

Adoptiv- og biologiske foreldres selvrapportering av depresjon, angst og personlighetstrekk etter å ha fått barn.

Marlene Lykseth



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015

Adoptiv- og biologiske foreldres selvrapportering av depresjon, angst og personlighetstrekk etter å ha fått barn

© Marlene Lykseth

År 2015

Tittel: Adoptiv- og biologiske foreldres selvrapporing om depresjon, angst og personlighetstrekk etter å ha fått barn

Forfatter: Marlene Lykseth

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å se om det fremkommer forskjeller på adoptivforeldre og biologiske foreldre ved sammenligning av depresjon, angst og personlighetstrekk. Ettersom adoptivforeldre må gjennom en lang utvelgelsesprosess, ses det som interessant om dette gir utslag ved måling av psykisk helse som depresjon og angst, og om de tenderer å skåre relativt likt på personlighetstrekk. Oppgaven vil også se på kjønn, hva som fremkommer ved sammenligning innad i gruppen og på tvers.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i datamaterialet fra forskningsprosjektene "Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling" og "Barns sosiale utvikling". "Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling" er søsterprosjektet til "Barns sosiale utvikling" som er i regi av atferdssenteret. Prosjektene er longitudinelle med en kvantitativ tilnærming og survey som metode. Datainnsamlingen har foregått ved hjelp av spørreskjema, tilsendt per post eller via telefon. Dataene fra søsterprosjektet er behandlet i SPSS (Statistical Package for Social Science), mens hovedprosjektet har tilsendt ferdig utregnet gjennomsnittsverdi og standardavvik. Derfra har det blitt benyttet et regneprogram i Excel, hvor signifikansverdien har blitt regnet ut.

Resultatene fra undersøkelsen viser at adoptivforeldrene skårer signifikant lavere på symptomer knyttet til depresjon, angst og fødselsdepresjon/depresjon etter å ha fått barn. Adoptivforeldrene skårer også signifikant lavere på personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisme.

Forord

Endelig i mål! Dette har vært en lang og bratt vei å gå, men det føles fantastisk å være ferdig.

Jeg vil takke mine to veiledere, Steinar Theie og Monica Dalen, for muligheten til å delta i deres forskningsprosjekt. Takk for all veiledningstid og hjelp jeg har fått.

En stor takk går til deg, min kjære Håvard! Takk for all støtte og omsorg du har vist, spesielt i periodene jeg selv ikke klarte å holde motet oppe. Takk for alle trilleturene du har tatt med Synne, slik at jeg har fått tid til å skrive. Du er fantastisk!

Takk til alle dere andre, familie og venner, som ikke har mistet troen på meg og heiet meg frem til mål!

Marlene Lykseth

Porsgrunn, mai 2015

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Tema	1
1.2	Problemstillinger og formål	2
1.3	Avgrensning og begrepsavklaringer	2
1.3.1	Avgrensning	2
1.3.2	Begrepsavklaring	3
1.4	Oppgavens oppbygning	3
2	Adopsjon	5
2.1	Historikk og tall	5
2.2	Generelle vilkår for adopsjon	6
2.2.1	Krav som stilles ved adopsjon	7
2.3	Forslag til endringer av regelverket	10
2.4	Adoptivforeldre	12
2.5	Adoptivbarnet	12
2.6	Saksbehandlingen	13
2.7	Tiltak før og etter adopsjon	14
2.8	Adopsjonsforberedende kurs	14
2.9	Tiltak i etterkant av en adopsjon	16
3	Psykisk helse	17
3.1	Depresjon	17
3.1.1	Kjønnsforskjeller ved depresjon	18
3.2	Angst	19
3.2.1	Kjønnsforskjeller ved angst	20
3.3	Fødselsdepresjon	21
3.3.1	Kjønnsforskjeller ved fødselsdepresjon	21
3.4	Personlighet	22
3.4.1	Eysenck's personlighetsmodell	22
3.4.2	Personlighet og kjønnsforskjeller	24
4	Forskningsmetode	26
4.1	Longitudinell panelstudie	26
4.2	Kvantitativ metode og survey	26

4.3	Ikke- eksperimentelt design.....	27
4.4	Utvalget	28
4.5	Instrumenter og skalaer	29
4.5.1	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-13)	30
4.5.2	Depresjon etter å ha fått barn (biologisk eller adoptert).....	31
4.5.3	Personlighetstrekk	32
5	Validitet.....	34
5.1	Statistisk validitet	34
5.2	Begrepsvaliditet	35
5.3	Ytre validitet	36
5.4	Reliabilitet	37
5.5	Forskningsetiske hensyn.....	37
6	Resultater.....	39
6.1	Gjennomsnittsverdi, standardavvik og signifikansnivå.....	39
6.1.1	Gjennomsnittsverdi	39
6.1.2	Standardavvik.....	40
6.1.3	Signifikansnivå.....	40
6.1.4	Normalfordeling og skjevhet.....	40
6.2	Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor depresjon og angst.....	41
6.2.1	Sammenligning av mødrenes og fedrenes skårer ved depresjon og angst.....	42
6.3	Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor depresjon etter å ha fått barn	42
6.3.1	Sammenligning av mødrenes og fedrenes skårer ved depresjon etter å ha fått barn	43
6.4	Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor Eysencks personlighetstrekk; ekstravert og nevrotisisme.....	44
6.4.1	Sammenlikning av mødrenes og fedrenes gjennomsnittskårer ved personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisisme.....	46
6.5	Sammenfatning av resultatene	46
7	Drøfting av resultatene	48
7.1	Hopkins Symptom Checklist	48
7.1.1	Adoptivmødre og biologiske mødre.....	48
7.1.2	Adoptivfedre og biologiske fedre.....	49
7.1.3	Forskjeller ved sammenligning av kjønn	50
7.2	Edinburgh depression scale	51

7.2.1	Adoptivmødre og biologiske mødre.....	52
7.2.2	Adoptivfedre og biologiske fedre.....	53
7.2.3	Forskjeller ved sammenligning av kjønn	55
7.3	Eysenck personlighetstrekk ekstravert	55
7.3.1	Adoptivmødre og biologiske mødre.....	55
7.3.2	Adoptivfedre og biologiske fedre.....	56
7.3.3	Forskjeller ved sammenligning av kjønn	56
7.4	Eysenck personlighetstrekk nevrotisisme.....	57
7.4.1	Adoptivmødre og biologiske mødre.....	57
7.4.2	Adoptivfedre og biologiske fedre.....	57
7.4.3	Forskjeller ved sammenligning av kjønn	58
7.4.4	Sammensetning av ekstravert-introvert og nevrotisisme	58
8	Konklusjon og oppsummering	60
	Litteraturliste	61
	Vedlegg 1	66

Tabelloversikt

Tabell 1: Adoptivbarnas fordeling på kjønn og fødeland.....	29
Tabell 2: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for depresjon og angst (HSCL-13).....	31
Tabell 3: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for depresjon etter å ha fått barn (Edinburg depression scale).....	32
Tabell 4: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for personlighetstrekket nevrotisisme (Eysenck Personality Questionnaire).....	33
Tabell 5: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for personlighetstrekket ekstravert (Eysenck Personality Questionnaire).....	34
Tabell 6: Mødrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst etter å ha fått barn..	41

Tabell 7: Fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst etter å ha fått barn.....	41
Tabell 8: Mødrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon etter å ha fått barn.....	42
Tabell 9: Fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon etter å ha fått barn.....	43
Tabell 10: mødrenes selvrappoterering innenfor personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisisme.....	44
Tabell 11: fedrenes selvrappoterering innenfor personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisisme.....	44

1 Introduksjon

I denne delen vil tema, problemstilling og formål bli presentert. Videre følger avgrensning og begrepsavklaring, før det blir gjort rede for oppgavens oppbygning.

1.1 Tema

Å bli biologiske foreldre krever ingen form for godkjenning fra staten. Barn blir født inn i hjem hvor det ikke stilles krav til stabilitet i forholdet, foreldrenes alder, økonomi, eller fysisk og psykisk helse. Om man ønsker å adoptere et barn derimot, må man gjennom en lang søknadsprosess (www.adopsjonsforum.no). Søknadsskjemaer og dokumenter er en del av prosessen, og i tillegg stilles det visse krav fra myndighetene. Kravene finnes i adopsjonsloven og omhandler blant annet: ekteskapets varighet, alder, helse og økonomi (www.adopsjonsforum.no). Formålet med adopsjon er å sikre trygge og gode foreldre til barn som vurderes å ikke få en god oppvekst (NOU 2009). I arbeidet med å finne gode omsorgspersoner blir man som adoptivforeldre nøye utvalgt.

Masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet “Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling”, med Monica Dalen som prosjektleder. Prosjektet er søsterprosjektet til “Barns sosiale utvikling” ved Atferdssenteret i Oslo. Ettersom jeg tar utgangspunkt i datamateriale fra begge prosjektene, vil begge bli omtalt videre i oppgaven. Jeg har valgt å konsentrere meg om foreldredataene i prosjektene og får da tilgang til data fra både adoptivforeldre og biologiske foreldre. Ettersom forskjellen på disse to gruppene er at en av gruppene blir nøye utvalgt, synes jeg det er interessant å se om det finnes forskjeller ved sammenligning av resultater.

1.2 Problemstillinger og formål

I oppgaven vil det bli diskutert omkring en hovedproblemstilling og en underproblemstilling. Problemstillingene er som følger:

Hvilke forskjeller kan ses hos de to gruppene, adoptivforeldre og biologiske foreldre, ved måling av depresjon, angst og personlighetstrekk etter å ha fått barn?

- *Hvordan kommer kjønnsforskjeller til syne ved sammenligning av gruppene?*

Formålet med problemstillingene er å se på om den nøye utvelgelsen faktisk bidrar til en forskjell mellom adoptivforeldre og biologiske foreldre når det gjelder psykisk helse som depresjon og angst og ved undersøkelse av personlighetstype. Det anses også som interessant og se om det er forskjeller hva angår kjønn og eventuelt hvordan dette kan forklares. Resultatene fra oppgaven kan ses som relevante da man kan få et bilde av om dagens krav til adoptivforeldre bidrar til en forskjell på gruppene, basert på de skalaene jeg har valgt å sammenligne.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaringer

1.3.1 Avgrensning

Masteroppgaven tar, som nevnt tidligere, for seg depresjon, angst og personlighetstrekk hos adoptivforeldre og biologiske foreldre for å undersøke om det finnes forskjeller når disse to gruppene sammenlignes. Ettersom oppgavens formål er et ønske om å belyse om kriteriene bidrar til at adoptivforeldrene skiller seg ut, kunne det også vært interessant å se hvorvidt det er forskjeller mellom barna i de to foreldregruppene; om eventuelle forskjeller hos foreldregruppene har innvirkning på for eksempel atferd eller sosial kompetanse hos barna. Ettersom tilgangen til data om de biologiske foreldrene og barna deres har vært begrenset, ble det likevel naturlig å avgrense til ovennevnte tema og problemstillinger.

1.3.2 Begrepsavklaring

Begrepet internasjonal adopsjon vil bli brukt gjennom oppgaven og vil vise til barn som er adoptert fra utlandet. Begreper som “adoptivforeldre”, “adoptivmødre” og “adoptivfedre” blir hyppig brukt og det snakkes da om foreldre i en søknadsprosess eller som har adoptert fra utlandet. God “psykisk helse” er et av kravene for å bli adoptivforelder og benyttes tidvis i oppgaven. Betydningen av begrepet dreier seg i hovedsak om depresjon og angst om ikke annet er spesifisert. En generell betydning av begrepet vil likevel bli redegjort for senere i oppgaven. Begrepene “fødselsdepresjon” og “depresjon etter å ha fått barn” blir brukt om hverandre med samme betydning. Ettersom adoptivmødre og fedre ikke har født, vurderes “fødselsdepresjon” som et mindre passende begrep for denne gruppen. Begreper som adopsjon, depresjon, angst og personlighetstrekk, vil bli redegjort for under de respektive kapitlene. Dette vil også gjelde for begrepene gjennomsnittsverdi, standardavvik og signifikansnivå.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven deles inn i 8 ulike kapitler. Kapittel 1 er ment å gi en oversikt over oppgavens tema, problemstillinger, formål, avgrensning og begrepsavklaringer. Videre følger kapittel 2 som i hovedsak tar for seg teori om adopsjon, fakta og historikk samt adopsjonsprosessen, hvilke krav som stilles, vurdering av endring av adopsjonsloven, adoptivforeldre, adoptivbarn og oppfølging før og etter adopsjon. I Kapittel 3 vil det kort blir redegjort for begrepet psykisk helse, samt begrepene depresjon, angst og personlighetstrekk, herunder ekstravert-introvert og nevrotisme- emosjonelt stabil. I tillegg vil det bli redegjort for kjønnsforskjeller innenfor disse tre områdene. Kapittel 4 omhandler forskningsmetode og design hvor valg av metode, utvalg og instrumenter og skalaer blir presentert. I kapittel 5 blir det redegjort for validiteten, hvor statistisk validitet, indre validitet, ytre validitet, begrepsvaliditet og begrensninger blir gjennomgått. Forskningsetiske hensyn knyttet til gjennomføringen av undersøkelsen vil også bli belyst i dette kapittelet. Kapittel 6 innledes med en redegjørelse av begrepene gjennomsnittsverdi, standardavvik og signifikansnivå. Deretter blir resultatene presentert ved hjelp av tabeller. Disse blir analysert og drøftet videre i kapittel 7. Kapittel 8 er oppgavens siste kapittel hvor avsluttende kommentar og konklusjoner blir presentert.

2 Adopsjon

Adopsjon vil si å ta imot barnet som sitt eget (www.regjeringen.no) I dagens samfunn kan det å få barn ses som en selvfølge mens barnløshet nærmest blir sett på som en sykdom. Ønske om barn kan løses ved adopsjon, derfor velger blant annet mange barnløse par å adopterer. Adopsjon vil antakeligvis føre til en stor forandring i livet til foreldrene som mottar barnet. For adoptivbarnet kan det bety en ny start ettersom mange adoptivbarn ofte har hatt en tøff start på livet. Det nye barnet blir starten på en familie som nå skal etablere nære bånd og relasjoner, og de nybakte foreldrene skal skape et trygt og kjærlig hjem (Vonheim, 2013).

2.1 Historikk og tall

Frem til midten av 1960-tallet var det vanlig å adoptere innenfor landegrensene i Norge. Dette kom av at noen barn ikke hadde mulighet til å vokse opp hos sine familier grunnet mangel på ressurser. Med den økte velstanden i landet minket etter hvert antall barn med behov for å bli adoptert. Man vendte seg mot andre land og den første internasjonale adopsjonen skjedde på slutten av 1960-tallet (Dalen & Rygvold, 2012). Adopsjoner i Norge har de siste 40-50 årene i stor grad omhandlet barn fra land preget av fattigdom og nød (Vonheim 2013).

Utenlandsadopsjoner har siden starten vist en stadig økning (Dalen og Rygvold, 2012). De siste årene har det i midlertidig snudd. Tall fra statistisk sentralbyrå viser en nedgang på 33,3 prosent av utenlandsadopterte barn i 2013, sammenlignet med året før. I alt ble det gjennomført 154 utenlandsadopsjoner i Norge i 2013. For første gang siden 1981 ble det gjennomført færre utenlandsadopsjoner enn stebarnsadopsjoner. Fra 2003 til 2013 kan man se en nedgang på 76,5 prosent, noe som indikerer at antall utenlandsadopterte barn er svært synkende (www.ssb.no).

En nedgang i antall adopsjoner kan blant annet skyldes at flere land har begynt å se kritisk på egen adopsjonspraksis ettersom bevisstheten omkring menneskehandel har økt. Dette medfører sannsynligvis en skepsis rundt å frigi barn for internasjonal adopsjon, og adopsjon innad i landet blir mer aktuelt (NOU 2009:21, 2009). Som en konsekvens av at det blir færre

barn tilgjengelig for adopsjon vil de aktuelle barna som oftest ha en høyere alder. I tillegg ses det et økt behov for støtte og oppfølging (NOU 2009:21, 2009).

2.2 Generelle vilkår for adopsjon

“For å kunne adoptere et barn fra et annet land, må man tilfredsstille to lands regelverk, regelverket i Norge og regelverket [sic] i barnets hjemland”

(<http://www.adopsjonsforum.no/adopsjon/prosessen/1604/adopsjonsregler>).

I mars 2013 vedtok regjeringen endringer i adopsjonsloven (www.regjeringen.no). Det ble foretatt en endring i adopsjonsloven § 16 e med en utvidet hjemmel for departementet til å fastsette forskrift om utenlandsadopsjon. Etter endringen lyder bestemmelsen i adopsjonsloven § 16 e fjerde ledd slik:

”Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om behandlingsmåten, utredning av søkerne, vilkårene for å gi forhåndssamtykke og kravene til søkerens egnethet, herunder krav til alder, helse, vandel, samlivets varighet, økonomi, bolig og deltakelse på adopsjonsforberedende kurs. Departementet kan i forskrift også stille særlige krav til enslige søkere.” (<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/rundskriv-q-282015-med-kommentarer-til-forskrift-om-adopsjon-av-barn-fra-utlandet/id2393520/>).

