterhjemsgruppa fra Utfall og opplevelser fra fosterhjemstiltak.

Først ble det gjort en sammenligning av totalt stress i de fire gruppene, se Tabell 2 og Figur 3. Så ble det samme gjort i forhold til barnedomene og foreldredomene for alle fire analysegruppene, se figur 4 og 5. I Tabell 2 viser jeg også gruppegjennomsnitt og gruppesammenligninger for de 13 subdimensjonene.

Tabell 2. Sammenligning av Stress i Fire Analysegrupper

Variabel	Prematur	Fulltermin	DUÅ	Fosterhjem	Testobservator	R ²
Total stress ^{a, c}	207,9 (39,8)	181,2 (37,5)	267,5 (39,2)	211,3 (39,5)	F = 65,0*	0,35
Child domain ^{a, d}	94,0 (21,0)	77,7 (15,2)	131,5 (19,4)	103,0 (24,5)	F = 86,1*	0,39
Parent domain ^{a, e}	113,9 (23,2)	103,7 (24,3)	135,2 (25,2)	108,1 (19,7)	F = 33,5*	0,21
Distractability ^{a, c}	21,5 (5,1)	17,9 (3,3)	29,8 (5,3)	23,5 (5,4)	F = 76,7*	0,35
Adaptability ^{a, c}	23,1 (5,3)	19,4 (4,4)	30,5 (5,0)	24,8 (6,7)	F = 49,7*	0,26
Reinforces parent ^{a, c}	9,4 (2,8)	8,4 (2,6)	13,4 (4,1)	11,4 (3,6)	F = 32,0*	0,18
Demandingness ^{a, d}	17,7 (5,4)	14,0 (4,3)	27,4 (5,2)	20,2 (6,6)	F = 76,5*	0,35
Mood ^{a, f}	10,2 (2,7)	8,7 (2,1)	14,7 (3,5)	10,5 (3,5)	F = 55,5*	0,28
Acceptability ^{a, c}	11,9 (3,9)	9,2 (5,4)	15,6 (3,9)	13,4 (4,9)	F = 31,0*	0,18
Competence ^{a, c}	27,0 (5,9)	22,7 (5,4)	33,6 (6,6)	27,0 (4,8)	F = 55,6*	0,29
Isolation ^{a, e}	11,7 (3,2)	11,0 (3,6)	13,5 (4,1)	11,1 (3,1)	F = 11,5*	0,08
Attachment ^{a, g}	12,1 (3,0)	10,3 (2,2)	13,9 (3,0)	13,1 (3,0)	F = 22,5*	0,14
Health ^{a, h}	11,9 (3,2)	11,2 (3,0)	13,1 (3,9)	10,4 (2,7)	F = 16,3*	0,10
Role restriction ^{a, h}	16,8 (4,2)	15,9 (4,4)	18,3 (4,6)	16,0 (4,1)	F = 7,2*	0,05
Depression ^{a, e}	18,5 (5,3)	17,0 (5,7)	23,0 (6,8)	16,6 (4,3)	F = 32,8*	0,19
Spouse ^{a, e}	16,1 (4,8)	15,5 (5,2)	18,4 (5,1)	14,2 (4,4)	F = 15,8*	0,11
Alder ^a	7,0	7,0	6,6 (1,4)	8,5 (2,7)	-	-
Gutter ^b	52,9	53,3	81,2	54,8	$\chi^2 = 25,1^*$	-

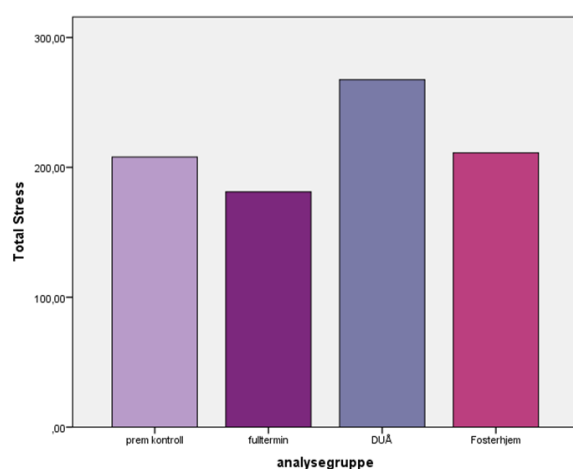
* p < 0,0005; a. Gjennomsnitt (standardavvik); b. Prosentandel gutter; høyere andel gutter i DUÅ-gruppa enn i de andre gruppene. c. Post hoc-analyser (Scheffé): DUÅ-gruppa skårer forskjellig fra de tre andre gruppene, og

fulltermingruppa skårer forskjellig fra prematurgruppa og fosterhjemsgruppa. d. Post hoc-analyse: Alle parvise sammenligninger viser signifikante forskjeller. e. Post hoc: DUÅ-gruppa skårer forskjellig fra de tre andre gruppene. f. Post hoc: Signifikante forskjeller mellom DUÅ-gruppa og de andre gruppene, samt mellom fosterhjem og fulltermin. g. Post hoc: Signifikante forskjeller mellom fulltermin og de tre andre gruppene, samt mellom DUÅ og prematurgruppa. h. Post hoc: Signifikante forskjeller mellom DUÅ og fosterhjem, og mellom DUÅ og fulltermin.

3.2.1 Gruppeforskjeller på totalt stress, foreldredomenet og barnedomenet

I DUÅ-gruppa var det betydelig flere gutter enn jenter så en kan spørre seg om det er mer stressende å være forelder til en gutt versus en jente? Eller er det omvendt? I Små barn, store atferdsvansker-studien (Larsson et al, 2009) rapporterte både fedre og mødre om mer hardhendt barneoppdragelse mot døtre enn mot sønner. Og mødrene til jenter skåret høyere enn mødrene til gutter på totalt stress. Men både var det få jenter (n = 26) og dessuten flere aleneforeldre til jenter, noe som kan påvirke funnene (Fossum et al., 2007). I de tre andre analysegruppene er det litt over halvparten gutter og det er ingen kjønnsforskjeller i forhold til totalt stress.

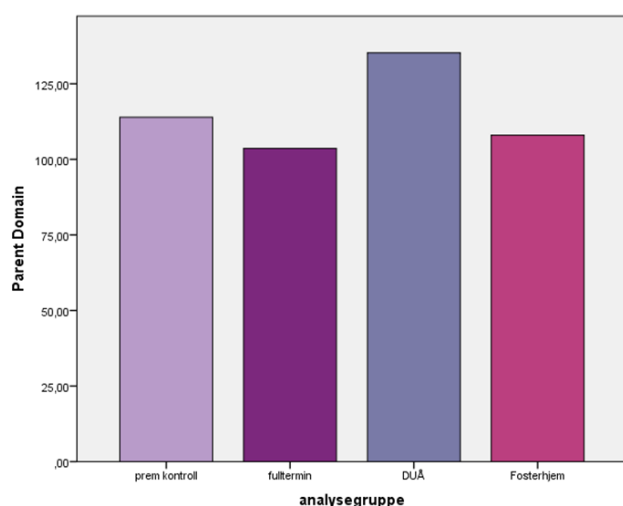
Figur 3. Totalt stress i de fire analysegruppene.



