

Masteroppgave

Mat, ernæring og helse

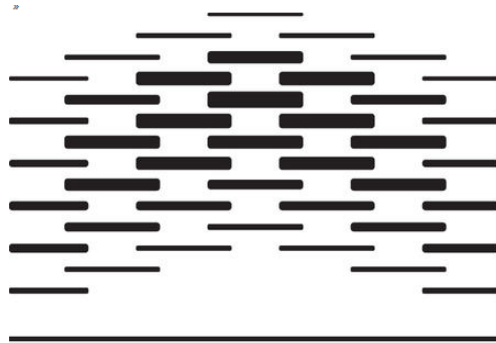
2011

Hvordan oppleves ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen?

En kvalitativ studie av kvinner og helsepersonell i en helsestasjon

Av

Mette Hanneborg



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Institutt for helse, ernæring og ledelse

Innholdsfortegnelse

Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Summary	7
1.0 Innledning og bakgrunn.....	9
1.1 Presentasjon av studien	10
1.2 Problemstilling	11
1.2.1 Avgrensning og struktur av oppgaven.....	11
2.0 Teori	13
2.1 Betydningen av god helse i svangerskap.....	13
2.1.1 Fysisk aktivitet i svangerskapet.....	15
2.1.2 Om betydningen av å hindre overvekt i svangerskapet.....	17
2.2 Helseatferd	18
2.3 Endringsprosessen.....	20
2.3.1 Gravide og endring.....	20
2.3.2 Faktorer som kan påvirke valg av mat hos gravide.....	22
2.4 Helsekommunikasjon i svangerskapet	24
2.4.1 Helsekommunikasjon i svangerskapet kan føre til endringer hos kvinnen.	25
2.4.2 Gravide kvinners behov for informasjon.....	25
2.5 Informasjon til de gravide i Norge	26
2.5.1 Organiseringen av svangerskapsomsorgen i Norge.....	32
2.5.2 Helsestasjonen	34
2.5.3 Helsestasjonens samarbeid med fastlegen.....	35
2.6 Oppsummering av teorikapittelet	36
3.0 Metode og utvalg.....	37
3.1. Vitenskapelig tilnærming	37
3.2. Intervju som metode	38
3.2.1 Intervjuguide	39
3.3 Rekruttering.....	40
3.3.1 Det endelige utvalget.....	42
3. 4 Gjennomføring av intervjuer	43
3.5 Analyseverktøy, temasentrert tilnærming	45
3.6 Forskerrollen og etiske betraktninger.....	49
4.0 Hovedfunn.....	51
4.1 Gravide kvinner og deres erfaringer.....	51

4.1.2	Utfordringer og endringer i matvaner.....	51
4.1.3.	Hvilken ernæringsinformasjon får eller søker kvinnene?.....	57
4.1.4	Hvordan kvinner vurderer informasjon fra jordmor.....	59
4.1.5	Hvordan kvinner vurderer informasjonen fra legen.....	61
4.1.6	Hvordan vurderer kvinnen informasjonen fra internett?.....	63
4.2	Hvordan opplever jordmor ernæringskommunikasjonen med gravide kvinner?.....	64
4.2.1	Hva kvinnene er opptatt av sett fra jordmødrenes side.....	66
4.2.2	Når gis ernæringsinformasjon i svangerskapet?.....	67
4.2.3	Opplevelsen av ernæringskunnskap hos gravide kvinner.....	67
4.2.4	Tidens betydning ved formidling av ernæringsinformasjon.....	68
4.2.5	Hvordan vurderer jordmødrene sin ernæringskunnskap.....	69
4.2.6	Hva ønsker jordmødrene å formidle til gravide kvinner?.....	71
4.3	Hvordan opplever legene ernæringskommunikasjonen med gravide kvinner?.....	71
4.3.1	Hva er kvinnene opptatt av sett fra legens side?.....	72
4.3.2	Når gis ernæringsinformasjon i svangerskapet?.....	73
4.3.3	Opplevelsen av ernæringskunnskap hos gravide kvinner.....	74
4.3.4	Tidens betydning ved formidling av ernæringsinformasjon.....	75
4.3.5	Hvordan vurderer legen sin ernæringskunnskap?.....	76
4.3.6	Hva ønsker legen å formidle til gravide kvinner?.....	77
4.4	Oppsummering av hovedfunnene.....	78
5.0	Diskusjon av metode og resultater.....	80
5.1	Valg av fenomenologisk tilnærming.....	80
5.2	Diskusjon av intervju som metode.....	80
5.2.1	Utvalget og utvalgsprosessen.....	80
5.2.2	Intervjusituasjonen.....	82
5.2.3	Temasentrert analyse.....	84
5.2.4	Etiske dilemmaer.....	84
5.3	Refleksivitet, validitet og relevans.....	85
5.3.1	Refleksivitet.....	85
5.3.2	Validitet.....	86
5.3.3	Relevans.....	87
5.4	Diskusjon av hovedfunn.....	88
6.0	Konklusjon og veien videre.....	94
7.0	Litteraturliste.....	97

Vedlegg 1 Samtykkererklæring Gravide kvinner	102
Vedlegg 2 Samtykkererklæring Lege og Jordmor	103
Vedlegg 3 Intervjuguide gravide	104
Vedlegg 4 Intervjuguide lege og jordmor.....	106
Vedlegg 5 Matriser over endringer og valg av mat i svangerskapet for kvinnene	107
Vedlegg 6 Tabeller og figurer	108

Forord

Å belyse ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen på en helsestasjon sett fra kvinnen, jordmødres og fra legenes side, har vært en utrolig spennende, lærerik og krevende prosess. Masteroppgaven har vært en lang reise, men til slutt landet oppgaven med fokuset der det var ønsket fra begynnelsen, å belyse ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen, i et tre perspektiver.

I likhet med andre ønsker jeg å takke de som har hjulpet meg på veien med masteroppgaven og gitt meg all den erfaringen jeg nå sitter igjen med. Først av alt vil jeg takke Jordmor 1 ved helsestasjonen med sitt store engasjement til studien, rekruttering av gravide og drøftinger av hovedfunn. Hun har vært til stor hjelp og nytte med masteroppgaven, og en person som har gitt meg mye støtte i intervjuprosessen.

Jeg vil også takke all informantene som har satt av tid i sin travle hverdag til å dele erfaringer og opplevelser rundt svangerskapet med meg. I tillegg vil jeg rette en takk til min veileder Laura Terragni, for sitt engasjement, støtte og faglig veiledning gjennom hele prosessen.

Til slutt må jeg takke min mann Inge som har vært der når jeg har hatt behov for å snakke om masteroppgaven, og alt det innebærer av frustrasjon, tid til å skrive, være fraværende i hverdagen, samt alle drøftinger som jeg har måtte ta gjennom denne prosessen. Uten din hjelp og støtte hadde denne reisen blitt mye tyngre og mer ensom, enn den ble med ditt store engasjement hele veien for ernæringsinformasjon i svangerskapet. Tusen takk.

Mette Hanneborg

Oslo, november 2011

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Denne studien har som formål å øke forståelsen og kunnskapen rundt de ulike faktorer som kan antas å påvirke valg av mat og endring av helseatferd i svangerskapet. Studien ser på endringene kvinnene gjør, gjennom ernæringsinformasjon kvinnene får av lege og jordmor på svangerskapskontrollen tilknyttet en helsestasjon, samt kunnskap de tilegner seg selv.

Metode og utvalg

Det ble vinteren 2010 og 2011 utført semistrukturerte kvalitative intervju av ti kvinner, to leger og to jordmødre som alle var tilknyttet svangerskapsomsorgen på en helsestasjon. Intervjuene baserte seg på forskningsspørsmålene og hadde fokus på disse temaene: Kvinnens egne oppfatninger om ernæring i svangerskapet, kvinnens behov for ernæringsinformasjon i svangerskapet, og kvinnens endringer av valg av mat i svangerskapet. Som en motvekt til kvinnene har forsker sett på jordmødrene og legenes ernæringskommunikasjon, og hvordan de opplever sin ernæringskommunikasjon med de gravide, samt hvordan de ser på sin egen kunnskap innenfor samme tema.

Funn

Hovedfunnene i denne studien viser at kvinner ønsker ernæringsinformasjon i svangerskapet gjennom kontrollene på helsestasjonen, men behovet for ernæringsinformasjon er tydelig ulike om kvinnen er i sitt første eller andre svangerskap. Kvinnene opplever helt klart jordmor som kunnskapsrik innenfor ernæringsinformasjon, og synes legen liten tid til å informere om og kunnskap på, fagfeltet ernæring, og ses derfor på som en mindre viktig faktor i svangerskapsomsorgen ovenfor de gravide.

På den andre siden viser studien at jordmor opplever de gravide som interesserte i ernæring, og behovet for ernæringsinformasjon er stort hos de fleste. Jordmor opplever at kvinnes sosioøkonomiske status er av betydning for hvor interesserte de er i tema ernæring i svangerskapet, samt om de er første eller annengangsgravide. Videre viser funn at legene ser på sin rolle som viktig i svangerskapsomsorgen, samtidig som de føler seg trygge på at jordmor gjør en veldig god jobb for de gravide, og har mer tid til å gi ernæringsinformasjon.

Konklusjon

Hovedfunnene viser at kvinner motiveres for ernærings og livsstilsendringer i svangerskapet, og er veldig opptatt av fosterets helse og utvikling. Studien viste også at svangerskapet ofte er et punkt i livet hvor endringer av helseatferden er påvirkelige, samt at lege og jordmor opplever at tiden til de gravide som en av de største utfordringene.

Summary

Background and purpose

This study aims to increase the understanding and knowledge about various factors that may influence food choices and changing health behavior during pregnancy. The study looks at the changes that women experience through the nutritional information they get from doctors and midwives under pregnancy controls at the health clinic, also the knowledge the women acquire themselves.

Method and sample

It was in the winter of 2010 and 2011 that semi-structured qualitative interviews were conducted with ten women, two doctors and two midwives who were associated with antenatal care at the health clinic. The interviews were based on researched questions and focused on the issue of women's own perceptions about nutrition during pregnancy also the women's change of food choices. As a counterweight to the women the research looked at midwives' and doctors' nutritional recommendations communicated during pregnancy, also how they perceive their nutrition recommendations with the pregnant women, and last of all how they view their own knowledge within these topics.

Findings

The main findings of this study showed that women wanted nutritional information during pregnancy through controls at the health clinic. The need for nutrition information was clearly different if the women were in their first or second pregnancy. The women experienced that the midwives were very knowledgeable in nutrition information and thought that doctors had little time to inform and little knowledge in the field of nutrition. Therefore it was seen as a less important factor in the antenatal care of pregnant women. On the other hand, the study showed that midwives experienced that pregnant women were interested in nutrition and that the need for nutritional information was very important. Midwives experienced that women's socio-economic status was of importance for how interested they were in the theme of nutrition in pregnancy, and whether they were first or second time pregnancies. Furthermore the finding showed that doctors saw their role as important in prenatal care, while they felt confident that the midwives did a good job for the pregnant women while having more time to provide nutritional information.

Conclusion

The main findings showed that women were motivated about nutrition and lifestyle changes during pregnancy. They were also very concerned about fetal health and development. The

study also showed that pregnancy is often a point in life where changes in health behavior is influenced, with doctors and midwives experiencing the time of pregnancy as one of the biggest challenges.

1.0 Innledning og bakgrunn

Svangerskapet er ofte et endringspunkt i mange kvinners liv, hvor det skjer store kroppslige, fysiske og psykiske endringer av kvinnekroppen. Det er ofte en fase i kvinnens liv hvor endringer av livsstil blir prioritert, og valg av sunn mat kan være en av endringene kvinnen gjør (Szwajcer, Hiddink, Koelen & van Voerkum, 2007). Betydningen av faglig konkret ernæringsinformasjon gjennom svangerskapet kan ha en forebyggende helseeffekt for mor og barn, både på kort og lang sikt (Henriksen et al., 2002; Schrauwers & Dekker, 2009).

I svangerskapet opplever mange kvinner vektøkning utover det som er normalt¹, og at det ikke er lett å gå ned i vekt igjen etter fødselen. Dette kan øke risikoen for dårligere helse i et lengre perspektiv. Forskning viser at overvekt hos mor øker faren for mange livsstilssykdommer (World Health Organization, 2004; Whitaker, 2004; Weiss et al., 2004; Bergholt, Lim, Jørgensen & Robson., 2007).

Gode livsstils valg i svangerskapet i form av ernæring og fysisk aktivitet, kan være av stor betydning for å redusere dette (Henriksen et al., 2002). God ernæringskommunikasjon i svangerskapsomsorgen må ses i et fremtidsrettet perspektiv, hvor fosterets utvikling gjennom svangerskapet legger grunnlaget for store deler av barnets fremtidige helse (Haugen, Vikanes, Brantsæter, Meltzer, Grijibovski & Magnus, 2011; Whitaker, 2004; Weiss et al., 2004; Bergholt et al., 2007). En rekke ulike studier viser at fosterets vekst og ernæring i svangerskapet kan gi god eller dårlig helse senere i livet (Henriksen et al., 2002; Schrauwers & Dekker, 2009; Bech, Obel, Henriksen & Olsen, 2007).

Forskning viser at fokus rundt ernæringsinformasjon i svangerskapet kan ha betydning for helsen til både mor og barn. Ernæringsinformasjonen som gis av jordmor og lege i svangerskapsomsorgen, kan være en unik mulighet til å informere kvinnen om betydningen av sunn ernæring for mor og barn under svangerskapet, i det spesielle møtet mellom jordmor, lege og den gravide på svangerskapskontrollene. Viktigheten av faglig konkret ernæringsinformasjon fra jordmor og lege i svangerskapsomsorgen vil presenteres gjennom denne studien.

¹ Normalvektøkning i et svangerskap er 11-16 kg kilde:Helsedirektoratet.no/ Gravid

1.1 Presentasjon av studien

Denne studien belyser møtet mellom den gravide og jordmor og lege i svangerskapsomsorgen i Norge. Studien ser på helhetsopplevelsen av svangerskapsomsorgen, og har fokus på hva ernæringsinformasjonen har av betydning for kvinnene, og hvordan dette kommuniseres på svangerskapskontrollene. Studien belyser hvilken ernæringsinformasjon som gis i svangerskapsomsorgen og om kvinnene gjør endringer i valg av mat i svangerskapet. Forsker belyser videre hvilke opplevelser jordmor og lege har av de gravide når det gjelder ernæringsinformasjon, og hvordan de ser på sin rolle i arbeidet med informasjon om ernæring i svangerskapet.

Målet i studien er å se dette som en helhetsopplevelse, sett i sammenheng med opplevelsen på svangerskapskontrollene, som kvinnene møter gjennom sine veiledere jordmor og fastlege. Til slutt ser studien på jordmor og fastlegens rolle som veiledere, og deres opplevelser av kommunikasjonen med kvinnene gjennom svangerskapskontrollene.

Studien er viktig for å belyse noe av problematikken som kan oppstå under et svangerskap om kvinnene ikke mottar ernæringsinformasjonen, og/eller har store utfordringer før svangerskapet i forhold til overvekt og lite bevegelse i hverdagen. Viktigheten av å begrense unødvendig vektøkning, samt være i bevegelse gjennom hele svangerskapet, er av stor betydning for både mor og barn (Haakstad, Voldner, Henriksen & Bo, 2007).

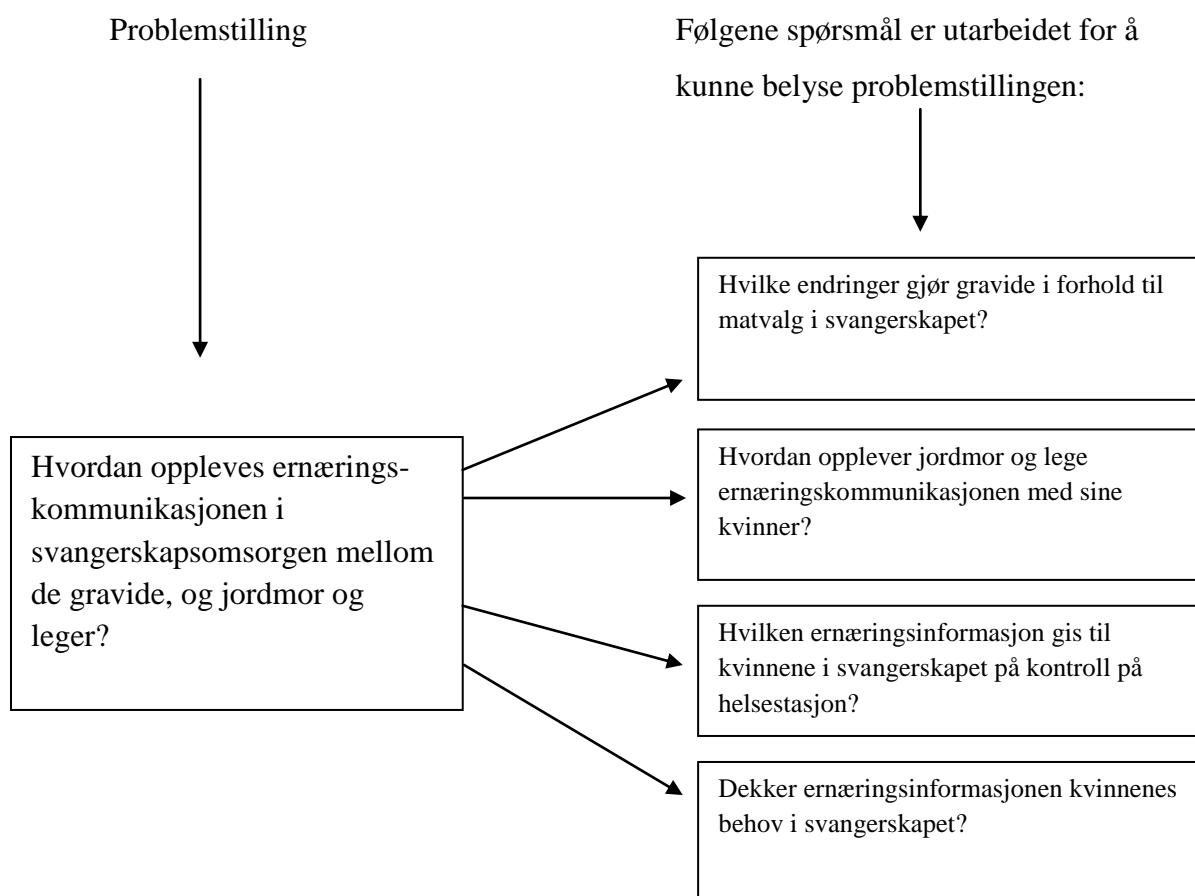
Studiet belyser ernæringsinformasjonsbehovet og kommunikasjonen rundt ernæring i svangerskapskontrollen på helsestasjonen.

For å belyse problemstillingen har forsker gjennomført semistrukturerte intervjuer med ti gravide kvinner, to leger og to jordmødre. Videre har forsker prøvd å tolke og analysere deres svar, sett i lys av hvordan de oppfatter den informasjonen som har blitt gitt, og hvilke ernæringsinformasjon behov de har. Det er også sett på om kvinnene har vært aktive med å stille spørsmål til jordmor, og om de søker ernæringsinformasjon i ulike medier under svangerskapet. Videre har forsker tolket og analysert jordmødrenes og legenes svar i forhold til hvordan de oppfatter kvinnenes ernæringsinformasjonsbehov, og hvordan de opplever sin egen formidling av ernæringsinformasjon til de gravide.

1.2 Problemstilling

Masterstudiet i mat, ernæring og helse har utgangspunkt i folkehelsearbeid og folkehelsevitenskap, og har et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Forutsetningene for et helsefremmende tiltak er gode retningslinjer og god kommunikasjon rundt det tema som det ønskes helsefremmende virkning av (HiOA).

Målet med denne studien er økt innsikt og forståelse for hvordan gravide kvinner opplever ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen, og hvordan de aktivt selv finner relevant ernæringsinformasjon i svangerskapet. Videre ønsker studien å belyse hvordan jordmor og lege opplever de gravide, og sin rolle som veiledere innenfor samme tema.



1.2.1 Avgrensning og struktur av oppgaven

Det er viktig å poengtere studiens begrensninger, da det er en liten kvalitativ studie som ikke er generaliserbar og hvor tidsbegrensninger ved gjennomførelsen av studien er faktorer av betydning for resultatene.

På bakgrunn av studiens begrensede rammer og tidsaspekt, er det valgt å fokusere mest på kvinnene. Men det er viktig å poengtere at det likevel legges betydelig vekt på helheten av studien hvor alle opplevelser av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen tas med.

Studien er også begrenset til friske etnisk norske kvinner, da ikke etniske norske brukere av svangerskapsomsorgen er et for stort område, med ulike utfordringer som det ikke er mulighet til å belyse i denne studien. Kvinnene i studien er både første- og andregangsfødende, for å se et større bilde av ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil teorien rundt ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen bli diskutert. Det vil bli sett på hvordan kvinnene påvirkes til ulike endringer i svangerskapet, og om kvinnene selv er aktive for i å tilegne seg kunnskap innenfor ernæring relatert til graviditeten. Det vil også bli sett på kvinnens helseatferd i svangerskapet, kvinnens behov for ernæringsinformasjon, samt hvilke endringer av matvalg kvinnene gjør under graviditeten. Studien vil på den ene siden se på ernæringskommunikasjonen som skjer mellom kvinnen, jordmor og lege på helsestasjonen, samt hvilke behov kvinnene har for ernæringsinformasjon. På den andre siden ser forsker på jordmødrene og legenes opplevelse av ernæringskommunikasjon med de gravide, og hvordan de ser på sin egen kunnskap innenfor ernæring. Videre vil det presenteres noen faktorer ved helsekommunikasjonsteori, og studier knyttet til endringer av helseatferd i svangerskapet. I diskusjonskapittelet vil dette brukes for å drøfte kvinnes, jordmødrenes og legenes opplevelser av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. Kapittelet starter med en definisjon av begrepet helse, og hvordan norske helsemyndigheter prioriterer helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid. Det vil presenteres tidligere forskning, som viser ulike faktorer som har betydning for god helse for mor og barn, på kort og lang sikt.

2.1 Betydningen av god helse i svangerskap

Peter F. Hjort (1982) definerer helse som det å ha overskudd i forhold til hverdagens krav og god helse som evnen til å fungere eller mestre. Dette sett i sammenheng med hva vi utsettes for og påvirkes av, er kraften enkeltmennesket har til å gjøre helsefremmende valg som er avgjørende for individets helse. Det er ulike oppfatninger av hva helse er, og man kan skille mellom fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende (Mæland, 2005). Fravær av sykdom blir for snevert, da det subjektive aspektet uteblir, samt at det å ha fullstendig velvære og personlig utvikling som mål vil være urealistisk. Det å finne klare grenser mellom patologisk sykdom og naturlige utfordringer i livets faser, blir utfordringen (Andrews, 2003).

Norske helsemyndigheter mener at helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid burde ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp, og forskjellige behov i ulike faser av livet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a; Helsedirektoratet, 2011a). Et av hovedgrepene i folkehelsepolitikken er å stimulere til at kommunehelsetjenesten vektlegger forebyggende arbeid i større grad enn tidligere. Dette gjelder spesielt forebyggende helsearbeid overfor risikogrupper og mennesker som allerede har utviklet sykdom. I Regjeringens handlingsplan

for et bedre kosthold i befolkningen (Departementene, 2007; St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2003; sosial & helsedirektoratet, 2005b), fremheves spesielt ansvaret fastlegene har for å identifisere risikopersoner, sørge for individuell veiledning, samt koordinasjon og oppfølging av pasientene.