Forskriften ble gjeldende fra 1. februar 2015 og gjelder for søknader om forhåndssamtykke som har kommet til Barne-, ungdoms- og familieetaten 1. februar 2015 eller senere (www.regjeringen.no). Ettersom utvalget i denne oppgaven er vurdert ut fra tidligere regler og krav, vil ikke den nye forskriften bli kommentert videre i oppgaven.

Formålet med internasjonal adopsjon er å sikre gode foreldre til barn som ikke vurderes å kunne få en trygg og god oppvekst i hjemlandet. I mange tilfeller har barnet behov for ekstra støttebehov. Behovet medfører at det stilles store krav til de aktuelle søkerne og gjerne spesifikke krav. Foreldrene må blant annet vurderes til å ha kapasitet til å kunne påta seg spesielt krevende omsorgsoppgaver (NOU 2009:21,2009)

Regjeringens forskrift om adopsjon fra utlandet §1 virkeområde og formål, tar for seg regler knyttet til krav til søkerne og behandlingsmåte ved forhåndssamtykke av adopsjon (www.regjeringen.no). Kravene skal sikre at adopsjonen blir til barnets beste, et prinsipp som angis i adopsjonsloven §2, av FN's barnekonvensjon og Haagkonvensjonen. I prinsippet om barnets beste ligger det at barnet bør bo i et hjem hvor det blir møtt med kjærlighet og forståelse. Selv om de norske kravene til forhåndssamtykke blir oppfylt kan enkelte samarbeidsland ha egne krav. Dette kan være krav til søkerens alder, helsetilstand, vandel og samlivsform (www.regjeringen.no).

2.2.1 Krav som stilles ved adopsjon

Kravet om "til gagn for barnet" omfatter svært mye fordi det innebærer en helhetsvurdering av om adopsjonen er det beste for barnet det gjelder. Deriblant vil det være snakk om en fremtidsvurdering i et livsperspektiv ettersom adopsjonen vedvarer og kan ha virkninger for barnet livet ut. Ved en slik vurdering vil barnets livssituasjon stå sentralt. Her vurderes eksisterende familie og relasjon til disse samt forhold ved adoptivsøker. Det ses som svært viktig å sikre at adoptivsøkerne er skikket til oppgaven (www.regjeringen.no). Kravene norske myndigheter stiller kan man finne i adopsjonsloven, samt i retningslinjer fra Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (www.adopsjonsforum.no).

Innenfor ekteskapets varighet stilles det krav om at de som adopterer sammen skal være gift, og ekteskapet bør ha vart i minst to år. Eventuelt kan dokumentert samboerskap forut for ekteskapet fremvises for å vise til forholdets stabilitet. Videre stilles det krav om at bevilling til adopsjon kun skal gis til søkere som har fylt 25 år (www.adopsjonsforum.no).

Adopsjonsloven inneholder derimot ingen øvre aldersgrense, men det oppfordres likevel ikke å gi godkjenning til søkere over 45 år. Unntak kan gjøres om det søkes om barn nr.2 eller om søkerne har spesielle ressurser i forhold til barn og særlig god fysisk og psykisk helse. Vurdering av søkerens alder gjøres med bakgrunn i et fremtidsperspektiv om barnets oppvekstsituasjon. Tidsperspektivet legges på 15-20 år, noe som innebærer at søkere må vurderes å være i stand til å takle omsorgsoppgaver i lang tid fremover (www.regjeringen.no).

God fysisk og psykisk helse er en forutsetning som er gjeldene ved alle alder for å kunne søke om adoptivbarn. Eventuell sykdom må vurderes opp mot i hvilken grad dette kan ha innvirkning på søkerens evne og mulighet til å gi barnet tilstrekkelig med omsorg og trygghet over lenger tid (www.adopsjonsforum.no) Bakgrunnen for kravet om god fysisk og psykisk helse er fordi adopsjonen skal være til barnets beste. Noen sykdommer kan reguleres ved hjelp av medisiner, og det skal avgjøres hvorvidt sykdommen hos søkerne vil ha betydning for evne til å vise omsorg i dag og i fremtiden. På samme måte skal personer med psykiske vansker vurderes. Her utvises det likevel større grad av tilbakeholdenhet, ettersom det kan være vanskeligere å avgjøre i hvilken grad vedkommende kan fungere normalt i et langtidsperspektiv (www.regjeringen.no).

I tilknytning til økonomi må søkere vise til sikker inntekt, slik at barnet kan vokse opp under trygge forhold. Det stilles ikke krav til at søker må ha høy inntekt, derimot må økonomien være trygg og stabil. Kravene som stilles til adoptivfamilien er blant annet at familien i minst mulig grad bør skille seg ut fra andre familier. Under dette menes for eksempel antall barn og barnas alder. Det ses også som mest gunstig at adoptivbarnet er den yngste i familien og det oppfordres til å vises varsomhet med adopsjon av eldre barn (www.adopsjonsforum.no).

Samarbeidslandet stiller også krav til søkerne. Kravene til søkerne og adoptivfamiliene varierer fra land til land og kan blant annet gjelde følgende forhold:

- Øvre og nedre aldersgrense
- Minste aldersforskjell mellom barnet og søker

- God helse
- Ekteskapets varighet og stabilitet
- Krav om et visst antall år i nytt ekteskap etter skilsmisse
- Tak på antall barn i familien
- Søkerne må dokumentere barnløshet, sterilitetsattest
- Ren vandelsattest
- Sikker økonomi, minsteinntekt
- Krav til utdanning på et visst nivå
- Norsk statsborgerskap
- Engelskkunnskaper
- Medlemskap i kirkesamfunn
- Motivasjon, egnethet
- Deltakelse på adopsjonsforberedende kurs

Noen av kravene er absolutte krav, mens andre åpner for en viss grad av skjønn. Kina har i mange år vært det største samarbeidslandet for norske adopsjonsorganisasjoner og har et regelverk som stiller detaljerte krav til søkerne. Regelverket til Kina ble strammet inn i 2007, noe som har gått utover antall adopsjoner derfra. I 2005 ble det formidlet 528 barn gjennom organisasjonene, hvor 326 var fra Kina (62%). I 2008 ble det formidlet 304 barn gjennom organisasjoner, hvor 84 av disse kom fra Kina (28%). Man kan se en generell nedgang av adopterte barn, men også en nedgang av barn fra Kina. Dette kan blant annet skyldes innstramming av regelverket for hvem som skal få godkjenning til å adoptere (NOU 2009:21,2009).

2.3 Forslag til endringer av regelverket

Med bakgrunn i formålet med adopsjon, å sikre gode oppvekstvilkår for barnet, har det blitt foretatt en vurdering av de ulike sidene ved adopsjon for å belyse myndighetenes oppgaver og ansvar på feltet. Utvalget er utnevnt ved kongelig resolusjon av 29.august 2008 (NOU 2009:21, 2009).

Som nevnt under vilkår for adopsjon stilles det krav til søkerne som hovedsakelig utledes av adopsjonsloven §2. Utvalget opplever det som uheldig at det ikke foreligger lov eller forskrift som presiserer hvilke nærmere krav som bør stilles til søkerens alder, helse, økonomi og ekteskapets varighet. De understreker at kravene til søkerne er uklare i den forstand at de ikke forteller noe om hvorvidt merknader skal betraktes som bindende – eller veiledende karakter. Utvalget vurderer rundskrivet om adopsjon som uklart og motstridende i forhold til hvilke krav som skal og kan stilles (NOU 2009:21,2009).

Adopsjonsutvalget foreslår ny faseinndeling av utrednings og godkjenningsprosessen ved adopsjon av ukjente barn. De understreker at følgende forhold bør avklares i fase 1: alder, helse, vandel, bolig og økonomi, krav til ekteskapets varighet og krav til at enslige søkere bor alene. Innenfor alder mener utvalget at det må være klare alderskrav i lovgivningen og absolutte aldersgrenser knyttet til de ulike godkjenningsrammene. Forslaget hevdes å øke forutsigbarheten og likebehandling av søkerne. Kravet til helse oppleves også av utvalget som å ha en svakhet. Mangel på mer generelle og objektive retningslinjer om krav til helse for å sikre likebehandling kritiseres. Adopsjonsutvalget foreslår at helsekravene objektiviseres i større grad og at grunnleggende krav til helse nedfelles i lovgivning. De håper med dette at forutsigbarheten og likebehandling av søkerne økes. I tilknytning til utredning av søkerens helse foreslås det at det utarbeides en veileder man kan gå ut ifra. Det understrekes videre at det også er behov for mer detaljerte retningslinjer om krav til helse og at disse må spesifiseres innenfor sentrale og typiske diagnoser og sykdommer. Vandel er per dags dato ikke omtalt i rundskrivet, det fremgår kun av søknadsskjemaet at det skal vedlegges søknad (NOU 2009:21, 2009). Adopsjonsutvalget foreslår at krav til søkers vandel hjemles i lovgivning.

Utvalget mener at lovgivningen kan formuleres slik: “Det er et krav for å bli godkjent som adoptant at søker har god vandel. Vurderingen av søkers vandel skal relateres til at adopsjonen skal kunne bli til barnets beste”. (NOU 2009:21 s. 99)

I forhold til bolig og økonomi ønsker adopsjonsutvalget at det stilles krav til at man har en bolig som er egnet til å ta imot et adoptivbarn. Videre bør det også stilles krav til om adoptivforeldrene har en forsvarlig økonomi. Under ekteskapets varighet foreslår utvalget at krav til dokumentert ekteskap hjemles i lovgivningen. Videre gis det en anmodning om at myndighetene bør ta stilling til om søker oppfyller minstekrav på dette punktet i fase 1 av utrednings- og godkjenningsforløpet. Når det gjelder enslige søkere er det svært få samarbeidsland som aksepterer slike søknader. Likevel gir regelverk og praksis adgang til forhåndssamtykke ved søknader fra enslige søkere. Adopsjonsutvalget foreslår at det bør stilles noen grunnleggende krav til enslige søkere, som hjemles i lovgivning. Et av kravene bør ifølge utvalget være at alenesøkere som har samboer ikke kan godkjennes. Videre ønsker de å omformulere “søker må ha spesielle ressurser i forhold til barn” til “søker må ha erfaring med egne barn, eventuelt utdanning eller arbeid rettet mot barn” (NOU 2009:21,2009).

Forslag til endringer av regelverket er som nevnt faktorer som adopsjonsutvalget ønsker skal inngå i fase 1. Om søkerne oppfyller alle krav i fase 1, vil de gå over i fase 2. Det er et ønske fra utvalget at det i fase 2 inngår et adopsjonsforberedende kurs. Hensikten med dette er å gi kunnskap og innsikt i hva en adopsjon omfatter. Dette kan danne grunnlag for vurdering av motivasjon og egnethet i fase 3, ettersom noen gjennom kurset opplever at de ikke ønsker å gå videre i adopsjonsprosessen. I dag er det frivillig for søkerne å delta på adopsjonsforberedende kurs. Utvalget ønsker at kursene blir en obligatorisk del av fase 2. I fase 3 gis det forslag om et samarbeid mellom søker og adopsjonsmyndigheten, hvor søkers personlige forutsetninger og egnethet for adopsjon kartlegges. I denne fasen vil det også være muligheter for å ta ytterligere spesialundersøkelser av fysisk og psykisk helse (NOU 2009:21,2009).

2.4 Adoptivforeldre

Adoptivforeldre har en tendens til å skille seg ut både sosioøkonomisk og akademisk, sammenlignet med biologiske foreldre (Dalen & Rygvold, 2012). Adoptivforeldre har gjerne et høyere utdanningsnivå og har ofte jobber innenfor helse- sosial- eller undervisningssektoren. Videre kan det ses forskjeller ved skilsmisse, da adoptivforeldre har en mye lavere skilsmisseprosent sammenlignet med biologiske foreldre. I tillegg til dette har de som oftest et mer stabilt bosetningsmønster og fremstår som mer stabile familier sett i forhold til familier med biologiske barn (Dalen & Rygvold, 2012).

På tross av en krevende prosess med å bli adoptivforeldre, ser det ut til at den har en positiv effekt på foreldrenes innstilling og motivasjon rundt det å få barn. Med et sterkt ønske om å få barn kan motivasjonen bidra til at barnet prioriteres i høy grad når det først kommer. Dette er særdeles viktig i den første perioden, da barnet med all sannsynlighet vil trenge ekstra oppmerksomhet og oppfølging (Vonheim, 2013).

2.5 Adoptivbarnet

Internasjonalt adopterte barn som kommer til Norge er gjerne fra noen få måneder gamle og opp i skolealder (www.adopsjonsforum.no). Adoptivforeldre ønsker seg gjerne barn med lavest mulig alder for å kunne følge utviklingen fra et tidlig stadium. Selv om det kan ses som positivt å adoptere tidligst mulig i utviklingsforløpet, kan det også by på utfordringer knyttet til bedømmelse av barnets fysiske og psykiske tilstand, ettersom tilstanden kan komme mer til syne på et senere tidspunkt. Opplysningene som følger barnet kan ofte være mangelfulle fordi barnet som regel har en historie før det kom til barndomshjemmet. Lengden på denne perioden kan variere med alt fra timer og dager til måneder og år. Selv om de fleste barna som adopteres til Norge kategoriseres som “friske” kan altså medisinske problemer dukke opp senere. Noen barn kan også ha “skjulte” skader som følge av understimulering, underernæring

og/eller mishandling, noe adoptivforeldrene gjerne blir opplyst om (www.adopsjonsforum.no).

2.6 Saksbehandlingen

Ved internasjonal adopsjon vil et adopsjonsvedtak være knyttet til behandlingen av adopsjonssaken etter norske regler, men også knyttet til regler og vedtak i barnets opprinnelsesland. Selve adopsjonsvedtaket blir i de fleste tilfeller truffet i barnets opprinnelsesland (NOU 2009:21,2009).

Det første trinnet for søkerne er å innhente dokumenter som er nødvendige i Norge (www.adopsjonsforum.no). En godkjent, norsk adopsjonsorganisasjon må kontaktes for å starte en adopsjonssak, samtidig bør man kontakte barnevernstjenesten for å få tilsendt søknadsskjema med veiledning. Søknaden sendes til hjemkommunen. Saksbehandlingstiden i de ulike kommunene kan variere fra noen måneder til over et år etter mottatt søknad. Dersom søknaden ikke kan behandles innen en måned har søkere, ifølge forvaltningsloven §11a, krav på å vite forventet behandlingstid. I kommunen består saksbehandlingen av utredning i form av hjemmebesøk og samtaler. Familiens livssituasjon og omsorgsevne vurderes, og utredningen sammenfattes i en sosialrapport. Den ferdigstilte rapporten skal så sendes med søknad og all dokumentasjon til Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Bufetat er en etat under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som igjen er underlagt Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Normalt ligger saksbehandlingstiden her på rundt tre måneder, men den kan variere noe. Hvis Bufetat godkjenner søknaden gis det en vitterlighetserklæring. Dette er et forhåndssamtykke for å adoptere barn fra et aktuelt land. Når man har fått godkjenningen fra Bufetat er neste steg å sende søknad til utlandet. Søkerne får gjerne hjelp fra adopsjonsforum som forteller hva man må gjøre videre før søknaden kan sendes til det aktuelle landet. Først og fremst omhandler det gjerne dokumenter som må sendes med, samtidig blir man opplyst om andre forhold som er viktig å være klar over. Sosialrapporten oversettes så sammen med andre dokumenter og sendes sammen med søknad til samarbeidslandet man ønsker å adoptere fra. Sosialrapporten danner grunnlaget for utenlandske myndigheters vurdering av søknaden (www.adopsjonsforum.no).

Når søknaden er sendt begynner en ny lang ventetid (www.adopsjonsforum.no). Saksbehandlingstiden varierer fra sak til sak og fra land til land. På grunn av lange internasjonale adopsjonskøer tar saksbehandlingen i utlandet som regel lengst tid. Den totale saksbehandlingstiden har økt med årene og i 2011 lå den totale saksbehandlingstiden på fullførte saker på over fire år i snitt. Flertallet av søkerne ender opp med et positivt svar i enden av prosessen. Søkerne får da tilsendt en forespørsel om barn fra det aktuelle landet. Adopsjonsforum mottar informasjon om barnet og får gjerne tilsendt en helserapport og pedagogisk eller psykologisk rapport som beskriver barnet. I tillegg blir det gjerne sendt med et bilde eller to. Informasjonen overføres fra Adopsjonsforum til søkerne og fasen hvor man begynner å glede seg til et nytt familiemedlem kan starte (www.adopsjonsforum.no).

2.7 Tiltak før og etter adopsjon

Det stilles strenge krav fra myndighetene for å kunne bli adoptivforeldre. Man var tidlig opptatt av at de blivende foreldrene hadde behov for å forberede seg i forkant av familieførøkelsen. Adopsjonsforeninger begynte å arrangere adopsjonsforberedende kurs og så raskt betydningen av å forberede adoptivsøkerne. I dag er det Bufdir som i hovedsak står for adopsjonsforberedende kurs. I etterkant av en adopsjon er det derimot få tiltak som rettes mot det nye barnet og adoptivforeldrene. Det kan faktisk være mindre oppfølging av en adoptivfamilie enn en biologisk familie (NOU 2009:21,2009). Både adopsjonsforberedende kurs og tiltak etter adopsjon vil bli gått nærmere inn på her.