På totalt stress ser vi tydelig at det er foreldrene med barn som har diagnostiserbare atferdsvansker som skårer signifikant høyest. Deretter følger fosterhjemsgruppa, prematur kontroll og til sist fulltermin kontroll.

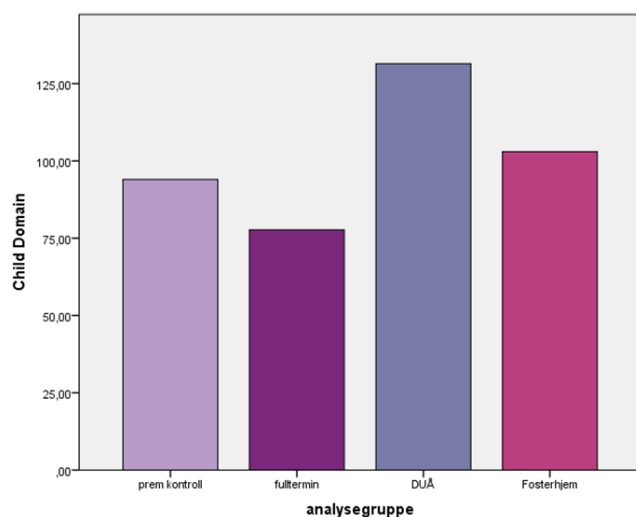
For å kunne se om det var egenskaper knyttet til foreldrene og foreldrerollen og/eller egenskaper knyttet til barnet som slo sterkest ut i stress så jeg først på foreldredomenet, og så på barnedomenet.

Figur 4. Foreldredomenet: Stress knyttet til foreldrerollen i de fire analysegruppene.



På foreldredomenet skårer DUÅ-gruppa igjen signifikant høyest. I dette tilfellet etterfulgt av prematur kontroll, fosterhjemsgruppa og fulltermin. Post hoc-analysen viser at det er DUÅ-gruppa som skiller seg fra de tre andre gruppene, og det er ingen signifikante forskjeller mellom de andre gruppene. Dette domenet skal måle egenskaper hos foreldrene/i foreldrerollen, og slik jeg tolker dette har foreldre til barn med diagnostiserbare atferdsvansker uten tvil store utfordringer i forhold til foreldrerollen som skaper stress. Av Tabell 2 ser vi at gruppevariabelen forklarer 21 % ($R^2 = 0,21$) av den totale variasjonen i foreldredomenevariabelen, og dette er en ganske stor effekt. Men dette forteller samtidig at det er stor variasjon også innen gruppene.

Figur 5. Barnedomenet: stress knyttet til egenskaper og atferd hos barnet i fire analysegrupper.



På barnedomenet skårer også DUÅ signifikant høyest, fosterhjem nest høyest etterfulgt av prematur kontroll og fulltermingruppa. Post hoc-analyse viser at alle parvise sammenligninger gir signifikante forskjeller og illustrerer til dels store forskjeller mellom gruppene. Gruppevariabelen forklarer 35 % av den totale variasjonen i barnedomenvariabelen, noe som illustrerer at forskjellene mellom gruppene er større på barnedomenet enn for foreldredomenet.

3.2.2 Gruppeforskjeller på subdimensjonene

Som vi ser av Tabell 2 er det signifikante forskjeller mellom gruppene på alle de 13 subdimensjonene. Størrelsene på effektene varierer en god del fra variabel til variabel. Felles for alle post-hoc-analysene er at det i hovedsak er DUÅ-gruppa som skiller seg fra de andre,

med noen unntak. På barnedomenet er DUÅ-gruppa høyest på alle subdimensjonene, etterfulgt av fosterhjemsgruppa, prematurgruppa og fulltermingruppa. På foreldredomenet skiller DUÅ-gruppa seg ut fra de andre gruppene på de fleste subdimensjonene, mens det er relativt små forskjeller mellom de andre gruppene. Størst effekter har vi på skalaene distraherbarhet/hyperaktivitet og Krevende barn (barnedomenefaktorer) hvor gruppevariabelen forklarer 35 % av variasjonen i stresskåren i begge tilfeller.

3.3 Item-total-korrelasjonsanalyse

3.3.1 Totalstress for alle analysegruppene samlet

Item-total-korrelasjonsanalysen viste at de fem utsagnene/spørsmålene som hadde høyest korrelasjon med totalstress for alle analysegruppene var: Utsagn 47 “Mitt barn ble mer problematisk enn forventet”, $r = ,76$; Utsagn 48 “Det virker som mitt barn er vanskeligere å oppdra enn andre barn”, $r = ,73$; Utsagn 26 “Mitt barn er ikke i stand til å gjøre så mye som jeg hadde forventet”, $r = ,73$; Utsagn 89 “Å ha et barn ser ut til å ha ført til flere problemer med familie og slektninger”, $r = ,72$; Utsagn 20 “Jeg føler at mitt barn er veldig lunefullt og blir lett opprørt”, $r = ,71$.

De fem utsagnene som korrelerte minst for alle analysegruppene var: Utsagn 9 “Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe”, $r = ,05$; Utsagn 57 (omhandler i hvor stor grad forelderen takler det som skjer), $r = ,12$; Utsagn 60 “Utdanningsnivå for far”, $r = ,15$; Utsagn 1 “Når barnet mitt ønsker noe, så bruker det å fortsette å forsøke å få det”, $r = ,21$; Utsagn 5 “Barnet mitt er ofte opptatt av et leketøy i mer enn ti minutter”, $r = ,21$.

3.3.2 Totalstress for alle analysegruppene separat

Tabell 3 og Tabell 4 nedenfor representerer de fem høyeste og de fem laveste korrelasjonene mellom enkeltspørsmål og totalen av de gjenværende spørsmålene på PSI for de fire ulike analysegruppene.

Tabell 3. De Fem Høyeste Item-Total-Korrelasjonene i de Fire Analysegruppene

	r
Prematur	
29 Å være forelder er mer vanskelig enn jeg hadde forventet	,82
25 Barnet mitt gjør enkelte ting som plager meg	,80
52 Jeg har flere problemer med å oppdra mine barn enn jeg hadde forventet	,74
6 Barnet mitt avbryter kontakten oftere enn jeg hadde forventet	,73
100 Jeg nyter livet mindre enn før	,73
Fulltermin	
73 Siden jeg fikk et barn nyter jeg livet mindre enn før	,72
81 Jeg følte meg mer trist og deprimert enn jeg hadde forventet etter at jeg forlot sykehuset	,72
75 Når jeg tenker på hva slags forelder jeg er, får jeg ofte en følelse av skyld	,72
52 Jeg har flere problemer med å oppdra mine barn enn jeg hadde forventet	,70
79 Ofte føler jeg skyld i forhold til mitt barn	,70
DUÅ	
82 Når jeg blir sint på barnet mitt får jeg skyldfølelse og dette bekymrer meg	,68
95 Når jeg får et problem(er) med å takle mine barn finnes det mange mennesker som jeg kan prate med eller be om råd	,67
75 Når jeg tenker på hva slags forelder jeg er, får jeg ofte en følelse av skyld eller dårlig	,63
81 Jeg følte meg mer trist og deprimert enn jeg hadde forventet etter at jeg forlot sykehuset	,60
100 Jeg nyter livet mindre enn før	,58
Fosterhjem	
47 Mitt barn ble mer problematisk enn jeg hadde forventet	,69
48 Det virker som om mitt barn er vanskeligere å oppdra enn de fleste andre barn	,66
26 Mitt barn er ikke i stand til å gjøre så mye som jeg hadde forventet	,63
89 Å ha et barn har ført til flere problemer med familie og slektninger	,62
20 Jeg føler at mitt barn er veldig lunefullt og blir lett opprørt	,62