En gruppe i samfunnet som er relevant i det forebyggende helsearbeid er de gravide. De gravide kan være i en risikogruppe både i forhold til mor og fosterets helse, og kan dessuten ha betydning for barnets fremtidige helse seinere i livet (Henriksen et al., 2002; Haakstad et al., 2007; Haugen et al., 2011). Forebyggende helsearbeid for de gravide kan være med på å redusere ulike utfordringer gjennom svangerskapet for mor og barn, samt gi fosterets fremtidige helse det beste utgangspunktet (Haakstad et al., 2007; Owe, Nystad & Bø, 2009).

I en norsk studie- Stork undersøkelsen² i Norge ble sett på gravides kosthold i perioder av svangerskapet, hvor det ble samlet inn data fra 553 kvinner i perioden 2002-2005, ved hjelp av spørreskjema i svangerskapsuke 14-16 og 30-32 (Medin, 2007). Studien viste at en stor andel av de gravide kvinnene hadde et inntak av makro næringsstoffer og fiber, som ikke var innenfor de anbefalte områdene. I studien hadde 66 % av informantene for lavt inntak av fiber, 30 % for mye tilsatt sukker, 85 % for mye mettett fett og 42 % for lite inntak av omega 3- fettsyrer i uke 14-16. Studien viste at informantene hadde en negativ utvikling av de samme matvarene i uke 30-32, og støtter oppunder at svangerskapsomsorgen bør fremme anbefalingene fra departementene, og spesielt inaktive og overvektige bør få økt oppmerksomhet (Medin, 2007). Studien viser at mange kvinner har et ubalansert kosthold, som ikke er i tråd med de anbefalte retningslinjene fra Helsedirektoratet (Departementene, 2007; Helsedirektoratet, 2011a; Helsedirektoratet, 2011b; St.meld. nr. 16 (2002-2003) 2003).

Forskning viser at overvekt hos mor i svangerskapet har betydelige flere risikoer forbundet med svangerskapet, enn normalvektige (Weiss et al., 2004; Bergholt et al., 2007; Khoury, Henriksen, Christophersen & Tonstad, 2005; Henriksen, 2009). Svangerskapskomplikasjoner som høyt blodtrykk, keisersnitt, svangerskapsforgiftning eller svangerskapsdiabetes er fremtredende i svangerskap hvor mor er overvektig. Mors overvekt kan også føre til prematurfødsler og barn med lav fødselsvekt, og dette skyldes sannsynligvis svikt i morkaken. En annen årsak kan være at den overvektige spiser for ensidig kost, slik at fosteret ikke får nok av enkelte næringsstoffer. Overvektige har ofte mer kompliserte fødsler enn normalvektige. Prematurfødsel før uke 33-34 på grunn av morkakesvikt, kan gi økt risiko for

² Stork (Store barn og komplikasjoner) er et tverrfaglig prosjekt i Norge, som ser på blant annet mors matvaner og sammenhengen med å føde store barn, og utvikling av svangerskapskomplikasjoner som for eksempel svangerskapsforgiftning.

pusteproblemer, hjerneskader og infeksjoner (Whitaker, 2004; Weiss et al., 2004; Henriksen, 2009).

Nesten alle komplikasjoner i svangerskapet øker hos overvektige kvinner. Overvektige kvinner ($BMI > 35$)³ har større risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes, hypertensjon og preeklampsi. Forskning viser at de har økt risiko for for tidlig fødsel, å føde barn over 4500g og økt risiko for keisersnitt (Whitaker, 2004; Weiss et al., 2004; Bergholt et al., 2007). Overvektige kvinner har større langsiktig helserisiko for hjerte- og karsykdommer, dette gjelder både for mor og barn (Helsedirektoratet, 2011a; Khoury, 2006; World Health Organization, 2003). Overvekt i første trimester av svangerskapet er assosiert med forhøyet risiko for å føde overvektige barn (Whitaker, 2004; Weiss et al., 2004).

Forskning viser at høyt inntak av fisk og annen sjømat⁴ kan beskytte mot utviklingen av alvorlige svangerskapskvalme. De samme funnene ble gjort på inntak av grønnsaker fra løkfamilien og moderate mengder med vann (Haugen et al., 2011). Ernæringsbevissthet gjennom hele svangerskapet har flere aspekter, og graviditeten er ofte basert på tre typer av motivasjon: Barnet, moren, og det sosiale miljøet (Szwajcer, Hiddink, Koelen & van Woerkum., 2005; Szwajcer et al., 2007; Szwajcer, Hiddink, Koelen, Maas & van Woerkum 2008). Disse studiene gir indikasjoner på at graviditeten kan være en livshendelse som fører til økt generell ernæringsbevissthet, som kan påvirke den gravides fremtidige ernæringsrelaterte atferd. I denne sammenheng kan det å formidle god ernæringsinformasjon være en viktig faktor som fremmer god helseatferd hos kvinnene.

2.1.1 Fysisk aktivitet i svangerskapet

Å ha et jevnt nivå av fysisk aktivitet som dekker minimumskravene fra myndighetene om 30 minutter moderat aktivitet som voksen og 60 minutter for barn daglig gjennom livet, er beregnet å gi 3,25 år lengre levetid enn hos inaktive og er et stort fokus område i det helsefremmende og forebyggende arbeidet mot befolkningen i Norge (Departementene, 2005; Helsedirektoratet, 2000; Sosial & helsedirektoratet, 2005b; St.meld.nr.16 (2002-2003) 2003; Helsedirektoratet, 2011a; Strømme og Høstmark, 2000).

³ BMI er bodymassindex, som betyr kroppsvekt fordelt på høyde, som sier noe om vekten til en person, i en skala fra undervektig til fedme kategori tre.

⁴ To til tre fiskemiddager per uke regnes som et høyt inntak av sjømat.

Inntil de siste år har det ikke vært dokumentert godt nok om fysisk aktivitet under svangerskapet kunne være skadelig for fosteret, samt en usikkerhet om hvilken forebyggende helsegevinst det kunne gi mor og barn. Nyere forskning viser at moderat fysisk aktivitet i et ukomplisert svangerskap, ikke har noen skadelig effekt (Kardel, Johansen, Voldner, Iversen & Henriksen, 2009). Det ble vist at sunne og veltrente gravide kan utføre høyintensitetstrening under svangerskapet, uten risiko for normal vekst og utvikling (Kardel et al., 2009). Forskning viser at trening under normale svangerskap bare har positive effekter for både mor og barn. Rapporten konkluderer med at helsepersonell oppfordres til å gi gravide informasjon og anbefalinger om fysisk aktivitet. Det er spesielt viktig å informere om minimumsvarighet og intensitetsnivå i svangerskapet, og informere om de positive helsefordelene ved fysisk aktivitet (Kardel et al., 2010). Forskning viser at kvinner som trener regelmessig i svangerskapet har signifikant lavere vektøkning enn inaktive kvinner i tredje trimester. Samtidig viser rapporten at kvinner som i svangerskapet hadde et lavt aktivitetsnivå også overskred anbefalt vektøkning. Stor vektøkning i svangerskapet øker risikoen for høy fødselsvekt hos barnet og svangerskapsdiabetes (Haakstad et al., 2007).

Forskning viser at fysisk aktivitet under et normalt svangerskap er anbefalt, og bidrar til ulike helsemessige fordeler, som økt velvære, redusert fødselstid, mindre vektøkning og redusert risiko for å få svangerskapsdiabetes og preeklampsi (Kardel & Kase, 1998; Kardel et al., 2009).

Tidligere studier har vist at kvinner som har innarbeidet regelmessige trenings vaner før de blir gravide, fortsetter å trene gjennom svangerskapet (Owe, Nystad & Bø, 2009). Trening gjennom svangerskapet kan være en positiv faktor til å føde normalvektige barn, da det å føde store barn⁵ er forbundet med en rekke komplikasjoner for både mor og barn. Høy fødselsvekt har også sammenheng med overvekt senere i livet, og gjennomsnittlig fødselsvekt og andelen store barn har økt de senere år (Owe et al., 2009).

Folkehelseinstituttets studie av overvekt og fedmeutviklingen fra 2005-2006, er med på å støtte opp under dette. Forebygging av overvekt er en viktig faktor for at et normalt svangerskap skal være tilstede for fremtidige gravide, sett i lys av fedmeutviklingen hos barn og unge i dag (Folkehelseinstituttet, 2011). Denne studien slår fast hvordan overvekt og fedme har utviklet seg for niåringer i Norge, hvor 15-20 prosent av norske barn i alderen 8-12 år er overvektige eller har utviklet fedme, og 8-14 prosent av norske 15-16-åringer har

⁵ Store barn er definert som nyfødte med en fødselsvekt over den såkalte 90-persentilen, som er 10 % nyfødte med høyest fødselsvekt (Helsedirektoratet).

overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2011). Studien viser noe av overvekt problemet, og forebyggende ernæringsinformasjon kan være en viktig faktor for å redusere kompliserte fødsler og høy fødselsvekt hos barn i fremtiden.

2.1.2 Om betydningen av å hindre overvekt i svangerskapet

Det er klare sammenhenger mellom overvekt og fedme og kroniske sykdommer. I følge WHO (World Health Organization (WHO) 2011), er overvekt og fedme et av de viktigste helseproblemene i verden. Årsaken til overvekt og fedme er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, kosthold og fysisk aktivitet, som blir viktige faktorer for forebygging av overvekt (Helsedirektoratet, 2011). Relaterte problemer som hjerte- og karsykdom, diabetes og andre endokrine lidelser, ulike kreftformer og belastningslidelser står for 2-6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land (WHO, 2003). Økning av fedmeforekomsten i befolkningen gjelder ikke bare industrialiserte vestlige land, men har også blitt et økende problem i utviklingsland (WHO, 2011). Dette kan tyde på at fedmeepidemien er i ferd med å bli verdensomspennende (Ulset, Undheim & Malterud, 2007). Til tross for denne økte oppmerksomheten, satte ikke WHO det forebyggende arbeidet for overvekt og fedme på agendaen før 2004. Dette ble gjort gjennom utgivelsen av rapporten Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (WHO, 2004).

Ovennevnte studier viser viktigheten av at helsefremmende arbeid i svangerskapsomsorgen kan være av betydning, da kvinnenes kroppsvekt og fysiske form, ofte spiller en rolle- for å forebygge svangerskapskomplikasjoner og skape en positiv helhetsopplevelsen av svangerskapet.

Forskningen viser at fysisk aktivitet i svangerskapet kan ha forebyggende helseaspekter for både mor og barn, og kan være med å påvirke barnets fremtidige helse (Owe et al., 2009; Kardel et al., 2009). Anbefalinger innenfor ernæring og fysisk aktivitet kan derfor være av stor betydning for å forebygge livsstilssykdommer og utvikle best mulig helse for mor og barn. Dette viser betydningen av ernæringsinformasjon som gis av jordmor og lege i svangerskapsomsorgen, og spesielt for inaktive og overvektige gravide, som bør oppmuntres til sunt kosthold og fysisk aktivitet i svangerskapet. For å kunne arbeide med forebyggende helsearbeid er det viktig å vite hvordan mennesker tar imot informasjon, for å kunne vurdere om helsemyndighetene har lyktes med helseinformasjonen som har blitt gitt. Det som er viktig for å lykkes med helsefremmende arbeid er å forstå hvordan mennesket tenker. Med økt forståelse kan forebygging av helseproblemer og promotering av helsefremmende arbeid

lykkes bedre. Studien ønsker å belyse om gravide kan ha problemer gjennom svangerskapet, om de trenger ytterligere oppfølging, og hvordan man kan lykkes i det helsefremmende arbeidet rettet mot disse kvinnene i en spesiell fase av livet.

2.2 Helseatferd

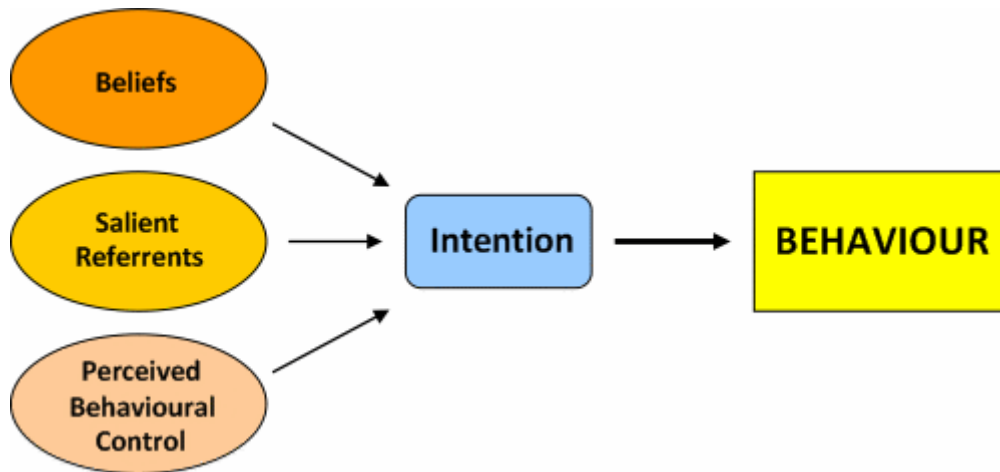
Ottawa- charteret fra 1986 ligger til grunn for tankene om helsefremmende arbeid og definerer dette som *”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”* (World Health Organization, 1986; Mæland, 2005, s. 66). Et av innsatsområdene i Ottawa- charteret er å utvikle personlige helsefremmende ferdigheter. Det betyr at enkeltindividet bør ta egne valg som fremmer helsen (Mæland, 2005). Folkehelsemeldingen påpeker at helsefremmende arbeid er en prosess der folk blir i stand til å øke kontrollen over egen helse (St. meld. nr. 16, 2002). Handlinger, vaner og levesett ser ut til å ha stor innflytelse på helse (Mæland, 2005). Helseatferd kan sees som atferd som påvirker individets helse, samt sosiale og kognitive faktorer som mestringsforventning, holdninger, intensjoner og subjektive normer som viktige faktorer. Helseatferd kan defineres som: *”Helseatferd er enhver aktivitet hos en person som oppfatter seg selv som frisk, og hvor målet er å forebygge eller oppdage sykdom før den bryter ut”* (Espnes & Smedslund, 2001, s 78).

Helseatferd fokuserer på å styrke helsen, og stimulering av helsefremmende atferd er viktig for både individet og samfunnet (Espnes & Smedslund, 2001). Med økende kunnskaper om livsstil og helse, er det mulig for hver enkelt å velge en livsstil som gir god helse (Prescott & Børtveit, 2004).

Å forklare menneskelig atferd i all sin kompleksitet er en vanskelig oppgave. Det er ulike modeller som viser menneskets handlingsvalg, og det er godt dokumenterte forskjeller i sammenhengen mellom befolkningens helsetilstand og sosioøkonomiske forhold. Selv om de fleste gruppene i det norske samfunn har fått bedre helse i løpet av de siste 30 år, har de sosioøkonomiske helseulikhetene økt. Det er de med høyest utdanning og høyest inntekt som statistisk sett har best helse i samfunnet vårt (St.meld.nr.16 (2002-2003), 2003), (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a). Til tross for disse dokumenterte fakta, er det uenighet om det er biologiske, atferdsmessige, strukturelle eller kulturelle forklaringer som er rådende, så i det følgende vil det presenteres et lite utvalg av de mest brukte tilnærmingene.

De fleste atferds vitenskapelige modeller tar utgangspunkt i psykologiske teorier om mennesket og handler mest om individuelle, kognitive og emosjonelle påvirkninger av atferd (Mæland, 2005). *Theory of planned behavior* er en modell som forklarer hvordan kognitive

faktorer påvirker en handling eller en beslutning om valg av mat, og viser hvordan atferd kan forutses fra individets intuisjon med å utføre handlingen (Ajzen, 1991). Det vil presenteres en grundigere forklaring til modellen, med ønsker om å tydeliggjøre modellens betydning for denne studien.



Figur 1 Forenklet Theory of planned behavior (Ajzen, 1991)

Modellen *Theory of Planned Behavior* tar for seg tre faktorer. Disse tre faktorer er ifølge Ajzen de som påvirker menneskets handlingsvalg i ulik grad ved valg av atferd. Modellen forsøker å forklare hvorfor mennesker utfører visse handlinger. De gjør det fordi de danner en intensjon om å utføre handlingen. Intensjoner er påvirket av personens tro, det sosiale presset for å samsvare med ønskene til andre, og deres oppfattede evne til å utføre handlingen. Disse er kjent som tro, fremtredende referansegruppe og oppfattet atferds kontroll (Ajzen, 1991).

Den første faktoren er holdning til handlingen, som blir beskrevet som den følelsesmessige reaksjonen på handlingen, og blir målt ut fra en positiv eller negativ skala. Den overordnede holdningen til handlingen vil være basert på individets tro på utfallet av handlingen (Ajzen, 1991).

Den andre faktoren er den subjektive norm, som innebærer oppfatningen om at intensjonen om å utføre en handling er formet av forventningene andre har til oss, samt vår egen oppfatning og forventning (Ajzen, 1991).

Den tredje faktoren er graden av kontroll som individet selv oppfatter at det har over adferden. Menneske velger sannsynligvis en matvare i forhold til intensjoner om dens utfall av positive effekter, og hvis de selv synes det er innenfor sin egen kontroll (Ajzen, 1991).

Modellen forklarer hvordan faktorer påvirker en handling som valg av mat, og viser hvordan adferd best kan forutses fra individets intensjon om å utføre handlingen. Ajzens (1991) tre faktorer for valg av mat er brukt gjennom analysen av intervjuene, og til slutt brukt for å sammenfatte resultatene i forhold til funnene. Funnene blir videre gjennom analysen sett opp mot helhetsbilde, i forhold til opplevelsen av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen.

2.3 Endringsprosessen

Motivasjon⁶ er et av nøkkelbegrepene ved atferdsendring, det starter ofte ved at personen er motivert for å gjøre en endring, og har tillit til egen mestring for å oppnå de ønskede resultatene (Barthe, Børtveit & Prescott, 2001). Motivasjon er i dag et begrep som er mye bruk, og ofte har subjektive meninger innlemmet i definisjonsforståelsen (Barthe et al., 2001). En som har stor tro på at man vil lykkes med en endring vil også være mer motivert, enn en som har mindre tro på mestringsevnen (Barthe et al., 2001). Motivasjon og mestring ved atferdsendring vil kunne få frem andre individuelle faktorer, hvor forpliktelsesgraden er et slikt eksempel (Kelly, 2008; Prescott & Børtveit, 2005).

2.3.1 Gravide og endring

Det er slik sett mange individuelle faktorer som spiller en rolle i atferdsendring, hvor motivasjon, mestring og kunnskap er viktige begreper. Motivasjonen og individuelle faktorer blir ikke alene påvirket av de indre faktorer, men også de ytre faktorer (Barthe et al., 2001). Forskning viser at kvinner i svangerskapet er motivert for endring (Szwajcer et al., 2007; Szwajcer et al., 2008).

Atferdsendring kan beskrives som en bevegelse gjennom de ulike fasene i en endringsprosess. Prosessen er sirkulær og ikke lineær, og man kan gå frem og tilbake mellom de ulike stadiene. Teorien til fasene avhenger av innstilling til å endre helseatferd, hvor man er i prosessen, og det er ofte ikke nok med en konklusjon om at noe må gjøres, men settes i sammenheng med følelser (Prescott & Børtveit, 2004).

Når det gjelder en varig atferdsendring er *Prochaska og DiClemente stadiemodell* (1992) referert til i Prescott og Børtveit (2004) og utviklet i fem stadier som forklarer hvordan en selvbestemt atferdsendring kan foregå. De fem fasene er *føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold*.

⁶ Motivasjon defineres som: Når en person er motivert, tenker vi at hun har et ønske om å oppnå noe eller forandre seg. En motivert person lar seg ikke så lett stoppe av tilbakeslag og vanskeligheter som dukker opp underveis (Barth, Børtveit & Prescott, 2001)

I denne studien er ikke de to første og den siste fasen aktuelle, da studien kun belyser svangerskapet, og ikke tiden før og etter svangerskapet. Fasene *føroverveiellesfasen*, *resignert føroverveielse* og *vedlikeholdsfase* blir derfor ikke brukt i analysedelen i denne studien, da forsker ikke har gjort intervjuer i disse fasene av kvinnes liv som kan si noe om disse fasene.

I *overveiellesfasen* blir personen stadig mer oppmerksom på at atferden har både positive og negative sider. Man kan oppleve og både ville og ikke ville endre adferd, og har argumenter både for og imot endring. Etter hvert kan situasjonen bli tydelig, og endelig lede til en beslutning om endring. Studien viser at noen kvinner er usikre i sine valg av mat, og søker da etter informasjon som kan understreke betydningen av gode valg av mat i svangerskapet.

I *forberedelsesfasen* har personen besluttet å endre atferd og begynt å planlegge tidspunktet for når og hvordan endringen skal begynne. Planlegging av handling kjennetegner forberedelsesfasen. I denne fasen planlegger man hvordan man skal forholde seg til endringene når de starter, og planen baseres på personens forestillinger om atferden og hvilke forhold som kontrollerer dem (Prescott & Børtveit, 2004). I denne fasen forbereder kvinnen seg på endringen, som å ta tilskudd av folat, reduserer eller slutte å drikke alkohol og endringer av matvalg.

I *handlingsfasen* gjennomføres endringene og personen er fokusert på endringene. Omgivelsene blir gjort oppmerksom på endringene til den gravide, og kvinnene kan få støtte og oppmuntring fra jordmor, lege eller venner og familie. Kvinnene i studien viser til flere handlinger som er kommet til under svangerskapet, hvor bevisstgjøring av kostholdsending og mosjon er de mest fremtredende.

Kvinner som ønsker å bli gravide, eller har blitt gravide uten at det har vært et bevisst valg, er ofte i en fase av livet, hvor de ønsker å endre vaner for å oppnå best mulig helseatferd.

Det kan være av stor betydning for kvinners helseatferd å forstå den ernæringskommunikasjon som gis av jordmor og lege på helsestasjonen under svangerskapet. Gode helsevaner gir ofte bedre livskvalitet og bedre funksjonsevne på en rekke områder, og det er stor enighet om at livskvalitet er et uttrykk for folks subjektive vurderinger av sitt eget liv (Mæland, 2005).

2.3.2 Faktorer som kan påvirke valg av mat hos gravide

Mors ernæring i svangerskapet kan ha flere perspektiver, som bygger under de valg av mat hun foretar under svangerskapet. Kvinnen vil påvirkes av sosiokulturelle, politiske, økonomiske og filosofiske faktorer fra oppveksten, samt hvilke valg av mat som ble gjort i miljøet hun vokste opp i som barn (Shepherd & Raats, 2006; Germov & Williams, 2009; Devine, 2005).

Valg av mat kan innebære forståelsen for hvordan og hvorfor man velger den maten man gjør, og hva som påvirker disse valgene. Våre valg av mat er både en bevisst og ubevisst handling, og gjøres mer eller mindre automatisk i hverdagen vår, som en vane (Germov & Williams, 2009). Valg av mat signaliserer en gruppetilhørighet som for eksempel familie og venner, og man må gjøre tilpasninger i hverdagen i forhold til matvalg, og på den måten er matvaner mer enn bare individuelle valg (Shepherd & Raats, 2006; Germov & Williams, 2009).