2.8 Adopsjonsforberedende kurs

Å bli foreldre kan være en krevende oppgave for mange. For adoptivforeldre vil det kanskje være enda mer utfordrende enn for biologiske foreldre, ettersom barnet kommer fra en annen kultur med ukjent biologisk opphav og genetisk arv. Et adopsjonsforberedende kurs kan hjelpe de kommende foreldrene til å bli mer forberedt på de oppgaver og utfordringer som

følger med det å få barn og bli en familie. Ettersom mange av samarbeidslandene krever at søkerne har adoptivforberedende kurs, vil det i tillegg være hensiktsmessig med et slikt kurs med tanke på innvilgning av søknad (NOU 2009:21,2009). I dag er det frivillig å delta på adopsjonskurs fordi loven ikke stiller krav til at dette skal gjennomføres. Det er likevel mange av søkerne som velger å delta på kursene (regjeringen.no).

Buudir startet opp med adopsjonsforberedende kurs høsten 2006 (NOU 2009:21,2009).

Kursene går over to helger med fire til seks ukers mellomrom. Det er omtrent 24 deltakere som følger hverandre over begge helgene. Det oppstår gjerne et nettverk mellom deltakerne og noen velger å holde kontakten også etter at barnet har kommet til familien. Kurset ledes av en kvinne og en mann, hvor minst en av de bør ha erfaring fra adopsjon. Den andre skal ha fagkompetanse på det pedagogiske/psykologiske feltet og gjerne erfaring med prosessorientert arbeid. Det gjennomgås ulike temaer de to kurshelgene. Disse er lagt opp i en bestemt rekkefølge slik at innholdet blir formidlet på en prosessorientert og fornuftig måte. Områder som skal bli dekt i løpet av kurset er å formidle informasjon som kan bidra til økt selvinnsikt og motivasjon for å adoptere. Søkerne skal også bevisstgjøres i forhold til at adopsjon er annerledes enn å føde biologiske barn. Noen barn har med seg opplysninger om biologisk opphav, andre har ikke. Adoptivforeldrene blir vist ulike filmer for å gi innblikk i hvordan det kan være å tilbringe første levetid på barnehjem. Videre er tilknytning er tema som i høy grad går igjen på kurset. Innenfor her redegjøres det blant annet for ulike tilknytningsvansker. Det fokuseres også i stor grad på adoptivsøkernes egen tilknytningshistorie. Grunnen til dette er for å belyse at det første samspillet med adoptivbarnet er avhengig av barnets og foreldrenes tidligere tilknytningshistorie. Neste tema på kurset er hentereisen og den første tiden med barnet. Her legges det vekt på hva man bør være forberedt på i den første tiden etter man har møtt barnet og barnet har møtt foreldrene. Deretter tar kurset for seg temaet "livet i familien". Her tas det opp at adoptivforeldrene blant annet bør være obs på diskriminerende og rasistiske reaksjoner fra omgivelsene. Adoptivforeldrene blir også utfordret til å tenke gjennom egne holdninger knyttet til etnisk opprinnelse. Veien videre er kursets siste tema. Her tas det sikte på at deltakerne får reflektert rundt alle temaene som er gjennomgått, samt vurdere kursets påvirkning omkring beslutningen om å ville adoptere (NOU 2009:21,2009).

2.9 Tiltak i etterkant av en adopsjon

Mange adoptivforeldre opplever å bli overlatt til seg selv etter at barnet er kommet til familien. I dag anser man at adoptivfamiliens behov for støtte og tiltak vil dekkes innenfor det generelle tilbudet til barn og familier. Med dette menes at oppfølgende behov vil bli ivaretatt gjennom det generelle servicetilbudet som gjelder alle barn, for eksempel tilbud fra helsevesenet. Ettersom barnet kan ha ulike reaksjoner på nye omsorgspersoner og nye omgivelser, opplever mange adoptivforeldre en turbulent tid i etterkant av barnets ankomst. Som hjelp i slike situasjoner finnes det kun veiledningshefter som foreldrene kan støtte seg til. Haagkonvensjonen har ulike punkter som gjelder etteradopsjon. Her gis det ikke detaljerte bestemmelser for hva etteradopsjonstilbudet bør inneholde. Adopsjonsutvalget understreker viktigheten av at myndighetene tar ansvar for å sikre at barn og adoptivforeldre får tilgang til støtte og hjelp når de trenger det. Videre foreslår utvalget at alle adoptivfamilier får tilbud om samtale med psykolog etter at barnet har kommet til familien. Ettersom graden av behov for hjelp varierer, bør dette være et lavterskeltilbud. Samtidig vil det være viktig for de fleste familier å få et godt møte med helsestasjonen. Her bør de møtes av kompetente fagpersoner som kan gi kvalifisert veiledning og støtte. Å styrke tiltakene i etterkant av en adopsjon er også viktig i forhold til å styrke Norge som et attraktivt samarbeidsland. Mange av opprinnelseslandene er opptatt av postadopsjon og har visse krav og forventninger til hvordan barna de sender blir fulgt opp i det nye landet. Ettersom det kommer flere eldre barn og barn med ekstra behov, vil dette i enda større grad bli viktigere (NOU 2009).

3 Psykisk helse

WHO definerer god psykisk helse som: ”En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.”

(<http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse>). Motsatt av dette kan man snakke om tilfeller hvor individet ikke opplever en tilstand av velvære og dermed kan ha vanskeligere for å fordøye livets påkjenninger og stressituasjoner (www.fhi.no). Vanskeligheter med å fordøye livets påkjenninger kan medføre psykiske plager og lidelser. Psykiske plager kan defineres som tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de kan karakteriseres som diagnoser. Psykiske lidelser derimot, brukes når bestemte diagnosekriterier hos en person er oppfylt. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Uavhengig av hva slags lidelse man har er fellestrekket at det påvirker tanker, følelser, atferd og omgang med andre mennesker. Ifølge Folkehelseinstituttet kan man se sosiale forskjeller ved utvikling av psykiske lidelser. De gjennomførte en tvillingstudie hvor resultatene viste at angstlidelser er seks ganger vanligere hos personer med lav utdanning, sammenlignet med personer med høyere utdanning (www.fhi.no). Videre forteller de at andre undersøkelser, utført i utlandet og Norge, viser lignende resultater innenfor sosiale forskjeller ved måling av blant annet depresjon (www.fhi.no). Personer med lav utdanning, økonomiske vansker, utenfor arbeidsliv og studier, enslige og skilte, samt trygde- og sosialhjelpsmottakere antas å ha betydelig dårligere psykisk helse enn resten av befolkningen (www.helsebiblioteket.no). De som befinner seg i en vanskelig livssituasjon fra før, er med andre ord mer utsatt for psykiske plager og lidelser (www.helsebiblioteket.no).

3.1 Depresjon

Svært mange kan oppleve depresjon i ulik grad gjennom livet (Passer & Smith 2001). I perioder kan man kjenne på stress og motgang som kan medføre følelse av tristhet, nedstemthet og passivitet. Slike reaksjoner anses som normale og forsvinner gjerne når den tunge perioden er over. Ved klinisk depresjon derimot, vil hyppighet og intensitet ved depresjonen ha liten sammenheng med personens livssituasjon. Hos noen kan små hendelser

bidra til intens depresjon som medfører nedsatt evne til å fungere i hverdagen. Andre personer kan oppleve dysthymia. Dysthymia er en kronisk form for depresjon som kan vare i mange år. Man kan ha gode perioder hvor humøret går tilbake til normalt i noen uker, men størstedelen av tiden er man deprimert (Passer & Smith 2001).

Nedstemthet kan ses som kjernetrekket ved depresjon (Passer & Smith 2001). Når deprimerte personer blir spurt om hvordan de har det, er tristhet, ensomhet og følelse av håpløshet ofte svarene som gis. Ved depresjon mister man gjerne evnen til å uttrykke glede. Aktiviteter og hendelser som tidligere brakte med glede og oppstemthet har ikke lenger samme innvirkning. Deprimerte personer kan ha vanskelig for å konsentrere seg og vedta beslutninger. Det er vanlig at de har lav selvfølelse og opplever seg selv som inkompetente, utilstrekkelige og underlegne. Sammen med dette har de også en tendens til å skyld på seg selv om en negative hendelse oppstår og ser gjerne på livet med pessimisme og håpløshet. I tillegg til nedstemthet og negative tanker kan somatiske symptomer oppstå. Deprimerte personer kan oppleve vekttap eller vektøkning og søvnvansker. Søvnvansker fører ofte til at personen føler seg trøtt og slapp, noe som kan forsterke de deprimerte følelsene vedkommende allerede besitter (Passer & Smith 2001).

En ubehandlet depresjonsperiode sies å vare i nær 8 måneder (Grøholt, Sommerschild og Garløv, 2008) Man kan regne med at over halvparten i løpet av et par år har fått tilbakefall. Innen 5 år antas det at hele 70% har fått en ny depresjonsperiode. Økt risiko for tilbakefall kan være årsaker som lav alder og/eller alvorlig depresjon ved første episode, tidligere depressive perioder, familieproblemer og dårlig psykososial funksjon (Grøholt et. al, 2008).

3.1.1 Kjønnforskjeller ved depresjon

Utbredelsen av depresjon ses som relativt lik på kryss av sosioøkonomiske og etniske grupper. Blant kjønn derimot, hevdes det at man kan se en stor forskjell. Opp mot dobbelt så mange kvinner kan oppleve depresjon (Passer & Smith, 2001). Mange studier har funnet klare kjønnforskjeller innenfor depresjon og kjønnforskjeller synes å være størst i årene hvor

jentene er reproduktive (Bebbington, 1996 ref. www.psychiatrictimes.com). www.forskning.no viser til en undersøkelse som peker på at det nødvendigvis ikke er store kjønnsforskjeller, men at diagnosekriteriene passer bedre med tegn som er mer vanlig hos kvinner. Undersøkelsen ble foretatt av tre forskere hvor selvrapporterte symptomer fra menn og kvinner ble brukt. Da det ble lagt til alternative symptomer til de klassiske kjennetegnene, forsvant kjønnsforskjellene. Senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av mening med tilværelse og energitap kan ses som generelle symptomer på depresjon. Det hevdes at kvinner og menn uttrykker symptomene ulikt. Kvinner oppfattes i større grad å uttrykke tristhet og nedstemthet, mens menn kan oppleves som irritable og mer kritiske til andre og til omgivelsene (www.forskning.no).

På bakgrunn av denne antakelsen la undersøkelsen til flere diagnosekriterier som regnes som andre måter å uttrykke vanskene på. Endringen medførte et oppsving av antall deprimerte menn og resulterte i at kvinner og menn lå mer likt i antall. Grunnen til at menn kan reagere med sinne, mental flukt og søvnproblemer i motsetning til tristhet og innesluttethet antas å blant annet ha sammenheng med hvilken atferd som er sosialt akseptabelt hos menn (www.forskning.no).

3.2 Angst

Det store medisinske leksikon forklarer angst som en psykisk tilstand som er kjennetegnet ved “en følelse av indre uro, spenning og kroppslig ubehag” (<http://sml.snl.no/angst>). Det finnes ulike former for angst, blant annet: separasjonsangst, panikkangst, angst for å gå i oppløsning og miste kontrollen og eksistensiell angst (angst knyttet til tilværelsen) (<http://sml.snl.no>).

Angst er i mange tilfeller et sunt signal som verner oss fra farer. Angst kan ses som vanlig ved ytre belastninger og ved personlige problemer og bekymringer. I det øyeblikket angsten bidrar til tap av kontroll i eget liv, anses den som et problem (www.angstringen.no). En slik tilstand kan medføre sterk lidelse hos vedkommende og føre til sosial eller yrkesmessig funksjonssvikt. Angst kan oppstå på flere måter, blant annet som en reaksjon som er innlært. Om vedkommende har opplevd mange tilfeller hvor omsorgspersoner har reagert med frykt og angst i situasjoner, kan denne reaksjonen ha smittet over. Lignende situasjoner kan da

utløse angst hos personen. Hos personer som har et tankesett hvor farer og trusler systematisk blåses opp, kan det også utvikles angst. I følge psykodynamisk teori kan angst komme av ubevisste konflikter mellom egne lyster på en side og oppfatningen av hva som er akseptabelt og lov på en annen (<http://sml.snl.no>).

Angsten er gjerne forbundet med at tankeinnholdet blir preget av bekymringer og man fester seg ved alt som kan oppleves som farlig. Personen klarer oftest ikke å være avslappet og er hele tiden på vakt for om det kan oppstå fare. Anspenheten ledsages av kroppslige reaksjoner som hjertebank, svimmelhet, muskelspenninger, svetting og raskere pust. Ved vedvarende angst kan vedkommende oppleve tretthet og smerter i muskler og ledd. Det er også vanlig med forandringer i tarmsystemet som løs mage, magesmerter og urolig mage. Alt man forbinder med angst vil man prøve å vike unna. Vedkommende kan dermed ende opp med å isoleres fra jobb og venner (<http://sml.snl.no>). I motsetning til depresjon, kan personer med angst uttrykke glede og se positivt på hendelser (Passer & Smith 2001). Samtidig er angst ofte nært forbundet med depresjon og evnen til å se glede i livet svekkes dermed likevel (<http://sml.snl.no>).

3.2.1 Kjønnforskjeller ved angst

Nasjonalt Folkehelseinstitutt har gjennomført en undersøkelse hvor de har sett på hvordan gener og miljø bidrar til stabilitet og endring i angstsymptomer gjennom ung voksen alder (www.fhi.no). 4000 tvillinger i alderen 18-31 år deltok i studien. Resultatet fra undersøkelsen viser at stabiliteten i angstsymptomer er sterkt knyttet til gener, hele 80% av stabiliteten antas å kunne ses i sammenheng med gener. Samtidig anses 80% av forandringer i symptomer å ha sammenheng med miljøet. Videre tyder resultatene fra undersøkelsen på at det er klare forskjeller mellom kvinner og menn ved symptomer på angst. Resultatene tyder på at effekten av gener og miljø har ulik styrke for kvinner og menn, og at stabiliteten i miljørelaterte risikofaktorer er sterkere for kvinner enn menn (www.fhi.no). Med andre ord kan dette tolkes som at kvinner lettere lar seg påvirke av miljørelaterte faktorer i forhold til menn.

3.3 Fødselsdepresjon

Fødselsdepresjon er en depresjon som inntreffer etter fødselen (www.r-bup.no). Det er en psykisk reaksjon som oppstår i forbindelse med det å få barn og bli foreldre. Reaksjonene kan variere fra sterke krisereaksjoner til angst, depresjon og mentale forstyrrelser (<http://kilden.forskningsradet.no>). Alvorlighetsgraden kan variere fra lettere til mer uttalt depresjon. For at tilstanden skal kunne defineres som en klinisk depresjon, må den oppfylle diagnostiske kriterier i ICD-10 eller DSM-IV (www.r-bup.no). Fødselsdepresjon sies å ha de samme symptomene som depresjon i andre livsfaser, men det kliniske bildet kan være farget av omstendighetene. Reaksjoner kan for eksempel være at man blir mer likegyldig til barnets behov og signaler og noen opplever vonde tanker knyttet til tap av kontroll og bekymrer seg for å kunne skade seg selv og barnet (www.r-bup.no).

3.3.1 Kjønnsforskjeller ved fødselsdepresjon

Tradisjonelt sett kan fødselsdepresjon sies å være forbeholdt kvinner og det er sjeldent snakk om at fedre kan komme inn i denne tilstanden (<http://www.stk.uio.no>). Det antas at mellom 5-9 prosent av kvinner i Norge rammes av fødselsdepresjon hvert år. Dette betyr at mellom 3000-9000 mødre opplever en form for depresjon etter fødsel (www.fhi.no). For kvinner som har født vil hormonelle forandringer sammen med en helt ny livssituasjon bidra til en sårbar periode for utvikling av fødselsdepresjon (www.sinneshelse.no). Denne sårbarheten er særlig gjeldende det første året. Om man i tillegg befinner seg i en vanskelig livssituasjon med påkjenninger som blant annet ustabil forhold, ufrivillig eller uplanlagt svangerskap eller ufrivillig enslig, vil risikoen for fødselsdepresjon sannsynligvis øke (www.sinneshelse.no). Å bli mor betyr en fullstendig omprioritering av livet. Den lille krabaten er et krevende, lite individ som kan knytte et par tettere sammen eller bli en så stor belastning at det ender med at forholdet splittes (www.sinneshelse.no).