Tabell 4. De Fem Laveste (inkludert negative) Item-Total-Korrelasjonene i de Fire Analysegruppene

Prematur	r
45 Mitt barn har fått flere helseproblemer enn forventet	,20
49 Barnet mitt klenger stadig vekk på meg	,20
5 Barnet mitt er ofte opptatt av et leketøy i mer enn ti minutter	,17
9 Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe	-,06
15 Hvilket utsagn beskriver ditt barn best?	-,07
1. liker å leke med meg nesten bestandig	
2. liker å leke med meg i blant	
3. liker vanligvis ikke å leke med meg	
4. liker nesten aldri å leke med meg	
Fulltermin	
27 Mitt barn er ikke glad i å bli omfavnet eller kjærtegnet	,12
57 Når jeg vurderer meg selv som forelder tror jeg at	,11
1. jeg er i stand til å takle alt som skjer	
2. jeg klarer å takle de fleste ting som skjer	
3. av og til er jeg i tvil, men det viser seg at jeg klarer det meste uten problemer	
4. jeg er i tvil om min evne til å ta meg av ting	
5. jeg synes ikke at jeg klarer å takle problemer godt i det hele tatt	
1 Når barnet mitt ønsker noe, så bruker det å fortsette å forsøke å få det.	,08
15 Hvilket utsagn beskriver ditt barn best?	-,04
1. liker å leke med meg nesten bestandig	
2. liker å leke med meg i blant	
3. liker vanligvis ikke å leke med meg	
4. liker nesten aldri å leke med meg	
9 Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe	-,22
DUÅ	
59 Hva er det høyeste utdanningsnivået mor har fullført?	,08
9 Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe	,07
60 Hva er det høyeste utdanningsnivået far har fullført?	,02
23 Barnet mitt ser ikke ut til å lære så fort som barn flest	-,09
37 Mitt barn bruker å holde seg unna et nytt leketøy en stund før han/hun begynner å leke med det	-,14
Fosterhjem	
1 Når barnet mitt ønsker noe, så bruker det å fortsette å forsøke å få det.	,06
5 Barnet mitt er ofte opptatt av et leketøy i mer enn ti minutter	,07
60 Hva er det høyeste utdanningsnivået far har fullført?	-,08
57 Når jeg vurderer meg selv som forelder tror jeg at	-,09
1. jeg er i stand til å takle alt som skjer	
2. jeg klarer å takle de fleste ting som skjer	
3. av og til er jeg i tvil, men det viser seg at jeg klarer det meste uten problemer	
4. jeg er i tvil om min evne til å ta meg av ting	
5. jeg synes ikke at jeg klarer å takle problemer godt i det hele tatt	
9 Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe	-,34

Resultatene som vises i tabell 3 og 4 vil bli diskutert i diskusjonsdelen.

4 Diskusjon

4.1 Resultatet av faktoranalysen

I denne oppgaven har jeg testet to faktormodeller knyttet til instrumentet Parenting Stress Index. Begge modellene viste akseptabelt modell-fit, der spesielt RMSEA viste «close fit» ($RMSEA < 0.05$). Dette betyr at avviket mellom predikerte korrelasjoner via Abidins foreslåtte modell og observerte korrelasjoner mellom indikatorene er på et akseptabelt nivå. Resultatet av faktoranalysen viser ellers at når det gjelder signifikans av faktorladninger, så var alle indikatorene signifikant assosiert med tilhørende faktor bortsett fra én. Bare 14 av 101 standardiserte faktorladninger er under 0,50, så de fleste indikatorene korrelerer relativt høyt med den faktoren de er tiltenkt. Basert på dette kan vi si at det virker rimelig å dele inn de 101 spørsmålene i to overordnede dimensjoner og 13 subdimensjoner slik Abidin har foreslått. Mange signifikante modifikasjonsindekser pekte likevel mot potensielle områder for modellforbedring. Enkelte spørsmål ladet høyt på andre faktorer enn det som Abidins modell tilsier. Dette er naturlig siden det er fornuftig at enkeltspørsmål kan være assosiert med mer enn én faktor når faktorene er korrelerte. Mange peker på at en CFA-modell hvor de enkelte indikatorene bare kan lade på én av faktorene er ganske restriktiv (Marsh et al., 2009), og derfor ikke alltid like realistisk. I artikkelen til Marsh diskuteres en alternativ analysemetode (ESEM – Exploratory Structural Equation Modeling) som innebærer at man tester modeller som kan være mer realistiske enn CFA-modeller i mange tilfeller. Det er fordi ESEM ivaretar situasjoner der indikatorer lader på mer enn én faktor, og kombinerer derfor CFA, og eksplorerende faktoranalyse.

4.2 Resultatet av sammenligningen mellom gruppene

4.2.1 Resultat av gruppesammenligning av totalt stress, foreldredomenet, og barnedomenet

Resultatet av sammenligningen mellom analysegruppene viste at foreldre som hadde barn med atferdsvansker (DUÅ-gruppa) hadde det desidert høyeste stressnivået etterfulgt av prematurkontroll-, fosterhjems- og fulltermingruppa på totalt stress målt med PSI.

Resultatet for sammenligningen av gruppene på foreldredomenet viser igjen at DUÅ har høyest stressnivå, etterfulgt av prematurkontrollgruppa, fosterhjemsgruppa og fulltermingruppa. Mens på barnedomenet blir DUÅ-gruppa etterfulgt av fosterhjemsgruppa, så prematurgruppa og igjen, naturlig nok fulltermingruppa. DUÅ-gruppa skårer signifikant høyere enn de andre analysegruppene på alle variabler.

Dette mønsteret på gruppeforskjeller der DUÅ-gruppa skårer høyest og fulltermingruppa lavest, uttrykker validitet av PSI knyttet til evnen av å kunne skille mellom grupper som i teorien er forskjellige. Når et instrument som PSI fanger opp ulikt stressnivå i grupper hvor det forventede stressnivået er forskjellig, og samtidig kan rangere gruppens nivå på en måte som virker fornuftig, så får jeg tiltro til at instrumentet er valid i alle fall til å kunne skille mellom grupper.

Resultatet av gruppeforskjellene på foreldredomenet tolker jeg dithen at foreldrene til barn med diagnostiserbare atferdsvansker (DUÅ-gruppa) uten tvil opplever store utfordringer i forhold til foreldrerollen som skaper stress, noe jeg ikke finner like tydelig i de tre andre gruppene. I prematurgruppa er det to utsagn om foreldrerollen som har høy korrelasjon med totalt stress: “Å være forelder er mer vanskelig enn jeg hadde forventet” og “Jeg har flere

problemer med å oppdra mine barn enn jeg hadde forventet”. Jeg tolker det likevel dithen at det er barnets prematuritet som har påvirket attribusjonen om foreldrerollen mer enn de kognitive oppfatningene disse foreldrene har om seg selv som foreldre. Denne tolkningen gjør jeg basert på at disse foreldrene ikke visste på forhånd at de ville få et prematurt barn og derfor ikke var forberedt på at de kanskje ikke hadde den rette kompetansen for å takle de utfordringer som kom. I tillegg er det kjent at premature barn ofte har følgeskader av sin prematuritet som kan påvirke totalbelastningen i en familie og dermed influere stressnivået. Jeg finner også støtte i at denne gruppa også skårer forholdsvis høyt på barnedomenet.