Det er blitt laget modeller som kan forklare valg av mat, og som tidligere nevnt er *Theory of planned Behaviour* (Ajzen, 1991), et av eksemplene på det. Modellen *food choice process model* (fig. 2) er en slik modell som har blitt videreutviklet på bakgrunn av tidligere modeller i kvalitativ metode for å kunne analysere matvalg. Denne modellen ønsker å forklare den omfattende prosessen som foreligger forut for et matvalg (Shepherd & Raats, 2006).

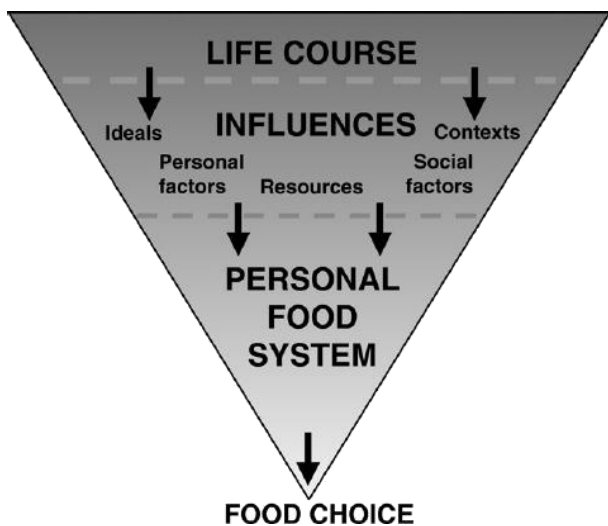
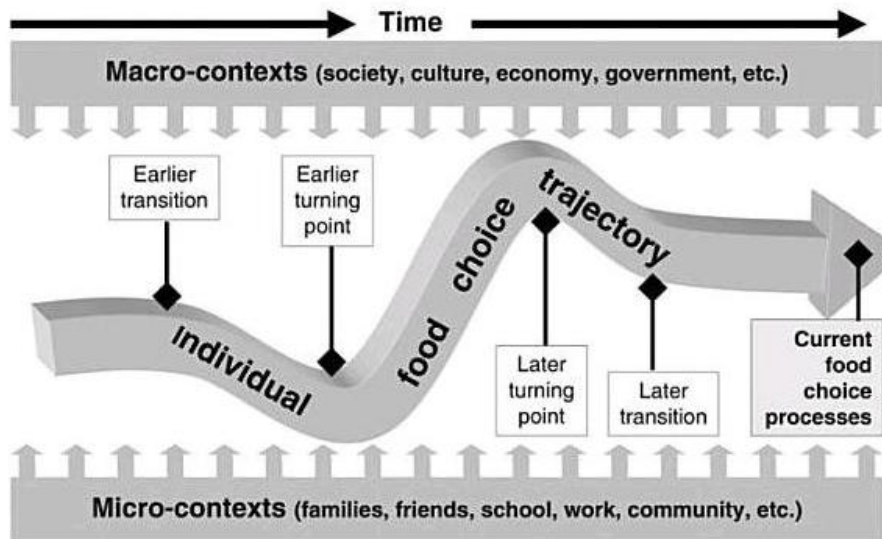


Fig. 2 Food Choice Process Model (Shepherd & Raats, 2006).

Modellen (fig. 3) beskriver hvordan mennesker lager sitt eget dynamiske system for valg av mat gjennom livsløpet, og består av tre nivåer livsløp (life course), påvirkningsfaktorer

(influences) og personlig system (personal system) som til sammen utformer prosessen i forkant av et matvalg (Shepherd & Raats, 2006). Forsker har valgt å begrense studien ved å se på hvordan kvinnen påvirkes i en bestemt fase av livet, og vektlegger årsakene bak sine matvalg i svangerskapet.



Figur 3 A life course perspective model (Shepherd & Raats, 2006).

Tidligere erfaringer fra oppvekstmiljøet påvirker i stor grad valg av mat seinere i livet, og hvordan mennesker forandrer seg over tid (Shepherd & Raats, 2006; Devine, 2005). Modellen kan beskrive en spesiell hendelse i livet, et ”turning point”, som et svangerskap, og en slik hendelse kan påvirke valg av mat i en helt ny retning. Devine (2005) presenterer modellen *A life course perspective* (se figur 3), som beskriver hvordan valg av mat utvikler seg i en foranderlig tidskontext, sosial kontekst og historisk kontekst. Modellen viser betydningen av når man studerer valg av mat, det er viktig å se på i hvilken fase av livsløpet kvinnen befinner seg. Det viktig å se på den maten som velges, den konteksten man foretar valg av mat i, og vise menneskelige hensyn i forhold til dette. Bak et hvert valg av mat ligger det et livsløp av vaner, forandringer, tidligere utfordringer og påvirkninger i ulike kontekster (Shepherd & Raats, 2006; Devine, 2005). Forskning viser at dette kan være avgjørende valg for barnets helse seinere i livet, og slik sett har betydning for neste generasjon (Henriksen et al., 2005; Henriksen, 2009; Bech et al., 2007). Helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid må ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og de ulike ernæringsbehov, i de ulike faser av livet og bidra til å fremme god helseatferd hos enkeltmennesket (Departementene, 2007; St.meld.nr.16 (2003-2003) 2003).

2.4 Helsekommunikasjon i svangerskapet

Ved kunnskapsformidling er det viktig at kommunikasjonen når målgruppen, slik at det som formidles blir oppfattet slik det er ment, og at den enkelte kan ta ansvar for sin egen helse. Det er viktig at individets helse tas vare på i et livslangt perspektiv, og påvirker til gode levevilkår for den enkelte innenfor de valgmuligheter enkeltmennesket har til å ta vare på sin egen helse. Svangerskapsomsorgen gir en viktig mulighet til å formidle ernæringskunnskap som har betydning for mor og barn, samt forberede mødre på forståelse av omsorg under og etter svangerskapet.

I de fleste atferds vitenskapelige modeller tas det utgangspunkt i psykologiske teorier om mennesket, og om individuelle kognitive og emosjonelle påvirkninger av atferd (Mæland, 2005). Atferd blir ofte styrt av sosiale, kulturelle, eller religiøse normer og regler, og utgjør en betydelig innflytelse på menneskers handlingsmønstre. Valg av livsstil gjenspeiler direkte eller indirekte gruppepress, rollemodeller og annen normativ innflytelse (Mæland, 2005). Matvaner er mer enn hva mennesket opplever som sunt og godt eller hva man har råd til. Maten blir et symbol til å vise hvem man er, hvilken sosial gruppe man tilhører og identifiserer seg med (Mæland, 2005).

Jarbro (2004) definerer helsekommunikasjon som en del av den menneskelige kommunikasjon der individene håndterer helserelaterte spørsmål på ulike vis. Spørsmål om helse kommuniseres både i den intrapersonelle kommunikasjonen⁷ og i den interpersonelle kommunikasjonen⁸. Helsekommunikasjonen gjenfinnes innenfor smågruppekommunikasjon, organisasjonskommunikasjon, offentlig kommunikasjon og i massekommunikasjon. Studien belyser ernæringskommunikasjonen mellom den gravide, og jordmor og lege.

I følge Jarbro (Jarbro, 2004) kan ernæringskommunikasjonen mellom den gravide, og lege og jordmor har ulike former, med unntak av massekommunikasjon. Massekommunikasjon formidles ofte gjennom offentlig myndigheter i form av informasjonskampanjer, og vil da være enveis ernæringskommunikasjon rettet mot befolkningen generelt. Et eksempel på dette er merkeordningen Nøkkelhullet⁹, hvor myndighetene i de skandinaviske landene setter sunnhet på dagsordenen, og ønsker fokus på sunne matvarevalg hos forbrukerne. Samtidig som offentlig myndigheter øker sitt fokus på kosthold og helse i befolkningen, blir mange mer og mer opptatt av å spise sunt (ibid). Det har vært sentralt i studien å se på ulike sider av

⁷ Er når mennesket kommuniserer med seg selv.

⁸ Er når mennesket kommuniserer med andre.

⁹ Nøkkelhullet er en merkeordning med redusert sukker, salt og fett, samt økt innhold av fiber på utvalgte matvarer i de skandinaviske landene, for å hjelpe befolkningen til å velge sunnere matvarer.

ernæringskommunikasjonen, samt å se dette opp mot behovet og ønskene kvinnene har i forhold til ernæringsinformasjon i svangerskapet.

2.4.1 Helsekommunikasjon i svangerskapet kan føre til endringer hos kvinnen.

Graviditet ser ut til å være en fase i livet som fører til økning i interessen for ernæring og betydningen av egen helse. Svangerskapet viser seg å være en periode i livet hvor kvinner er mottagelig for endringer i forhold til ernæringsrelaterte temaer (Szwajcer et al., 2007; Szwajcer et al., 2008). Graviditeten kan være en fase i livet som medfører økt generell ernæringsbevissthet, som kan påvirke kvinners fremtidige helseatferd (Szwajcer et al., 2007; van Zutphen, Milder & Bemelmans, 2009; Henriksen et al., 2002; Khoury, 2006). Primært viser forskning at kvinner i første rekke er opptatt av fosterets vel og vel, men egen helse får også en høyere prioritet enn tidligere, og motivasjonen for god ernæringsatferd økes i forkant av, og under svangerskapet (Szwajcer et al., 2007; Szwajcer et al., 2008).

2.4.2 Gravide kvinners behov for informasjon

Flere studier viser at kvinner ofte søker ernæringsrelatert informasjon og ønsker informasjon om ernæring og kosthold i svangerskapet (Szwajcer et al., 2005; Szwajcer et al., 2008; van Zutphen, et al., 2009). Szwajcers studie (2005) viste at hver av gruppene som var med i denne studien, søkte ernæringsinformasjon i svangerskapet. Internett som informasjonskanal ble opplevd som et bra sted å søke etter ernæringsinformasjon, fordi kvinnene følte seg anonymisert ved søk i dette mediet. Kvinnene i studien nevnte jordmor som en faglig sterk person med god ernæringskunnskap, og den som lettest ble spurt om råd i svangerskapet. Studien viste av kvinnene hadde økt ernæringsbevissthet og økt informasjonsbehov, hovedsakelig med tanke på beskyttelse og trivsel for babyen (Szwajcer et al., 2005). I studien ble det også gjort funn som viser at kvinner med relativ høy utdanning ofte følte for mer dyptgående ernæringsinformasjon i svangerskapet, utover den generelle ernæringsinformasjonen som gis, hvor internett og bøker ble oppgitt som referanser (Szwajcer et al., 2005).

En annen studie viser funn av gravide kvinner som opplever graviditeten som en fase i livet, som fører til økt interesse og behov for å søke etter spesifikk ernæringsinformasjon rettet mot svangerskapet. Studien viser at kvinner søker etter informasjon gjennom alle trimesterene, med et gjennomsnittlig søk fra 1,75 ganger per uke til 2,91 ganger pr uke. Dette viser at gravide kvinner ofte søker etter ernæringsspesifikk informasjon under svangerskapet. Informasjonskilder som internett, jordmor og bøker var på de tre viktigste av

informasjonskilder for alle grupper av gravide kvinner i undersøkelsen (Szwajcer et al., 2008). Noen gravide ønsker mer informasjon enn det de fikk fra medier, hvor jordmor synes å være en god kilde til bekreftelse av riktig informasjon. Dette kan skyldes at kommunikasjonen hos jordmor kan være mer preget av mellommenneskelig kommunikasjon, mens massemedier for det meste er preget av ensidig kommunikasjon (Koelen & van den Bran, 2004; Szwajcer et al., 2008).

Jordmor utdanningen i Amsterdam gjennomførte en studie hvor kvinner som besøkte jordmor utdanningen i praksis, fikk mulighet til å delta på et "sunt livsstil-program". Programmet gikk ut på at kvinnene kunne registrere seg på programmets nettside for å få tilgang til informasjon om en sunn livsstil (van Zutphen, et al., 2008). Studien viser at informasjon om sunn livsstil i svangerskapet ikke automatisk treffer målgruppen som kanskje ville trenge denne form for informasjon mest.

Prescott og Børtveit (2004) mener at med den økende informasjonen som er tilgjengelig for mennesket om kosthold og fysisk aktivitet, ville det være mulig for hvert enkelt menneske å velge en livsstil som gir en god helse. Informasjonen som gis om ernæring og gode livsstilsvaner i svangerskapsomsorgen fra jordmor og lege, vil for mange av kvinnene være av stor betydning for deres valg i svangerskapet. Viktigheten av god kommunikasjon kan være av avgjørende betydning for livsstils valg kvinnen gjør på bakgrunn av god informasjon (ibid).

Dette setter store krav til de som arbeider i svangerskapsomsorgen for å kunne nå frem til alle sosiale grupper med lik informasjon. Derfor er det viktig med kunnskap om hvordan helsepersonell kan lykkes med forebyggende helsearbeid, slik at informasjonsstrategiene fra norske helsemyndigheter målrettet kan nå sine mål om ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. For enkeltmennesket handler det om å bli i stand til å ta gode forebyggende helsevalg som kan ha betydning for forutsetningene til helsen for kommende generasjoner.

2.5 Informasjon til de gravide i Norge

I dette kapittelet vil forsker gi et innblikk i utviklingen av den norske ernæringspolitikken, og hvilke hovedtrekk som er prioritert i det forebyggende helsearbeidet i Norge. Videre vil forsker redegjøre for de generelle retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2005), som er sentral i forhold til studiens problemstilling. Retningslinjene er ment som støtte til ernæringskommunikasjonen for leger og jordmødre som arbeider i svangerskapsomsorgen i Norge.

Norge fikk sin første offisielle ernæringspolitikk gjennom stortingsmelding nr. 32 fra 1975 (St.meld. nr. 32 (1975-76) 1975), og ernæringspolitikken ble inkludert som en del av folkehelsepolitikken i Norge ved stortingsmelding 37 (1992-1993) 1992. Dette ble videreført i stortingsmelding nr. 16 (2002- 2003) 2002, *Resept for et sunnere Norge*, også kalt Folkehelsemeldingen. Norge prioriterte forebygging i større grad enn tidligere gjennom Stortingsmeldingen 16, hvor det legges større vekt på strukturelle forhold som for eksempel lovverk og tilgjengelighet av sunn mat, samt at samordningen mellom ulike sektorer er viktig å videreføre. Handlingsplanen for et bedre kosthold i befolkningen (Departementene, 2007) er en videreføring av Stortingsmelding nr. 16 som viser til konkrete tiltak med mål og delmål, for å fremme målsettingen om et sunnere kosthold for befolkningen (Departementene, 2007; helsedirektoratet, 2011b). De offisielle norske anbefalingene for ernæring og fysisk aktivitet (sosial & helsedirektoratet, 2005b; helsedirektoratet, 2005; departementene, 2005), arbeider med at befolkningen får et best mulig kosthold og endrer uheldig atferd i et fremtidsrettet perspektiv. I De nordiske landene har samarbeidet om å utarbeide anbefalingene Nordic Nutrition Recommendations (NNR, 2004), som er utarbeidet etter mange års forskning, og de norske anbefalingene er utarbeidet på grunnlag av disse.

Disse rapportene fokuserer mye på å forebygge overvekt og fedme og å fremme en sunn livsstil ved hjelp av et sunt kosthold i tillegg til fysisk aktivitet. Utover dette er det videre utarbeidet retningslinjer for bruk under veiledning i svangerskapsomsorgen (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009), for å fremme god helseatferd i svangerskapet for de gravide. Jordmor og lege bruker av disse retningslinjene i sin ernæringskommunikasjon med de gravide, under svangerskapskontroll på helsestasjonen.

Anbefalingene er i første rekke påtenkt for den friske delen av befolkningen, og de er ment som et gjennomsnittkosthold over en lengre periode. I svangerskapsomsorgen i dag gis ernæringsinformasjon til gravide i tråd med disse retningslinjene, og gjennom brosjyren *Gravid* (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009). Heftet *Gravid* er oppdaterte retningslinjer i forhold til siste års forskning. Dette er en informativ brosjyre som helsepersonell i svangerskapsomsorgen deler ut til sine gravide. Informasjonen i denne brosjyren er kortfattet og konkret (Helsedirektoratet, 2009).

Retningslinjene omtaler det anbefalte basisprogrammet for friske gravide med normale svangerskap. Helsedirektoratet legger vekt på en svangerskapskontroll uten flere undersøkelser enn nødvendig. Jordmødre og leger skal likevel gi individuell omsorg slik at

kvinner som har behov for mer tid enn anbefalt, får tilbud om det. Kvinners behov og ønsker er utgangspunktet for svangerskapsomsorgen (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen bør bringe den beste, tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen videre til kvinnene. Et prioritert mål ved svangerskapsomsorgen er å gjøre kvinnen i stand til å ta informerte beslutninger¹⁰ om alle aspekter ved svangerskapsomsorgen. For å kunne gjøre dette, må kvinnen få informasjon slik at hun kan diskutere mulighetene med den eller de som foretar svangerskapskontrollene (Sosial & helsedirektoratet, 2005c).

I heftet *Gravid* (Helsedirektoratet, 2009), er 17 av totalt 47 sider skrevet om temaene ernæring og matvalg. Dette viser at det er blitt lagt vekt på ernæringsinformasjon fra myndighetene fra 2006, samt at denne enklere informasjonsbrosjyren som kvinnene får, er ønsket fra myndighetenes side at den skal nå frem til gravide med sin informasjon (Helsedirektoratet, 2009).

Anbefalingene til de gravide fokuserer på at gravide kvinner generelt bør forsøke å spise så variert som mulig. Det anbefales gravide å spise stivelsesholdige produkter som grovt brød, pasta, ris og poteter, proteinrik kost som magert kjøtt, fisk, bønner og linser, mye fiber som finnes i grove kornprodukter som grovt brød og knekkebrød, kornblandinger, frukt og grønnsaker, tilpasset mengde melkeprodukter (melk, yoghurt og ost), fortrinnsvis magre og halvfete produkter og lite sukkerholdige produkter som brus, saft og godteri (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Leger og jordmødre skal informere gravide om mat som kan medføre risiko for dem selv og/eller fosteret (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Ytterligere anbefalinger er at jordmødre og leger bør tilby alle gravide heftet ”Ernæring i svangerskapet” (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).). Leger og jordmødre bør informere gravide og kvinner som planlegger å bli gravide om å ta tilskudd av *folat* én måned før befruktning og opptil 12 uker i begynnelsen av graviditeten. Det reduserer risikoen for å få et barn med nevrالرrørdefekter. Anbefalt dosering er 0,4 mg daglig. Kvinner som har hatt en graviditet med nevrالرrørdefekt, som selv har nevrالرrørdefekt eller når

¹⁰ En informert beslutning kan defineres som individets gjennomtenkte valg, basert på relevant informasjon om fordeler og ulemper ved aktuelle behandlingsalternativer.

barnefaren har nevrالرørdefekt, anbefales et *ekstra folat-tilskudd på 4 mg per dag* fra siste måned før befruktning og i svangerskapets første to til tre måneder (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Rutinemessig *jerntilskudd* skal ikke anbefales til gravide. Rutinemessig jerntilskudd er ikke helsefremmende for kvinnen eller fosteret, og gir ubehagelige bivirkninger. Det fører kun til høyere ferritin- og hemoglobinnivå. Gravide kvinner bør anbefales å måle Hb-konsentrasjonen på den første kontrollen i svangerskapet, samtidig som andre blodprøver tas. Slik kan jordmor eller lege identifisere kvinner med anemi. Det anbefales også en måling i uke 28, da Hb-konsentrasjonen er på det laveste, slik at det er mulighet for å korrigere en eventuell anemi før fødselen (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Retningslinjene anbefaler *daglig inntak av tran*, da dette har flere positive effekter for både mor og barn (Departementet, 2005). Lever som hovedrett i et måltid bør frarådes på grunn av for høye mengder av vitamin A. Jordmor eller lege bør informere gravide om at de bør *unngå inntak av flere ulike kostholdstilskudd som inneholder vitamin A* (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Retningslinjene anbefaler gravide å ta *10 µg vitamin D* per dag, fordi dette blant annet fremmer opptaket av kalsium og bygger en sterk benbygning (Departementet, 2005; Gravid, 2006). Gravide og kvinner som ammer anbefales å ta tran for å få dekket vitamin D-behovet. 5 ml tran gir 10µg vitamin D. Alternativt kan gravide velge et multivitaminpreparat eller vitamin D-dråper (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Gravide bør sørge for å spise kjøtt som er *gjennomstekt eller – kokt*. Videre bør de være oppmerksom på, å unngå vakuumpakkede produkter mot slutten av holdbarhetstiden. Det gjelder kjøttpålegg, gravet og røkt fisk og enkelte oster. Gravide bør også unngå rakfisk, av samme grunn som de ovennevnte matvarene, av fare for bakterier og økt risiko for komplikasjoner under svangerskapet (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Retningslinjene anbefaler jordmødre og leger å tilby alle gravide en rutinemessig *veiing* i svangerskapet som et hjelpemiddel i tilknytning til kosthold og levevaner. Gravide med over- eller undervekt bør få individuell veiledning i kosthold og fysisk aktivitet, ut over den generelle veiledningen som alle gravide får (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Anbefalingene fra departementene har klare retningslinjer både for den generelle befolkningen, og for gravide kvinner om sunn helseatferd og valg av sunn mat (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Departementet, 2007; Helsedirektoratet, 2009). I en slik sammenheng er det et paradoks at Norges befolkning stadig øker i vekt og får større utfordringer i forhold til ulike livsstilssykdommer og overvekt i løpet av livet. Kvinner som er kommende mødre kan være utsatt for kompliserte svangerskap som krever større helseressurser enn tidligere (Waterland & Jirtle, 2004; Henriksen et al., 2002). I siste stortingsmelding nummer 47, Samhandlingsreformen 2011-2012, viser departementet tydelig det økte fokuset på ernæring og fysisk aktivitet, slik dette utdraget viser:

I samhandlingsmeldingen er det under punkt 7.6.2 blant annet uttalt:

Utfordringen er å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. I det videre utviklingsarbeid er det viktig å ha realistiske oppfatninger om hvilke effekter som kan oppnås gjennom individuelle opplegg fra fastlege eller annet helsepersonell, herunder at vurderingene også foretas i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse vurderinger må skje i dialog med organisasjonene til fastlegene og øvrig helsepersonell... (St.meld. nr. 47 (2008-2009), (2009).

Samhandlingsmeldingen tydeliggjør behovet for ytterligere helseinformasjon, og slik sett vil samhandling mellom mediene, det sosiale miljøet og helsepersonell i svangerskapsomsorgen, kunne være av stor betydning for hvordan kvinner vil prioritere sine valg i svangerskapet, på bakgrunn av god ernæringsinformasjon som et av fokusområdene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Ernæringskommunikasjon i svangerskapsomsorgen kan være en faktor som kan ha stor betydning for de gravide, med tanke på valg av mat og helseatferd i svangerskapet. I

samhandlingsreformen ble det vedtatt at jordmor skal være tilknyttet helsestasjonene i kommunene, videre har ikke samhandlingsreformen betydelige endringer i forhold til svangerskapsomsorgen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009).

Informasjonskilder har ulike egenskaper og oppfyller differensialfunksjoner. Den viktige forskjellen mellom de fleste massemedier og mellommenneskelige kilder, er at de fleste av de konvensjonelle massemediene er preget av enveiskommunikasjon, mens mellommenneskelige kommunikasjonskilder har mulighet for tilbakemelding. I mellommenneskelig kommunikasjon hvor avsenderen kan reagere på mottakeren, i hvert fall til en viss grad, og avsender og mottaker enkelt kan bytte roller, kan mellommenneskelig kommunikasjon være mye mer effektiv form kommunikasjon (Koelen & van den Bran, 2004; Mæland, 2005). I det helsefremmende arbeidet for et sunnere samfunn, betraktes ikke folk som en målgruppe, men som samarbeidspartnere. Det vil si at kommunikasjonen en ønsker å tilrettelegge for behov og ønsker i befolkningen, og så langt det er mulig mellommenneskelig kommunikasjon med mulighet for tilbakemeldinger begge veier (Mæland, 2005).