Fra midten av 1990-tallet ble det kjent at far også kan utvikle fødselsdepresjon forteller Tina Juhl, psykolog ved Rikshospitalet i København (<http://kilden.forskningsradet.no>). I 2006 gjennomførte hun, sammen med to kollegaer, en EU-finansiert undersøkelse blant 600 nybakte danske fedre. Resultatet fra denne undersøkelsen viste at 7 prosent av fedrene hadde

symptomer på fødselsdepresjon (<http://kilden.forskningsradet.no>). Tina Juhl har hatt menn i behandling for fødselsdepresjon og de beskriver følelser som urolighet, tristhet og at de er tappet for energi. De klarer ikke å kjenne på egne følelser og dette får dem til å innse at noe er galt. Symptomene hos menn er gjerne lavere stressterskel, aggressivitet og lavere selvkontroll. Videre rapporterer menn at de lettere opplever å bli irritabel, rastløs, tom og utbrent. Hvis man sammenligner med kvinner er de tradisjonelle symptomene for denne gruppen ofte mangel på glede, interesse og energi, selvbebreidelse, angst, ulykkelighet og selvmordstanker. Tina Juhl omtaler forskjellen på symptomene mellom menn og kvinner som stor. Videre forteller hun at årsaken til at fødselsdepresjon hos far lenge har vært et ukjent fenomen kan ha sammenheng med at man ikke har visst hva man skal se etter. En annen årsak kan også være at menn i større grad nå enn før ser på farskapet de selv ønsker å realisere som annerledes enn hva de selv opplevde fra egne fedre. Dermed kan mangel på en god rollemodell knyttet til farsrollen oppstå (<http://kilden.forskningsradet.no>).

3.4 Personlighet

Personlighet kan defineres på ulike måter, avhengig av hvem som snakker om begrepet. I dagligtale kan man si at en person har en “god personlighet” eller at vedkommende har “mye personlighet”. En kjedelig person kan omtales som “å ikke ha personlighet”. Den dagligdagse bruken av ordet handler muligens mer om kvaliteter hos ulike mennesker. Forskere vil sannsynligvis ikke bruke begrepet på samme måte, da de ikke er ute etter å vurdere “godheten” i personligheten til et individ. Forskere på feltet kan også definere personlighet på ulik måte, men hovedtendensen er gjerne at personlighet defineres slik: “psychological qualities that contribute to an individual’s enduring and distinctive patterns of feelings, thinking, and behaving” (Cervone & Pervin, 2008 s.8).

3.4.1 Eysenck’s personlighetsmodell

I løpet av det siste århundret har mange psykologer innenfor feltet personlighet presentert ulike teorier om personlighetstrekk. Av alle personlighetstaksonomiene er modellen til Hans Eysenck (1916-1998) sterkest forankret i biologien, ettersom han baserte modellen sin etter

trekk han mente er arvelige (Larsen & Buss 2008). For å konstruere en personlighetsteori gjennomførte Eysenck faktoranalyse av deltakernes svar. Etter den første faktoranalysen ble det gjennomført en sekundær faktoranalyse hvor han analyserte faktorer som ikke korrelerte med hverandre. Dermed endte han opp med å identifisere faktorer som var uavhengige av hverandre og som ikke hadde sammenheng. Faktorene er trekk som forteller om følelser og atferd hos hvert enkelt individ, og som gjør oss mennesker forskjellige. Eysenck identifiserte også noe han kalte for superfaktorer hvor andre trekk organiseres under (Cervone & Pervin 2008). De tre hovedtrekkene han satt igjen med var: ekstravert-introvert, nevrotisisme-emosjonell stabilitet og psykotisisme (Larsen & Buss 2008). Ettersom psykotisisme ikke er tatt med under dataanalysene, vil kun de to første trekkene bli omtalt videre.

Ekstravert sammenfatter mange trekk som omhandler i hvilken grad man er sosial, livlig, aktiv, eventyrlysten, dominant og lignende (Larsen & Buss, 2008). De spesifiserte trekkene går under den bredere egenskapen utadventhet, fordi de korrelerer tilstrekkelig med hverandre. Ekstraverte personer kjennetegnes gjerne ved at de har mange venner, liker sosiale sammenkomster og har gjerne et høyt aktivitetsnivå. I motsetning liker introverte personer å tilbringe mye tid alene eller med få mennesker, de foretrekker å ha det rolig rundt seg og er gjerne organiserte rutinemennesker (Larsen & Buss, 2008). Eysenck mente at ekstreme introverte er kronisk overaktive i hjernen (Larsen & Buss, 2008). For å redusere den elektriske overaktiviteten, prøver de å minimalisere stimuli. På den måten når de den normale komfortsonen (Larsen & Buss, 2008) I motsatt fall mente han at ekstreme ekstraverte er underaktive i hjernen og dermed søker mye stimuli for å oppnå optimalt nivå av aktivitet (Larsen & Buss, 2008). De har derfor en tendens til å oppsøke sosial kontakt via sosiale tilstelninger, tar store sjanser i større grad enn andre og får fort følelsen av å kjede seg (Larsen & Buss, 2008).

Nevrotisisme er neste hovedtrekk. Nevrotisisme består av spesifikke trekk som engstelse, irritabilitet, dårlig selvfølelse, sjenerthet og anspenhet. Engstelse og irritabilitet kan oppfattes som veldig forskjellige, men hvis man kjører faktoranalyse kan man se at disse ofte er linket sammen. Høy skåre på nevrotisisme vil si at man har lett for å bekymre seg over ting (Larsen & Buss 2008). En studie fra USA med 5847 personer fant at de som skåret høyt på

nevrotisisme i større grad var utsatt for utvikling av depresjon og angst (Weinstock & Whisman 2006 ref. i Larsen og Buss 2008). Et av kjennetegnene på personer som skårer høyt på nevrotisisme er overaktivitet av negative følelser. Overaktiviteten medfører at stress i hverdagen trigger negative emosjoner i høyere grad enn hos personer som skårer lavt på nevrotisisme. I tillegg kan det være vanskeligere for personer som skårer høyt å vende tilbake til en rolig tilstand, emosjonelt sett, etter en stressfull hendelse. Personer som skårer lavt på nevrotisisme er derimot svært emosjonelt stabile, rolige og reagerer sent på stressfulle hendelser i hverdagen. Ved en stressfull situasjon vil vedkommende i større grad vende fort tilbake til sitt normale jeg (Larsen & Buss 2008).

De to hovedtrekkene, ekstravert-introvert og emosjonell stabilitet-ustabilitet, deles gjerne inn i fire kvadrat med følgende sammensetninger: Stabil ekstravert- kjennetegnes som utadvendt, sosial, pratsom, omgjengelig, livlig, bekymringsløs og med lederegenskaper. Ustabil ekstravert- kjennetegnes som sensitiv, rastløs, impulsiv, uansvarlig, aktiv og oppjaget. Stabil introvert- kjennetegnes som rolig og kontrollert, stabilt temperament, pålitelig, kontrollert, omsorgsfull og fredfull. Ustabil introvert kjennetegnes som stille, reservert, pessimistisk, rigid, engstelig og hyppig forandring i humør (Passer & Smith, 2001).

3.4.2 Personlighet og kjønnsforskjeller

Personer man omgås kan oppleves som svært forskjellige når det kommer til personlighet. Mange opplever også kvinner og menn som veldig ulike hva angår personlighet. Italienske Marco Del Giudice og kollegaer innenfor kognitiv psykologi har gjennomført en studie hvor trekk hos 10 000 menn og kvinner ble sammenlignet (www.psychologytoday.com). Resultater fra undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom menn og kvinner innenfor personlighet. Kvinnene skåret høyere enn menn innenfor områdene: sensitivitet, varme og uro/angst, mens menn skåret høyere innenfor områdene: emosjonell stabilitet, dominant og pliktoppfyllende og oppmerksomhet. Marco Del Giudice og kollegaer fant kun 10% overlapp mellom menn og kvinner ved disse personlighetstrekkene, andre personlighetstrekk kom derimot mer likt ut (www.psychologytoday.com). Om trekkene skal plasseres under Eysenck's trekk, som er benyttet innenfor personlighet i masteroppgaven, kan man tolke det

som at kvinner vil skåre høyere enn menn innenfor nevrotisisme og lavere enn menn innenfor ekstravert. Dette vil diskuteres videre i kapittel 7 om drøfting av resultater.

4 Forskningsmetode

Forskningsmetode defineres gjerne som de fremgangsmåtene vi bruker for å besvare eller belyse et spørsmål som er stilt. Det innebærer å skaffe seg kunnskap på et område (Kleven 2002). I dette kapitlet vil det redegjøres for metodiske valg som er gjort for å besvare problemstillingene. Ettersom oppgaven er en del av to longitudinelle forskningsprosjekt, var den metodiske tilnærmingen allerede bestemt av prosjektledelsen. Det er benyttet kvantitativ survey som datainnsamlingsmetode. Longitudinelt forskningsprosjekt vil bli forklart i likhet med kvantitativ metode, ikke-eksperimentelt design og survey. Videre vil utvalget bli presentert samt hvilke instrumenter og skalaer som er benyttet.

4.1 Longitudinell panelstudie

Longitudinell panelstudie innebærer å studere samme gruppe av personer over en lengre periode. Fordelen med denne form for forskning er at man kan se på forandringer og utvikling på hvert enkelt individ over tid (<http://psychology.about.com>). Både «adopsjonsprosjektet» og prosjektet «barns sosiale utvikling» i regi av Atferdssenteret er longitudinelle panelstudier. Data som er benyttet i masteroppgaven er innhentet ved bruk av spørreskjemaer. Informantene har fylt ut skjemaer på egenhånd og blitt stilt spørsmål fra spørreskjema per telefon. Prosjektene gir blant annet mulighet til å se på angst, depresjon og personlighet hos de to foreldregruppene.

4.2 Kvantitativ metode og survey

Ved bruk av kvantitativ metode tar man gjerne sikte på å beskrive, kartlegge og analysere forskningsfeltet med variabler og kvantitative størrelser. Det er gjerne lite rom for improvisasjon ved bruk av kvantitativ metode, da man må ta i bruk spesifikke regler og formaliseringer (Befring 2002). I motsetning til kvalitativ metode forsøker kvantitativ metode ofte å holde en viss distanse mellom forsker og forsøkspersoner, for på den måten å skape en mer objektiv prosess (Kleven 2002). Ulemper ved ikke å komme nært inn på forsøkspersonene kan være at man ikke får tilgang til verdifull kunnskap om deltakerne, noe

som medfører at man mister informasjon som kan forklare informantens svar (Kleven 2002). Masteroppgaven baserer seg på data som er innhentet ved bruk av kvantitativ metode. Det vil derfor være et distansert forhold til forskningspersonene og liten mulighet til å få tilgang til informasjon utover hva som er avkrysset på spørreskjemaene.

Begge forskningsprosjektene, som masteroppgaven baserer seg på, benytter seg av survey som datainnsamlingsmetode. Survey kan beskrives som en samlebetegnelse på metoder å innhente data på (De Vaus 2002). Spørreskjema er en metode som ofte blir brukt, men man kan også benytte seg av andre metoder som blant annet observasjon, strukturert intervju og dybdeintervju. Særtrekkene ved survey bestemmes gjerne av formen på datainnsamlingen og metoden for analyse. Survey kan karakteriseres som et strukturert og systematisk sett av data, hvor man samler informasjon fra minst to case, ofte flere (De Vaus 2002). I tillegg omfatter det gjerne store mengder data fra mange informanter (Befring 2002).

Masteroppgaven baserer seg på bruk av survey i form av spørreskjemaer. Informasjonen i oppgaven er innhentet fra mange informanter og det anses derfor som relevant og gunstig å benytte seg av denne metoden. utfordringer med et godt spørreskjema er å få informantene til å forstå hva det spørres om, samt gi svaralternativer som passer med det svaret de ønsker å gi. For å få til dette må spørreskjemaet være entydig og skrevet i et enkelt og klart språk. Spørreskjemaene som er benyttet for innhenting av data i prosjektene er standardiserte skjemaer. Dette innebærer at spørreskjemaene er testet ut og vurderes som gode spørreskjemaer i form av at de er tydelige og gir gode svaralternativer.

4.3 Ikke- eksperimentelt design

Forskningsprosjektene har et ikke-eksperimentelt design, noe som innebærer at det ikke gis noen påvirkning for å endre tingenes tilstand. Tingenes tilstand studeres slik de er. Undersøkelsene gir nødvendigvis ikke kun en beskrivelse, men forsøker å forklare det man

finner ved hjelp av faktorer som kan ha spilt inn på tidligere tidspunkt. Hvis kausale effekter i undersøkelsen skal forklares, må man se på mulige påvirkningsfaktorer som kan ha bidratt til at tingenes tilstand har blitt som de er. Når det skal trekkes konklusjoner om årsak kan det ses som negativt at uavhengig variabel ikke manipuleres. Grunnen til dette er at manipulering av uavhengig variabel gjør at man kan fordele personer tilfeldig på forsøksbetingelser som bidrar til oppnåelse av full eksperimentell kontroll. Ikke-eksperimentelle design kan derfor ende opp med lavere indre validitet (Lund 2002:265). Masteroppgaven vil ta sikte på å sammenligne angst, depresjon og personlighet hos adoptivforeldre og biologiske foreldre uten å manipulere omgivelsene. Årsaker som kan forklare forskjeller vil forsøkes forklart ved hjelp av ulike faktorer som kan ha bidratt til tingenes tilstand. Svakheter ved bruk av denne metoden kan fremkomme da man ikke kan trekke konklusjoner med hundre prosent sikkerhet, ettersom disse kun vil basere seg på mulige årsaker.

4.4 Utvalget

Utvalget av adoptivforeldre er hentet fra adopsjonsprosjektet: Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling. For å få invitasjon til å kunne delta i adopsjonsprosjektet, ble det vedtatt at alder på barnet ikke måtte overstige to år ved ankomst til Norge. Barn med lav alder har generelt færre problemer ved ankomst og det var ønskelig at gruppen med adoptivbarn skulle være mest mulig lik gruppen med norske barn. Det ble sendt ut 178 henvendelser via Bufdir til aktuelle adoptivfamilier. Av disse svarte 119 familier positivt til å delta i prosjektet, noe som gir en svarprosent på 67. Hovedtyngden av familiene var bosatt på Østlandet. Noen få familier var bosatt i Bergen, Trondheim og Kristiansand, men på grunn av geografisk beliggenhet ble det noe redusert deltakelse i prosjektet. Av barna som er med i prosjektet er det ganske lik fordeling av kjønn. Opprinnelseslandene til barna fordeler seg slik: Kina (35%), Sør-Korea (19%), Sør-Afrika (14%), Colombia (12%), Etiopia (11%), Filippinene (5%), India (2%) Thailand (1%) og Peru (1%). Oversikt over adoptivbarnas fordeling på kjønn og opprinnelsesland er presentert i tabell 1. Det opereres med en forenklet inndeling med Kina, Korea, Afrika, og Colombia og andre.

Tabell 1: Adoptivbarnas fordeling på kjønn og opprinnelsesland. N=119

Kjønn	%	Fødeland	%
Jente	52.1	Kina	35
Gutt	47.9	Sør-Korea	19
		Afrika	25
		Colombia og andre	21

Utvalget av biologiske foreldre er hentet fra forskningsprosjektet: "Barns Sosiale Utvikling" i regi av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. Prosjektet ble startet opp i 2006 og er en longitudinell studie som følger barns sosiale utvikling fra de er 6 måneder gamle. 1150 familier fra Drammen, Porsgrunn, Tinn, Bamble og Skien deltar i prosjektet. Kommunene er valgt ut fordi de anses å representere bredden i den norske befolkningen. Familiene er rekruttert gjennom helsestasjonene i de aktuelle kommunene.

4.5 Instrumenter og skalaer

Foreldrene har svart på ulike spørsmål knyttet til depresjon, angst og personlighet. Det er benyttet tre etablerte og anerkjente skalaer: Hopkins Symptom Checklist (HSCL-13), Edinburgh depression scale og Eysenck. Eysenck måler tre dimensjoner, men det er kun begrepene ekstravert og introvert som tas med i denne oppgaven. Disse er omtalt i kapittel 3, s. 23.

Ved å benytte skalaer måler man et begrep ved hjelp av informasjon fra flere spørsmål (De Vaus, 2002) Enkeltspørsmålene gir en skåre som legges sammen til en totalskåre. Totalskåren er ment å måle personens posisjon på begrepet som måles (De Vaus, 2002).

I følge De Vaus (2002) er det flere fordeler med å bruke skalaer i en surveyundersøkelse. Flere spørsmål kan blant annet bidra til å dekke kompleksiteten av et begrep, dermed minskes

sannsynligheten for feiltolkninger av informantenes svar og målingene kan anses som mer valide enn målinger som benytter et spørsmål som indikator på hvert enkelt begrep. På samme måte kan bruk av skalaer gi mer reliable målinger ettersom respondenten får flere spørsmål å forholde seg til, dette kan resultere i at man blir mindre utsatt for målefeil.

For å finne egnetheten til skalaen er det gjennomført konfirmerende analyser. Skalaene er reliabilitetstestet ved hjelp av Cronbach's alpha (α) og Item-Total Correlation (ITC) for å sjekke pålitligheten til hver av skalaene. På grunn av manglende tilgang på datafilen til de biologiske foreldrene er det kun skalaene hos adoptivforeldrene som har blitt testet. Ettersom «mødrene» har høyest svarprosent, er det disse skalaene som har blitt reliabilitetstestet.