På barnedomenet skårer også DUÅ-gruppa høyest, fosterhjemsgruppa og prematurgruppa nest høyest. Det at disse gruppene har høye skårer på dette domenet tolker jeg dithen at barna i disse gruppene virkelig har egenskaper og/eller utfordringer forbundet med stress for foreldrene og fosterforeldrene. Som nevnt tidligere hevder Smith og Ulvund (1999) at det er nær sammenheng mellom hvordan barnet blir oppfattet av omsorgspersonene og hva slags omsorg barnet får.

4.2.2 Resultat av gruppesammenligning av subskalaer

Det var størst gruppeforskjeller på barnedomeneskalaene Distraherbarhet/hyperaktivitet og Krevende barn. Med tanke på at DUÅ-gruppa tilhører en barnepopulasjon hvor det er høyt nivå av atferdsproblemer, er det ikke overraskende at det er størst gruppeforskjeller på disse skalaene. Det er rimelig å anta at jo mer atferdsproblemer barn har, jo mer krevende vil de oppleves å være av foreldrene. Siden DUÅ-gruppa skiller seg signifikant og betydelig fra de andre gruppene på alle skalaene, og dette er et forventet mønster, bidrar dette til å gi tiltro til at PSI har god validitet når det gjelder å kunne skille mellom grupper som i teorien har ulikt stressnivå. Samtidig gir analysene også et innblikk i

variasjonen av gruppeforskjeller på de ulike skalaene, og jeg finner størst effekter der jeg forventer å finne de største effektene, noe som også er positivt for PSI som instrument med tanke på validitet.

4.3 Resultat av item-total-korrelasjonsanalysen med totalt stress på PSI for alle gruppene

4.3.1 PSI-utsagnene som hadde høyest korrelasjon med totalt stress

De utsagnene på PSI som hadde høyest korrelasjon med totalt stress for alle analysegruppene i de separate testene var: utsagn 47 “Mitt barn ble mer problematisk enn forventet”, utsagn 48 “Det virker som mitt barn er vanskeligere å oppdra enn andre barn”, utsagn 26 “Mitt barn er ikke i stand til å gjøre så mye som jeg hadde forventet”, utsagn 89 “Å ha et barn ser ut til å ha ført til flere problemer med familie og slektninger”, og utsagn 20 “Jeg føler at mitt barn er veldig lunefullt og blir lett opprørt,” mener jeg kan oppfattes som ett uttrykk for at barnet ikke oppfyller de forventninger foreldrene hadde til barnet, eller forventningene de hadde til det å bli forelder, og til det å få barn. Dette kan muligens være et eksempel på opplevelse av kognitiv dissonans i at man forventer høy grad av lykke forbundet med det å få barn og bli foreldre, både fra seg selv, mennesker rundt og samfunnet generelt. Men så opplever foreldrene mye frustrasjon og mange skuffelser i forhold til disse forventningene (Hansen, 2013). Når man så ikke opplever denne graden av lykke, opptrer dissonansen og man nedvurderer seg selv som forelder, eller man nedvurderer barnet sitt i forhold til evner og atferd, eller begge deler for eksempel i form av tanker som ”Det må være noe galt med meg eller barnet mitt siden jeg ikke er så lykkelig”. Det er mulig å forestille seg at for å unngå opplevelsen av den kognitive dissonansen kan foreldrene trekke seg unna foreldreansvaret gjennom å trekke seg unna barnet, i ytterste konsekvens ved å la barnet bo hos andre enn forelderen. Eller forelderen trekker seg unna oppdrageransvaret ved å la barnet

måtte passe på seg selv mens forelderen bruker all sin tid på eget arbeid, egne interesser eller velger å ruse seg.

Basert på hvilke enkeltutsagn på PSI som hadde størst korrelasjon med totalstress for alle gruppene i de separate testene går den negative attribusjonen etter min fortolkning i all hovedsak på forventningene foreldrene hadde til foreldreskapet og til barnets egenskaper, og ikke på egne foreldreferdigheter.

At utsagnet om “Å ha et barn ser ut til å ha ført til flere problemer med familie og slektninger” har høy korrelasjon med totalt stress finner jeg veldig interessant. Jeg tenker at dette peker direkte tilbake til hva stress er, nemlig en spenning mellom å opprettholde indre individuell homeostase for foreldrene under påvirkningen av de sosiale krav som påføres fra for eksempel familie og slektninger. Disse kravene kan være knyttet til foreldrerollen, at foreldrene ikke besitter den rette foreldrekompetansen og ikke takler barnet sitt slik de oppfatter at andre synes de skal. Eller til barnets egenskaper, som oppfattes som negative eller ikke gode nok, eller til familie og slektingers krav til andre sosiale roller forelderen skal oppfylle for eksempel som hjelpsom datter eller sønn.

4.3.2 PSI-utsagnene som hadde lavest korrelasjon med totalt stress

De fem utsagnene som korrelerte minst for alle studiene samlet var 9, 57, 60, 1 og 5.

Det at fars utdanningsnivå ikke er en viktig variabel for foreldrestress kan være forståelig i og med at med mindre han er arbeidsledig, ufør eller lignende og derfor har dårlig økonomi, vil ikke utdanningsnivået nødvendigvis påvirke opplevelser og kognitive attribusjoner knyttet til foreldreskap.

I DUÅ-gruppa var også spørsmålet om mors utdanning lavt korrelert med totalt stress, faktisk blant de fem utsagnene som korrelerte minst. Dette er interessant da en stor registerstudie fra Sverige tilsier at fars utdanning ikke påvirker utfall for barnet i forhold til gjennomføring av skolegang, utvikling av rusproblemer eller kriminalitetsatferd eller sosio-økonomisk status, mens mors utdanning virker som en risikofaktor hvis den er lav og som en beskyttelsesfaktor hvis den er høy (hvilket vil si utover videregående skole) på de samme parameterne (Gaufinn, Vinnerljung, Fridell, Hesse & Hjern, 2013). Mulige utfordringer med utdannelsesvariablene til mor og far (spørsmål 59 og 60 i spørreskjemaet), så vi også i CFA-analysene, der mors og fars utdannelsesnivå hadde relativt lave faktorladninger på kompetansefaktoren, og klart lavere enn de andre indikatorene på denne faktoren.

Spørsmål 9 «Det er lett å distrahere barnet mitt fra å ønske noe» hadde lav korrelasjon med totalt stress, og var den eneste indikatoren som ikke var signifikant korrelert med den faktoren den var tiltenkt i CFA-analysen. Jeg oppfatter dette utsagnet som svært uklart i at både distrahere og ønske er abstrakte fenomener som ikke lett lar seg manifesteres i atferd, og vil uttrykkes svært ulikt av ulike individer i ulike situasjoner. Det er også mulig noe av forklaringen kan ligge i at utsagnet er dårlig oversatt til norsk.