Dette er fundamentale prinsipper for å kunne ivareta det primærforebyggende arbeidet og bidra til å fremme god helse blant barn og unge. Andre viktige forutsetninger i arbeidet er god fagkompetanse, kontinuitet hos helsepersonell og opparbeidet kjennskap til familie og miljø som omgir de unge. Det er også viktig å ta initiativ til forpliktende samarbeid med personell i f.eks. barnehage og skole og å ha hensiktsmessige internkontrollsystemer.

God ernæring er en vesentlig miljøfaktor for det enkelte individs og befolkningens helsetilstand, og har avgjørende betydning for menneskets vekst, utvikling og trivsel (St. meld. nr. 37 (1992-93), 1993; Henriksen, 2009; Henriksen et al., 2005). Et riktig sammensatt kosthold fra livets begynnelse, bidrar til å redusere forekomsten av folkesykdommer som for eksempel hjerte-karsykdommer og kreft (Henriksen et al., 2005). På kort sikt har maten vi spiser stor betydning for normal vekst og utvikling, samt fordøyelse og tannstatus. Mye tyder på at gode matvaner som etableres tidlig, vil vedvare. Det er derfor av stor betydning at barn innarbeider gode matvaner (Khourt et al., 2006; Klepp, Thuen & Wilhelmsen, 1995; Waterland & Jirtle, 2004; Whitaker, 2004).

2.5.1 Organiseringen av svangerskapsomsorgen i Norge

Det er faglig og politisk enighet om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsatt skal spille en viktig rolle innen helsefremmende og forebyggende virksomhet. Tjenestenes betydning bekreftes av brukerne ved at nær 100 % av sped- og småbarnsforeldrene benytter seg av tilbudet på helsestasjonen og betrakter det som et lavterskeltilbud (Seierstad & Straand, 2005). Dette er fundamentale prinsipper for å kunne ivareta det primærforebyggende arbeidet og bidra til å fremme god helse blant barn og unge (St. meld. nr. 37 (1992-93) 1993). Formålet med svangerskapsomsorgen er beskrevet slik i Retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2005):

Formålet med svangerskapskontrollen er å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet...(Sosial & helsedirektoratet, 2005c).

Dette viser at jordmors og leges oppmerksomhet skal ha fokus på den gravide kvinnen som en unik person, i forbindelse med hennes fysiske og psykiske utvikling gjennom svangerskapet. Jordmor og lege skal være interessert i kvinners forventninger og opplevelse av graviditeten og hennes oppfatninger, kunnskap og meninger. Jordmor og lege skal lytte til den gravides spørsmål og bekymringer, samt hennes bekvemmelighet og ubehag i svangerskapet. Jordmødrene og legene skal inspirere den gravide til gode beslutninger og handlinger, som har gode helseeffekter på svangerskapet, fosteret, arbeidsplassen, fødsel, amming og utvikling til å bli mor (Sosial & helsedirektoratet, 2005c).

Ved et normalt svangerskap hos friske gravide, vil en del undersøkelser gjøres i løpet av svangerskapet. I tillegg brukes en del av konsultasjonstiden til informasjon og veiledning. Hvor temaene vil dreie seg om livsstil, kosthold, trening, røyking og alkohol. Når fødselen nærmer seg vil jordmor samtale om fødselen. Svangerskapsomsorgen er ment som et helsetilbud hvor omsorg, kontinuitet, samt god tid til informasjon og veiledning ved hver svangerskapskontroll (Helsedirektoratet, 2006).

Jordmor og lege kommuniserer med de gravide kvinnene gjennom svangerskapsomsorgen, og gir råd og veiledning i forhold til anbefalingene fra anbefalte retningslinjer (2005). Jordmor og lege journalfører de kliniske svarene i et svangerskapsskjema som følger den gravide gjennom hver kontroll, og helt frem til gjennomført fødsel. I svangerskapsskjemaet noteres alt som er viktig å vite for jordmor og lege, forbundet med svangerskapet. De viktigste er blodtrykk, kroppsvekt, preeklampsi (sukker i urinen), allergier, spesielle plager, vannansamlinger i hender og ankler, samt vekst utvikling og aktivitet hos fosteret (Sosial & helsedirektoratet, 2005c).

Norske myndigheter tilrettelegger til rette svangerskapsomsorgen ved at de gravide har rett til fri svangerskapsomsorg hos sin fastlege og jordmor på helsestasjonen som de er tilknyttet. Svangerskapskontrollene utgjør gjennomsnittlig åtte besøk, hvor mange helsestasjoner praktiserer fire ganger hos lege og fire ganger hos jordmor. Det er vanlig å ha første kontroll mellom 8. og 12. svangerskapsuke. Svangerskapskontrollene inneholder samtale om temaene kosthold, røyking, fosterutvikling, hjertelyd, vanlige plager i svangerskapet, vekt og vekst utvikling hos fosteret, og generell helsetilstand hos mor som; vekt, blodtrykk, urinprøve og vann i kroppen.

Det gis ut flere brosjyrer med nyttig informasjon ved første svangerskapskontroll. Hefte *Gravid*, som er nevnt tidligere brukes som veiledning i svangerskapskontrollen av jordmor, og dekker den viktigste informasjonen til kvinner med normalt svangerskap. På helsestasjonen skal mor og barn komme til jevnlig kontroll etter fødselen og frem til barnet begynner på skolen.

Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler jordmødre og leger å tilby gravide rutinemessig veiing i svangerskapet som et hjelpemiddel i tilknytning til kosthold og levevaner. Gravide med over- eller undervekt bør få tilbud om individuell veiledning i kosthold og fysisk aktivitet, ut over den generelle veiledningen som alle gravide får. Ved rutinemessig veiing er det viktig å bruke den samme vekten hver gang. Kvinnen kan gjerne veie seg på egen vekt hjemme, og notere resultatet på helsekortet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005c). Målet med samtalen er at jordmor eller lege skal kunne gi råd og anbefalinger som er individuelt tilpasset og vurdere om kvinnen trenger å gå oftere til kontroll. Hyppigere oppfølging eller henvisning videre kan være aktuelt for kvinner med kroniske sykdommer eller særskilte behov.

Gjennom folkehelsepolitikken (2003) prøver man å nå målsettingen med utvikling, styrking og tilrettelegging av helsetjenester som tar utgangspunkt i brukerens behov. Organiseringen av svangerskapsomsorgen har gjennomgått en omlegging de siste årene, gjennom Helse og sosialdirektoratets ulike utgivelser av retningslinjer for å bevisstgjøre og fremme sunt kosthold i folkehelsearbeidet.

2.5.2 Helsestasjonen

Å bli foreldre kan betegnes som en livslang prosess, med røtter i egen oppvekst.

Foreldreskapet utvikles gjennom en endrings- og omformingsprosess, som særlig tar fart og gjennomgår omveltende faser under graviditeten og i spebarnstiden (Oakley, 1979; Helsedirektoratet, 1998).

Helsestasjonen har mange oppgaver og skal blant annet tjene som møtested og sosial arena for foreldre. Helsestasjonstjenesten ønsker at den enkelte bruker skal kunne delta i utformingen av tjenesten. ”Brukerperspektivet vil i denne sammenheng både omfatte foreldre og barn, og at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utformingen av tiltak og tjenester” (Helsedirektoratet, 1998).

Helsestasjonen er åpen for foreldre og barn fra nyfødt- til skolealder. Svangerskapsomsorg, svangerskapskontroller og svangerskapskurs er en del av tilbudet til mange helsestasjoner. På helsestasjonen møter man i første rekke helsesøster, som er sykepleier med videreutdanning. Lege er til stede på helsestasjonen til bestemte tider. Helsestasjonen jobber med å fremme barns helse slik at barna vokser opp med best mulig fysisk og psykisk helsetilstand (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003; Helsedirektoratet, 1998).

Målgruppen omfatter hele familien og helsestasjonen skal gjennom tiltak styrke fedres og mødres mestring av foreldreskapet. Foreldrene har ansvaret for at barna får sine ulike behov dekket. Helsestasjonens rolle i nært samarbeid med foreldrene, er å legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem. Helsestasjon for barn i alderen 0-5 år, er et lavterskeltilbud som er gratis for alle foreldre med barn i denne aldersgruppen (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003; Helsedirektoratet, 1998).

Helsestasjonen skal gjennom tiltak styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, og det skal legges stor vekt på å lytte til og å ta på alvor foreldrenes observasjoner og eventuelle bekymringer for barnet. Dette skal tilbys alle foreldre 0-2 uker etter at barnet er født. Her skal helsesøster gi veiledning og rådgivning til foreldrene, samt helseundersøkelse av barnet etter

oppgitte kriterier (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003; Helsedirektoratet, 1998).

Helsestasjonen veileder foreldrene om kosthold og barnestell, og mange helsestasjoner har tilbud om grupper der man kan møte andre foreldre i samme situasjon og utveksle erfaringer og ikke minst bli kjent med andre i lokalmiljøet som har barn. Målet med gruppekonsultasjoner er at foreldre kan utveksle erfaringer, få innsikt, forståelse og hjelp til å mestre de utfordringer som foreldrerollen og omsorgen for barn krever. Helsesøster har en viktig rolle som leder av gruppen, og har ansvaret for at en kunnskapsbasert praksis ivaretas (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003; Helsedirektoratet, 1998). I tillegg kan et sosialt nettverk dannes mellom gruppemedlemmene. "Barselgruppe" er et slikt tilbud i mange kommuner, hvor kvinnene etter fødsel settes i kontakt med andre kvinner i nabolaget, og har felles barselgruppemøter på helsestasjon sammen med helsesøster. Mange videreutvikler dette til "barseltreff" utenom oppmøtene på helsestasjonen.

2.5.3 Helsestasjonens samarbeid med fastlegen

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001, fastlegereformen la grunnlag for en styrking av offentlig allmenntilleggslegearbeid i sykehjem, helsestasjoner og skoler. Kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke.

En studie fra helsestasjonen i Lillehammer våren 2003 (Seierstad & Straand, 2005), belyste hvor stor deltagelse og hvilken innflytelse fastlegen skal ha på helsestasjonen. Studien ønsket å finne ut hvordan brukerne av helsestasjonen ser på forholdet mellom helsestasjon og fastlege, og å finne ut om foreldre kunne tenke seg at fastlegen utførte helsekontrollene.

Studien kan oppsummeres med disse funnene:

Studien benyttet spørreskjema delt ut til foreldre som møtte til helsekontroll på helsestasjonen i Lillehammer våren 2003, og til Lillehammers fastleger. Undersøkelsen består av 189 svar fra foreldre/foresatte, og svarskjema fra 14 av 18 fastleger. Studien kunne vise til resultater blant foreldrene hvor; 29 % mente at det hadde vært en fordel om fastlegen utførte helsekontrollene, 48 % svarte nei og 23 % vet ikke. Blant legene var tallene henholdsvis 57 %, 29 % og 14 %. Nesten alle fastlegene så behov for nærmere samarbeid mellom helsestasjonen og fastlegen. Småbarnsforeldrene la større vekt på kontakt med helsesøster og andre småbarnsforeldre enn at det var fastlegen deres som stod for helsekontrollene. Blant

legene ble det avdekket et ønske om bedre samarbeid mellom helsestasjonen og fastlegen... (Seierstad & Straand, 2005).

Denne studien har viktige resultater som det kan være av stor betydning å forske mer på, og relevant i forhold til forskers studie, hvor ønsket har vært å se på helhetsopplevelsen av svangerskapsomsorgen.

2.6 Oppsummering av teorikapittelet

I dette kapittelet har forsker sett på ulike studier som viser til endringer kvinnene gjør som følge av deres graviditet, og ulike handlingsplaner og retningslinjer, anbefalinger til gravide om ernæring i svangerskapet, god helseatferd for mor og barn, og fysisk aktivitet.

Studiene belyser viktigheten av ernæringsinformasjonen som gis av jordmødre og leger i svangerskapsomsorgen, og hvilken forebyggende helseeffekt dette kan ha for de gravide. Spesielt informasjonen til inaktive og overvektige gravide som bør oppmuntres til sunt kosthold og fysisk aktivitet i svangerskapet, vil være av betydning for å lykkes med ernæringsinformasjonen. Videre er det vist til ulike utfordringer som overvekt og lite gunstig helseatferd som mor kan ha, samt hvordan dette kan være med på å øke risikoen for komplikasjoner under svangerskapet, både for mor og barn. Teorikapittelet belyser forskning som viser jordmødrenes og legenes påvirkningsrolle i svangerskapsomsorgen, og viktigheten av ernæringskommunikasjon gjennom svangerskapskontrollene på helsestasjonen.

3.0 Metode og utvalg

Dette kapitlet starter med en utredning om metodevalg for oppgaven. En undersøkelse har som formål å samle inn data, og man ønsker at disse dataene skal belyse det som er intuitivt med studien, samt at dataene er valide for den konteksten de er hentet fra. I denne studien, bygger empirien på semistrukturerte intervjuer av ti gravide som er tilknyttet svangerskapsomsorgen på en helsestasjon, samt to jordmødre og to leger som arbeider der. Det vil bli gitt en beskrivelse hvordan informantene er rekruttert og en presentasjon av det endelige utvalget.

3.1. Vitenskapelig tilnærming

Hensikten med denne studien er å se på helhetsopplevelsen av svangerskapskontrollen og den ernæringsinformasjonen som gis, og betydningen av at ernæringsinformasjonen kommuniseres på et adekvat nivå, at det forstås av den enkelte bruker av svangerskapsomsorgen.

Sosiale fenomener er komplekse, og for å kunne avdekke hva som kjennetegner disse, kreves det kvalitative intervjuer som gjør det mulig å gå i dybden og fange opp nyanser (Johannessen, Tufte & Kristoffersen., 2006).

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse, og kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. Den kvalitative metoden er fortsatt relativt ung i den vitenskapelige verden, og det er derfor viktig at arbeidet frem mot resultatene er transparente, ved at forskeren er nøye med å beskrive og forklare metoden som blir brukt og hvordan det empiriske materialet blir analysert og tolket (Malterud, 2003; Thagaard, 2009).

Studien har en fenomenologisk tilnærming, som er opptatt av forståelsen av subjektets livsverden¹¹ og persepsjon av verden. Ved bruk av fenomenologisk tilnærming ønsker en å beskrive og oppnå en dypere forståelse av enkeltpersoners subjektive opplevelser og erfaringer. En vil få frem hvordan opplevelsen av ulike fenomener foregår i informantens livsverden (Malterud, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009). Denne tilnærmingen har forsker hatt fokus på gjennom intervjuene, for å kunne se helhetsbildet av opplevelsen for kvinnene, og lege og jordmor i svangerskapsomsorgen. Studiens fenomenologiske tilnærming, har hatt fokus på å se ulike sider av svangerskapsomsorgen i forhold til problemstillingen. Målet har vært å kunne utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte brukerne av svangerskapsomsorgen.

¹¹ Livsverden er den verden enkeltpersoner selv møter i dagliglivet gjennom umiddelbare opplevelser, og uten å være knyttet opp mot vitenskapens forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2. Intervju som metode

Den vitenskapsteoretiske metoden forskeren velger vil ha betydning for hvilke data en samler inn og hvilken analysemetode en bruker. En kvalitativ metode går i dybden på et sosialt fenomen for å oppnå en forståelse av dette (Thagaard, 2009; Malterud, 2003). Thagaard (2009) og Malterud (2003) påpeker at kvalitativ metode er en god metode å bruke når ”*en ønsker å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger*” (Malterud, 2003, s 32). I denne studien er det valgt å belyse problemstillingen ved hjelp av semistrukturerte kvalitative intervjuer. Kvalitative intervjuer bygger på samtaler rundt et tema og synspunkter som opptar intervjuer og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2009) Målet er å utvikle beskrivelser og begreper, og gi karakteristikker via analysen for å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Dette er en egnet metode for å forsøke å forstå verden sett fra informantenes ståsted, og hvor det konstrueres kunnskap gjennom samtaler mellom intervjuer og informanter. Ønske er å forstå informantenes erfaringer og opplevelser rundt et tema (Kvale & Brinkmann, 2009), som i denne studien er ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. I kvalitative intervjuer er delvis strukturert tilnærming der temaer, men ikke rekkefølgen, er bestemt, den mest brukte fremgangsmåten (Malterud, 2003). I samtalen som utveksles i intervjuet må forsker ha fokus på hva som foregår mellom respondent og forsker, og vite at dette påvirker og har betydning for funn og tolkninger i studien. Det er viktig og avgjørende at forsker skaper et tillitsforhold mellom seg selv og informanten (Malterud, 2003; Thagaard, 2009).

Et intervju er en samtale mellom mennesker som innebærer sosial samhandling i tillegg til utveksling av informasjon. Konteksten for samtalen spiller en vesentlig rolle i meningsutvekslingen, og kan ha betydning for tolkning av funn (Malterud, 2003).

Konteksten i denne studien var helsestasjonen hvor de gravide gikk til svangerskapskontroll hos jordmor og lege. Intervjuene foregikk på helsestasjonen i etterkant av en svangerskapskontroll, og dette kan hatt stor påvirkning på informantene, ved utveksling av informasjon under intervjuene. I denne konteksten var forsker en ung kvinnelig student, som intervjuet alle informantene, og den relasjonen mellom informant og forsker kan være avgjørende i forhold til hvor mye informasjon som utleveres under intervjuet (Malterud, 2003). Intervjumetoden er ofte brukt i studier hvor kartlegging av behov, ønsker, interesser, holdninger og kunnskapsvariabler.

Intervjumetoden er mest benyttet når man er ute etter å kartlegge fakta-opplysninger og preferanser. En utfordring ved bruk av uformelle intervjuer, er at klassifiseringen av

informasjonen som er samlet inn kan by på store problemer og ta mye tid. Styrken ved de uformelle intervjuene, sammenlignet med formelle intervjuer, er at informantene ikke tvinges til å tenke på en spesiell måte. De står mer fritt til å svare slik de selv ønsker (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2009). De kvalitative undersøkelsene gjennomføres som en kommunikasjonsprosess, hvor intervjueren prøver å styre samtalen så lite som mulig (Thagaard, 2009). På grunn av tids- og kostnadsfaktoren baserer kvalitative undersøkelser seg på små utvalg på 10 til 20 personer, og det blir ikke et representativt utvalg hvor det er mulig å generalisere resultatene når man bruker en kvalitativ metode. Utvalget vi får når vi benytter kvalitative metoder er ikke representativt i forhold til populasjonen, men de er kategorirepresentative¹² (Malterud, 2003).

3.2.1 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet med fokus på forskningsspørsmålene. På den ene siden ble det lagt vekt på tanker kvinner hadde rundt valg av mat i svangerskapet ernæringsinformasjon som blir gitt av jordmor og lege, endringer kvinnene gjorde i forhold til valg av mat, behovet kvinnene hadde til informasjon om ernæring i svangerskapet og helhetsinntrykket kvinnene hadde av svangerskapsomsorgen. På den andre siden ble det lagt vekt på hvordan lege og jordmor opplevde ernæringskommunikasjonen med de gravide, egen kunnskap rundt temaet ernæring i svangerskapet og opplevelse av svangerskapsomsorgen.

Under arbeidet med studien ble det gjennomført flere pilotstudier, hvor forsker først begynte med en *legepilot* dette var av stor betydning i forhold til å se om temaene som forsker hadde satt opp som forslag til samtale, ville gi svar på studiens problemstillinger. Etter pilotstudien av lege, gjorde forsker noen endringer på intervjuguiden, slik at temaene ble så presise som mulig, for å kunne belyse problemstillingene. Deretter gjennomførte forsker en tenkt ”pilotstudie” til på lege, og følte at svarene var temasentrert og ville gi svar på studiens problemstilling. Forsker valgte å bruke lege intervjuet som telle intervju, i studien.

Forskers *pilotstudie av gravide*, ble ganske omfattende. Forsker har mye av ansvaret for dette ekstra arbeidet, fordi etter de første intervjuene gav forsker ingen tilbakemeldinger til veileder, på hvordan gjennomføringen av intervjuene gikk. Gjennomføringen av de første intervjuene til kvinnene ble for upresise og samtalen ble kort og noe rotete på flere av kvinnene. Forsker gjennomførte ytterligere intervju, med håp om å få intervjuene mer presise

¹² Kategorirepresentative: Det vil si at de er representative i forhold til de kategoriene man forventer å finne informasjonen hos.

og en mer temasentrert tilnærming. Noe av intervjuene ble bedre, men forsker var fortsatt ikke fornøyd, og skjønnte at endringer måtte til på intervjuguiden. Kvinnenes pilotstudie var den mest omfattende, og ble endret fire ganger, med ytterligere en pilotstudie på hver endret intervjuguide, før forsker følte at det var en god intervjuguide, til å få relevant informasjon til å belyse problemstillingen. Denne prosessen lærte forsker veldig mye av, og gjennomføring av ti intervjuer som ”pilotintervjuer” til kvinnene ble nyttig erfaring når den endelige intervjuguiden var satt, og studiens ti kvinner kunne intervjues ut i fra en god intervjuguide som hadde en temasentrert tilnærming. Rammen rundt intervjusituasjonen var ny for forsker, og kan ha vært en faktor for at prosessen ble omfattende og tidkrevende.

En god intervjuguide vil gjøre analysearbeidet mest mulig overførbart, valid, og relevant for studiens problemstilling, og intuisjonen om hva studien ønsker å belyse er det sentrale, slik at studiens tema hele tiden står i fokus (Malterud, 2003). I etterkant av intervjuene er det tydelig hvor stor nytteverdi en god intervjuguide, og gjennomførte pilotintervju, har vært for studiens resultater og forskers forståelse.

Det ble gjennomført en pilotstudie av *jordmødre*, noe som var til stor nytte, fordi hun hadde tanker om hvordan problemstilling kunne belyse, for å få frem mest mulig relevant informasjon rundt jordmødrenes informasjonsrolle i svangerskapsomsorgen.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert og analysert, og deretter slettet.

3.3 Rekruttering

All kunnskapsforskning handler om å finne frem til mer eller mindre relevante versjoner av den virkeligheten og sannhet vi ønsker å vite noe om (Mæland, 2005).

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk sammensatt, ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003; Thagaard, 2009).

Det kan ofte være vanskelig å finne informanter for å belyse en kvantitativ problemstilling, fordi kvantitative studier kan oppleves veldig personlig og sensitiv. De som da stiller opp kan være de som allerede mestrer sin situasjon godt.

Man må da benytte en seleksjonsmåte som sikrer utvalg av mennesker som ønsker å være med i undersøkelsen. Dette kalles et tilgjengelighetsutvalg, der utvalget er strategisk og utvelgelsen er basert på den tilgjengeligheten som forskeren må forholde seg til. Et problem med utvalget kan da være at personer som ikke er villige til å delta i undersøkelsen, kan

representere mer problematiske sider ved fenomenet som studeres, og dermed føre til skjevhet i undersøkelsens utvalg (Thagaard, 2009).