Cronbach's alpha måler hvor konsistent en person svarer på de ulike spørsmålene i en skala (de Vaus, 2002). Cronbach's alpha har verdier mellom 0 og 1. Høy verdi indikerer at man har en reliabel skala og det anbefales derfor at verdien skal ligge på over 0.7 (de Vaus, 2002). Spørsmål som bidrar til lav alpha kan fjernes fra skalaen og reliabiliteten til skalaen vil dermed økes (de Vaus, 2002). ITC kan gi en indikasjon på i hvilken grad det enkelte ledd korrelerer med totalskåren. Lave verdier, under .3, indikerer at leddet måler noe annet enn skalaen som helhet. Hvis skalaen i tillegg har lav alpha, bør ledd med lav ITC vurderes fjernet (Pallant 2013). I skalaene som er benyttet i denne undersøkelsen viser det seg at noen ledd har verdier under .3. Ettersom skalaene har høy alpha og det er benyttet etablerte og kjente skalaer, vil det ikke bli fjernet ledd fra skalaene.

4.5.1 Hopkins Symptom Checklist (HSCL-13)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-13 – Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi 1974; Hesbacher, Rickels, Morris, Newman, & Rosenfeld 1980; Deane, Leathem, & Spicer, 1992; Tambs & Moum, 1993; Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984) er benyttet for å måle i hvilken grad informantene opplever depresjon og angst. Dette er en kortversjon som er grundig utprøvd med mye tilgjengelig psykometrisk informasjon. Kortversjon er benyttet ettersom langversjonen er mer egnet for klinisk undersøkelse. Følgende ledd er inkludert:

Plutselig frykt uten grunn, Stadig redd eller engstelig, Matthet eller svimmelhet, Føler deg anspent eller oppjaget, Lett for å klandre deg selv, Søvnproblemer, Nedtrykt, tungsindig, Følelse av å være unyttig, Følelse av at alt er et slit, Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden, Nervøsitet, indre uro, Mye bekymret eller urolig og Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert. Informantene skal angi i hvilken grad man har vært plaget med de angitte symptomene på en skala fra 1 (ikke plaget) til 5 (veldig plaget). Basert på råskårene ble det så utarbeidet en gjennomsnittsskåre. Høyere skåre indikerer mer problemer og plager.

Tabell 2: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for depresjon og angst (HSCL-13).

Adoptivforeldre		
(mor)		
	N	α
HSCL-13	111	.845

4.5.2 Depresjon etter å ha fått barn (biologisk eller adoptert)

Edinburg depression scale (EPDS- Cox, Holden & Sagovsky, 1987) er benyttet for å måle depresjon hos foreldrene. Skalaen består av ti ledd som omhandler depressive symptomer hos kvinner og menn som nylig har fått barn. Informantene blir bedt om å svare på om angitte symptomer har vært karakteristiske for de i løpet av de syv siste dagene. Følgende ledd inngår: *Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon, Har du de siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje, Har du de siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt, Har du de siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn, Har du de siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn, Har du de siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg, Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove, Har du de siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig, Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått og Har tanken på å skade deg selv streifet deg de siste 7 dagene.* Svarene blir skåret på en skala fra 0 (like mye som vanlig) til 3 (ikke i det hele tatt). Basert på råskårene ble det utarbeidet en gjennomsnittsskåre. Høyere skåre indikerer mer plager og problemer.

Tabell 3: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for depresjon etter å ha fått barn (Edinburg depression scale).

Adoptivforeldre		
(mor)		
	N	α
Edinburg	111	.672

4.5.3 Personlighetstrekk

En kortversjon av Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-I; Eysenck & Eysenck, 1975) er brukt på dette området. Denne versjonen måler tre dimensjoner; ekstravert, nevrotisisme og psykositime. Ettersom psykositime måler personlighetstrekk som forekommer svært sjeldent, passer den ikke inn med utvalget. Denne dimensjonen er derfor utelatt fra undersøkelsen.

Hver dimensjon består av ti ledd. følgende 20 ledd inngår: *Har du mange forskjellige hobbyer, Har du vekslende humør, Er du en pratsom person, Er du forholdsvis livlig, Liker du å treffe nye mennesker, Blir dine følelser lett såret, Hender det ofte at du "går trøtt", Plages du ofte av skyldfølelse, Er du ofte bekymret, Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje, Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner, Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre, Liker du å fortelle vitser og gode historier til dine venner, Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn, Liker du å gjøre ting som krever at du handler raskt, Har du noen gang ønsket at du var død, Klarer du å få fart i et selskap, Plages du av "nerver", Blir du lett såret når folk finner feil ved deg eller det arbeidet du gjør og Liker du å ha masse liv og røre rundt deg.* Hvert spørsmål ble besvart med ja eller nei, og en gjennomsnittsskåre ble utarbeidet for hver av de to skalaene basert på råskårene. Høyere skåre indikerer mer av personlighetstrekket som måles.

Tabell 4: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for personlighetstrekket nevrotisisme (Eysenck Personality Questionnaire).

Adoptivforeldre		
(mor)		
	N	α
Eysenck	111	.711

Tabell 5: Alpha fra reliabilitetsanalyse på adoptivforeldreskalaen for personlighetstrekket ekstravert (Eysenck Personality Questionnaire)

Adoptivforeldre		
(mor)		
	N	α
Eysenck	111	.741

5 Validitet

Lund (2002:104) refererer til Cook og Campells validitetssystem for kausale undersøkelser. Systemet er gjerne brukt som en metodologisk referanseramme innen kvantitativ forskning og omfatter fire kvalitetskrav for validitet. De fire typene er statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet (Lund 2002). Indre validitet er knyttet til den situasjonen undersøkelsen ble foretatt innenfor og ses kun som aktuelt å vurdere dersom man skal se på årsaksforhold mellom variablene (Kleven 2002). Ettersom masteroppgaven benytter seg av et ikke-eksperimentelt design og ikke ser på årsakssammenhenger, er vurdering av indre validitet ikke aktuelt.

5.1 Statistisk validitet

God statistisk validitet forutsetter gjerne at sammenhengen er statistisk signifikant og rimelig sterk. Hva som er «rimelig sterk» sammenheng avgjøres innenfor det enkelte forskningsområdet. Hvis man får statistisk invaliditet kan det skyldes samplingsfeil og indre validitet vil heller ikke bli oppfylt. Uten statistisk validitet og indre validitet kan det diskuteres i hvilken grad begrepsvaliditet og ytre validitet er meningsfylt. God statistisk validitet kan ut fra dette betraktes som en nødvendig betingelse for de andre kvalitetskravene (Lund 2002:105-106).

I masterstudien vil det være en forutsetning at man ser signifikante forskjeller mellom adoptivforeldrene og de biologiske foreldrene, for å oppnå god statistisk validitet. Den vanligste måten å teste en samvariasjon mellom variablene er å signifikant teste en nullhypotese. I denne studien vil nullhypotesen være at det ikke finnes forskjeller på måling av mental helse mellom adoptivforeldrene og de biologiske foreldrene. Det vil være en signifikant sammenheng mellom disse variablene dersom p-verdien er mindre enn .05.

5.2 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om i hvilken grad de operasjonaliserte variablene måler de relevante begrepene (Lund, 2002). Man ser med andre ord på i hvilken grad det er samsvar mellom begrepet slik det er definert og den operasjonelle definisjonen. Truslene mot begrepsvaliditet kan deles inn i to hovedgrupper: tilfeldige målingsfeil og systematiske målingsfeil. Tilfeldige målingsfeil vil si at feilene oppfører seg tilfeldige. Slike feil jevner seg gjerne ut i det lange løp. Systematiske målingsfeil har derimot en tendens til å påvirke i samme retning ved gjentatte målinger. Ved systematisk målingsfeil kan man få et skjevt bilde av begrepet som skal måles fordi man ikke får med seg hele fylden av begrepet samtidig som det gjerne sniker seg inn noe som ikke tilhører begrepet. Ved måling av et begrep må man altså anta at resultatet kan være forstyrret av tilfeldige og systematiske målingsfeil. Ofte regnes tilfeldige målingsfeil som reliabilitetsproblem mens de systematiske regnes som validitetsproblem. Begge deler reduserer begrepsvaliditeten (Kleven, 2002).

Dataene som er brukt i denne oppgaven er innhentet ved bruk av standardiserte og anerkjente spørreskjemaer, noe som kan bidra til at faren for misforståelser og målefeil reduseres. Med bakgrunn i dette kan man med større sikkerhet anta at resultatene som fremkommer er valide. På en annen side kan denne formen for selvrapporing utgjøre en trussel mot begrepsvaliditeten fordi man ikke kan kontrollere at respondentene oppfatter påstandene på lik måte. Uten selv å ha vært til stede da spørreskjemaene ble besvart er det uvisst om deltakerne hadde spørsmål til utfyllingen.

Videre kan en annen relevant trussel være hypotesegjetting. Dette innebærer at deltakerne prøver å gjette seg til hva formålet ved undersøkelsen er og dermed oppfører seg atypisk i forhold til gjettingen (Lund 2002). Undersøkelsene som er gjort i forkant av denne oppgaven ber om sensitiv informasjon omkring mental helse, partnerforhold og personlighet. Blant alle deltakerne som deltok kan det tenkes at noen ikke svarte ærlig på spørsmålene, på tross av anonymitet, i redsel for å bli vurdert «negativt» ut fra svarene og med et ønske om å fremstille seg selv mer positivt. Om dette i det hele tatt er tilfelle eller hvor mange som eventuelt ikke har svart ærlig vil være umulig å vite. Videre reiser det seg et spørsmål om tilbøyeligheten til å svare noe annet er større, mindre eller lik i de to foreldregruppene.

5.3 Ytre validitet

God ytre validitet innebærer at man kan generalisere resultater til relevante individer, situasjoner og tider med rimelig sikkerhet (Lund 2002). I noen tilfeller kan det tallmessige resultatet være av liten interesse. Det faglige som kan trekkes ut av resultatet derimot, kan vekke mer interesse. Da er man gjerne mer interessert i om de faglige konklusjonene ville blitt annerledes med et annet utvalg fra populasjonen, enn om gjennomsnittsverdien ville blitt endret (Kleven 2002). I denne oppgaven anses det tallmessige resultatet, gjennomsnittsverdier, som av like stor interesse som det faglige.

Videre kan det være aktuelt å finne ut hvor langt eller bredt resultatene kan generaliseres. Begge former kan være aktuelle ved en undersøkelse (Lund 2002). Man bør være varsom så man ikke strekker gyldighetsområdet lenger enn det er grunnlag for. Videre bør man stille seg kritisk til generalisering av resultater til andre situasjoner eller personer enn dem som er undersøkt, ettersom det er vanskelig å si med sikkerhet at et forskningsresultat har gyldighet for andre mennesker enn de som var med i undersøkelsen. Ved vurdering av ytre validitet bør man blant annet stille seg spørsmål om utvalget er representativt for populasjonen. Hva som skal betraktes som populasjon bestemmes av forskeren gjennom problemstillingen. Om problemstillingen gjelder en liten særgruppe, er det denne gruppen som er populasjonen (Kleven 2002).

Ved rekruttering av deltakere til de to foreldregruppene ble det stilt litt ulike kriterier. Foreldrene i adopsjonsprosjektet må først og fremst være adoptivforeldre, og det adopterte barnet måtte ikke overstige 2 år ved ankomst. Hovedtyngden av adoptivforeldrene kommer tilfeldigvis fra Østlandet, selv om dette ikke er et kriterium i seg selv. Det er det derimot hos de biologiske foreldrene fordi disse ble valgt ut fra byer som anses å representere bredden i den norske befolkningen. De biologiske foreldrene ble også rekruttert ut fra at barnet måtte være rundt seks mnd gammelt.

Gruppen med adoptivforeldre kan muligens sies å være en særgruppe. Innenfor denne gruppen er det ikke tatt hensyn til geografiske forhold, alder, sosioøkonomisk bakgrunn eller andre faktorer som kan påvirke representativiteten til utvalget.

5.4 Reliabilitet

Reliabilitet kan oversettes til pålitelighet og uttrykker i hvilken grad data er fri for målingsfeil. Reliabilitet dreier seg med andre ord om hvor nøyaktig en test måler det den måler (Lund 2002:154), og om det finnes en indre sammenheng mellom «items» (Pallant 2013). Ved utvelgelsen av skalaer som skal inngå i studien, er det viktig å undersøke om skalaene er reliable. En av de mest brukte indikatorene for å sjekke ut om det finnes indre sammenheng, er å se på Cronbach's alpha. Ideelt bør Cronbach's alpha på en skala være over .7 for at man skal kunne stole på at skalaen måler det den skal (Pallant 2013).

5.5 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetiske hensyn kan defineres som vurderinger omkring hva som er rett og galt, akseptabelt og forkastelig (Befring, 2002). Når man involverer mennesker i et forskningsprosjekt anses det som svært viktig å ivareta forsøkspersonenes integritet. Lov om personregister m.m av 9.juni 1978 inneholder normer og regler som tar sikte på å verne om nettopp dette (Befring 2002). I dette prosjektet er forsøkspersonene involvert i forskningen, og man må blant annet følge regelen om informert samtykke. Dette innebærer at personene som deltar blir orientert om alt som angår hans eller hennes deltakelse i forskningsprosjektet (www.etikkom.no). Det er prosjektansvarligs ansvar å forsikre seg om at informasjonen er forståelig og ikke utelate viktig informasjon selv om det kan medføre at forsøkspersonene trekker seg (Befring 2002). Videre må personopplysninger som kommer frem håndteres med varsomhet. Deltakerne skal gis anonymitet og det er svært viktig at informasjon som kommer frem ikke kan føre til at deltakerne blir skadet eller identifisert (www.etikkom.no).

Datamaterialet som blir benyttet i oppgaven er samlet inn i forkant og jeg må derfor ha tillitt til at prosjektansvarlige har gitt tydelig informasjon til forsøkspersonene om deltakelse i prosjektet. Etersom jeg ikke vil ha noe direkte kontakt med deltakerne, kan det tenkes at jeg opplever mer distanse fra de aktuelle personene med tanke på å håndtere personopplysninger med varsomhet. Her vil det være svært viktig å huske på ansvaret jeg har for å ivareta deltakernes anonymitet og verdighet. Tilgangen til personopplysninger begrenser seg samtidig ettersom dataene fra de biologiske foreldrene er hentet fra søsterprosjektet til «adopsjonsprosjektet». Her er det ikke gitt tilgang til mer enn gjennomsnittskårer, antakelig for blant annet å verne om personopplysninger. Den begrensede tilgangen gir meg tillitt til at de prosjektansvarlige anser etiske hensyn knyttet til forsøkspersonenes verdighet som svært viktig.

6 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra undersøkelsen. Statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Science) er brukt for å behandle dataene fra adopsjonsforeldrene. Mean og standardavvik på skalaene er regnet ut, både på mor og far, innenfor mental helse og personlighet. På grunn av mangelfull tilgang til datafilen på de biologiske foreldrene, er bare mean og standardavvik tilgjengelig. Mean og standardavvik fra adoptivforeldrene og de biologiske foreldrene har deretter blitt plottet inn i en formel i Excel hvor t-verdien har blitt regnet ut. Det er foretatt en “independent-samples t-test” ettersom meanskåren innenfor to forskjellige grupper skal sammenlignes. Resultatene blir kun presentert i dette kapitlet. Drøfting av funnene gjøres i kapittel 7.

6.1 Gjennomsnittsverdi, standardavvik og signifikansnivå

Ved sammenligning av resultatene vil det som nevnt bli sett på gjennomsnittsverdi, signifikansnivå og standardavvik. Disse begrepene vil redegjøres for her.

6.1.1 Gjennomsnittsverdi

Gjennomsnittsverdi kalles gjerne aritmetisk gjennomsnitt og dreier seg om hovedtendensen i gruppens resultater (Kleven, 2002). Det aritmetiske gjennomsnittet regnes ut ved å summere alle skårer og dividere på antall skårer. Ettersom utregning av aritmetisk gjennomsnitt omfatter summering av skårer, forutsettes det at data er på intervallnivå eller høyere. Denne forutsetningen må være oppfylt for at det aritmetiske gjennomsnittet skal kunne gis en meningsfull tolkning (Kleven, 2013). Dataene i denne undersøkelsen befinner seg på intervallnivå.

6.1.2 Standardavvik

Standardavvik omtales gjerne som et mål på verdiens avvik fra gjennomsnittet (www.kunnskapssenteret.com). Med andre ord forteller det noe om hvor stor spredning det er i datamaterialet. Ved et normalfordelt tallmateriale vil 68% av observasjonene ligge innenfor en avstand på ett standardavvik S fra gjennomsnittet. 95% av observasjonene vil ligge innenfor en avstand på $2S$ (www.matematikk.org).