4.4 Item-total-korrelasjonsanalyse for gruppene separat

4.4.1 Resultat for DUÅ-gruppa

Det spørsmålet/utsagnet som hadde høyest korrelasjon med total-stress for DUÅ-gruppa var “Når jeg blir sint på barnet mitt får jeg skyldfølelser, og dette bekymrer meg”. Med andre ord uttrykker disse foreldrene både bekymring og skyld i forhold til egen foreldreatferd. Det er ikke overraskende med tanke på at disse foreldrene hadde barn med store atferdsvansker. “Mange foreldre som har barn med atferdsvansker opplever at de har

mistet kontrollen over barnet sitt og føler en dyp fortvilelse og dårlig samvittighet” skriver Willy-Tore Mørch i forordet til den norske utgaven av Carolyn Webster-Strattons “De utrolige årene, en foreldreveileder (2007) side 21. Jeg spekulerer på om den dårlige samvittigheten også kan være knyttet til at disse barna faktisk oppfylte kriteriene til minst en psykiatrisk diagnose. Dermed er det mulig at foreldrene opplevde at de ble sinte for noe barnet faktisk ikke kunne noe for, men som var et resultat av utviklingsforstyrrelsen eller den psykiske lidelsen barnet hadde. De andre utsagnene som hadde høyest korrelasjon til totalstress var veldig like, foreldrene opplevde for så vidt både skyld og skam. Det at de var redd for å påvirke barnet sitt negativt kan muligens være uttrykk for at de er redde for å ikke være gode nok foreldre/ha lav foreldrekompentanse, og at de følte seg triste og deprimerte da de forlot sykehuset med det nyfødte barnet som kan være et uttrykk for at disse foreldrene har grunnleggende negative kognitive antakelser om seg selv som forelder. Utsagn 95 “Når jeg får problem(er) med å takle barnet mitt finnes det mange mennesker som jeg kan prate med eller be om råd” anser jeg som svært annerledes enn de foregående fire beskrevne i at dette utsagnet peker verken tilbake på barnet eller forelderen. At dette utsagnet har så høy korrelasjon med totalt stress får meg til å tenke at disse foreldrene ikke opplever at foreldrekompentansen de besitter er tilstrekkelig, at de er vant til å diskutere barnet sitt med andre (antageligvis har det “vært noe” med barnet over lang tid), og at disse foreldrene faktisk søker hjelp fra andre til å takle barnet og foreldreskapet sitt. Med andre ord kan det tenkes at disse foreldrene attribuerer at de kommer til kort i sine omsorgs- og oppdragelsesmetoder, kanskje på grunn av manglende foreldreferdigheter eller opplevd manglende foreldreferdigheter som et slags selvoppfyllende profeti, men også fordi de har et barn som faktisk har reelle utfordringer, og derfor trenger disse familiene hjelp.

4.4.2 Resultat for fosterhjemsgruppa

I fosterhjemsgruppa var det spørsmålet/utsagnet som hadde høyest korrelasjon med totalt stress “Mitt barn ble mer problematisk enn forventet”. Men også de neste utsagnene er knyttet til negative egenskaper ved barnet. Dette resultatet er ikke uventet. Mange fosterbarn har med seg psykologisk bagasje fra tidligere omsorgssituasjon. Fosterforelder kan ha en oppfatning av at de har større påvirkningskraft til å endre eller forme barnet enn de faktisk har eller opplever at de har. Når man tar på seg å være fosterforelder vet man ikke hvordan det vil bli på forhånd, selv om man måtte ha erfaringer med egne barn eller tidligere fosterbarn. Man har muligens en oppfatning av seg selv som god og snill som tar på seg dette ansvaret, og dersom man opplever at barnet ikke viser takknemlighet eller glede, eller endrer sin problematiske atferd, kan dette gi opplevelsen av kognitiv dissonans og disposisjonelle attribusjoner/årsaksforklaringer til problemene man opplever med barnet og i (foster)foreldrerollen. Disse foreldrene kan benytte seg av defensiv attribusjon hvor de bortforklarer egen påvirkning på barnet og årsaksforklarer barnets handlinger og væremåte i barnets genetiske bakgrunn, iboende temperament og karaktertrekk. Dermed utelukker disse (foster)foreldrene eventuelt egen påvirkning i foreldre-barn-samspeillet som beskrevet tidligere i oppgaven ved transaksjonsmodellen. Eller de opplever at de ikke har de rette metodene, eller den rette personligheten for å kunne påvirke fosterbarnet sitt på en positiv måte. Dette kan føre til at de ikke klarer “å stå i det”, de blir unnvikende i sin omsorgs- og oppdragerrolle, eller går til det skritt å avvikle fosterhjemmet, og på denne måten indirekte avvise fosterbarnet.

4.4.3 Resultat for prematurkontrollgruppa

I prematurkontrollgruppa var det spørsmålet/utsagnet som hadde høyest korrelasjon med totalstress “Å være forelder er mer vanskelig enn jeg hadde forventet”. De andre utsagnene som har høyest korrelasjon med totalstress dreier seg om at barnet gjør enkelte ting som plager forelderen, at oppdragelsen av barnet er blitt mer problematisk enn forventet og at barnet avbryter kontakt. Dette er heller ikke et uventet resultat. At barnet blir født for tidlig innebærer en enorm omstilling for foreldrene samtidig som de premature barna har et annerledes reaksjonsmønster enn barn født til termin. Og selv om man skulle ha erfaring med barn fra før vil det premature barnets atferd og behov kunne være annerledes og foreldrene ha vanskeligheter med å tolke, forstå og tilpasse seg dette barnet (Landsem, Handegård, Tunby, Ulvund & Rønning, 2014). Dette fordi for tidlig fødte barn er ofte avvikende på områder for sosial kommunikasjon som smiling, etteraping og felles oppmerksomhet (Garner, Landry & Richardson 1991; Landry, Denson & Swank 1997). I tillegg vil de ofte trenge medisinsk behandling, som kan medføre mindre tid og kontakt sammen med foreldrene.

Foreldre til premature barn kan føle på dårlig samvittighet fordi det er helsepersonell mer enn dem som foreldre som tar seg av barnet når det er nyfødt. En kan tenke seg at dårlig samvittighet gir disposisjonell attribusjon og nedsettende syn på egne ferdigheter (“jeg klarer ikke å tolke barnet mitt siden det er for tidlig født, helsepersonellet forstår henne så mye bedre enn meg”), og skuffelse i forhold til forventninger gir situasjonell attribusjon (“hadde hun bare ikke vært født for tidlig så ville alt vært fint”). Slike tanker kan fungere som kognitive selvoppfyllende profetier i at foreldrene uttrykker at det ikke er noe poeng i å forsøke å forstå barnet sitt siden de ikke får det til, det er det bare helsearbeidere som klarer. Foreldrene kan trekke seg unna barnet sitt som en mestringsstrategi, men dette kan også være tegn på en svakere tilknytningsopplevelse fra mors side (Evans, Whittingham & Boyd 2012). Et forlenget sykehusopphold med intensivbehandling av det for tidlig fødte barnet avbryter en

naturlig fysiologisk kontakt mellom mor og barn (Landsem, Handegård, Tunby, Ulvund & Rønning 2014), noe som kan skade den naturlige tilknytningen.