Til denne studien var det ønskelig å rekruttere gravide til intervju om hva slags ernæringsinformasjon de mottar på svangerskapskontrollen på helsestasjon, endringer de gjør ved valg av mat i svangerskapet og behovet kvinnene har av ernæringsinformasjon, under sin graviditet. Det var også ønskelig å rekruttere jordmødre og leger som arbeider i svangerskapsomsorgen for å belyse deres opplevelse av ernæringsbehovet til kvinner, samt egen opplevelse av kunnskap om ernæring.

De kvinnelige informantene ble rekruttert gjennom jordmor ved helsestasjonen, ved at hun informerte de gravide som var til svangerskapskontroll om studien, og ble spurt om de ønsket å delta i denne studien, ved et intervju med temaet kosthold i svangerskapet. De som takket ja til å være med i studien, ble da ytterligere informert av forsker før intervjuet startet i enerom ved helsestasjonen, og fikk lese igjennom samtykkeerklæringen (vedlegg 1), og hensikten med studien. Jordmødrene opplevde det som uproblematisk å rekruttere de gravide, og de fleste sa ja til å være med i undersøkelsen. Av de gravide var det kun to som ikke kunne delta i studien av tidsmessige årsaker.

Rekruttering av jordmødre og leger til studien, ble foretatt av forsker gjennom besøk på helsestasjonen, hvor jordmor og lege var tilknyttet svangerskapsomsorgen. Forsker informerte om studiens omfang og problemstilling i forkant av intervjuene, samt deres mulighet til å takke nei til å være med i studien. I informasjonsskrivet ble studiens formål om å intervju leger og jordmødre beskrevet (vedlegg 2). Til slutt ble det informert om studiens hovedintensjon om å kartlegge hvilke opplevelser lege og jordmor hadde, når det gjaldt ernæringskommunikasjon med gravide kvinner i svangerskapet. Samt at deres erfaring og kunnskap over mange år, er av stor betydning for studien.

På det første året på masterstudiet gjennomførte forsker en praksisrapport, som belyste det samme tema som denne studien gjør. Resultatene i praksisrapporten, skapte stor interesse for forsker, slik at forsker videreutviklet tema til en problemstilling, og deretter til en masteroppgave. Det ble gjennom denne ”forstudien” gjort avtale med jordmor på helsestasjonen, om å gjennomføre intervjuer av både kvinner, jordmor og leger tilknyttet denne helsestasjonen. Dette har vært til stor hjelp for å kunne gjennomføre denne studien.

I denne studien ble det gjennomført i et strategisk utvalg blant de gravide som tilhører en kommunal helsestasjon, og med jordmødre og leger som arbeider på en helsestasjon tilknyttet svangerskapsomsorgen, for å belyse problemstillingen. Utvalget består av ti kvinner fra 17-38 år som kom til vanlig svangerskapskontroll mens de var gravide, til den helsestasjonen de tilhører. De gravide kunne være i ulike uker av sitt svangerskap, og kunne være både første og andregangsgravide. Det er ikke satt noen aldersgruppering for undersøkelsen, men yrkestittel, alder og svangerskapsuke oppgis i intervjuet, for å kartlegge det kan ha noe samsvar med funn i studien. Videre er det intervjuet to leger og to jordmødre tilknyttet svangerskapsomsorgen ved samme helsestasjon

3.3.1 Det endelige utvalget

Deltagerne som valgte å delta i studien ble i forkant informert muntlig om intervju-situasjonen, både av jordmor og forsker. Det er viktig at de som ble med på studien stilte opp på et frivillig grunnlag, og at de ble informert godt om studien formål, før de signerte på samtykkeerklæringen i forkant av intervjuet. Informasjonsskrivet inneholdt hva undersøkelsen handlet om, og hensikten med studien. Samtykkeerklæringen ble laget i henhold til retningslinjer fra REK Sør (vedlegg 1) og NSD (Vedlegg 2).

Forsker har gitt alle informantene i studien anonymiserte navn (se tabell 1.1 og 1.2.). Yrke er oppgitt for å relatere funn til kvinnenens bakgrunn, og antall svangerskap er oppgitt for å knytte eventuelle funn opp mot eventuelle forskjeller ved første og andre svangerskap. Som en del av bakgrunns materialet har det vært ønsket å vite alderen på de intervjuede. For lege og jordmor har antall år i yrket og avsluttende studieår, vært viktig for deler av drøftingen og analysen for forsker, hvor erfaring og tilegnet kunnskap gjennom mange år kan ha betydning for funnene i studien.

Tabell 1.1. kvinnene

Navn / Alder	Yrke	Antall svangerskap
Elin (17)	Student	1
Ingrid (38)	Lege	2
Martine (29)	Vernepleier	2
Tonje(36)	Førskolelærer	1
Linnea (33)	Lærer	2
Marita (33)	Barnehageassistent	2
Katharina (28)	Sykepleier	2
Ada (35)	Markedsrådgiver	2
Madelen (33)	Rådgiver-legemiddelindustrien	2
Maren (33)	Lærer	2

Tabell 1.2. jordmor og lege

Yrke	Antall år i yrket/studier avsluttet årstall	Alder
Lege 1	23år/1988	50
Lege 2	11år/1998	47
Jordmor 1	14år/1995	44
Jordmor 2	6år/2004	41

3. 4 Gjennomføring av intervjuer

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er aktiv lytting like viktig som det å kunne beherske spørreteknikken godt. Det stilles store krav til forsker i forberedelsesfase av intervjuene, samt å kunne teknikken ved å kunne spørre eventuelle oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker hadde en veldig positiv og nyttig opplevelse av at ikke intervjuguiden satt fra første intervju, og at det ble gjennomført mange pilotintervju på kvinnene. Denne prosessen gjorde forsker sterkere, og mer erfaren rundt intervjusituasjonen, slik at gode oppfølgingsspørsmål var lettere å stille, samt at forsker i store deler av intervjuet klarte å løsrive seg fra intervjuguiden. Forsker ble trygg på intervjusituasjonen, noe som forhåpentligvis skapte en ro rundt intervjuet, og gjorde informantene avslappet i forhold til intervjusituasjonen.

Konteksten for samtalen spiller en viktig rolle i forståelsen av informasjonen, og dette kan ha betydning for tolkning av funn (Malterud, 2003).

Kvinnene i studien var til svangerskapskontroll i forkant av intervjuene, og kom til intervju på enerom ved samme helsestasjon, i etterkant av svangerskapskontrollen. Denne *konteksten* kan ha påvirket kvinnene i forhold til den informasjonen de delte med forsker, og noe av informasjonen under intervjuet synes å ha preg av dette. Det er ikke like tydelig skriftlig, men i intervjusituasjonen merket forsker noe endring av holdning til informasjon i form av kroppsspråk, samt noen endring av informasjon gitt først og sist i intervjuet. Men tolkningen som forsker har gjort av materialet, er også påvirket av opplevelsen av intervjusituasjonene, samt det visuelle inntrykket forsker satt med etter intervjuet. Deres fortellinger om ernæring og kosthold kan også ha blitt påvirket av vissheten om min bakgrunn, men forsker vurderte aldri og ikke å informere om dette, i forhold til å unngå denne type påvirkning under intervjuet. Transkriberingen ble utført i etterkant av intervjuet, da forsker ofte hadde to intervjuer samme dag. Båndopptageren forsker brukte var en Olympus (VN 650077 PC). Opptakerne var stort sett av god kvalitet, men noe snakk i munnen på hverandre gjorde at intervjuene krevde flere gjennomhøringer.

Ved transkribering ble det brukt dataprogrammet Word, og etter transkribering ble teksten skrevet ut, for å kunne skrive på notatene som var gjort under selve intervjuet av forsker. For å skille mellom informanter og intervjuer i teksten, ble det markert med F for forsker og I for informant. Det transkriberte materialet utgjør 110 A4-sider med enkel linjeavstand og skriftstørrelse 12. Etter transkriberingen noterte forsker seg noen stikkord, som kunne brukes til analysen seinere i studien, og forsker gjorde ulike refleksjoner frem til neste intervju.

I følge Johannesen (2005) er det viktig å bestemme seg for hva som regnes som data. I denne studien er det det transkriberte datamaterialet som analyseres, og det er ikke inkludert eksplisitt tolkning av ikke- verbal kommunikasjon, slik som stemmeleie, kroppsspråk og mimikk. Analysen er konsentrert om kun det verbale som ble sagt av informantene.

Intervjuene ble gjennomført med fokus på temaene ernæringskommunikasjon, endringer i valg av mat, opplevelsen av ernæringsinformasjon i svangerskapet, hvordan kvinnene selv søker etter ernæringsinformasjon og helhetsopplevelsen av svangerskapsomsorgen.

Intervjuene av leger og jordmødre ble gjennomført på samme måte, men under temaene: Viktigheten av ernæringsinformasjon til kvinnene, egen kunnskap om ernæring, hvordan opplever de samtalen med kvinnene om ernæringsinformasjon, hva spør de gravide om på en svangerskapskontroll, og til slutt hvordan jordmor og lege ser på sin rolle som formidlere av ernæringsinformasjon til gravide.

3.5 Analyseverktøy, temasentrert tilnærming

Når analysene skal gjennomføres er det viktig å være bevisst på metoden man bruker, slik at hovedfunnene kan fremstilles slik forsker ønsker i forhold til studiens hovedfokus.

Innledningsvis ble det gjort rede for motiver og intensjoner med denne studien som har som målsetting å belyse hvordan kvinner opplever ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen, endringer i matvalget til kvinnene, og lege og jordmors informasjonsrolle innenfor temaet ernæring.

Det ble i denne studien valgt å legge vekt på temaene som er delt inn i fire forskningsspørsmål, og derfor valgt en temasentrert analytisk tilnærming. I en temasentrert analyse er det temaene vektlagt, ikke informantene, og dette er en god metode for denne studien, fordi forsker ønsker å komme nærmere informantenes utsagn, og gi en forståelse av kvinnen, jordmor og legens opplevelse av svangerskapsomsorgen. Samt å se på hvordan ernæringsinformasjonen formidles av jordmor og lege, og hvordan den mottas av de gravide på svangerskapskontroll. Datamaterialet fra alle informantene vil belyse de ulike temaene og gå i dybden på dem. Dette gjøres ved å analysere ulike temaer fra intervjuene som er gjennomført, og sette dette sammen til en helhetlig sammenheng og forståelse (Thagaard, 2009). Forskers mål er å kunne få frem helhetsinntrykket av informantenes utsagn i forhold til opplevelsen av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen.

I fenomenologiske studier er det vanlig med analyse av meningsinnhold og forsker har valgt Malteruds (2003) metodeanalyse for systematisk tekstkondensering i fire trinn, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. *”Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt.”* (Malterud, 2003, s. 99).

Ved en temasentrert analyse med fenomenologisk tilnærming er det behov for å systematisere arbeidet og få en oversikt over innholdet i dataene, samtidig som en må opprettholde det helhetlige (Malterud, 2003; Thagaard, 2009). Dette er i studien gjort via matriser av datamaterialet (vedlegg 5). Analyseprosessen har tatt utgangspunkt i en systematisk tekstkondensering gjennom Malteruds sin modernisering av Giorgis fenomenologiske analysemodell. Denne bygger på fire trinn 1) få et helhetsinntrykk, 2) Identifisere meningsbærende enheter, 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter, og 4) Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2003, s. 100).

Analysen innebærer at man først får et helhetsinntrykk av datamaterialet, og at man finner meningsbærende enheter i utsagnene fra informantene. Deretter kodes disse abstrahert, og gjøres om til ulike kategorier, for så i siste fase å sammenfatte analysen til å gi en mening i forhold til temaene i studien. Analyseprosessen innebærer en dekontekstualisering og en rekontekstualisering. Det betyr at forsker tar tekstdeler ut av sin sammenheng, som ses på sammen med andre tekstdeler i materialet, for å se om det er noen sammenheng med andre informanter i studien (Malterud, 2003).

1. Få et helhetsinntrykk

Første trinn i analysen er helhetsinntrykket, og forsker leste igjennom materialet flere ganger for å få en generell forståelse, samtidig som forsker stilte noen spørsmål til teksten og markerte med tusj på hovedtemaene som kom frem. Forsker stilte mange spørsmål til materialet, og noen av dem var:

- Hva forteller kvinnene meg noe om?
- Hva forteller kvinnene om informasjonen de får innenfor ernæring?
- Hva forteller kvinnene om helhetsopplevelsen i svangerskapsomsorgen når det gjelder ernæringskommunikasjon?
- Hva forteller kvinnene om jordmor og lege?
- Hvilke endringer gjør kvinnene eventuelt i svangerskapet?
- På hvilken måte ser jordmor og lege sin informasjonsrolle i svangerskapsomsorgen?
- Hvordan opplever de sine gravide når de informerer om ernæring?" "Hva begrenser eventuelt informasjonen de klarer å gi?

Forsker ønsket åpne spørsmål, og forsøkte å lese teksten ved å være i deres sted, og med stor nysgjerrighet med hensyn til å kunne oppdage temaer i teksten som ikke "ble sagt". Forsker tok notater rett etter intervjuet, samt satte notater i margin ved senere gjennomlesning. Forsker tok også notater ved å lytte til opptakene. Alle intervjuene er lyttet på minst tre ganger, og forsker opplevde at dette gav et godt bilde av hva informantene uttrykte i intervjuene.

2. Identifisere meningsbærende enheter

Det andre trinnet innebærer en systematisk gjennomgang av teksten for finne meningsbærende enheter, som betyr å finne tekstbiter som har kunnskap med seg fra første trinn (Malterud, 2003). Dette for å kunne skille relevant tekst fra irrelevant tekst, hvor den relevante teksten skal de kontekstualiseres. Koder ble laget for å samle meningsinnholdet i teksten, som en mener kan være viktige for å besvare forskningsspørsmålene (Johannesen, 2005). Til denne delen av analysen ble det valgt å bruke dataprogrammet Atlas.ti. for hjelp til systematiseringen av de transkriberte intervjuene, og forsker satte videre opp denne teksten i ulike matriser for å knytte dette opp mot teorien om kvalitative forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). I Matrisene (vedlegg 5) ønsker forsker å systematisere temaene som var belyst gjennom intervjuene. Matrisene ble på den måten en oppsummering av temaene og kodene som ble gjennomført først. Dette er noe både Malterud (2003) og Thagaard (2009) anbefaler som metode i systematiseringsarbeidet. Det er viktig å huske at et dataprogram aldri kan erstatte den innsikten og de refleksjoner en forsker bør ha over innholdet i dataene sine (Thagaard, 2009). Ved å presentere dataarbeidet på denne måten, følte forsker at datamaterialet ble grundig gjennomgått, og lettere å sammenfatte videre i studien. Tabell 1.3. viser et eksempel på en meningsbærende enhet som har blitt kodet og så abstrahert ved tredje trinn.

Tabell 1.3 Eksempel på koding i ATLAS.ti. Endringer av valg av mat i svangerskapet

TEMA	Koder	Kategorier
Opplevelsen av å være gravid? ”Jeg opplever det som noe helt fantastisk samtidig at det er noe som er veldig skremmende. Det er litt science fiction, med det å kjenne at det er noe som lever inne i magen. Det er det som er egentlig er rart, samtidig går man hele tiden og vil gjøre det beste hele tiden for at babyen skal ha det bra. Så det er en blanding egentlig, det er de dagene hvor det er helt fantastisk, også er det de dagene hvor man bare skulle ønske at å bli ferdig med dette.	Fantastisk Skremmende Science fiction Barnets beste	Opplevelsen Endringer

TEMA	Koder	Kategorier
Utfordringer i svangerskapet Jeg har spist druer, i den perioden, jeg gjør jo mange av de klassiske tingene man leser, prøver litt kjeks og slikt, i begynnelsen måtte jeg faktisk ha alt ganske surt, for å klare å få i meg noe. De første 4-5ukene, måtte jeg ha litt sitron for i hele tatt å klare å få ned maten.	Frukt Få i seg mat Sitron	Endringer Utfordring Endringer

TEMA	Koder	Kategorier
Endringer i svangerskapet? ”Nei, egentlig ikke, det gjør ikke det, jeg synes det er mye i media om kosthold. Så hvis man følger litt med får man jo vite mye. Men jeg spiser ikke det jeg ikke skal spise da for å si det slik, det jeg nevnte akkurat med rått kjøtt, ost og alkohol da selvfølgelig, det holder jeg meg helt unna”. ”Men egentlig ikke så spesielt opptatt av det nå egentlig.”	Informasjon Rått kjøtt Oster Alkohol	Endring Ernæringsinformasjon Endringer

3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter

I tredje trinn abstraherer man kunnskapen fra hver kodegruppe. De ulike tekstbitene som har fått sine koder i materialet, trekkes ut av materialet, dette kalles kondensering (Johannesen, 2005). Forsker utviklet videre koder til kategorier, som da viser analysen mer abstrakt enn ved bruk av bare koder. Forsker følte at atlas.it og matrisene ble gode verktøy i analysearbeidet, og god hjelp å beholde fokuset på, en helhetlig forståelse av opplevelsene i svangerskapsomsorgen. Dette for å kunne jobbe mer aktivt med begreper og med dypere mening, i form av mer notater og markering med ulike farger i teksten. Forsker mente at det

ble et klarere bilde av informasjonen fra informantene, samt lettere å få med alle detaljer av informasjonen på denne måten.

4. Sammenfatte betydningen

I det fjerde trinnet handler det om å sette sammen bitene igjen- rekontekstualisere- forsker sammenfatter materialet slik at det kan gi grunnlag for nye beskrivelser eller begreper (Malterud, 2003). I denne fasen skal forsker vurdere funn opp mot det opprinnelige materialet, og gjøre vurderinger om funnene er valide, samt å se om funnene forklarer problemstillingen (Malterud, 2003). Forsker valgte i denne prosessen å lese gjennom intervjuene på nytt, med fokus på de utvalgte kategoriene, og gjøre nye vurderinger om innholdet samsvarer med hverandre. Dette ble nyttig fordi studien hadde informanter på begge sider av svangerskapsomsorgen, og problemstillingen delte materialet i to. Dette gjorde prosessen tidkrevende og mange vurderinger ble gjort frem og tilbake, for å holde studiens fokus på problemstillingen og helheten av svangerskapsomsorgen. Funnene presenteres etter de fire forskningsspørsmålene i kapittel 4, og vurderes opp mot teori og annen forskning i kapittel 5.

3.6 Forskerrollen og etiske betraktninger

Den tolkningen og forforståelsen av data som innhentes underveis i prosessen, har stor sammenheng med forskerens bakgrunn av teoretiske forforståelse (Malterud, 2003). I den kvalitative forskningen er det viktig at forskerens forforståelse kommer tydelig frem slik at den ikke overskygger materialet, eller får leseren til å undre seg over hvilket forhold forskeren har til temaene som belyses (Malterud, 2003). I følge Malterud (2003) handler det om å klargjøre sin forforståelse og betydningen av dette underveis i prosessen (Malterud, 2003).

Forforståelsen er noe vi bærer med oss fra tidligere erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme, og dette er noe som hele tiden påvirker måten vi samler inn og analyserer data på (Malterud, 2003). Bakgrunnen til forsker sier noe om ståstedet og forforståelsen til forsker rundt tema, og utgangspunktet for forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003). Forforståelsen handler om den kunnskap, holdninger, erfaringer og forventninger forsker bringer med seg inn i prosessen, bevist eller ubevist. Forskning krever at forsker reflekterer rundt dette, og avdekker motiver og intensjoner med arbeidet (Malterud, 2003). Forskers forforståelse vil utdypes nærmere i diskusjonskapittelet.

Forsker sitter i en maktposisjon ved at han eller hun bestemmer temaet det skal snakkes rundt og stiller spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er derfor viktig at forsker forholder

seg profesjonelt til situasjonen, og ikke påvirker informantene til å utlevere informasjon de i etterkant vil angre på (Kvale & Brinkmann, 2009). De etiske sidene er viktige å overholde, og det er forskers oppgave å sørge for at informantenes anonymitet blir ivaretatt - uten mulighet for gjenkjennelse (Malterud, 2003). Studien har fulgt konfidensialitetsprinsippet anonymitet og det er kun forsker som vet deres virkelige navn ved første møte (Thagaard, 2009). I studien har informantene blitt anonymisert gjennom de fiktive navnene som ble valgt i transkriberingen, og det er ingen identifiserbar bakgrunnsinformasjon tilgjengelig.

Studien innebefatter behandling av personopplysninger som knyttes til informantene i studien, og studien er meldt til Regional Komite' for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), i forbindelse med større studie som foregår på Institutt for helse, ernæring og ledelse.

4.0 Hovedfunn

I dette kapitlet vil hovedfunnene fra datamaterialet bli presentert slik det fremkommer av analyseprosessen. Hovedfunnene vil bli knyttet opp mot teorien og forskningsspørsmålene, og presenteres tematisk om kvinnene under temaene; opplevelsen, utfordringer, ernæringsinformasjon og endringer. Det vil også presenteres en typologi om endringene til kvinnene i studien. Hovedfunnene om lege og jordmor presenteres tematisk under temaene; utfordringer, ernæringsinformasjon, kvinnene, og kunnskap. Hovedfunnene i materialet vil noen steder kunne falle inn under flere temaer, men er forsøkt satt der de er meste relevante i forhold til forskningsspørsmålene.

4.1 Gravide kvinner og deres erfaringer

Studien viser at hver graviditet er like unik som hver enkelt kvinne er det, og opplevelsen av svangerskapet hos kvinnene, gjenspeiler det samme. Kvinnenes opplevelse av svangerskapet, utfordringene de eventuelt har, og endringene de gjennomfører kommer klart frem i studien. De fleste kvinnene var bevisste i valg av mat, og hadde fokus på ernæringsvalg i svangerskapet. Gjennomgående i studien er behovet og ønske om ernæringsinformasjon i svangerskapet. Studien viste at overvektige kvinner og ernæringsfokuserte kvinner, var de som opplevde frykt for vektøkning i svangerskapet.

Det var klart skille i studien mellom de kvinnene med kunnskap om ernæring og mat, og de kvinnene som ikke hadde den samme kunnskapen. Samtidig var flere av kvinnene med slik kunnskap noe ambivalente gjennom intervjuet, om hva som virkelig var deres fokus.

Kvinnene i studien som ikke hadde den samme kunnskapen eller interessen for ernæring og mat, viste at de ikke hadde de store bekymringene i forhold til fosteret, og hvordan fosteret hadde det under svangerskapet. Disse opplevde at informasjonsmengden var stor og litt hysterisk, og valgte heller å ta avstand fra det, fremfor å gjøre de endringer som er anbefalt av helsemyndighetene.

Hovedfunnene viste ulike forskjeller i forhold til alder, antall svangerskap, utdanning og ulike svangerskapsutfordringer, og kvinnens evne til å gjøre valg slik som de enten er anbefalt av jordmor, eller selv har kunnskap om. Hovedfunnene vil presenteres videre i kapitlet systematisk etter forskningsspørsmålene med bakgrunn i dette.

4.1.2 Utfordringer og endringer i matvaner

Kvinnene i studien hadde alle sine små eller store utfordringer, som ga grunn ulike bekymringer. Det å være gravid er for kvinnene en lykke opplevelse, samtidig som enkelte sliter med å kjenne på lykkefølelsen hver dag når plager som: halsbrann, dårlig søvn, dårlig

matvalg, slitenhet, og oppkast er fremtredende. Kvinnene opplever også kvalme i svangerskapet, trøtthet, slitenhet, kynnere og bekkenløsning som de mest fremtredende utfordringene, og bekymring for å bli syk i svangerskapet, skade på fosteret, eller for å miste barnet. Opplevelsen av å være gravid oppsummeres slik av Tonje 36 år:

Jeg opplever det som noe helt fantastisk samt at det er noe som er veldig skremmende. Det er litt science fiction, med det å kjenne at det er noe som lever inne i magen. Det er det som egentlig er rart, samtidig går man hele tiden og vil gjøre det beste hele tiden for at babyen skal ha det bra. Så det er en blanding egentlig, det er de dagene hvor det er helt fantastisk, også er det de dagene hvor man bare skulle ønske at å bli ferdig med dette. Når man er uvel eller sliten...(Tonje 36år, første svangerskap).