6.1.3 Signifikansnivå

I litteraturen kan man støte på uttrykket "sammenhengen er signifikant". Den generelle betydningen av ordet kan beskrives som meningsfull eller betydningsfull (Kleven, 2002). I statistisk sammenheng bruker man gjerne signifikansnivå for å kunne si noe om differansen mellom gjennomsnittsverdier og i hvilken grad resultatene er tilfeldige (Kleven, 2002). Den klassiske signifikanstestingslogikken starter med å anta en såkalt "nullhypotese" (Kleven, 2002). I dette tilfellet vil den være; *"det er ingen forskjell på adoptivforeldre sammenlignet med biologiske foreldre, ved måling av depresjon, angst og personlighetstrekk"*. Deretter gjennomfører man en signifikanttesting. Dersom forskjellen er signifikant, forkastet nullhypotesen og man aksepterer den alternative hypotesen (Kleven, 2002). I dette tilfelle vil den være; *"Det er en forskjell på adoptivforeldre sammenlignet med biologiske foreldre, ved måling av depresjon, angst og personlighetstrekk"*. Som regel velges et signifikansnivå på 1-5% (Kleven, 2002), noe som er tilfelle i denne undersøkelsen.

6.1.4 Normalfordeling og skjevhet

Når utvalget skal beskrives er det interessant å vite og det finnes skjevheter i utvalget. Spesielt om man ønsker å generalisere resultatene til resten av populasjonen (www.kunnskapssenteret.com). Ved bruk av normalfordeling skal utvalget helst være symmetrisk fordelt. De fleste utvalg vil i midlertidig være enten høyre- eller venstreskjev, noe som innebærer at gjennomsnittet ikke befinner seg ca. midt på skalaen, men mer mot ytterkantene (www.kunnskapssenteret.org).

6.2 Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor depresjon og angst

I tabell 6 og 7 gjengis mean (M) og standardavvik (SD) knyttet til mødrenes og fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst.

Tabell 6: Mødrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst etter å ha fått barn

	Biologiske Foreldre	(n=1130)	Adoptivforeldre	(n=105)	t-verdi
	M	SD	M	SD	
HSCL-13	1,34	0,37	1,21	0,27	-3,5138 ***

***t-verdi >0,001

Tabell 7: Fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst etter å ha fått barn

	Biologiske Foreldre	(n=676)	Adoptivforeldre	(n=104)	t-verdi
	M	SD	M	SD	
HSCL-13	1,27	0,32	1,16	0,22	-3,3380***

***t-verdi >0,001

Av tabell 6 kan man se at mødrene har gjennomsnittskårer mellom 1 og 2 på depresjon og angst (HSCL-13). Skåre mellom 1 og 2 betyr at man i liten grad er plaget av depresjon og angst (Derogatis et.al, 1974). Standardavviket ligger på 0,37 hos de biologiske mødrene og 68% av informantene havner dermed innenfor skårer mellom 0,97-1,71. Standardavviket anses som lavt. Resultatene vil gi en høyreskjev kurve ettersom flestparten har skårer i venstre ende av skalaen. Hos adoptivmødrene ligger standardavviket på 0,27 og 68% vil dermed ligge mellom 0,94-1,48, noe som indikerer liten spredning i avgitte svar. Også her vil det ses en venstreskjev kurve.

Av tabell 7 kan man se at fedrene har gjennomsnittskårer mellom 1 og 2 på depresjon og angst (HSCL-13). Skårer mellom 1 og 2 betyr at man i liten grad er plaget av depresjon og angst (Derogatis et.al, 1974) Standardavviket hos de biologiske fedrene ligger på 0,32 og 68% havner derfor innenfor skårer mellom 0,95-1,59. Standardavviket vurderes som relativt lavt og man kan dermed si at det er liten spredning i avgitte svar. Man vil få en høyreskjev kurve

ettersom flesteparten skårer i venstre ende av skalaen. I gruppen med adoptivfedrene ligger standardavviket på 0,22. Man finner dermed 68% av fedrene innenfor skårer mellom 0,94-1,38, noe som tyder på liten spredning i avgitte svar. Også her vil det ses en høyreskjev kurve.

6.2.1 Sammenligning av mødrenes og fedrenes skårer ved depresjon og angst

Ved sammenligning av mean hos mødrene innenfor Hopkins Symptom Checklist ser man ut i fra tabell 6 at de biologiske mødrene skårer høyere ($M=1,34$) enn adoptivmødrene ($M=1,21$). Den signifikante forskjellen ligger på 0.001 nivå og indikerer at de biologiske mødrene i større grad skårer høyere på ulike symptomer ved angst og depresjon, enn mødrene som har adoptert. Ved sammenligning av fedrene innenfor Hopkins Symptom Checklist kan man se at de biologiske fedrene skårer høyere ($M=1,27$) enn adoptivfedrene ($M=1,16$). Den signifikante forskjellen ligger på 0.001 nivå. Tallene indikerer at de biologiske fedrene har flere symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med adoptivfedrene.

6.3 Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor depresjon etter å ha fått barn

I tabell 8 og 9 gjengis mean (M) og standardavvik (SD) knyttet til mødrenes og fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon og angst.

Tabell 8: Mødrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon etter å ha fått barn

	Biologiske Foreldre (n=1130)		Adoptivforeldre (n=105)		t-verdi
	M	SD	M	SD	
Edinburgh	5,55	2,94	5,08	2,20	-1,5968

Tabell 9: Fedrenes vurdering av seg selv innenfor depresjon etter å ha fått barn

	Biologiske Foreldre	(n=676)	Adoptivforeldre	(n=104)	t-verdi
	M	SD	M	SD	
Edinburgh	5,04	2,61	3,99	1,44	-3,9527***

***t-verdi >0,001

Ut fra tabell 8 ser man at gjennomsnittsskårene på depresjon etter å ha fått barn (Edinburg) ligger mellom 5 og 6 hos mødrene. For å kunne anta mulig fødselsdepresjon, må man skåre over 10 (Holden & Sagovsky, 1987). Standardavviket ligger på 2,94 hos de biologiske mødrene og man finner dermed 68% innenfor skårene 2,61-8,49. Resultatene vil gi en høyreskjev kurve, ettersom skårene ligger mer mot venstre side av skalaen. Hos adoptivmødrene ligger standardavviket på 2,20. 68% av adoptivmødrene befinner seg dermed innenfor verdiene 2,88-7,28, Resultatene vil gi en høyreskjev kurve, ettersom flesteparten vil ligge mot venstre ende av skalaen.

Ut fra tabell 9 kan man se at gjennomsnittsskårene etter å ha fått barn (Edinburg) ligger på mellom 3 og 6 hos fedrene. Skårer over 10 kan bety mulig tegn på fødselsdepresjon. De biologiske fedrene har et standardavvik på 2,61. Dette innebærer at 68% av de biologiske fedrene skårer mellom 2,43-7,65, og vurderes som et forholdsvis lavt standardavvik. Resultatene vil gi en høyreskjev kurve ettersom majoriteten av avgitte svar befinner seg i venstre ende av skalaen. Adoptivfedrene har et standardavvik på 1,44 og man finner dermed 68% av avgitte svar innenfor verdiene 2,55-5,43. Resultatet tyder på lav spredning hos adoptivfedrene. Også her vil det kunne ses en høyreskjev kurve, ettersom flesteparten befinner seg i venstre del av skalaen.

6.3.1 Sammenligning av mødrenes og fedrenes skårer ved depresjon etter å ha fått barn

Ved sammenligning av mean hos mødrene innenfor fødselsdepresjon (Edinburg), fremgår det at de biologiske mødrene (M=5,55) i større grad enn adoptivmødrene (M=5,08) kjenner seg

igjen i utsagn rundt fødselsdepresjon. Ut fra tabellen kan det ikke ses en signifikant forskjell. Ved sammenligning av fedrene innenfor fødselsdepresjon (Edinburg), kan man se en forskjell mellom biologiske fedre og adoptivfedre. De biologiske fedrene skårer høyere (M=5,04) enn adoptivfedrene (M=3,99) og ser dermed ut til å ha flere symptomer på fødselsdepresjon enn adoptivfedrene. Det fremgår i tabellen at denne forskjellen er signifikant på 0.001 nivå.

6.4 Mødrenes og fedrenes selvrapporing innenfor Eysencks personlighetstrekk; ekstravert og nevrotisme

I tabell 10 og 11 gjengis mean (M) og standardavvik (SD) knyttet til mødrenes og fedrenes vurdering av seg selv innenfor personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisme.

Tabell 10: mødrenes selvrapporing innenfor personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisme

	Biologiske Foreldre (n=1130)		Adoptivforeldre (n=105)		t-verdi
	M	SD	M	SD	
Eys. Eks	7,40	2,18	6,40	2,19	-4,6098***
Eys. Nev	3,73	2,53	3,10	2,29	-2,5238*

*t-verdi >0,05 ***>t-verdi>0,001

Tabell 11: fedrenes selvrapporing innenfor personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisme

	Biologiske Foreldre (n=676)		Adoptivforeldre (n=104)		t-verdi
	M	SD	M	SD	
Eys. Eks	7,34	2,20	6,86	2,47	-2,0370 *
Eys. Nev	2,29	2,14	1,82	1,99	-2,1041 *

*t-verdi >0,05

Ut fra tabell 10 ser man at gjennomsnittskårene på personlighetstrekket ekstravert (Eysenck) ligger mellom 6 og 8. Høye skårer her (maksimumskåre 10) betyr at man har mye av personlighetstrekket ekstravert fremfor introvert (Eysenck & Eysenck, 1975). Standardavviket ligger på 2,18 hos de biologiske mødrene noe som betyr at 68% havner innenfor verdier

mellom 5,22-9,58. Man vil se en venstreskjev kurve, ettersom majoriteten befinner seg i høyre ende av skalaen. Hos adoptivmødrene ligger standardavviket på 2,19 og 68% havner dermed innenfor verdier mellom 4,21-8,59. Man vil se en svak venstreskjev kurve, ettersom skårene befinner seg mer mot høyre ende av skalaen. Tallene indikerer forholdsvis høy spredning av avgitte svar hos begge grupper. Ut fra tabell 10 fremgår det at personlighetstrekket nevrotisisme (Eysenck) har gjennomsnittskårer mellom 3 og 4. Lav skåre vil si lite av personlighetstrekket nevrotisisme (Eysenck & Eysenck, 1975). Standardavviket ligger på 2,53 hos de biologiske mødrene og forteller at 68% av mødrene havner innenfor verdiene 1,2-6,26. Man vil få en svak høyreskjev kurve, ettersom majoriteten befinner seg mer mot venstre ende av skalaen. Standardavviket hos adoptivmødrene ligger på 2,29 og man vil dermed finne 68% av gruppen innenfor verdiene 0,81-5,39. Resultatene vil gi en høyreskjev kurve ettersom flesteparten befinner seg i venstre ende av skalaen. Resultatene indikerer forholdsvis stor spredning i avgitte svar hos begge grupper.

Videre ser man av tabell 11 at fedrene skårer mellom 6 og 8 på personlighetstrekket ekstravert (Eysenck). Resultatene indikerer at de har mer av personlighetstrekket ekstravert enn personlighetstrekket introvert (Eysenck & Eysenck, 1975). Standardavviket ligger på 2,20 hos de biologiske fedrene og man finner derfor 68% av fedrene innenfor verdiene 5,14-9,54. Resultatene indikerer forholdsvis høy spredning i avgitte svar. Kurven vil bli venstreskjev, ettersom man finner majoriteten i høyre ende av skalaen. Hos adoptivfedrene ligger standardavviket på 2,47 og 68% havner dermed innenfor verdiene 4,39-9,33. Også her vil man kunne se en venstreskjev kurve, ettersom flesteparten befinner seg i høyre ende av skalaen. Resultatene indikerer relativt høy spredning i avgitte svar. Gjennomsnittskårene hos fedrene på personlighetstrekket nevrotisisme (Eysenck) ligger mellom 1 og 3. Lave skårer indikerer at man har lite av trekket nevrotisisme (Eysenck & Eysenck, 1975). Standardavviket ligger på 2,29 hos de biologiske fedrene og man finner dermed 68% innenfor verdiene 0,15-4,93. Standardavviket forteller om forholdsvis stor spredning i avgitte svar. Man vil få en høyreskjev kurve fordi flesteparten befinner seg i venstre ende av skalaen. Standardavviket hos adoptivfedrene ligger på 1,99. 68% vil derfor havner mellom verdiene -0,17-3,81. Ettersom det ikke opereres med negative verdier vil fordelingen gå fra 0-3,81. Dette vil gi en svært høyreskjev kurve fordi man finner majoriteten helt i venstre ende av skalaen.

6.4.1 Sammenlikning av mødrenes og fedrenes gjennomsnittskårer ved personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisisme

Ved sammenlikning av de biologiske mødrene og adoptivmødrene under personlighetstrekk (Eysenck), kan man se en forskjell mellom foreldregruppene. De biologiske mødrene skårer høyere på personlighetstrekket ekstravert ($M=7,40$) enn adoptivmødrene ($M=6,40$). Det er signifikant forskjell på 0.001 nivå. Innenfor personlighetstrekket nevrotisisme ser man at de biologiske mødrene skårer høyere ($M=3,73$) enn adoptivmødrene ($M=3,10$). Dette indikerer at de biologiske mødrene har mer av trekket nevrotisisme. Den signifikante forskjellen er på 0.05 nivå. Innenfor personlighetstrekket ekstravert kan man se en signifikant forskjell på 0,05 nivå. De biologiske fedrene skårer høyere ($M=7,34$) enn adoptivfedrene ($M=6,86$). Tallene indikerer at de biologiske fedrene i større grad har mer av trekket ekstravert enn adoptivfedrene. Ved sammenlikning av mean på personlighetstrekket nevrotisisme kan man se en høyere skåre hos de biologiske fedrene ($M=2,29$) enn hos adoptivfedrene ($M=1,82$). Den signifikante forskjellen ligger på 0.05 nivå. Dette indikerer at de biologiske fedrene har mer av trekket nevrotisisme.

6.5 Sammenfatning av resultatene

Ved måling av depresjon og angst, indikerer resultatene at majoriteten skårer lavt på symptomer innenfor dette området. Dette er gjeldende for begge foreldregruppene. Måling av depresjon etter å ha fått barn indikerer at flertallet av deltakerne ikke plages med slike symptomer. Ved måling av personlighetstrekket ekstravert, har begge foreldregruppene skårer som indikerer at de i større grad er utadvendte enn innadvendte. Ved måling av personlighetstrekket nevrotisisme kan det ses en overvekt nederst på skalaen, noe som forteller at begge grupper er mer emosjonelt stabile. Fedrene i større grad enn mødrene.

Resultatene viser signifikante forskjeller mellom biologiske foreldre og adoptivforeldre på depresjon og angst (Hopkins Symptom Checklist) og personlighetstrekkene ekstravert og nevrotisisme (Eysenck). I tillegg er det signifikant forskjell mellom fedrene på skalaen som måler fødselsdepresjon/depresjon (Edinburg) etter å ha fått barn. Når det gjelder samtlige skalaer tenderer de biologiske mødrene å skåre høyere enn adoptivmødrene, og de biologiske

fedrene skårer høyere enn adoptivfedrene. Dette indikerer at de i større grad har mer av symptomer innenfor de ulike skalaene eller mer av personlighetstrekkene som er målt.

Standardavviket er varierende, men forholder seg relativt lavt. Unntaket er skalaene om personlighetstrekk, hvor man får forholdsvis høye standardavvik ved begge mødregruppene og gruppen med biologiske fedre. Samtlige kurver vurderes som enten høyreskjev eller venstreskjev, noe som indikerer at majoriteten befinner seg i en av endene av skalaen.

7 Drøfting av resultatene

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra undersøkelsen bli diskutert. Jeg har valgt å dele inn i følgende kapitler; “Hopkins Symptom Checklist”, “Edinburg depression scale” og Eysenck Personality Questionnaire. Drøftingen vil ta utgangspunkt i problemstillingen:

Hvilke forskjeller kan ses hos de to gruppene, adoptivforeldre og biologiske foreldre, ved måling av depresjon, angst og personlighetstrekk etter å ha fått barn?

7.1 Hopkins Symptom Checklist

Hopkins Symptom Checklist tar sikte på å måle i hvilken grad informantene opplever symptomer vedrørende depresjon og angst. Depresjon kan oppstå i ulik grad gjennom livet og skyldes ofte vanskelighet med å fordøye livets påkjenninger og stressituasjoner (www.fhi.no). Nedstemthet, tristhet og følelse av håpløshet er gjerne kjennetegn ved en depresjon (Passer & Smith, 2001). Tilfeller av tilbakefall når man først har hatt en ubehandlet depresjon antas å være svært høy. Man regner med at over 70% vil få en ny depresjon innen 5 år (Grøholt et. al, 2008).

7.1.1 Adoptivmødre og biologiske mødre

Resultatene fra HSCL antyder en signifikant forskjell mellom biologiske mødre og adoptivmødre. Ettersom den signifikante forskjellene er på 0.001 nivå (se tabell 6) antas det at sannsynligheten for at resultatene er tilfeldige er svært liten. Adoptivmødrene har en lavere gjennomsnittsverdi (se tabell 6) noe som betyr at denne gruppen vil ha færre symptomer på depresjon og angst, sammenlignet med biologiske mødre. Ettersom adoptivmødrene har et lavere standardavvik enn de biologiske mødrene (se tabell 6), kan man si at gruppen med adoptivmødre i større grad ligner på hverandre.