De negative kognitive forestillingene om seg selv som forelder og/eller om barnet som lite responsivt eller samhandlende, kan følge foreldrene selv etter at barnet skrives ut fra sykehuset og videre i livet. Dette støttes blant annet av forskningen til Landsem et al. (2014) i tilknytning til Intervensjon 2000 som viser at mens foreldre i den prematurgruppa som fikk en intervensjon da de fikk et for tidlig født barn opplevde nedgang i stress målt med PSI fra barnet var seks måneder til det ble syv år, opplevde foreldrene i prematurkontrollgruppa (som ikke fikk noen intervensjon) en øking i stress målt med PSI fra barnet var ett til det ble fem år. Noe som kan tyde på at foreldreveiledning for foreldre som føder for tidlig er viktig i forhold til forebygging av foreldrestress for disse foreldrene.

4.4.4 Resultat for fulltermingruppa

I fullterminkontrollgruppa var det spørsmålet/utsagnet som hadde høyest korrelasjon med totalt stress “Siden jeg fikk et barn føler jeg at jeg nesten aldri får gjøre ting som jeg liker”. At de opplever barnet som mer utfordrende og vanskeligere å oppdra enn forventet og at de synes de har mindre tid og overskudd til egne ting er de andre utsagnene som hadde høyest korrelasjon med totalt stress i denne gruppa, som er en slags kontrollgruppe i forhold til de andre da det “ikke var noe” med disse barna ved fødselstidspunktet. Jeg tenker at disse attribusjonene et uttrykk for hvordan noen foreldre kan tenke etter at de har blitt foreldre. Og at foreldre som tenker slik opplever seg litt mer stresset enn de som ikke har opplevelsen av at de ikke lenger kan gjøre ting de liker, eller godtar i større grad at dette er en naturlig konsekvens av å bli forelder. Analysen viste at stressnivået i denne gruppa lå betydelig lavere

enn i de andre gruppene og dette kan tolkes som uttrykk for vanlig foreldrestress i vanlige familier.

4.5 Svakheter ved oppgaven

Den største svakhet ved denne oppgaven er at jeg ikke har noen mål på foreldrenes foreldrekompetanse eller på barnas egenskaper og atferd. Dermed baserer jeg meg kun på analyser av PSI-data og egen fortolkning av disse i lys av kognitiv attribusjonsteori.

PSI-data er et resultat av foreldres subjektive attribusjon av stress på en spesifikk dag i og med at PSI er et selvutfyllingsskjema som skal fylles ut der og da. PSI er et forholdsvis langt skjema og jeg tenker at noen foreldre kan oppleve det som en belastning å måtte fylle ut et så langt skjema. Ikke minst å skulle ta et dypdykk i sine egne foreldre- og samspillsferdigheter, sine barns karaktertrekk og evner, og så rapportere om disse. Man kan derfor spørre seg hvor sannferdig foreldrene svarer, og om svarene kan tendere til å bli mer ukorrekte utover i testen fordi foreldrene blir slitne i løpet av tiden det tar å fylle ut skjemaet? Men dette vil være et problem ikke bare knyttet til PSI, men til alle slike selvrapporteringsinstrument. Her kan også responsbias som sosial ønskelighet eller føyelighet slå ut (Friborg, 2010). Data kan også bli influert av hvordan utsagnet formuleres eller spørsmålet stilles. I PSI er disse ofte problemorienterte og dette kan muligens føre til at foreldrene ledes til å overdrive eller underdrive i svarene sine.

I de tre studiene som vårt datasett baserer seg på, ble datamengden dimensjonert ut fra et ønske om å studere gruppeforskjeller. Det var derfor aldri tanken at det skulle gjøres en

konfirmatorisk faktoranalyse på den faktormodellen som har blitt foreslått av utvikleren (Loyd & Abidin, 1985) i de enkelte studiene. Hadde så vært tilfelle ville poweranalysen i de aktuelle studiene sett annerledes ut. Med totalt 101 indikatorer for 13 latente variabler, så kan vi altså si at vi har en meget «stor» CFA-modell, og modellens størrelse og hva som er tilstrekkelig utvalgsstørrelse henger sammen (Muthén & Muthén, 2002; Brown, 2015). Men man skal være skeptisk til tommelfingerregler som angår hvor mye data man trenger i en CFA, fordi utvalgsstørrelsen avhenger av mange ting (Muthén & Muthén, 2002; Harrington, 2009). Harrington rapporterer om studier som viser at man kan oppnå tilstrekkelig presise parameterestimerer og pålitelige «goodness-of-fit» -tester, hvis forholdet mellom antall observasjoner og antall parametere som skal estimeres er så lavt som 4:1 eller 5:1. Den 2.-ordens CFA-modellen som er indikert av Figur 1 estimerer 513 frie parametere, slik at jeg er langt under det antall observasjoner som vanligvis kreves i en slik analyse. Men en modell med mer parametere enn personer er identifiserbar fordi denne modellen har 4935 frihetsgrader. Estimeringsmetoden WLSMV er ifølge Brown (2006) den metoden som fungerer best når man skal gjøre CFA med kategoriske indikatorer, og er den metoden jeg valgte å bruke (men det vil være usikkerhet til gyldigheten parameterestimerer og goodness-of-fit-tester for disse på grunn av relativt liten datamengde).

En CFA-modell med kategoriske indikatorer vil i dette tilfellet innebære at mange parametere må estimeres. I en situasjon med mange kategoriske indikatorer er det ifølge Byrne (2012) flere ting som gir behov for stor datamengde. Med 101 indikatorer, så estimeres totalt inntil 402 terskler (thresholds) mellom kategorinivåene (inntil 4 terskler pr. indikator; for to indikatorer er det maksimalt tre terskler). Disse tersklene er i bruk i forbindelse med estimering av korrelasjonsmatrisen som inngår i CFA-analysen. Stor datamengde vil medføre en økt sjanse for at enkeltkategoriene (datacellene) fylles opp med data, mens lite data vil

kunne medføre at enkelte celler har få eller ingen observasjoner. I vårt tilfelle har vi bra med data i de fleste cellene (mer enn 90 % av de vel 500 datacellene har mer enn 5 observasjoner), sannsynligvis fordi vi har data fra ulike populasjoner: I en populasjon med friske fullbårne barn vil forekomsten av stress kunne være lav, og enkeltspørsmålene i PSI blir da meget skjevfordelte med de fleste observasjonene i lavstresskategoriene. Hvis man bare har data fra en slik populasjon i en CFA-analyse med kategoriske indikatorer, vil man lett kunne få estimeringsproblemer fordi det er få observasjoner i mange enkeltceller ifølge Byrne (2012). Når vi i vårt tilfelle f.eks. kan supplere en slik populasjon med data fra en høyrisikopopulasjon som den vi har i De utrolige årenes kliniske prosjekt med betydelig høyere stressnivå, så får vi mindre skjevfordelte data og mer velfylte celler i høystresskategoriene.