Noen av kvinnene hadde bevisst tanker om fysisk aktivitet hver dag, og flere nevnte dette i sammenhengen økning av vekten under svangerskapet. Disse kvinnene gjorde bevisste valg i forhold til litt fysisk aktivitet hver dag, bevisste valg av mat eller en kombinasjon av disse.

Marita 33år fortalte om sin motivasjon og bakgrunn for bevisste valg av mat i svangerskapet:

Ja, jeg er nok veldig bevisst, jeg la på meg veldig mye i forrige svangerskap ca 20 kg, og det var veldig vanskelig å få det av. På 162 cm. Jeg gikk egentlig ganske fort ned, men så sluttet jeg å amme så da gikk jeg opp igjen. Så de kiloene satt ganske godt, pluss at jeg var litt for tung før jeg var gravid og. Kanskje 5-6 kg for tung, så vi skulle gifte oss så jeg begynte på et Grethe Rode kurs i januar 2008, trur jeg det var, halvåret før vi skulle gifte oss. Da gikk jeg ned 8 kg frem til bryllupet i juli også gikk jeg ned 6 kg etter bryllupet, det tror jeg endret tankesettet for å si det sånn. Pluss at jeg begynte å jobbe i barnehage samme året, fra og ha kontorjobb, så det tror jeg virket inn og, masse i aktivitet. Så det er bare det at vi spis veldig lite sånn farse produkter, lite ferdigretter og slike ting som er av. Vi velger lettprodukter, og og mager produkter, og så alt av pasta og ris av fullkorn, mindre eller vi spis ingenting loff og hvitt brød, alt er grove kornsorter, jeg baker en del selv også...(Marita, 33år, andre svangerskap).

Kvinnene i studien er bevisste i forhold til endringer, og følger stort sett anbefalingene gitt av helsemyndighetene og jordmor. Studien viser at kvinnene gjorde endringer ved: å spise mer frukt og grønt, drikker mer vann, spiser oftere i løpet av dagen, har mellommåltider, økt appetitt, opptatt av å spise sunn mat. Motivasjonen til kvinnene var ønske om det beste for babyen, at babyen skulle få de næringsstoffene som den trengte, slik at utviklingen skulle gå som normalt. Noen kvinner i studien hadde høyt fokus på vektøkning, og tenkte mye og nøye på valg av mat i forhold til dette. Disse kvinnene var også mer opptatt av fysisk aktivitet og eget velvære under svangerskapet, og at fosteret alltid hadde førsteprioritet. Marita fortalte om sine endringer og beviste valg i hverdagen:

Jeg synes det er helt greit egentlig, litt sånn redd for å legge på meg masse, jeg gjorde jo ikke det sist, så jeg håper jeg skal klare å holde det nede. Ikke noe mer enn at man legger jo på seg da, barnet skal jo vokse, men jeg har ikke noen planer om å gå opp 20 kg, for det er det å være bevisst, gå turer og bevege seg. Jeg går til og fra jobb hver dag, og det er litt derfor, for da er jeg helt sikker på at jeg får beveget meg litt, fordi jeg ikke er noe sånn som er flink til å trene og sånn. Og da er det enda viktigere og ikke bare blir sittende i sofaen... (Marita, 33 år, andre svangerskap).

Martine 29 år fortalte om ønske om, og ikke å øke for mye i vekt, og var bevisst i sin hverdag med ulike endringer for å unngå dette:

Ja, jeg spiser mye mer frukt, gjør det, men det er ikke bevisst for helsa del på en måte, det er mer at det kjennes ut som at jeg trenger mer, i stede for å spise bare usunt, så er det greiere og bare ha med frukt, en appelsin og sånne ting da, jeg tenker jo at det er sunnere. Det er jo veldig mange diskusjoner rundt frukt og, man skal ikke spise banan man skal ikke spise sånn, men jeg tenker at nå at det er da bedre enn potetgull og sjokolade, og sånne ting som det er fort gjort å stappe innpå da... (Martine, 29 år, andre svangerskap).

En annen motivasjonsfaktor var om de hadde barn fra før, da de ønsket å fremme gode og sunne matvaner for barnet, og hadde økt fokus rundt mat og valg av mat som en del av hverdagen.

Marita 33 år har barn fra før, og hun var bevisst i valg av mat i svangerskapet. Marita prioriterte matvalgene i forhold til seg selv og for ikke å øke for mye unødvendig i vekt i svangerskapet. Hun hadde også fokus rundt gode matvaner og valg av mat for sitt tidligere barn, og fortalte om regler i forhold til valg av mat i hjemmet på denne måten:

Vår sønn er snart 6 år og han har aldri fått brus hjemme, og han spør aldri etter det, brus er ikke tema hjemme. Det blir litt hva man gjør det til og, men press kommer vel etter alder og...(Marita, 33 år, andre svangerskap).

Maren 33 år var bevisst i sine valg av mat i hverdagen, og fortalte at hun jobbet med mat og helse hver dag som lærer. Maren hadde både egen helse og barnets helse i fokus når hun skulle planlegge innkjøpene for uken, og nedenfor følger et utdrag om hennes valg av mat og motivasjonen for de valgene hun gjorde:

Ja, det er jo litt forskjellig fra dag til dag hva vi lager til middag, men jeg prøver jo hele tiden, jeg har jo barn fra før, så jeg prøver å lage sunne middager...(Maren, 33 år, andre svangerskap).

Maren fortalte også om det hun opplever som et økende problem blant dagens kvinner, og om hvordan hun mener dette hang sammen med at det fødes stadig flere overvektige barn, vil være genetisk disponert for overvekt seinere i livet. Maren argumenterte veldig for dette, og syntes at kvinnen har et stort ansvar som hver kvinne burde ta på høyeste alvor. Hun forteller litt om dette nedenfor:

Du ser jo veldig ofte at store kvinner føder store barn, og det er fordi dem spiser dem opp store når de blir født. Spiser mye og spiser mye usunt og da føder de store barn, og de forblir store opp gjennom oppveksten sin. Som blir en belastning for dem selv å være så stor. For det er ikke bra å være overvektig. Det er jo mange. Det som er dumt som jeg ser, det er jo at de som har spist mye under svangerskapet og som føder store barn, de har jo denne livsstilen etterpå også, for det er sånn de er. Og da også gir barna

den samme maten som de selv spiser som er usunn. Og så blir bare dette en sirkel som går. Man spiser jo det man selv er oppdratt til å spise, så tar det videre med seg i livet. Jeg tro ikke et menneske som spiser, som jeg mener er usunn mat, klarer å stoppe med det under svangerskapet, også fortsetter det der, og så fortsetter det etter svangerskapet og så gir dem det til sine barn og så fortsetter ballen å gå. Det med helse det vil jeg påstå at er du overvektig, så sliter du med flere ting, som går ut over helsa di... (Maren, 33 år, andre svangerskap).

Elin 17 år er førstegangsgavid og bor hjemme hos mamma. Hun opplever svangerskapet som utfordrende på flere måter, og at det er mye å forholde seg til. Ernæringsinformasjonen opplever hun som omfattende, og skulle ønske at det var mer forklaringer på hvorfor enkelte matvarer skal unngås, og ikke bare et råd om å unngå disse. Hun gjør litt sin "egen greie", hun fortalte at det blir litt av alt, og at hun spiser det hun har lyst på, samme om det er usunt eller sunt for seg selv og – eller barnet. Hun har endret synet litt på mat i graviditeten, og nedenstående beskriver hvordan hun opplever sine endringer:

Jeg spiser veldig, veldig mye. Så er jeg veldig redd for at de andre skal spise mat, eller er veldig redd for maten min da. Hvis jeg lager mat så er det veldig sånn der at jeg skynder meg og kaster meg over alt spiser opp så fort jeg kan. Sånn at ingen andre får noe. Fordi det er viktigst at jeg får mat. Så jeg blir sånn skikkelig instinktiv med maten i munnen for å spise sånn... (Elin, 17 år, første svangerskap).

Elin opplevde svangerskapet som vanskelig, og følte seg ung for rollen, samt at hun hadde gått opp over 20 kg og i utgangspunktet et litt lavt selvbilde. Hun orket ikke at alle skulle mene noe om hennes valg av mat, men var ei åpen jente som ville prøve å gjøre sitt beste.

Tabell 1.4

En typologi over endringene kvinnene gjorde i svangerskapet

Kvinne	Endringer
<p>Elin 17 år Svangerskap nr 1 Antall uker i svangerskapet 36 Student</p>	<p>Noen ganger får jeg sånn citrus kick ikke sant. Så har jeg skikkelig lyst på appelsiner da, mens før så kunne jeg for eksempel få litt mer sånn godterick eller potetgullkick eller et eller annet. Forsøker jeg å spise 15 mandariner da i stedet for å sitte, å spise en pakke med potetgull liksom.</p> <p>Jeg spiser veldig, veldig mye. Så er jeg veldig redd for at de andre skal spise mat, eller er veldig redd for maten min da. Hvis jeg lager mat så er det veldig sånn der at jeg skynder meg og kaster meg over alt spiser opp så fort jeg kan.</p>
<p>Ingrid 38 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 40 Lege</p>	<p>Jeg prøver å ta mer tran da, og kanskje litt mer fisk. Prøver å unngå rask karbohydrater, det blir jo ikke så mye, ekskluderer ikke da. Prøver å spise mer leverpostei for å få jern da. Prøver å unngå godteri, så mye.</p> <p>Jeg spiser ikke så mye godteri til vanlig heller. Spiser jo noe i helgen og sånn. Jeg kjøper ikke sjokolade midt på dagen og i uka. I svangerskapet har jeg jo mye mer appetitt, spiser mye mer.</p>
<p>Martine 29 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 25 Vernepleier</p>	<p>Kuttet ut spekemat, det er vel egentlig det jeg har lagt om, ellers så er det lite jeg fokuserer på det egentlig, jeg fokuserer vel mer på det å leve sånn jeg pleier å leve. Minus de tingene man overhode ikke skal ha i seg selvfølgelig.</p> <p>Jeg spiser nok oftere et tørt knekkebrød, for jeg blir nok mer sulten, og i stede for å spise to brødskiver, så er det greit å ta et tørt knekkebrød, for det kjennes ut som om det er greit, eller en appelsin eller, jeg spiser nok mye mer frukt nå enn jeg pleier, jeg har med meg frukt på jobb og sånn, og det pleier jeg ikke. Jeg flinkere til det nå.</p>
<p>Tonje 36 år Svangerskap nr 1 Antall uker i svangerskapet 22 Førskolelærer</p>	<p>Hadde en periode med sitron på all mat, så var det en periode lettere å spise det litt sterke, men nå er det litt ikke det igjen, fordi nå er halsbrann begynt å komme, så nå blir det mer smak, og mindre sterkt, og det eneste litt usunne jeg har klart å spise er litt sterkt potetgull.</p> <p>Jeg merker i alle fall at jeg er mer bevist på å spise fisk 1-2 ganger i uken, enn når jeg ikke er gravid. Jo, så er jeg nok mer bevist på å velge brokkoli og de grønnsakene som er litt næringsrike, av det jeg orker, det er litt som at jeg spiser kikerter, fordi jeg vet at det er mye proteiner i det. Så de tingene som frister meg, så prøver jeg nok å ta de valgene mer bevist nå enn før.</p>
<p>Linnea 33 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 27 Lærer</p>	<p>Jeg spiser akkurat det samme som jeg spiste før jeg ble gravid, så nei ikke lagt om noe, det er ikke matvarene, det jeg har kuttet ned på er jo godteri og sånne ting.</p> <p>Jeg har mye mer frukt og grønt på menyen.</p> <p>Ja, for før så spiste jeg ikke så mye frukt, så da hadde jeg ikke det måltidet som er frukt alltid, så jeg har i alle fall 2-3 slike småmåltider/mellommåltider som er frukt da. Og litt gulerøtter og spiser jeg rå da.</p>
<p>Marita 33 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 30 Barnehageassistent</p>	<p>Jeg føler at vi spiser sunn og bra mat, men det kommer og av at jeg har en roligere hverdag nå, ikke jobbet fullt på lenge, men kanskje jeg kjede spiser litte grann, jeg har godt tid til å spise, tid til å bake ordentlig brød, sånn ting som en skyver litt bort når en er i full jobb.</p> <p>Ja, jeg tror jeg spiste ganske ofte før jeg ble gravid også, prøver og ikke å ha så veldig store tunge måltider, heller prøve flere og små.</p> <p>Jeg tenker jo at når jeg er ferdig å være gravid så bør jeg ikke spise sjokolade, fordi jeg er veldig glad i sjokolade nå når jeg er gravid.</p>
<p>Katahrina 28 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 25 Sykepleier</p>	<p>Jeg spiser mer nå enn før jeg ble gravid. Jeg må liksom prøve å begrense det litt, for at jeg får plutselig sånn sug.</p> <p>Jeg prøver vel å spise mindre sukker. Det har jeg vel tenkt litt på og at jeg må passe på å spise regelmessig. Ellers typisk ting som man skal unngå som oster og rått kjøtt og de der spekeskinke og sånne ting, men det er ikke så mye endringer egentlig. I og med at jeg prøver ikke å spise godteri og sånne ting da, men jeg må ha noe søtt, så da blir det frukt da. Er ikke så flink med grønnsaker som jeg burde være, men frukt blir det ganske mye av.</p>

Ada 35 år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 30 Markedsrådgiver	Jeg har vel egentlig blitt dårligere, merker jeg spiser mindre grønnsaker enn jeg gjorde før, før så spiste jeg masse grønnsaker, så jeg vil påstå at jeg spiser ganske så bra og sunt, så det er ikke noe sånn, men det er sikkert ting jeg kunne spist mindre av da.
Madelen 33år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 13 Markedsrådgiver legemiddelindustrien	Da jeg var gravid første gangen så var jeg veldig flink med å spise sunt, at det var veldig riktig, den gangen her er jeg kvalm, også så sliten, at jeg ikke orker å bruke energi til at det skal blir så veldig riktig, nå er det bare jeg får i meg et eller annet så er jeg ganske fornøyd. Dessverre. Jeg ønsker jo ikke det, men må bare ha det sånn som det er nå, det er helt forferdelig, i begynnelsen på graviditeten så greide jeg ikke drikke vann engang, jeg ble så kvalm når jeg drakk vann, da drakk jeg solo av alle ting fullt med sukker.
Maren 33år Svangerskap nr 2 Antall uker i svangerskapet 15 Lærer	Jeg prøver hele tiden bare å tenke at jeg skal være sunn da, for barnets skyld. Jeg tenker ikke at jeg skal legge om så mye, for det trenger jeg egentlig ikke, men jeg har egentlig alltid spist sånn som jeg gjør nå, men det er vanskelig når du får det søt suget – å la være for barnets skyld. Å ta en liten bit sjokolade bare for å dempe eller kanskje jeg da velger okay kanskje jeg kan ta en yoghurt da, for da får jeg i meg litt søtt for kanskje behovet går over. Jeg spiste veldig mye oftere i starten. Følte jeg spiste hele tiden, men nå har det stabilisert seg, så nå kanskje jeg spiser ett ekstra måltid, en liten ting. Eller så spiser jeg som før.

4.1.3. Hvilken ernæringsinformasjon får eller søker kvinnene?

Studien viser at kvinnene søker ernæringsinformasjon på ulike måter, samt at det samtales om ernæring hos jordmor og noen ganger hos lege. Ernæringsinformasjonen som blir gitt til kvinnene i studien viser at de får informasjon om ernæring på svangerskapskontrollen på helsestasjon, og utdelt brosjyren Gravid (Helsedirektoratet, 2006). Kvinnene i studien bekrefter at det er jordmor som informerer mest til de gravide om ernæring under svangerskapet. Anbefalingene kvinnene får av jordmor er i samsvar med brosjyren Gravid og med retningslinjene for svangerskapsomsorgen (Sosial & helsedirektoratet, 2005c; Helsedirektoratet, 2009).

Martine som er i sitt andre svangerskap hadde ulike utfordringer som trøtthet, kvalme og en aktiv toåring, beskrev ernæringsinformasjonen på følgende måte:

Jeg har fått en del brosjyrer fra jordmor, når jeg var der første gangen til kontroll, da var det en skikkelig tykk blekke, og der stod det om kosthold. Det man skulle holde seg helt unna da, i forhold til disse bakteriene og sånn, også var det litt generelt om hva man bør unngå om man er gravid. Unngå å spise mens man er gravid, som brus, kaker, hvitt mel og ting som er usunt, som man legger på seg av... (Martine, 33 år, andre svangerskap).

Studien viser at kvinnene søkte mye informasjon selv, og var aktive nettbrukere når de hadde spørsmål underveis i svangerskapet. Bøker og blader ble ikke nevnt som en mye brukt informasjonskanal, og det ble heller ikke venner.

Marita som var i sitt andre svangerskap, var en kvinne med mye kunnskap rundt ernæring og oppsummerer hvordan hun søkte etter ernæringsinformasjon:

Nei, jeg har vel bare gått på sånne sider som Bama, eller det heter vel Bendit nu, og litt sånn funnet oppskrifter på smoothie, også var det opplysningskontoret for frukt og grønt, har en del informasjon, ja helt sånn enkelt. Ja, jeg føler jeg vet litt fra før og. Eg er på vei til å ha et kosthold som er ganske greit i alle fall, så jeg har en Grethe Rode bok, som jeg slår opp i når jeg er tom for ideer, for det er jo det en blir... (Marita, 29 år, andre svangerskap).

Det er stor forskjell på kvinnen som er annengangsfødende og førstegangsfødende i forhold til å søke ernæringsinformasjon. Førstegangsfødende søker mer informasjon selv, spør mer hos jordmor, er mer bekymret generelt i svangerskapet enn andregangsfødende (ibid).

Annengangsfødende gjør litt som ved forrige graviditet, for ”*det gikk jo bra*” og har stort sett et mer avslappet forhold til det å være gravid. Studien viser også at noen kvinner er mer opptatt av fosterets utvikling i andre svangerskap, og spør mer konkret om fosterets utvikling, og blir mer bevisste på valg av mat, hygiene, fysisk aktivitet og hyppigere måltider enn ved tidligere svangerskap.

Linnea fortalte litt om hvordan hun tenkte annerledes i sitt andre svangerskap:

Jeg er veldig obs på nå og ikke å legge på meg mer, for jeg prøver jo å spise så sunt, som bare mulig som jeg greier selv, for jeg føler at jeg har fått igjen forbrenningen min nå, og det jeg spiser nå det har noe med vekten min å gjøre, og det var ikke det etter jeg var gravid med den andre, nei, da tror jeg alt av hormoner-, alt bare stoppet opp på en måte... (Linnea, 33 år, andre svangerskap).

Ja, jeg leste litt, spesielt forrige graviditet, da leste jeg alt jeg kom over, og du må spise ditt og ikke for mye fett, men denne gangen spiser jeg egentlig det jeg vil spise, jeg

kuttet ut ubehandlet mat og sånt da, kjøtt, har jeg kuttet for det vet jeg er dårlig, for jeg har spist krabbeklør, jeg har spist litt salami, sånne ting, jeg har spist mår, det har jeg da kokt, sånn som jeg har i raspeballer da for eksempel, så jeg har ikke helt sånn der åh det der kan jeg ikke spise..... jeg føler at mye av det er litt hysteri, så sånn som forrige gang var det nesten sånn at jeg ikke torde spise skinke, vanlig skinke, fordi det kunne være muligens at det var muligens var..... litt mindre forhåndsregler egentlig, for det gikk jo bra forrige gang, det er alltid verst første gangen tror jeg... (Linnea, 33 år, andre svangerskap).

4.1.4 Hvordan kvinner vurderer informasjon fra jordmor

Kvinnene i studien hadde stor tillit til jordmor og hennes informasjon om ernæring, og jordmor ble den som satte av mest tid til kvinnene for ernæringsinformasjon. Jordmor ble opplevd som kunnskapsrik, og var den personen flest kvinner i studien valgte å spørre ved eventuelt egen usikkerhet innenfor ernæringsinformasjon.

Linnea 32 år var i sitt andre svangerskap som var veldig annerledes fra sist, hvor hun denne gangen opplevde mer energi, mindre vektøkning og generelt et lettere svangerskap. Hun var veldig fornøyd med jordmor, og fikk de svarene hun ønsket. Hun merket selv en forandring ved at hun spurte og var mye mer interessert i fosterets beste denne gangen i forhold forrige graviditet. Dette var noe som motiverte henne til å prøve å prioritere et så bra matvalg som mulig gjennom svangerskapet. Hun nevnte også frykten for å legge på seg like mye som sist, og refererte til at hun kom fra en overvektig familie, hvor alle har født store barn. Noe hun selv også gjorde i første svangerskap. Informasjonen hun fikk av jordmor i svangerskapet fortalte hun litt om slik:

Ja, egentlig jeg vil gjerne være informert om ting og tang, egentlig, spesielt, nå har jeg lært meg å være mer hvordan det går med ungen, om han har det bra, har det han treng, vokser nok, at han ikke er for stor og sånne ting og, jeg er mer opptatt av det enn informasjon utta fra, for ja, av forskjellige ting...(Linnea, 33 år, andre svangerskap).

”Er du opptatt av å få mye ernæringsinformasjon nå når du er gravid”? (forsker).

Ja, egentlig jeg vil gjerne være informert om ting og tang, egentlig, spesielt, nå har jeg lært meg å være mer hvordan det går med ungen, om han har det bra, har det han treng, vokser nok, at han ikke er for stor og sånne ting og, jeg er mer opptatt av det enn informasjon ut i fra for ja, av forskjellige ting. Ja, veldig forskjell, for første gangen klarte jeg meg ikke så veldig bra, da ble det et annet fokus allikevel... (Linnea, 33 år, andre svangerskap).

Madelen 33 år, hadde et vanskelig svangerskap, som var helt forskjellig fra det første svangerskapet. Hun var så kvalm og hadde så lite energi, at hun andre gangen bare var glad for det positive hun fikk til. Om informasjonen hun fikk hos jordmor sa hun dette:

Ja, andre gangen er det ikke så nøye, like nøye, men du vet sånn cirka, på en måte, for sist så var jeg jo helt..., da slukte jeg jo alt liksom, nå er det mer sånn, ja går jo inn på barn i magen og ser på det som står, men det er ikke så mye som fenger sånn sett lenger, fordi man har vært igjennom det så en vet omtrent. Jeg syntes det er enkelt å finne den informasjonen jeg treng jeg, det er jo visse ting som du enten må spørre jordmor eller lege om da føler jeg, det er jo ikke alt du kan finne ut selv, sånn sett kan en jo få mye, om du vil he, he... (Madelen, 33 år, andre svangerskap).

Tonje 36 år hadde et svangerskap med mange utfordringer i forhold til lukt, kvalme, lite matlyst, og var også den av kvinnene i studien som var mest bevisst rundt sitt kosthold både for seg selv og for babyen. Hun fikk mye hjelp rundt seg til å få servert den maten hun selv ønsket, som hun sier ”spiser litt fra kongens bord nå” som betyr å spise hjemme hos mamma etter jobb. Dette fordi hun hadde så store problemer med å lage i stand noe mat, men klarte å spise enkle rene matvarer, når hun fikk maten servert. Hun fortalte følgende:

”Hvor mye er du opptatt av å få informasjon om mat når du er gravid”? (forsker).