Resultatene peker på en forskjell mellom biologiske mødre og adoptivmødre når det gjelder depresjon og angst. Forskjellen kan muligens komme av at adoptivmødrene gjennomgår en utvelgelsesprosess hvor psykisk helse ilegges stort fokus (www.adopsjonsforum.no). Ved søknad om adopsjon vil alvorlighetsgraden av eventuelle psykiske plager bli vurdert og det blir sett på i hvilken grad plagene kan ha betydning for barnet i et langtidsperspektiv (www.regjeringen.no). Med bakgrunn i dette antas det at det i mindre grad vil være tilfeller av symptomer på depresjon og angst hos gruppen med adoptivmødre, ettersom biologiske mødre i større grad kan ha disse vanskene og likevel bli foreldre. Samtidig er det ingen garanti for at adoptivmødrene, på tross av nøye utvalgelse, ikke utvikler depresjon på et tidspunkt etter å ha mottatt barnet, ettersom depresjon anses å ramme mange mennesker i ulike faser av livet (Passer & Smith 2001). Sannsynligheten for å bli rammet av depresjon anses likevel som lav, da man har større sjanse for å utvikle depresjon dersom man har opplevd dette tidligere (Grøholt et. al, 2008).

På tross av at adoptivmødrene vurderes som en likere gruppe og de ser ut til å skåre lavere på skalaen som omhandler depresjon og angst, vurderes ikke forskjellen som relativt stor. Ut fra resultatene til de biologiske mødre (se tabell 6 og kapittel 6, 6.2) skårer de i omtrentlig samme område. Ettersom de biologiske mødre ikke er plukket ut etter visse krav kunne det muligens antas en større forskjell. Adoptivmødre hevdes å ha mer stabilitet i livene deres (Dalen & Rygvold, 2012) av den grunn ville det også vært rimelig å anta en større forskjell på adoptivmødre sammenlignet med biologiske mødre.

7.1.2 Adoptivfedre og biologiske fedre

Resultatene fra HSCL antyder en signifikant forskjell mellom biologiske fedre og adoptivfedre. Ettersom den signifikante forskjellene er på 0.001 nivå (se tabell 7) antas sannsynligheten for tilfeldige resultater som svært liten. Adoptivfedrene har en lavere gjennomsnittsverdi (se tabell 7) noe som betyr at denne gruppen vil ha færre symptomer på depresjon og angst, sammenlignet med biologiske fedre. Ettersom adoptivfedrene har et lavere standardavvik enn de biologiske fedrene (se tabell 7), kan man si at gruppen med adoptivfedre i større grad ligner på hverandre.

Resultatene peker på en forskjell mellom biologiske fedrene og adoptivfedrene når det gjelder depresjon og angst. Grunner til dette kan sies å være noen av de samme som allerede er diskutert under 7.1.1 adoptivmødre og biologiske mødre. På samme måte som hos adoptivmødrene vil antakelig adoptivfedrene ha mindre plager av angst og depresjon på bakgrunn av at god psykisk helse stilles som et krav (www.adopsjonsforum.no). Med et standardavvik som indikerer at adoptivfedrene er mer like hverandre (se tabell 7), vil dette sannsynligvis også komme av at denne gruppen er utvalgt etter visse kriterier som psykisk helse, økonomi og alder (www.adopsjonsforum.no). Innad i gruppen med biologiske fedre derimot, forventes det muligens større spredning av mennesketyper og sosioøkonomisk bakgrunn. Hvis livssituasjonen er preget av forhold som arbeidsløshet, lav utdanning og/eller økonomiske vansker, vil man i større grad være utsatt for depresjon og angst (www.helsebiblioteket.no).

Selv om det ses en signifikant forskjell på adoptivfedre sammenlignet med biologiske fedre, skårer de biologiske fedrene i relativt likt område som adoptivfedrene (se tabell 7).

Majoriteten i begge gruppene skårer i venstre ende av skalaen noe som tilsier få tegn til depresjon og angst (Derogatis et. al, 1974).

7.1.3 Forskjeller ved sammenligning av kjønn

I forhold til angst hevdes det at kvinner i større grad enn menn påvirkes av endringer i miljøet ved utvikling av angst (www.fhi.no). Tildeling av et barn kan ses som en endring i miljøet og livet og kan bli en risikofaktor som kan bidra til at man opplever flere symptomer på angst enn tidligere. Igjen vil man ikke ha garantier for at adoptivforeldrene, da spesielt mødrene, på tross av få tegn til angst før adopsjon, ikke står i fare for å utvikle dette på et senere tidspunkt. På en annen side er muligens den nøye utvelgelsen av adoptivforeldre med på å sortere ut hvilke personer som er sårbare for utvikling av både angst og depresjon? Lavere gjennomsnittsskåre hos adoptivmødrene sammenlignet med biologiske fedre er muligens med på styrke en slik antakelse. Samtidig viser annen forskning at menn og kvinner i like stor grad kan utvikle depresjon (www.forskning.no). Resultatene til adoptivmødrene sammenlignet med de biologiske fedrene kan bidra til å styrke denne teorien, og det kan derfor være

vanskelig å si om adoptivmødrene skårer lavere på grunn av den nøye utvelgelsen. Det er interessant at det totalt sett er adoptivforeldrene som skårer lavest innenfor depresjon og angst og har lavest standardavvik (se tabell 6 og 7) ved sammenligning på tvers av gruppene

At adoptivforeldrene fremstår som mer like hverandre vil sannsynligvis også ha sammenheng med oppfyllelse av ulike kriterier for å bli foreldre. Den nøye utvelgelsen bidrar antakelig til at menneskene i denne gruppen ligner mer på hverandre enn de biologiske foreldrene i forhold til robusthet og sensitivitet. Det kan tyde på at gruppen med adoptivforeldre er mer robuste i forhold til psykiske påkjenninger. Gruppen med biologiske foreldre har muligens en større blanding av robuste og sensitive personer, og det kan dermed være flere tilfeller av symptomer på depresjon og angst i denne gruppen. Med krav om ytterligere spesialundersøkelser til psykisk helse, som er foreslått som endring i regelverket (NOU 2009), ville det vært interessant å se om det resulterte i en ytterligere forskjell på gruppene.

Det vurderes som viktig å understreke at resultatene i begge grupper antyder få tegn til depresjon og angst. Diskusjonen blir gjort på bakgrunn av at det finnes signifikante forskjeller som tilsier at det ikke er tilfeldig at adoptivforeldrene har færre tegn. Det er viktig at dette ses som en tolkning og diskusjon omkring færre tegn til depresjon i gruppen med adoptivforeldre og ikke som at den biologiske gruppen har mange tilfeller av depresjon og angst.

7.2 Edinburgh depression scale

Edinburgh depression scale tar sikte på å måle i hvilken grad man opplever symptomer på fødselsdepresjon/depresjon etter å ha fått barn. Depresjonen inntreffer gjerne etter at barnet har kommet (www.r-bup.no) Omtrent 5-9 % prosent av kvinner i Norge rammes hvert år (www.fhi.no). Fødselsdepresjon har lenge vært forbundet med kvinner, men fra midten av 1990-tallet ble det kjent at også far kan utvikle fødselsdepresjon (www.kilden.forskningsradet.no).

7.2.1 Adoptivmødre og biologiske mødre

Resultatene fra Edinburgh depression scale indikerer at det ikke er signifikant forskjell hos mødrene. Ut fra gjennomsnittskårene skårer adoptivmødrene litt under de biologiske mødrene, men forskjellen anses ikke som stor (se tabell 8) Resultatene vurderes som tilfeldige ettersom signifikansverdien er høyere enn 0.05.

Å utvikle depresjon etter å ha fått barn kommer av den psykiske reaksjon det å få barn og bli foreldre medfører (<http://kilden.forskningsradet.no>). Det kan derfor sies å ramme biologiske mødre så vel som adoptivmødre. Samtidig vil biologiske mødre som har gjennomgått en fødsel kjenne på hormonelle forandringer, noe som ses som en sårbarhet ved utvikling av fødselsdepresjon (www.sinnetshelse.no). På bakgrunn av dette ses det som interessant at det ikke fremkommer signifikant forskjell på mødregruppene. Ettersom de biologiske mødrene tilsynelatende er mer sårbare for utvikling av fødselsdepresjon, ville man kanskje forventet mer tydelige resultater. I tillegg til hormonelle forandringer er det sannsynlig at flere av de biologiske mødrene befinner seg i en situasjon med påkjenninger som blant annet å være ufrivillig alenemor, i et ustabilt forhold eller uønsket graviditet. Fordi dette anses som risikofaktorer for utvikling av fødselsdepresjon (www.sinnetshelse.no), er det nok en gang rimelig å forvente større forskjeller på mødregruppene. Adoptivmødrene kan naturligvis oppleve noe av det samme, men sannsynligheten vil antakelig være mindre ettersom disse mødrene har vært gjennom en nøye utvelgelse for å kunne bli foreldre (www.adopsjonsforum.no) Den største forskjellen vil antakelig være at alle adoptivmødrene har valgt en ny livssituasjon. Dette vil sannsynligvis ikke være tilfelle hos de biologiske mødrene. Ettersom de har født barnet kan det sies at de har tatt et valg med å få barn, men dette valget kan være preget av mange tunge tanker og vanskelige avgjørelser. I tillegg vil det antakelig være mer sannsynlig at noen av de biologiske mødrene får mindre støtte av sine partnere, noe som også kan virke som en risikofaktor ved utvikling av depresjon (www.sinnetshelse.no).

På en annen side vil mødre med fødselsdepresjon muligens takke nei til å bli med i et slikt prosjekt, nettopp fordi de befinner seg i en sårbar og tøff situasjon. Hvis dette er tilfelle får man bare målt de som havner utenfor slike vansker og man får naturligvis et resultat som er relativt likt hos begge grupper. Med mean på 5,55 og et standardavvik på 2,94 hos de biologiske mødre (se tabell 8), havner majoriteten under 10. Ettersom man må skåre over 10 for å kunne begynne å mistenke fødselsdepresjon (Holden & Sagovsky, 1987), ser det ut til at svært få biologiske mødre når denne kategorien. Dette er også gjeldende for adoptivmødrene da de har en mean på 5,08 med et standardavvik på 2,20 (se tabell 8). Resultatene er muligens med på å styrke en antakelse om at mødre med fødselsdepresjon/depresjon etter å ha fått barn, i mindre grad deltar i et slikt prosjekt.

7.2.2 Adoptivfedre og biologiske fedre

Resultatene fra Edinburgh skalaen antyder at det er en forskjell mellom fedrene i de to gruppene. Adoptivfedrene skårer en del lavere innenfor symptomer på fødselsdepresjon sammenlignet med de biologiske fedrene. Med signifikansverdi på 0.01 nivå ses det som svært sannsynlig at resultatene ikke er tilfeldige (se tabell 9).

Det er interessant at det er tydelig forskjell mellom de biologiske fedrene og adoptivfedrene. Har den nøye utvelgelsen av adoptivforeldrene bidratt til dette utfallet? Som nevnt i kapittel 2 om adopsjon, blir de som søker om å bli adoptivforeldre tilbudt et adopsjonsforberedende kurs hvor det blant annet er fokus på omveltningen det å få barn kan medføre (NOU 2009:21, 2009) Videre tar kurset sikte på å bevisstgjøre foreldrene om viktigheten av tilknytning til barnet og hvordan ens egen atferd kan påvirke barnet. Etter å ha gjennomgått de ulike temaene kan adoptivsøkerne reflektere over om adopsjon fortsatt er noe som er ønskelig å gjennomføre (NOU 2009:21, 2009). Kurset er muligens med på å forberede adoptivfedrene på den store omveltningen i større grad enn hva biologiske fedre blir, ettersom biologiske fedre ikke får tilbud om tilsvarende kurs. Gjennom kurset får man i tillegg mulighet til å vurdere og reflektere om man er klar for foreldreoppgaven, og i tilfelle trekke seg fra søknadsprosessen om det konkluderes med at man ikke er klar. Som biologisk far er det

muligens vanskeligere å trekke seg fra foreldreoppgaven. I tillegg kan man som biologiske far i noen tilfeller bli overrasket av nyheten om at man skal bli pappa. Den nye situasjonen man kastes inn i kan dermed bli svært overveldende. På tross av ni måneder med forberedelse, vil det sannsynligvis være lettere for mor å forberede seg til foreldrerollen, ettersom hun bærer barnet inni seg, kjenner bevegelser og knytter bånd. For far vil det muligens være vanskeligere å sette seg inn i hva den nye livssituasjonen innebærer. Med økte krav til fedre i dagens samfunn kan det være utfordrende og forvirrende å vite hvordan man skal fylle den nye rollen (<http://kilden.forskningsradet.no>). Fedrerollen vil antakelig oppleves som utfordrende for adoptivforeldre også, men det kan muligens ses som en fordel at foreldreskapet ikke kommer som en overraskelse ettersom man må gjennom en lang og nøye planlagt søknadsprosess. I denne prosessen og gjennom forberedende kurs vil man som adoptivfar antakelig ha flere mulighet til å diskutere farsrollen og andre spørsmål knyttet til den nye tilværelsen enn hva biologiske fedre har. Den lange forberedelsestiden og kurset man tilbys kan muligens vurderes som forebyggende mot å utvikle depresjon etter å ha fått barn.

I tillegg til at det finnes en signifikant forskjell på fedrene, fremkommer det av resultatene at adoptivfedrene har et betydelig lavere standardavvik enn de biologiske fedrene (se tabell 9). De er med andre ord mer like i denne gruppen. Det er rimelig å anta at den nøye utvelgelsen av adoptivforeldre bidrar til at denne foreldregruppen ligner mer på hverandre, enn hva de biologiske gjør. En av forskjellene kan muligens være at adoptivfedrene i større grad får mulighet til å forberede seg.

Ettersom det finnes lite litteratur rundt far og forberedelser til farsrollen kan argumentasjonen muligens oppfattes som vag og lite holdbar. Videre forskning på området kan antakelig bidra til å styrke diskusjonen. Innhenting av informasjon fra de biologiske fedrene og adoptivfedrene i form av et dybdeintervju kan ses som interessant da man antakelig får tak i annen informasjon enn hva man gjør gjennom et spørreskjema.

7.2.3 Forskjeller ved sammenligning av kjønn

Med en større sårbarhet til å få fødselsdepresjon etter å ha født (www.sinnetshelse.no), er det kanskje ikke unaturlig at de biologiske mødrene skårer høyest av alle gruppene. Videre er det interessant å se at de biologiske fedrene skårer nært adoptivmødrene ved måling av depresjon etter å ha fått barn (se tabell 8 og 9). Resultatet har muligens sammenheng med at adoptivmødrene i større grad har mulighet til å forberede seg på å motta et barn, både med forberedende kurs og med en prosess hvor barnet fungerer som motivasjon (Vonheim, 2013). I tillegg er det kanskje sannsynlig at de biologiske fedrene i større grad har blitt overrasket med at de skal bli fedre. Barnet kan muligens medføre en så stor endring at noen fedre kan utvikle negative følelser rundt det å være far. Ved sammenligning av adoptivmødre og adoptivfedre, skårer fedrene lavere enn mødrene (se tabell 8 og 9). Dette kan også ses som interessant ettersom de to gruppene er ment å være mer like hverandre, noe standardavvikene sammenlignet med den biologiske gruppen også impliserer (se tabell 8 og 9). Samtidig kan man ikke utelukke at adoptivforeldrene ikke opplever tøffe tak etter å ha mottatt barn. Barnet kan blant annet ha såkalte "skjulte skader" som følge av mishandling og underernæring (www.adopsjonsforum.no), noe som kan bidra til utfordringer i ulik grad etter ankomst. Det forklarer samtidig ikke hvorfor adoptivfedrene skårer lavere enn adoptivmødrene. Muligens kan det ha noe med hva slags personlighetstrekk man besitter og hvordan disse kan ha sammenheng med sårbarhet for symptomer.

7.3 Eysenck personlighetstrekk ekstravert

Skalaen har som hensikt å måle hvor på skalaen man havner når det gjelder type personlighetstrekk. Personlighetstrekket ekstravert (utadvendt, sosial, eventyrlysten) og introvert (rolig, strukturert, trives i eget selskap) (Larsen & Buss, 2008).

7.3.1 Adoptivmødre og biologiske mødre

Resultatene fra Eysenck- ekstravert indikerer at det er en forskjell mellom adoptivmødrene og de biologiske mødrene ved måling av personlighetstrekket ekstravert. Den signifikante forskjellen ligger på 0.001 nivå (se tabell 10) noe som indikerer at det er svært lite sannsynlig

at resultatene er tilfeldige. Resultatene innebærer at de biologiske mødrene i større grad er mer utadvendte enn adoptivmødrene (Larsen & Buss, 2008). Standardavviket er tilnærmet likt (se tabell 10), noe som tyder på at begge grupper er relativt like i svar. Etersom det ikke stilles spesifikke krav til personlighetstype under kriterier for adopsjon, er det vanskelig å si noe om hvorfor tendensen er at adoptivforeldrene er mindre utadvendte enn biologiske foreldre. Siden resultatene antyder at forskjellene ikke er tilfeldige ses det som svært interessant å undersøke dette videre. Med begrenset tilgang til hvordan spørsmålene er besvart vurderes det som vanskelig å gå inn på hvert enkelt svar for muligens å kunne se en sammenheng der.