Vi har i tillegg til ikke-normalfordelte ordinale indikatorer, også manglende data på enkeltindikatorer, og dette er med på å øke kravet til stor utvalgsstørrelse hvis man skal gjøre en CFA (Muthén & Muthén, 2002; Brown, 2006). Det å foreta en CFA på det som i denne sammenhengen kan anses som lite hensiktsmessig på grunn av det høye antallet faktorer, og det høye antallet faktorladninger og terskler som skal estimeres. Byrne (2012) påpeker at kravet til antall observasjoner også øker ved økende antall faktorer, og med 13 faktorer føler jeg at vi har en større CFA-modell enn det jeg har funnet beskrevet i de bøkene og artiklene jeg har gått igjennom under letingen etter stoff om CFA. Derfor kan jeg ha for få observasjoner til å kunne oppnå tilstrekkelig presisjon og pålitelighet for CFA-modellen for PSI. Men jeg valgte likevel å gjennomføre en slik analyse ut fra at de fleste kategoriene/cellene har mer enn fem observasjoner.

Med et stort datasett med PSI-data kan en multigruppe konfirmatorisk faktoranalyse være interessant å gjennomføre, i og med at vi i denne oppgaven opererer med fire ulike

populasjoner. I en multigruppe-CFA kunne man bl.a. hatt muligheten til å teste invarians av faktorladninger i gruppene (Muthén & Muthén, 2010). En slik analyse vil kunne være av verdi for å vurdere om man kan bruke konstruktet til å sammenligne ulike grupper. Hvis de ulike indikatorene ikke måler stress på samme måte i ulike populasjoner, har man ingen garanti for at gruppesammenligninger som gjøres er meningsfulle (Steinmetz et al., 2009).

Med en såpass stor modell som vi har i dette tilfellet, og bare ca. 65-200 observasjoner pr. analysegruppe, har vi for lite data for å gjøre en presis og pålitelig multigruppeanalyse med tanke på modellens kompleksitet og store antall parametere. I tre av fire analysegrupper ville vi f.eks. ha færre observasjoner enn faktorladninger som skal estimeres. Jeg har gjort gruppesammenligninger under forutsetning av at faktormodellene er like i de populasjonene som sammenlignes. Som følge av at det ikke er gjort noen invariansanalyse, så kan vi ikke vite om vi har grunnlag til å gjøre dette, noe som kan være en begrensning med disse analysene.

I forhold til diskusjonen av resultatene i lys av kognitiv attribusjonsteori ligger svakheten i at det er oppgaveforfatteren som gjør tolkninger av hvilke holdninger og kognitive attribusjoner disse foreldrene har om seg selv som foreldre, og om barna sine. Disse tolkningene kan være både mangelfulle og/eller uriktige. Det er derfor viktig å vise varsomhet når det gjelder fortolkningene av resultatene i denne oppgaven.

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg villet se hvordan kognitiv attribusjon kan ha påvirket opplevd stressnivå i fire ulike grupper med foreldre basert på utsagn på spørreskjemaet Parenting Stress Index (PSI). Derfor har jeg gjort en konfirmatorisk faktoranalyse av PSI mot

data benyttet i denne oppgaven for å teste statistisk om PSI holder i nye utvalg. Abidins modell viste akseptabelt modellfit, og når det gjelder signifikans av faktorladninger, så var alle indikatorene signifikant assosiert med tilhørende faktor bortsett fra noen få. Bare 14 av 101 standardiserte faktorladninger er under 0,50, så de fleste indikatorene korrelerer relativt høyt med den faktoren de er tiltenkt.

Videre har jeg sett på hvordan styrkeforholdet mellom kognitiv attribusjon, målt ved enkeltutsagn på PSI, korrelerer med totalt stress. Både for alle gruppene samlet, og gruppevis. Resultatet av sammenligningen mellom gruppene viste at rangeringen av analysegruppens stressnivå var omtrent som man kunne forvente, foreldre til barn med atferdsvansker lå høyest etterfulgt av foreldre til for tidlig fødte barn og deretter fosterbarn på totalt stress og foreldredomenet. På barnedomenet lå gruppa med foreldre som hadde barn med atferdsvansker igjen høyest på foreldrestress mens fosterhjemsgruppa hadde nest høyest skår, etterfulgt av prematurkontrollgruppa og fulltermingruppa. Det kan virke som det både i prematur-, fosterhjem- og DUÅ-gruppa også er egenskaper ved barnet som påvirker foreldrenes attribusjon som igjen påvirker opplevelse av foreldrestress.

Det at man får resultater som er logiske eller som man forventer, berører det som har med validitet å gjøre. Dette resultatet er derfor et pluss for PSI som måleinstrument av stress, og selv om validitet har mange dimensjoner, så gir denne analysen en indikasjon på at i alle fall ett viktig validitetselement er oppfylt; nemlig at PSI kan gjenskape forventede gruppeforskjeller.

Det kan se ut som om dersom foreldrene har kognitive oppfatninger av seg selv som foreldre med lav foreldrekompetanse og/eller at de opplever utfordringer i foreldrerollen vil dette korrelere med høyt stressnivå på totalt stress og foreldredomenet. Basert på hvilke utsagn på PSI som hadde høyest korrelasjon på totalt stress kan det virke som foreldrene i

DUÅ-gruppa, som lå signifikant høyere enn de andre gruppene på totalt stress, opplevde mer skyld, skam og utfordringer i foreldrerollen. Disse foreldrene lå, som tidligere rapportert, signifikant høyere enn de andre analysegruppene på totalt stress.

Foreldrene i fulltermin-gruppa lå lavest i stressnivå på totalt stress, foreldre- og barnedomenet. Disse foreldrene har i denne masteroppgaven fungert som en referansegruppe og jeg tenker at resultatet i denne gruppa er et uttrykk for normalt stress for familier med barn.

Det kan argumenteres for at den emosjonelle tolkningen foreldre gjør av intensjonen ved sin egen eller sitt barns atferd påvirker hvordan de vil årsaksforklare sosiale hendelser mellom seg og barnet sitt. Foreldres attribusjon i samhandling med sitt barn kan forårsake et mønster av dysfunksjonelt foreldreskap hvor de enten velger å skape avstand til barnet sitt ved å ha minst mulig interaksjon eller være totalt ettergivende, noe som kan karakteriseres som unngåelsesatferd, muligens som en beskyttelsesstrategi mot kognitiv dissonans. Eller de benytter seg av negative, autoritære oppdragelses- og grensesettingsstrategier fordi disse er de eneste de kjenner til, noe vi vet fra forskningslitteraturen at øker risikoen for utviklingspsykologisk skjevutvikling deriblant sosiale-, emosjonelle- og atferdsvansker hos barnet.

Abidin (1990) hevder at det ikke eksisterer en oppskrift for foreldrekompetanse, men at foreldre som lykkes i sin oppdragerrolle karakteriseres av at de benytter mange, ulike strategier, og tilpasser dem fra situasjon til situasjon.

I Norge i dag har vi flere foreldreveiledningsprogram som kan tilbys familier der barn har atferdsvansker, der barn og foreldre har alvorlige samspillsproblemer, eller står i fare for en uheldig utvikling i foreldre-barn forholdet. Dette er blant annet tiltak som Circle of Security (COS), De Utrolige Årene (DUÅ), Parent Management Training (PMT), Tidlig Identifikasjon av Barn I Risiko (TIBIR), Marte Meo Metoden, og International Child

Development Program (ICDP foreldreveiledningsprogrammet). Slik strukturert, gruppebasert eller individuell, foreldreveiledning kan være et effektivt virkemiddel for å endre foreldres oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil, utvide oppdragerrepertoaret, og for å styrke deres opplevde kompetanse i foreldrerollen. I tillegg har de fleste av disse programmene i sitt innhold fokus på stress-redusering hos foreldre med dertil følgende øvelser. Forskningen til Landsem et al. (2014) viser at dette også gjelder for premature barn.