Nei, og ja det er i så fall bare å få informasjon om de tingene som er vanlig, for det er jo det som interesserer meg. Jeg holder meg nok til mest til de helserådene, men så kan det jo plutselig komme ett og annet i avisen, så da leser jeg det. Eller det er faktisk

Tobias som kommer og sier at nå må du ikke gjøre sånn, fordi det er farlig. Så det er vel den informasjon man ønsker, men samtidig er det jo sånn at jordmor sa til meg, at hvis du spiser spekeskinke en gang er dette ikke livsfarlig, og hun sa også at jeg kunne reise til Argentina nå med jobben, mens legen sa det får du ikke lov til. Jeg føler at de ikke er så samsvarte, så jeg vet ikke helt, det er ikke alltid man får samme svar når man spør overalt heller, så det er ikke så lett å vite hvem man skal spørre, og vite at man får 100 % riktig svar faktisk...(Tonje, 36 år, første svangerskap).

Maren hadde et barn fra før og hadde mistet et barn, så hun var litt engstelig, men opplevde dette svangerskapet stort sett greit, om jordmor fortalte hun kort dette:

Jeg syns jordmor tar for seg alt jeg. Tar for seg hvordan du har det og hvordan du har det på jobben og kostholdet ditt og det er egentlig en veldig god samtale...(Maren, 33 år, andre svangerskap).

4.1.5 Hvordan kvinner vurderer informasjonen fra legen

Kvinnene i studien var ikke så fornøyde med legen i svangerskapskontrollen, og var glad svangerskapsomsorgen var delt mellom jordmor og lege. Hos legen opplevde kvinnene-, lite ernæringskunnskap, liten tid til svangerskapskontrollen, og lite empati for eventuelle utfordringer svangerskapet ga dem. Kvinnene spurte helst ikke legen om ernæringsinformasjon, da noen forsøkte, men følte seg avvist av spørsmålet, eller de fikk et svar som ikke ble opplevd som et svar. Legen oppgave ble opplevd som en rask kontroll av sukker i urin, blodtrykk, vann i kroppen og eventuell sykemelding. Flere av kvinnene følte seg nesten ”kastet på dør” etter noen minutter inne hos legen, og avbrutt når de forsøkte å fortelle noe. Det var kun en av informantene Ingrid, som ikke hadde negative opplevelser hos legen.

Ingrid var den eneste i studien som ikke var misfornøyd med legen under svangerskapskontrollene, og sa hun kanskje kunne unnskyldte legene med at hun er helsefaglig utdannet og legen visste det. Hun er lege og var i sitt andre svangerskap, og har ikke hatt noen utfordringer under svangerskapet. Hun fortalte dette om hva legen hadde informert om ernæring i svangerskapskontrollen:

Nei, men jeg er jo helsefaglig selv, så det er kanskje litt spesielt da, kan sikkert unnskyldte dem med det. Jeg har fått brosjyre da. I det første svangerskapet gjorde legen min bra. Da fikk jeg masse informasjon. På en annen plass, da bodde jeg en annen plass, men her fikk jeg ikke noe... (Ingrid, 38 år, andre svangerskap).

Marita 33 år siterte legen sin etter et besøk, når forsker spør om hun hadde fått noe ernæringsinformasjon:

Nei, det har jeg ikke. Ingenting hos lege. Men hos jordmor fikk jeg brosjyrer og hun snakket jo om dette å drikke nok og sånn. Men ikke noe direkte kosthold. Men hun sier til meg du vet hva som er rett og galt, så samme jordmor som første svangerskap, så hun vet jo litt... (Marita, 33 år, andre svangerskap).

Linnea snakket mye rundt legekonsultasjonene i svangerskapet, og fra første dag hun visste at hun var gravid, ringte hun og bestilte samme jordmor som sist da hun ikke egentlig hørte til den helsestasjonen. Dette gjorde hun med bakgrunn i tidligere erfaring og et ønske om trygghet, da hun ikke hadde vært spesielt fornøyd med legen verken i første eller i nåværende svangerskap. Linnea fortalte følgende om dette her:

Jordmora har bedre tid, i forhold til legen, hun legen virker som hun alltid har litt overbooket, der går du inn og sjekker, og så går du ut igjen. Er du der litt for lenge så tenker du at huff, så tar jeg tiden til noen andre, og du kommer fra fullt venterom. Du har jo 20 minutter cirka, og hvis du går over det 30-40minuttene så føler du at har ansvar også. Så har du sittet der og ventet en stund og, og du har jo ikke fri hele dagen for å gå til legen fra jobben, så da føler du at du har lyst til å bli fort ferdig egentlig. Det er lettest å snakke med jordmor, selv om hun er dansk og jeg må spørre om igjen en god del ting, er hun den enkleste å snakke med om sånne ting. Legen er mer sånn helsemessig, hun går igjennom det hun skal gå igjennom... (Linnea, 33 år, andre svangerskap).

Maren 33 år som hadde mistet en baby i et svangerskap tidligere var naturligvis litt engstelig, hun var ikke fornøyd med legen i svangerskapskontrollen, og fortalte kort om det:

Hos legen så føler du at du blir kastet inn og kastet ut på en måte. Det er veldig ofte dårlig tid. Det er liksom å få ned det viktigste på papiret...(Maren, 33år, andre svangerskap).

4.1.6 Hvordan vurderer kvinnen informasjonen fra internett?

Kvinnene i studien opplevde informasjonen de selv aktivt søkte eller fikk gjennom svangerskapskontrollen som bra. Internett ble referert til som kvinnes mest foretrukne kilde til informasjon. Likevel opplevde noen av kvinnene i studien internett oppleves som usikkert, hvor det lett kunne skape usikkerhet ved å lese på nettet og i ulike nettforum. Tonje i studien ble frarådet av jordmor å lese for mye på nett og ulike nettforum da dette kunne skape bekymring og et galt bilde av et svangerskap.

Tonje fortalte litt om det på denne måten:

Ja, jeg har søkt mye, men så har jeg også blitt anbefalt om ikke å søke så mye. Det var noe av det første som jordmor sa til meg, at ikke vær så mye på nettet, fordi det ligger så mye der som ikke er like bra. Spesielt om du er inne i slike snakkeforumer, så kan man ofte få litt sånn derre, husker ikke helt hva disse sidene heter heller, men slike som babyverden og slik, fordi det ikke ligger så mange solskinnshistorier der, for hvis en skriver at hun spontanaborterte i uke 13, så er det garantert 7 andre som skriver inn og har opplevd det samme. Og bare en som skriver at det har gått bra, og da kan man få følelsen av at det er kjempe farlig i uke 13, så sånn ting har jeg ikke lest. men lest mer på sider som de skriver om hva som skjer uke for uke, og der jordmor gir svar og slik, der man føler man kan få litt konkrete svar, sånn informasjon...(Tonje, 36 år, første svangerskap).

Matportalen og helsedirektoratet sine nettsider ble referert til av kvinnene som seriøse, med god informasjon. Eventuell usikkerhet som ble skapt ved bruk av internett, ble avklart med jordmor i etterkant, og kvinnene sa at dette var en god følelse. Kvinnene følte de fikk god

omsorg hos jordmor, og var fornøyd med ernæringsinformasjonen som ble gitt, og dekket kvinnenes behov under svangerskapet.

Martine har oppsummert internett og informasjonen hun har lest på denne måten:

Hm... jeg har vel dobbeltsjekket noen ting på sånne på Helsedirektoratets sider og sånne ting, når jeg syns at noe høres litt ekstremt ut, eller det er fryktelig mye informasjon, eller ny informasjon, så jeg har dobbeltsjekket litt på de sidene som jeg tenker at er sider som bør være gode. Jeg tror det står fryktelig mye rart på sånne mammanett og sånne sider, at det blir så innmari mye informasjon og det blir, blir så mye informasjon om hva de tror og mener, så man blir litt mett på det... Ja, jeg syns det fordi det kan bli litt ekstremt, mange som blir fryktelig ekstreme... (Martine, 29 år, andre svangerskap).

Maren 33 år hadde vært aktiv bruker av internett, og søkte for å finne mest mulig informasjon om det hun selv var usikker på. Det at hun hadde mistet et barn i et tidligere svangerskap, kunne virke som en faktor for å få vite mest mulig. Hun fortalte dette om seg selv i forhold til informasjonsbehovet og sitt bruk av medier:

Jeg gjør jo egentlig det, for jeg er jo inne på disse nettsamfunnene for gravide. Det er jo flere forskjellige og der har jeg søkt litt på hva andre mener om, for eksempel har jeg hørt mye forskjellig om man kan spise reker eller ikke. Da har jeg sittet og googlet og søkt og lest hva andre mener eller om det finner noe informasjon, så det har jeg jo gjort. Når jeg har fått denne her (brosjyre Gravid) som er fra Helsedirektoratet, så nå stoler jeg på dem...(Maren, 33 år, andre svangerskap).

4.2 Hvordan opplever jordmor ernæringskommunikasjonen med gravide kvinner?

Ernæringsinformasjonen som jordmødrene i studien formidlet på svangerskapskontrollene ble hentet fra de offentlige retningslinjene for normale svangerskap (Helsedirektoratet, 2006), samt egen kunnskap og erfaring om hvilke tilpasninger de måtte gjøre i forhold til den enkelte

kvinner og deres evne til å motta informasjon. Jordmødrene i studien hadde klare oppfatninger om de gravide og hvordan de selv formidlet ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. Jordmødrene beskrev til at de visuelt så på kvinnene om hvilken befatning deres kosthold og mosjon var i, og at det ofte var erfaring som avgjorde om jordmor visste hvilket nivå hun skulle kommunisere på for å skape mest mulig forståelse.

Utfordringene som jordmødrene følte var mest utfordrende var ernæringskommunikasjonen med veldig unge kvinner, kanskje også i kombinasjon med lav utdanning. De opplever at denne gruppen kvinner ikke tar svangerskapet på alvor, og at de av og til prioriterer feil i forhold til ernæringsrik mat for både seg selv og fosteret. Det ble opplevd som gjennomgående lettere å kommunisere med kvinner som var interessert i helse og kosthold, og kvinner med høyere utdanning. Det ble nevnt av jordmødrene i studien at ikke-etnisk norske kvinner er en større utfordring å kommunisere med, og at de ikke vet om de lykkes med informasjonen til denne kvinnegruppen. De benyttet av og til tolk, men visste ikke sikkert om dette var til hjelp, da kunnskapsnivået til tolken var av betydning for å kunne viderefordre informasjonen. Denne kvinnegruppen er ikke tatt med i studien, men nevnes, da dette ble opplevd som en stor utfordring jordmødrene står ovenfor. Jordmor 1 fortalte litt om hennes strategier i forhold til ernæringskommunikasjonen med sine kvinner:

Kosthold er alltid tema på første konsultasjon, sånn ved 12 uker i svangerskapet når de kommer til meg da. Jeg ser det på kvinnen hvordan hennes kostholds- og mosjonsvaner er, det er ofte en stor sammenheng her. Man snakker litt rundt fysisk aktivitet, litt i alle fall. Det er viktig at jeg får kartlagt hvem jeg har foran meg, det er mange med overvekt, og mange jeg må snakke med om dette. Bruker ernæringsrådene fra Helsedirektoratet om svangerskapet, som et utgangspunkt. Bruker alltid å gi ut brosjyren *Gravid*, som Helsedirektoratet kom med i 2006 tror jeg det var? Har mye tanker rundt kosthold og ernæring, jeg prøver å øke bevisstheten til kvinnen, spør helt konkret hva spiser du og hva drikker du. En del har mer bevissthet, men de fleste spiser for sjelden. 2-3 g i døgnet er det veldig mange som spiser. Kartlegger alt dette på første konsultasjon, og prøver å følge opp der det er behov. Gjør egne notater om det er ting jeg skal huske å følge opp, og spør da på neste konsultasjon. Det er ofte

veldig mye å samtale om på første konsultasjon, men kosthold har jeg som høy prioritering...(Jordmor, 1).

4.2.1 Hva kvinnene er opptatt av sett fra jordmødrenes side

Kvinnene i studien var opptatt av kosthold og spurte gjerne om valg av mat hos jordmor når de var på svangerskapskontroll. Det kunne være om rå mat, fryst mat, fisk, rått kjøtt, ferske oster, pålegg og kosttilskudd for å nevne noe. Jordmor opplevde ofte at kvinnene dobbeltsjekket litt med henne, og at de før kontroll hadde lest mye om ernæring før de kom til time hos henne. Videre spurte kvinnene mye om fosterets utvikling, om det var en normal fosterutvikling, og om det var noe feil med barnet. Undersøkelser av hjertelyd og bevegelser ble opplevd som god informasjon av gravide, og som var ønsket utført på hver kontroll. Jordmødrene i studien opplevde kvinnene som opptatt av ikke å skade barnet, og flere nevnte at de ikke trente så mye i svangerskapet, da det ofte ble opplevd som usikkert av kvinnene. Noen av kvinnene var veldig opptatt av mat og valg av mat, og ønsket ikke å legge på seg mer enn de måtte i forhold til hva som er normal vektøkning i et svangerskap. Jordmor 1 var bekymret for at ikke gravide spurte henne om loff som brødvalg og om brusdriking som drikke. Hun opplever dette som et problem, og at noe av overvektproblematikken gjenspeiles på dette området. Jordmor 1 fortalte litt om hvordan hun formidlet temaene ernæring-, og overvekt, samt hvordan hun gjør ulike tilpasninger i forhold til hver enkelt kvinne:

”Hva spør de gravide deg om?”(forsker).

De er opptatt av hva de må spise og hva de ikke må spise. Om fryst mat, hva er riktig og ikke riktig. Ikke så mange som spør direkte, om sammensetningen av kosthold.

Men mulig jeg er litt fram på der, og jeg spør ofte hva spiser du? Og da får de kanskje ikke spurt? Jeg vet ikke helt, men de spør noe altså. Ofte går det rundt; Kan jeg ikke spise spekeskinke? Hva med spekepølse? Og litt andre matvarer, men det er ikke noe spørsmål om brus og loff, og dette er farlig. Det skremmer meg at flere ikke er opptatt av spesielt brusdrikingen sin...(jordmor 1).

”Har Utdanningsnivå hos kvinnene betydning på hvordan du lykkes i din ernæringskommunikasjon?”(forsker)

Ja, stor betydning, det er kjempe forskjeller, på utdanningsnivået, det er en stor forskjell. Noen tilbakemeldinger som: ”og takk for at du sa det”, kan jeg ofte få. Jeg prøver å gi samme informasjon til alle, men tilpasse til den enkelte. Forståelsen er veldig forskjellig i forhold utdanningsnivået til kvinnene, så det er viktig å tilpasse dette i samtalen...(jordmor 1)

4.2.2 Når gis ernæringsinformasjon i svangerskapet?

Studien viser at ernæringsinformasjon alltid gjøres på første konsultasjon i cirka 12.svangerskapsuke, da kvinnen kommer til sin første svangerskapskontroll hos jordmor. Flere kvinner i studien har hatt sin aller første svangerskapskontroll hos lege, for bekreftelse av graviteten eller andre plager som har kommet de første ukene av graviditeten. På første svangerskapskontroll hos jordmor er ernæringsinformasjon alltid et tema, og det kartlegges alltid hvordan hennes kosthold og matvaner generelt er. Jordmødrene i studien har et spesielt økt fokus rundt ernæring og fysisk aktivitet, om det er overvekt og - eller andre komplikasjoner tilknyttet overvekt. Jordmødrenes visuelle syn blir brukt ved vurdering om hvor ofte ernæring skal være et tema, om det skal være oftere enn det som er normal prosedyre, som er en til to ganger i løpet av svangerskapet. Ved behov får kvinnen tett oppfølging om ernæringsinformasjon, ofte på hver svangerskapskontroll der det oppleves nødvendig. Jordmor 1 fortalte litt om hvordan hun kommuniserer om overvekt med kvinnene og videre oppfølging:

Jeg regner ut BMI, spør hva tenker du om ditt kosthold? Gjør dette på mange forskjellige måter, litt etter hvem jeg har foran meg. Om de har BMI over 27, så tar jeg glukosebelastningstest, så dette er meget viktig for deg...(jordmor 1).

Jordmor 1 sier hun spør mye og spør veldig direkte i forhold til kvinnens kosthold og matvaner, og opplever dette som noe veldig positivt. Jordmødrene i studien forteller at det ikke er vanskelig å snakke om ernæring med kvinnene, og de opplever ofte en god samtale med kvinnene som er interessert i fosterets helse på kort og lang sikt.

4.2.3 Opplevelsen av ernæringskunnskap hos gravide kvinner

Jordmødrene i studien opplevde at kvinnene spiste for sjelden, samt at brusdriking og loff ikke ble nevnt som matvalg som ikke burde inntas, og dette mener jordmødrene er skremmende. Jordmødrene har høyt fokus rundt kostholdet i svangerskapet, og de gjør derfor

notater under første svangerskapskontroll, om det er faktorer som kommer frem, som eventuelt burde følges opp videre. Jordmødrene i studien snakket ofte om ernæring, og mente at en gjentakelse under svangerskapet er viktig. Ernæringskommunikasjonen med de gravide ble opplevd som veldig forskjellig fra om kvinnen var i sitt første eller andre svangerskap. Førstegangsfødende er veldig opptatt av ernæring, leser mye i ulike forum, og spør mer enn andregangsfødende. Jordmødrene i studien påpeker at ikke alle kvinner prioriterer ernæring like høyt, men er mye mer avslappet og har mindre bekymringer til svangerskapet. De andregangsfødende var i studien todelt i hvilken informasjon de ønsket. Noen av kvinnene var opptatt av fosterets helse og at alt utviklet seg riktig, og var mer bekymret rundt graviditeten, samt at de ønsket tettere oppfølging enn de faste kontrollene. Den andre siden av de andregangsfødende, slappet mer av i forhold til graviditeten, og følte av de viste en del fra tidligere svangerskap. Jordmødrene i studien fortalte at kvinner som har opplevd å miste et barn eller hatt andre større komplikasjoner, er en liten gruppe kvinner. Denne gruppen kvinner trenger en annen oppfølging enn den generelle svangerskapskontrollen, og det blir gjort spesielle tilpasninger for den enkelte kvinne gjennom svangerskapskontrollene.

4.2.4 Tidens betydning ved formidling av ernæringsinformasjon

Jordmødrene nevnte tid som en stor utfordring i sitt arbeid på en helsestasjon. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen har fastsatt innhold som det skal arbeides etter ved kontrollene, men det oppleves at tiden er begrenset. Det å ha tid til i ulike utfordringer som kvinnene måtte ha under svangerskapet, som jordmor gjerne skulle fulgt opp tettere, var det ikke alltid tid til. Jordmødrene tror ved bedre tid, ville følelsen av å lykkes med informasjon oppleves oftere enn det gjøres i dag. Jordmor 1 forteller litt om hvordan knapphet tid påvirker svangerskapskontrollene:

Ja, erfaring og tid spiller en rolle, jeg går igjennom hele livet deres, oppvekst, og det kommer mange overraskelser, så skulle noen ganger hatt mer tid. Det er ofte tid som føler at jeg lykkes. Treffer på direkte punkter, når jeg mangler tid, føler jeg ikke at jeg lykkes. Kommunikasjon og erfaring, og viktig spiller en stor rolle her syns jeg. Så mange år i yrke er helt klart en fordel i samtalen med kvinnene tror jeg. Jeg skulle hatt enda mer tid, ved god tid lykkes jeg bedre i ernæringskommunikasjonen, ved dårlig tid lykkes jeg ikke alltid like bra...(Jordmor 1).

Jordmødrene i studien hevder at ernæring ikke belyses godt nok i svangerskapsomsorgen, dette til tross for et bedre samarbeid med lege de siste årene. Det er for lite samarbeid mellom jordmor og lege, samt at det ikke er noen klare rutiner på hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Det har blitt bedre, men det mye arbeid som gjenstår. Et sitat fra jordmor 1 beskriver litt av det:

Dette belyses ikke godt nok, det er for tilfeldig, det er ikke gode nok rutiner, alt kommer an på hvilken lege du treffer og hvilken tid jeg selv har. Jeg drømmer om min egen tid til dette, syns det ikke er godt nok. Ikke noen kontrollisering rundt dette. Vi skulle vært mer samordnet, men leger er blitt mer interessert og mer samarbeidsvillige de siste årene, vi bygger klienten mer i samme retning nå enn før i alle fall. Men godt nok er det ikke...(Jordmor 1).

4.2.5 Hvordan vurderer jordmødrene sin ernæringskunnskap

Jordmødrene i studien blir faglig oppdatert med enkelte kurs, og har en fagdag cirka en gang i måneden hvor ulike fagfolk innenfor svangerskapsomsorgen i fylket-, møtes for deling av fagkunnskap. Dette er noe de er veldig fornøyde med, og har stort utbytte av. Fagdage har ulike temaer hver gang, og noen ganger kommer det foredragsholdere og oppdaterer jordmødrene om ny forskning på deres fagfelt.

Jordmor 2 føler stor nytteverdi av fagdage, og forteller at hun gjerne skulle oppdatert seg mer, men jobb tar all tid nå, så det må prioriteres seinere.

Jordmor 1 føler opplever at hun ikke er godt nok oppdatert innenfor ernæring, men har genuin personlig interesse som gjør at hun bruker mye av fritiden på å oppdatere seg. Hun nevnte at ernæring ikke var et viktig tema under utdannelsen, men håpet virkelig at det er et større fokus i dagens utdanning til jordmødre. Jordmor 1 savner noen å kunne henvise kvinner med vektproblemer videre til, og skulle ønske svangerskapsomsorgen hadde egne kostholds kurs for gravide. Dette hevder hun burde vies like mye oppmerksomhet som amming har fått gjennom mange år. Jordmor 1 fortalte litt om dette på denne måten:

Du vet rundt amming er det masse kurs, og her handler det hele tiden om å være oppdatert, dette burde det vært absolutt vært rundt kosthold, og ernæring og, masse

fokus og krav om oppdatering hos leger og jordmødre. Det burde vært noe fast kursing, som gir resultat, og som vi kunne bruke i jobben vår...(Jordmor 1).

”Hvilken grad føler at det tilfredsstiller kunnskapsnivået som trengs i ditt yrke?”

(forsker).

Det er vanskelig som jordmor å finne nok kunnskap og tid til å sette seg inn i det i en meget travle hverdag, for å kunne hjelpe kvinnene, men jeg brenner mye for det. Syns det burde vært mer fokus på samlinger, og kanskje noe kurs på livsstilsendring som vil kunne tilby våre kvinner? Jeg vet ikke, skulle ønske at det kom mer info til oss som vi kunne bruke i vår travle hverdag...(Jordmor 1).

Jordmor 2 i studien, delte mange av synspunktene til jordmor 1, og har tett samarbeid da de er to jordmødre i samme kommune, og føler dette er til stor nytte i hverdagen. Jordmor 2 føler ikke at tiden strekker til med mer oppdatering nå, og føler at full jobb er nok. Hun oppsummerer litt om det på denne måten:

Det blir mye egen interesse, men vi har fagforum samlinger i kommunen cirka hver tredje måned, der tas mye opp også ernæring. Lærer mye der, erfarer mye, leser mye selv, men skulle ønske jeg kunne studere mer, men nå er det jobb og hverdagen som teller så da er det liten tid til det nå...(Jordmor 2).