7.3.2 Adoptivfedre og biologiske fedre

Man kan se en signifikant forskjell på fedrene ved måling av personlighetstrekket ekstravert (se tabell 11). Forskjellen innebærer at de biologiske fedrene er mer utadvendte enn adoptivfedrene. Standardavviket er noe høyere hos de biologiske foreldrene (se tabell 11). Dette indikerer at den biologiske gruppen ligner mer på hverandre i avgitte svar, noe som er interessant ettersom resultatene har vært omvendt ved de to foregående skalaene. Det vurderes som interessant å undersøke dette nærmere, ved for eksempel å gå nærmere inn på hva fedrene har svart. Med begrenset tilgang til alt datamateriale, er dette noe som ikke kan gjennomføres ved denne undersøkelsen.

7.3.3 Forskjeller ved sammenligning av kjønn

Hvis man ser på gjennomsnittsskåren hos kjønn i de to gruppene er det interessant å se at de biologiske mødrene har en høyere gjennomsnittsskåre enn både de biologiske fedrene og adoptivfedrene. De biologiske mødrene kan ut fra dette ses som mer utadvendte en fedrene i begge grupper. Ut fra teori om kjønnsforskjeller innenfor personlighet kan det tolkes som at menn som oftest skårer høyere enn kvinner under ekstravert (www.psychologytoday.com). I dette studiet ser resultatene ut til å avvike fra den teorien. Samtidig er ikke signifikansen regnet ut, og man kan derfor ikke vite om dette er tilfeldig eller ikke.

7.4 Eysenck personlighetstrekk nevrotisisme

Skalaen har som hensikt å måle hvor på skalaen man havner når det gjelder type personlighetstrekk. Personlighetstrekket nevrotisisme (engstelse, anspenhet, dårlig selvfølelse) og emosjonelt stabil (rolig, tåler stress i større grad) (Larsen & Buss, 2008).

7.4.1 Adoptivmødre og biologiske mødre

Ved sammenligning av mean hos mødrene på nevrotisisme fremgår det en signifikant forskjell på 0.05 nivå (se tabell 10). Ut fra signifikansnivået kan man anta at det med stor sannsynlighet ikke er tilfeldig at det er en forskjell mellom de biologiske mødrene og adoptivmødrene. Resultatene tyder på at adoptivmødrene har mindre av personlighetstrekket nevrotisisme enn de biologiske mødrene. Adoptivmødrene kan med andre ord sies å være mer emosjonelt stabile og klarer i større grad å beholde roen i stressede situasjoner (Larsen & Buss 2008). Standardavviket er noe lavere hos adoptivmødrene (se tabell 10) og de antas derfor å være mer like som gruppe. I likhet med resultater fra de tidligere skalaene, ses det som gjennomgående at adoptivmødrene er mer like enn de biologiske mødrene.

7.4.2 Adoptivfedre og biologiske fedre

Det kan ses en signifikant forskjell, 0.05 nivå, ved sammenligning av adoptivfedre og biologiske fedre (se tabell 11). Dette innebærer at det er liten sannsynlighet for at resultatene er tilfeldige. Resultatene tyder på at adoptivforeldrene har mindre av personlighetstrekket nevrotisisme enn de biologiske fedrene. Adoptivfedrene skårer i tillegg så lavt ned på skalaen og de kan anses som svært emosjonelt stabile. Det er vanskelig å si om den nøye utvelgelsen av adoptivforeldre skyldes at man får disse resultatene, men det ses som interessant at forskjellen er signifikant.

7.4.3 Forskjeller ved sammenligning av kjønn

Som nevnt tidligere fikk en studie utført i USA resultater som viste at høy skåre på nevrotisisme kan ha sammenheng med utvikling av depresjon og angst (Weinstock & Whisman 2006 ref. i Larsen og Buss 2008). Etersom de biologiske foreldrene skårer høyere på nevrotisisme, sammenlignet innenfor samme kjønn, og man kan se tendenser til flere symptomer på angst og depresjon hos de biologiske foreldrene (se kapittel 7.1) bidrar muligens resultatene til å styrke teorien. Videre kan det tenkes at den nøye utvelgelsen av adoptivforeldre medfører at personer som skårer høyt på nevrotisisme ikke får godkjenning fordi de muligens også viser tegn til angst og depresjon. Hvis dette er tilfelle vil man i større grad sitte igjen med adoptivforeldre som er mer emosjonelt stabile og har lettere for å takle stress i hverdagen. En slik foreldretype vil antakelig være ettertraktet og i større grad passe inn under krav som stilles ved psykisk helse ved søknad om adopsjon. Forskjellene mellom skårene hos foreldrene er nødvendigvis ikke store, men det er interessant at resultatene antyder at det ikke er tilfeldig at adoptivforeldrene skårer lavere.

Ved sammenligning av gjennomsnittsskåren hos begge mødre gruppene opp mot begge fedre gruppene, kan man se at mødre i denne studien skårer høyere enn fedrene. Dette stemmer godt med teorien til italienske Marco Del Giudice (www.psychologytoday.com) som i sin studie fant at kvinner har en tendens til å være fylt med mer uro og angst, mens menn ofte er mer emosjonelt stabile. Under 7.2.3 "forskjeller ved sammenligning av kjønn" ble det stilt spørsmål rundt hvorfor adoptivmødrene skåret høyere på depresjon etter å ha fått barn, enn adoptivfedrene. En mulig forklaring kan kanskje være at adoptivmødrene også skårer høyere på nevrotisisme og dermed har større tendens til uro og engstelse?

7.4.4 Sammensetning av ekstravert-introvert og nevrotisisme

Som nevnt skårer de biologiske foreldrene høyere enn adoptivforeldrene på både ekstravert og nevrotisisme. Ut fra sammensetningen av personlighetstrekkene (Larsen & Buss, 2008), kan det antas at de biologiske mødre i større grad enn adoptivmødrene kan havne under kategorien ustabil-ekstravert. Med andre ord er det større sannsynlighet for at de biologiske mødre er sensitive, rastløse, impulsive og uansvarlige. Det samme er kan sies å være

gjeldene for fedrene. Etersom adoptivforeldrene skårer lavere kan det tenkes at de i større grad tenderer å være mer stabile, omgjengelige, kontrollerte og ha færre bekymringer (Larsen & Buss, 2008).

8 Konklusjon og oppsummering

Formålet med denne oppgaven har vært å se på om det er forskjeller på adoptivforeldre sammenlignet med biologiske foreldre, ved måling av depresjon, angst og personlighetstrekk. Skalaene som er brukt i undersøkelsen er: HSCL-13; måling av depresjon og angst, Edinburgh Depression Scale; måling av fødselsdepresjon/depresjon etter å ha fått barn og Eysenck Personality Questionnaire; måling av personlighetstrekkene ekstravert-introvert og nevrotisisme-emosjonell stabilitet.

Resultatene fra undersøkelsen viser signifikante forskjeller på alle skalaene, med unntak av en skala hos mødrene; Edinburgh depression scale. Resultatene indikerer at adoptivforeldrene har færre symptomer på depresjon og angst, adoptivfedrene har færre symptomer på fødselsdepresjon og adoptivforeldrene er mer introverte og emosjonelt stabile. I tillegg har adoptivmødrene lavere standardavvik enn biologiske mødre ved samtlige skalaer. Funnet tyder på at adoptivmødrene er likere som gruppe. Adoptivfedrene har også lavere standardavvik sammenlignet med biologiske fedre, med unntak av personlighetstrekket ekstravert. Funnene antyder også her at adoptivfedrene er mer like som gruppe.

Resultatene kan avhenge av flere faktorer. En hovedteori er den nøye utvelgelsen av adoptivforeldre, da visse krav må være oppfylt for å bli adoptivforeldre. Kravene kan blant annet bidra til at man befinner seg i en mer stabil livssituasjon, noe som kan være en beskyttende faktor mot utvikling av blant annet depresjon og angst. Undersøkelsen gir ingen direkte svar på hvorfor biologiske foreldre tenderer å være mer utadvendte. Hvorfor de skårer høyere på nevrotisisme derimot, kan muligens lettere forklares ved at de da er mer utsatt for depresjon og angst. Adoptivsøkere med høy skåre på nevrotisisme har muligens blitt luket ut gjennom søknadsprosessen, og nådde dermed ikke undersøkelsens utvalg.

Det er visse deler av undersøkelsen som det hadde vært interessant å se nærmere på, da med mulighet for personlig intervju. Intervju kan muligens avdekke informasjon som man ikke får ved bruk av spørreskjema.

Litteraturliste

About education: <http://www.psychology.about.com> [lesedato: 10.02.14]

Adopsjonsforum: <http://www.adopsjonsforum.no/adopsjon/prosessen/1604/adopsjonsregler>
[lesedato:22.03.14].

Adopsjonsforum: <http://www.adopsjonsforum.no/adopsjon/adopsjon-fra-a-til-%C3%A5/1711/om-det-adopterte-barnet> [lesedato:22.03.14]

Adopsjonsforum:
<http://www.adopsjonsforum.no/adopsjon/prosessen/4559/adopsjonsprosessen-trinn-for-trinn> [lesedato:10.04.14].

Angstringen Norge: <http://www.angstringen.no/les-mer/om-angst> [lesedato:15.04.14]

Befring, E (2002). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. 2. Utg. Oslo: Det Norske Samlaget

BMC Public Health: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/37> [lesedato:22.05.14].

Cervone, D & Pervin, L.A (2008). *Personality. Theory and Research*. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Dalen, M & Rygvold, A.L (2012). Internasjonale adopsjoner i Norge. I E. Befring, & R. Tangen (Red.) *Spesialpedagogikk* (5.utg., s.502-521). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Deane, F. P., Leathem, J., & Spicer, J (1992). Clinical norms, reliability and validity for the Hopkins symptom checklist-21. *Australian Journal of Psychology*, 44, 21-25.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): A self report symptom inventory, *Behavioural Science*, 19, 1-15.

De Vaus, D.A (2002). *Surveys in Social Research. An Introduction*. 5th ed. London

www.etikkom.no [lesedato: 10.01.14].

Eysenck H.J. & Eysenck S.B.G. (1975) *Manual of the EPQ*. London: Hodder and Stoughton.

Folkehelseinstituttet:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5767:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6496:0:25,5772:1:0:0:::0:0&Content_6496=6178:65587:25,5772:1:6220:17:::0:0 [lesedato: 06.05.14].

Folkehelseinstituttet:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0

[lesedato:19.05.14].

Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsels-og-spedbarnshelse/fodselsdepresjon> [lesedato:14.07.14].

Folkehelseinstituttet:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542:::0:7243:5:::0:0

[lesedato: 29.10.14].

Forskning.no (2013): <http://www.forskning.no/artikler/2013/september/366221>

Grøholt, B. Sommerschild, H. Garløv, (2008): *Lærebok i barnpsykiatri*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/hva-har-sosio%3%B8konomiske-forhold-%3%A5-si-for-psykisk-helse> [Lesedato: 22.05.15]

Hesbacher, P. T., Rickels, R., Morris, R. J., Newman, H., & Rosenfeld, M. D (1980). Psychiatric illness in family practice, *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 6-10.

Kilden, informasjonssenter for kjønnsforskning:

<http://kilden.forskningsradet.no/c17251/artikkel/vis.html?tid=38890> [lesedato: 15.07.14].

Kleven, T.A (red.) (2002). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub forlag

Kunnskapssenteret: <http://kunnskapssenteret.com/standardavvik-varians/> [lesedato:22.05.06].

Kunnskapssenteret: <http://kunnskapssenteret.com/skjevhet/> [lesedato:22.05.06].

Larsen, R.J & Buss, D.M (2008). *Personality Psychology. Domains of Knowledge About Human Nature*. New York: McGraw-Hill Company

Lund, T. (red.) (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag

Matematikk.org: <https://www.matematikk.org/artikkel.html?tid=68746> [lesedato:22.05.06].

Mental helse: <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse> [lesedato:14.04.14].

NOU, Norges offentlige utredninger, 2009:21 (2009). *Adopsjon-til barnets beste. En utredning om de mange ulike sidene ved adopsjon*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Pallant, J (2013): *SPSS survival Manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. New York: Open University Press

Psychiatric time (2001): <http://www.psychiatrictimes.com/depression/exploring-gender-difference-depression> [lesedato: 06.05.14].

Psychology today (2012). <http://www.psychologytoday.com/blog/games-primates-play/201201/gender-differences-in-personality-are-larger-previously-thought> [lesedato:08.05.14].

R-bup: [http://www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/\\$all/0DF358EA0C6BCB95C12574290050FFDE?open](http://www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/$all/0DF358EA0C6BCB95C12574290050FFDE?open) [lesedato: 14.07.14].

Regjeringen: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-21/7.html?id=583385> [lesedato:31.03.14].

Regjeringen: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-21/4.html?id=583331> [lesedato:31.03.14]

Regjeringen: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-171-1-20122013/7/6.html?id=728422> [lesedato:08.04.14].

Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/rundskriv-q-282015-med-kommentarer-til-forskrift-om-adopsjon-av-barn-fra-utlandet/id2393520/>

[lesedato: 01.03.15]

Sinnetshelse.no: http://www.sinnetshelse.no/artikler/kvinner_psykiske_problemer.htm
[lesedato: 19.05.15]

Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/adopsjon/> [lesedato:23.03.14].

Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/adopsjon/aar/2014-06-05>
[lesedato: 07.07.14].

Store medisinske leksikon: <http://sml.snl.no/angst> [lesedato:15.04.14]

Store medisinske leksikon: <http://sml.snl.no/selvf%C3%B8lelse> [lesedato:22.04.14]

Tambs, K., & Moum, T (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 87, 364-367.

UiO: http://www.stk.uio.no/om/aktuelt/i-media/2006/fodselsdepresjoner_KK.html
[lesedato:14.07.14].

Vonheim, K (2013). *Tidlig samspill I familier med utenlandsadopterte barn. En observasjonsstudie av foreldre-barn samspill når adoptivbarna er to og tre år*. Oslo: Akademika forlag

Winokur, A., Winokur, D., Rickels, K., & Cox, D. S (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: Stability over a four-week period, *British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 1

Professor dr.philos. Monica Dalen
ISP
Universitetet i Oslo
Pb. 1140 Blindern

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

Dato: 02.03.07
Deres ref.:
Vår ref.: S-07045b

Telefon: 228 50 670
Telefaks: 228 44 661
E-post: juliannk@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

S-07045b Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling. Samarbeidsprosjekt med studien "Barns sosiale utvikling" som gjennomføres ved Atferdsenteret i Oslo [2.2007.297]

Vi viser til søknad mottatt 23.1.07 med følgende vedlegg: Prosjektplan for adopsjonsprosjektet; Orienteringsskriv med samtykke til å kunne kontaktes; Informasjonsskriv med samtykkeerklæring; Intervjuguide og spørreskjema til første gangs intervju; Intervjuguide for telefonintervju; Manual for gjennomføring av samspilloppgaver; Lagring og håndtering av personidentifiserende opplysninger skilt fra forskningsbasen; Prosjektplan for studien "Barns sosiale utvikling"

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte torsdag 22.2.07.

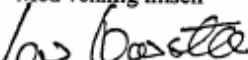
Komiteen har følgende merknader til prosjektsøknaden:
Komiteen ser at studien kan ha nytteverdi og forutsetter at denne studien følger de samme etiske krav som er satt i prosjektet "Barns sosiale utvikling".

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:
Informasjonsskrivet kan med fordel endres ved at det først i annet avsnitt endres fra "og ber dere om å delta" endres til "og forespør dere om å delta", og "På forhånd takk" strykes.

Vedtak:

Under forutsetning av at prosjektleder tar hensyn til merknadene ovenfor, tilirår komiteen at prosjektet gjennomføres.

Med vennlig hilsen


Tor Norseth
Leder


Julianne Krohn-Hansen
Sekretær

Kopi: Forskningsleder Terje Ogden, Adferdsenteret i Oslo, Pb. 1565 Vika, 0118 Oslo

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Vedlegg 2



Monica Dalen
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Harald Hårfagre ga
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21
Fax: +47-55 58 96
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 8

Vår dato: 01.03.2007

Vår ref: 16201/GT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2007. Meldingen gjelder prosjektet

16201
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

Internasjonalt adopterte barns sosiale utvikling
Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Monica Dalen

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

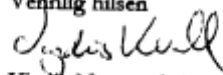
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

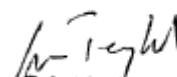
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Vedlegg 2, side 2

Personvernombudet for forskning, NSD



Prosjektvurdering - Kommentar

16201

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende slik det forelå etter revisjon 27. februar 2007.

Prosjektet har et longitudinelt design, og de samme barna skal derfor følges over tid. Denne første delen av studien strekker seg frem til barna er fire år (utgangen av 2011), videreføring av prosjektet utover dette forutsetter at melding sendes til personvernombudet, og at barnas foreldre gir sitt samtykke til videre deltakelse.

I prosjektperioden oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger atskilt fra det øvrige materialet.

Hvis prosjektet ikke skal videreføres på bakgrunn av ny melding og nytt samtykke, skal datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2011.