Ved å identifisere de familiene som sliter og tilby foreldrene foreldreveiledning, kan vi ifølge forskningslitteraturen drøftet i denne oppgaven, forvente å påvirke risikofaktorene og beskyttelsesfaktorene for disse barna, forhåpentligvis så mye at barnet vil kunne unngå å utvikle psykisk sykdom og atferdsforstyrrelser.

Referanseliste

Sitatet på forsiden er hentet fra:

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-10 and 421-31; reprinted 1979, New York: Methuen; London: Tavistock.
- Aarnoudsen-Moens, C. S. H., Weiglas-Kuperus, N., van Goudover, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or low birth weight children (Review article). *Pediatrics* 124, 717-728. doi: 10.1542/peds.2008-2816.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index: manual (PSI)*. Charlottesville, Va.: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3.ed). Odessa, USA: Psychological Assessment Resources, Inc. Oversatt til norsk av John A. Rønning, Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, Universitetet i Tromsø, etter tillatelse fra PAR.
- Arnsten, A. F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function, *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410-422.
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42, 815–824.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 9-52.

- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*, vol. 3 of *Attachment and loss*, London: Hogarth Press; New York: Basic Books; Harmondsworth: Penguin.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus T. (2006). *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Browne M. W., & Cudeck R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. In: Bollen, K, Long J. (eds.), *Testing Structural Equation Models*. Sage; Newbury Park, CA. pp. 136–162.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. 2nd edition. New York: Guilford.
- Byrne, B. M. (2012). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Taylor and Francis Group.
- Clausen, S.-E., & Kristofersen, L. B. (2008). *Barnevernsklinter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie*. Oslo: NOVA.
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10, 45-59.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(3), 314-332.
- Dempster, A., Laird, N., & Rubin, D. (1977). Maximum likelihood from incomplete data via the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society*, 39, 1–38.
- Dyrdal, G. M., Røysamb, E., Nes, R. B., & Vittersø, J. (2011). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12, 947–962.

- Egelund, T., & Lusten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out of home care in Denmark. *Child and Family Social Work, 14*, 156-165.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. N. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavioral Development 1-11*. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.10.002.
- Festinger L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Ford, T., Vostmanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among children looked after by the local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry, 190*, 319-325.
- Fossum, S., Mørch, W.-T., Handegård, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology, 48*, 375-382.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M., & Mørch, W.-T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 438-451.
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders M. R., & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review, 30*, 493-501.

- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I M. Martinussen (Ed.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (s.15-54). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B, Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socioeconomic status, schoolfailure and drugabuse – a Swedish national cohort study. *Addiction*. Aug, 108, 1441-9 Doi:10.1111/add.12169
- Hansen T. (2013). Parenthood and happiness: a Review of Folk Theories Versus Empirical Evidence. *Social Indicators Research*, 108, 29-64
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. (Pocket Guides to Social Work Research Methods Series). New York, NY: Oxford University Press.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 302-312.
- Heider, F. (1944). Social Perception and Phenomenal Causality. *Psychological Review*, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*, John Wiley& Sons, New York.
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 639-695.
- Holtan, A., Rønning, J. A., Handegård, B. H., & Sourander A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *Europeen Child Adolescense Psychiatry*, 14, 200-207.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods*, 6, 53–60.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*, pp. 76-99. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Iversen, A. C., Hasvik, T., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2008). Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barneverntjenesten. *Norges barnevern* 1, 3-9
- Kaaresen, P. I., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*, 118, e9-e19. doi: 10.1542/peds.2005-1491.
- Kornør, H., & Martinussen, M. (2011). PSI: Parenting stress Index, 3. versjon. I H. Kornør (red.), *PsykTestBARN*. Hentet 27.04.2015 fra <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/psi>.
- Kayed, N. S, Rimhaug, T., Tjelflaat, T, Brubakk, A. M., & Wickstrøm, L. (2015). *Resultater fra et forskningsprosjekt: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Trondheim: NTNU.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: "Psychosocial treatments for conduct disorder in children". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kenny, D. A. (2015). Measuring Model Fit. Hentet fra <http://davidakenny.net/cm/fit.htm>.
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24, 573-587.
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325.

- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Muller, K. E., & Nizam, A. (1998). *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*, 3rd Edition, Duxbury Press.
- Landsem, I. P., Handegård, B. H., Tunby, J., Ulvund, S. E., & Rønning, J. A. (2014). Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials* 2014, 15:387.
<http://www.trialsjournal.com/content/15/1/387>
- Larsson, B., Fossum, S. Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W-T. (2009). Treatment of Oppositional Defiant and Conduct Problems in Young Norwegian Children: Results of a Randomized Controlled Replication Study. *European Child and Adolescent psychiatry*, 18, 42-52.
- Lovallo, W. R. (2005). *Stress & Health. Biological and Psychological Interactions*. 2ed, Sage Publications, Inc. Thousand Oaks.
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 169–177. doi:10.1093/ jpepsy/10.2.169.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (no.IS-1419). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.M. Seyfart Trykkeri AS.
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, A., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling, Integrating CFA and EFA: Application to Students' Evaluations of University Teaching. *Structural Equation Modeling*, 16, 439-476.
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder and adaption*. Second ed., Vol. 3. pp. 570-598. Hoboken: John Wiley and sons Inc.

- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Structural Equation Modeling*, 4, 599-620.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *Mplus: Statistical analysis with latent variables user's guide*, 6th edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Reedtz, C., Handegård, B. H., & Mørch, W.-T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131-137.
- Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1174-1179.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=280659&a=3.
- Sanders M., Calam, R., Durand M., Liversidge, T., & Carmont, S. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 924-932.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Skogen J. C., & Torvik, A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Rapport: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Solholm, R., Askeland, E., Christensen, T., & Duckert, H. (2005). Parent Management Training – Oregon – modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 587-597.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnalderen*. 2ed. Universitetsforlaget. Oslo.

- Steinmetz, H., Schmidt, P., Tina-Booh, A., Wieczorek, S., & Schwartz, S. H. (2009). Testing measurement invariance using multigroup CFA: differences between educational groups in human values measurement. *Quality & Quantity*, 43(4): 599-616.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach`s alpha, *International Journal of Medical Education*, 53-55.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Webster-Stratton, C. (2007). *De utrolige årene, en foreldreveileder*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- PAR: *Assessment of Parenting Stress and the PSI-4 SF*. (2013). Hentet 27.4.2015 fra <http://www4.parinc.com/Search.aspx?q=Parenting%20Stress%20Index>
- <http://www.Ssb.no/sok?sok=barnevern>. Hentet 10.4.2015.
- Nordahl, T., Sørli, A.-M., Tveit, A., & Manger, T. (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen. Veileder for skoleeiere og skoleledere*.
- Utdanningsdirektoratet (2003). www.skoledata.net. Hentet 21.04.2014.