Jordmødrene i studien har et stort engasjement innen ernæring, og brenner veldig for at ernæringskommunikasjonen skal være så god som mulig for alle kvinner. De ser sine begrensninger i hverdagen, og skulle så gjerne hatt mer tid til å tilegne seg enda mer kunnskap. Jordmor 1 fortalte litt om det på denne måten:

Jeg er ikke oppdatert nok, ikke god nok, det var ikke spesielt fokus da jeg tok min utdanning, under utdanningen, men jeg har prøvd å følge med i utviklingen, men det har ikke vært mye jeg har kunne være med på. Men jeg har en stor egen interesse, og har jeg gjort mye selv gjennom alle år, fulgt godt med slik sett, og følger med rundt alt

nytt jeg kan komme over innenfor kosthold og gravide. Men jeg skulle ønske jeg hadde mer tid til å studere. Jeg har en del kunnskap, men føler dette er kommet inn via en privat greie, gjennom kjente i fagkretsen. Men kan en del da, (latter). Det jeg savner i mitt yrke er noen jeg kan henvis de videre til, det er ikke pr i dag noen å henvise til innenfor kostholdsveiledning og fysisk aktivitet for gravide kvinner i nærområdet her. Det er hva jeg vet veldig lite av det. Ikke noe å henvise til, ikke noen papirer, dette er noe som kunne vært viktig for meg og kunne gjort at jeg kunne yte enda mer i mitt yrke...(jordmor 1).

4.2.6 Hva ønsker jordmødrene å formidle til gravide kvinner?

Studien viser at jordmødrene ønsker å formidle best mulig ernæringsinformasjon i forhold til å skape et så godt utgangspunkt for svangerskapet både for mor og barn, samt viten om at ernæring i svangerskapet kan ha betydning for barnets fremtidige helse. De opplever store forskjeller i kommunikasjonen med de gravide i forhold til deres utdanningsnivå, om de er første - eller annengangsfødende, om de har fokus på matvalg og helse, og om betydningen av svangerskapet for den enkelte kvinne. Dette gjør at de opplever tiden som knapp i forhold til å kunne informere nok, ofte nok og å kunne lykkes med ernæringsinformasjonen. Jordmødrene i studien opplever noen ganger at de ikke lykkes med ernæringsinformasjon, og håper at alt går bra til slutt. Jordmødrene understrekte at hver kvinne er unik, og et hvert svangerskap skal følges opp på absolutte beste måte.

4.3 Hvordan opplever legene ernæringskommunikasjonen med gravide kvinner?

Legene i studien hadde klare oppfatninger av de gravide og hvordan de selv oppfattet kommunikasjonen om ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. Legene i studien refererte til at de så på kvinnene (visuelt syn) i sin vurdering av hvor mye de skulle vektlegge ernæringskommunikasjon. De oppfatter sine gravide som endringsmotiverte, og at når det blir gitt ulike anbefalinger, så har dette betydning for kvinnene. Om kvinnen var i første eller andre svangerskap var av stor betydning for hva kvinnene ønsket å snakke om, og om hvor mye tid som ble prioritert til de ulike temaene. Legene opplever ofte svangerskapskontrollen som stressende, og mye som skal rekkes, som ikke er det beste utgangspunktet for en god samtale om svangerskapet. Legene i studien følte seg ganske trygge på at jordmor var den beste til å ta vare på kvinnen, og at de formidler ernæring på et solid grunnlag for den enkelte

kvinne. Legene i studien nevnte en stresset hverdag med liten tid, og følte at det viktigste blir gjort, som undersøkelse av blodtrykk, urintest, ulike blodprøver og eventuelle videre oppfølging der det skulle være behov. Legene i studien opplevde ofte klager på at de var forsinket, og mange slitene gravide var oppgitte over dette. Lege 2 fortalte følgende om dette:

Jeg bruker mine erfaringer i forhold til hvordan jeg kommuniserer ernæring til kvinnene, samt at det er klart mitt visuelle syn av kvinnen som kommer inn på mitt kontor, virker inn på hva jeg tenker om hennes kosthold og ernæring. Informerer om det jeg skal om folat og måler jerninnholdet i blodet, samt sukker i urin. Overvektige følges ofte litt mer opp utover i svangerskapet. Ja, føler det viktigste gjøres i alle fall...(lege 1).

”Kan du gi eksempler på situasjoner hvor du mener at du lykkes spesielt bra i din kommunikasjon om helse- og ernæringstemaer?” (forsker)

Jeg føler at det går bra, du kjenner litt i samtalen hvordan det får innpass, men noen ganger er det selvsagt utfordrende, noen ganger føler jeg det tungt og ikke nå frem med det jeg ønsker, men når noen ved neste time kan si at det var fint jeg snakket om det eller det, eller sier de har endret litt fordi jeg sa ifra om det, da føler jeg jo selvsagt at jeg lykkes. Til de gravide lykkes jeg nok mer enn andre? de lytter og er endringsvillige syns jeg, til hjertepasienter gjelder det samme, det har en konsekvens å gjøre endring, for-, det virker alltid motiverende på pasienten slik jeg ser det...(lege 1).

4.3.1 Hva er kvinnene opptatt av sett fra legens side?

Legene i studien viste til økt fokus rundt ernæring hos kvinnene, og at kvinnene var endringsmotiverte om det skulle være et behov. De refererte til at kvinner ofte spør om hva de kan spise og ikke spise, hvordan fosterutviklingen er, og noe om fysisk aktivitet. Legene påpekte at det alltid formidles informasjon om ernæring, men i hvor stor grad dette vektlegges er helt avhengig av kvinnes utgangspunkt og kunnskapsnivå. Kvinner med høyere utdanning

oppleves som lettere å kommunisere med, og har andre prioriteringer enn kvinner med lavere utdanning. Lege 2 forteller litt om hvordan han opplever kvinnene:

Kvinnene er opptatt av barnets beste, og ikke seg selv så mye. Ernæring tar jeg opp på første møte, spesielt med folat, og hva et sunt svangerskap er. Ved overvekt hos ei gravid kvinne tas det alltid opp i begynnelsen på et svangerskap uansett. Røyk og alkohol er alltid med som avklarings spørsmål. Kvinner som er flergangsfødende er enda mer opptatt av barnets utvikling og behov, enn førstegangsfødende er min erfaring. Kunnskapsnivå og utdanning er viktig, samt tiden og den kjemien vi får, noen ganger er den god andre ganger ikke...(lege 2).

"Hva spør de gravide deg om?" (forsker).

Ja, noen spør litt, andre spør ingenting, det er ofte spørsmål om matvarer, spesielt spekemat, fisk, og hvis de skal på ferie da kommer det mange bekymringer om hygiene, og om de kan spise noe i det hele tatt. Ellers spør det om fosteret i forhold til vekt og vekst...(lege 2).

4.3.2 Når gis ernæringsinformasjon i svangerskapet?

Legene i studien var generelt opptatt av ernæringskommunikasjon, og gjennomfører alltid svangerskapskontroll hvor fokus er rettet mot temaene ernæring, livsstil og betydningen av god helse gjennom svangerskapet. Det varierte hvilken svangerskapsuke kvinnene var i ved det første møte, men det ble fokusert på ernæring ved første kontroll. Legene formidlet ernæring på ulike vis, og refererte til at det var deres inntrykk av helsetilstand som var bestemmende på hvor nøye ernæringsinformasjon skulle vektlegges, samt utdanningsnivået til kvinnen. Lege 1 viste ofte bilder og lister som kunne forklare noe av de problemer de eventuelt måtte ha, eller kunne stå i fare for å utvikle om ikke ernæring og barnets beste ble prioritert. Lege 2 fortalte litt om hvordan han formidlet ernæring i sin hverdag her:

Ja, jeg jobber i et stort tempo, med mye stress og mas hver eneste dag sånn sett, men i forhold til svangerskapsomsorgen prøver jeg ikke å la det virke inn, men får ofte negative tilbakemeldinger på at jeg ofte er forsinket fra pasientene, og slitne gravide

sier også det. Jeg bruker mine erfaringer i forhold til hvordan jeg kommuniserer ernæring til kvinnene, samt at det er klart mitt visuelle syn av kvinnen som kommer inn på mitt kontor, virker inn på hva jeg tenker om hennes kosthold og ernæring. Jeg informerer om det jeg skal, folat, og måler jerninnholdet i blodet, samt sukker i urin. Overvektige følges ofte litt mer opp utover i svangerskapet.... Ja, føler det viktigste gjøres i alle fall...(lege 2).

"Hvordan syns du ditt kunnskapsnivå er innenfor temaene ernæring og kosthold rettet mot de gravide?" (forsker)

Det syns jeg er bra, og føler jordmor gjør en god jobb. Vi samarbeider ikke noe spesielt, det er ikke noe tid, men er det spesielle tilfeller som det er noe alvorlig med, gjør vi det. Jeg ser jo kvinnen og det tas litt derfra, visuelt inntrykk blir det. Litt informasjon gis uansett, er det overvekt snakker jeg gjerne litt mer. Har kvinnen hatt noen plager i et eventuelt tidligere svangerskap, snakkes vi om det. Er det svangerskapsdiabetes eller risiko for det, så snakker jeg mer om kosthold, og prøve og bevege seg litt hver dag. Må ikke trene, men gå litt hver dag anbefaler jeg...(lege 2).

"Gir du ofte råd om fysisk aktivitet i svangerskapet?"(forsker)

Ja, jeg vil de skal bevege seg litt hver dag, sier det godt kan det. Trener kvinnene fra før syns jeg ofte de kan mer enn meg om temaet, jeg forholder meg til Helsedirektoratets retningslinjer om fysisk aktivitet i svangerskapet. Jeg gir ut noe informasjon via brosjyrer, eller snakker om Helsedirektoratets nettsider, er ikke så mye å dele ut, tror jordmor har mer. Det er mest medisinsk kontroll hos legen...(lege 2).

4.3.3 Opplevelsen av ernæringskunnskap hos gravide kvinner

Hvor mye informasjon om ernæring legene gir og hvor mye dette gjentas i løpet av graviditeten, har sammenheng med hvordan legene ser på betydningen av dette for den

enkelte kvinne. Legene i studien brukte sin subjektive oppfatning basert på tidligere erfaringer og opplevde at samtalen ble styrt i forhold til dette inntrykket, samt hvilket utdanningsnivå kvinnen hadde, og hvilken forståelse de hadde for temaet. De understreket at det alltid ble informert om en generell del, og ble fulgt opp med avklaringsspørsmål om røyking og alkohol i samtalen. Legene i studien kommuniserte ganske likt, men lege 1 som hadde flere år i yrket snakket mer om erfaring, og hevdet at man enten kan kommunisere eller man kan det ikke. Lege 1 fortalte om sin vurdering av ernæringskommunikasjonen sammen med kvinnene på følgende måte:

”Er det spesielle ting som skal til for at ernæring skal tas opp som tema i løpet av en konsultasjon?”(forsker)

Kosthold er viktig, så det nevnes ofte, men ikke noen spesiell rutine på dette ... og mye øyet som ser, altså hva ser jeg. Hvor mye motivasjon har pasienten, og ”Giljotin” de har over nakken, jo mer motivert er de. Slik er det. Jeg samtaler om ernæring, og ulike brosjyrer, og diverse lister som jeg kan vise de, råd som kan printes ut fra internetts legeside, som for eksempel med avskrekking, ved å vise dem innsiden av årene deres, fungerer alltid, hjelper meget med å få frem budskapet...(lege 1)

Lege 2 i studien snakket også om erfaringer, men hadde litt andre tanker om ernæringskommunikasjonen med kvinnene, og hvilke faktorer som spiller inn. Han fortalte om det på denne måten:

Jeg bruker mine erfaringer i forhold til hvordan jeg kommuniserer ernæring til kvinnene, samt at det er klart mitt visuelle syn av kvinnen som kommer inn på mitt kontor, virker inn på hva jeg tenker om hennes kosthold og ernæring...(lege 2)

4.3.4 Tidens betydning ved formidling av ernæringsinformasjon

Studien viser en klar tendens til at tid er en av de største utfordringene i forhold til å lykkes med ernæringskommunikasjonen. Tid blir også nevnt som en utfordring i forhold til kompetanseutvikling som kunne benyttes i hverdagen for både lege og jordmor. Studien viser at legene anser eget kunnskapsnivå som godt, og behovet for ytterligere kompetanse innenfor ernæring ble ikke nevnt. Lege 2 i studien forteller om dette:

Tiden som settes opp til svangerskapskontroll er begrenset hos fastlegen, jeg tror kanskje jordmor har bedre tid. Tiden begrenser ernæringsinformasjonen jeg klarer å gi. Samtidig er det helt klart at utdanningsnivået hos kvinnen har stor betydning for hvordan jeg kommuniserer. Dette er noe man lærer gjennom yrket hver dag, ingen kvinne er lik, og prøver å tilpasse samtalen så godt jeg klarer i forhold til det...(Lege 2).

Lege 1 fortalte dette om tiden på svangerskapskontrollene: ”Allmennpraksisen er ikke så lang, dette begrenser informasjonen jeg klarer å gi. Dette går på tiden, det er ikke satt av så mye tid” (lege 1).

4.3.5 Hvordan vurderer legen sin ernæringskunnskap?

Studien viser at legene anser egen ernæringskunnskap som tilfredsstillende, og at denne dekker behovet kvinnene har i svangerskapet. De oppdaterer seg jevnlig via kongresser hvor ernæring de siste årene har fått større oppmerksomhet enn tidligere. Lege 1 fortalte følgende om dette:

Mitt inntrykk er at temaet er oppe fra ansvarlige hold, Folkehelse og så videre, kommunen. Føler at dette er tema, og mye skriftlig, men hvor bra det er i forhold til hva det burde være, det vet jeg ikke. Kan godt hende en del leger tar seg tid nok til dette. Jeg oppdaterer meg, leser bøker, går på kurs, reiser på kongresser, ofte er tema ernæring på disse treffene. Det er ofte tema på ulike kongresser, mye mer nå enn før, så jeg oppdateres jevnlig og min kunnskap den er tilfredsstillende....

.....Ernæringsinformasjonen synes jeg er bra, og føler jordmor gjør en god jobb. Vi samarbeider ikke noe spesielt, det er ikke noe tid, men er det spesielle tilfeller som det er noe alvorlig med, gjør vi det...(lege 1).

Lege 2 i studien fortalte slik om eget kunnskapsnivå:

”På hvilken måte kunne du tilegne deg kunnskap, tenker du, om fysisk aktivitet og kosthold?” (forsker)

Syns som sagt det er ganske bra, som fastlege kan vi ikke være spesialister på alt, og vi har mulighet til å gå på ulike seminarer for å lære mer da også om kosthold og noen ganger er det litt om mosjon, som jeg velger å kalle det, fysisk aktivitet er ofte mer systematisk trening med høyere intensitet slik jeg oppfatter det, det gir ikke jeg råd om, jeg vet ikke nok om det...(lege 2).

”Hvordan oppdaterer du deg i yrket ditt?” (forsker)

Gjennom seminarer, vi må jo oppdatere oss litt hvert år, og jeg er med på noe slikt av seminarer. Fagfeltet er stort, og alt går det ikke an å oppdatere seg på hvert år, dagene går i ett og hverdagen er travel, men litt blir det. Kjenner når du spør at jeg burde vært flinkere selv, kanskje og, til å lese mer...(lege 2).

Samtalen med legen viste at de er tydelige på sitt fagområde, og hevder de er godt nok oppdatert i forhold til ernæring i svangerskapsomsorgen. Funnene viste at de er ambivalente i sine svar, noe som kan påvirke hvordan de lykkes i sin ernæringskommunikasjon til de gravide (ibid).

4.3.6 Hva ønsker legen å formidle til gravide kvinner?

Studien viser at legene ønsket å formidle best mulig ernæringsinformasjon i forhold til å skape et så godt utgangspunkt som mulig for svangerskapet for både mor og barn, samt viten om at ernæring i svangerskapet kan ha betydning for barnets fremtidige helse. De opplevde store forskjeller ved kommunikasjonen med de gravide i forhold til kvinnes utdanningsnivå, om de var første- eller annengangsfødende, hvilket fokus de hadde på valg av mat, hvordan egen helse var og betydningen av svangerskapet for den enkelte kvinne. Legene i studien opplevde at de stort sett lykkes i sin ernæringskommunikasjon, men med noen kvinner får de ikke den gode samtalen og lykkes derfor ikke like godt. Legene i studien refererte til at de antok at jordmor hadde bedre tid, og at hun hadde mer kunnskap dersom de selv skulle ha liten tid til samtale om ernæring. Forsker opplevde at legene ikke hadde lykkes i like stor grad med ernæringskommunikasjonen som jordmødrene, og at dette ikke bekymret dem i veldig stor grad.

Studien viste at hovedtrekkene i ernæringsinformasjonen som gis til gravide kvinner, og at samtalen rundt ernæring, er tilfeldig i forhold til både jordmødrenes og legens kunnskap om ernæring og tiden som avsettes til det. I tillegg oppleves de gravides evne til å ta imot informasjonen, som avgjørende for hvordan budskapet om ernæring i svangerskapet blir kommunisert (ibid). Studien viste at ernæringsinformasjonen blir gitt ved første konsultasjon hos jordmor, og av og til hos lege dersom legen subjektivt oppfatter at det er et behov for informasjon om ernæring, eller om kvinnen selv etterspør informasjon (ibid).

4.4 Oppsummering av hovedfunnene

I dette kapitlet har empirien blitt knyttet opp mot forskningsspørsmålene og formålet med studien hvordan ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen oppleves av de gravide, og jordmødrene og legene. Gjennom intervjuene og kvinnenes erfaringer er totalopplevelsen av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen forsøkt belyst. Det er blitt sett på hvor aktive de gravide har vært med å stille spørsmål og hvordan de selv har benyttet ulike medier for å finne ernæringsinformasjon som de har etterspurt om svangerskapet.

Forsker har også forsøkt å belyse

- Jordmødrenes og legenes informasjonsrolle om ernæring,
- Hvilket budskap som formidles og på hvilken måte,
- Hva gis ut av informasjonsmateriell,

Det første forskningsspørsmålet belyser hvilke endringer de gravide gjør i forhold til valg av mat i svangerskapet. Studien viste at alle kvinnene gjorde bevisste valg av mat, og gjorde store eller små endringer i svangerskapet. Kvinnene anså barnets beste som motivasjonen for endring, og at de opplevde at de hadde behov for mer å spise, og valgte sunne mellommåltider som frukt og grønt. En annen motivasjonsfaktor kvinnene som hadde barn fra før opplevde, var å innarbeide sunne matvaner i hele familien, og at fosteret skulle få de næringsstoffene som det var behov for. Andre kvinner i studien opplevde at det var store utfordringer knyttet til graviditeten, som kvalme, som gjorde at flere av kvinnene var fornøyd med bare å få i seg noe, og de visste at mye av maten var usunn, men klarte ikke å gjøre noe med det. De poengtertesamtidig den dårlige samvittigheten som var der hele tiden, og håpet at de skulle greie å velge sunnere mat etter hvert.

Det andre forskningsspørsmålet belyste hvordan jordmor og lege opplevde ernæringskommunikasjonen med de gravide. Funnene i studien viste at jordmødrene og

legene for det meste hadde positive opplevelser med kvinnene, og opplevde kvinnene som endringsvillige, motiverte, som ønsket barnets beste, og så betydningen av valg av mat i svangerskapet. De opplevde at kvinnene ofte hadde mye kunnskap om ernæring, men dobbeltsjekket allikevel ofte om ervervet informasjon var korrekt. De opplevde ernæringskommunikasjonen med de gravide som uproblematisk, og vektla betydningen av barnets helse, egen helse, overvekt, og fysisk aktivitet hver dag. Samtalens forløp ble ofte styrt av subjektive preferanser og erfaring om kvinnens utseende, utdannelse, yrke og alder. Dette opplevde de at la mye av føringen for hvordan samtalen ville forløpe og hvilke temaer som det vanligvis fungerte å informere om.

Det tredje forskningsspørsmålet så på hvilken ernæringsinformasjon kvinnene fikk i svangerskapsomsorgen tilknyttet en helsestasjon. Studien viste at jordmor og lege brukte *retningslinjene for svangerskapsomsorgen 2005*, og heftet *Gravid* som bakgrunn for ernæringsinformasjonen de formidlet. Heftet blir delt ut til kvinnene sammen med reklamebasert informasjonsmateriell som inneholder generell informasjon om svangerskapet. Jordmødrene i studien henviste også de gravide til nettsider med god informasjon om ernæring og fortalte om betydningen av fysisk aktivitet i svangerskapet.

Det siste forskningsspørsmålet så på om ernæringsinformasjonen dekket de gravidenes behov. Funnene i studien viste at alle kvinnene, med unntak av en, følte at informasjonen dekket deres behov, og at ernæringsinformasjonen var forståelig. Kvinnene opplyste om at de var aktive nettbrukere under svangerskapet, og at den tilgjengelige informasjonen på internett stort sett var god, men de oppfattet det slik at enkelte nettstedene var mindre useriøse. En av kvinnene i studien ble frarådet av jordmor å benytte ulike blogger som informasjonskilde, fordi dette kunne skape utrygghet og engstelse. En annen kvinne i studien var ikke fornøyd med ernæringsinformasjonen fra jordmor. Hun ytret et ønske om mer forklaring på hvorfor enkelte matvarer kunne være farlige, og ønsket å vite bakgrunnen for dette dersom hun likevel valgte å spise noen av disse. Hun opplevde ofte ernæringsinformasjonen ofte som overveldende, og ønsket å ta avstand fra informasjonen, og ønsket å leve mest mulig normalt slik hun pleide å gjøre.

Studien viser at alle forskningsspørsmålene er fyldig besvart, og gir ulike refleksjoner i forhold til ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen. Menneskene som var med i studien viste stort engasjement i forhold til valg av mat, endringer og sunn livsstil.

5.0 Diskusjon av metode og resultater

I dette kapittelet vil ulike aspekter ved oppgaven bli diskutert. Det vil først bli diskutert valg av metode og intervju som fremgangsmåte. Deretter vil en diskusjon rundt utvalget, forskerrollen og oppgavens validitet, reliabilitet og overførbarhet bli utredet. Til slutt vil hovedfunnene bli diskutert opp mot empiri og teori.

5.1 Valg av fenomenologisk tilnærming

Valget av en fenomenologisk tilnærming gjennom denne studien ble gjort med bakgrunn i målsettingen om å belyse helhetsopplevelsen av ernæringskommunikasjonen for kvinner, jordmødre og leger i svangerskapsomsorgen. En fenomenologisk tilnærming vektlegger kvalitativ, erfaringsbasert oppfatning om kunnskap. Retningen er erfaringsbasert, og rettes mot den virkeligheten man opplever og erfarer (Thagaard, 2009). Kritikerne av metoden hevder at den ikke belyser helheten (Malterud, 2003), men forsker mener dette ikke er gjeldende for denne studien, da det har vært en høy bevissthet rundt dette, og helheten av informantenes utsagn og erfaringer er godt ivaretatt, samt at intervjuguiden ble utarbeidet med tanke på dette. Studiens intervjuguide viser hvordan dette ble systematisert og bevisstgjort tidlig i prosessen for å fremskaffe helhetsopplevelsen av svangerskapsomsorgen i Norge.

5.2 Diskusjon av intervju som metode

Det ble i denne studien valgt å bruke semistrukturerte kvalitative intervjuer som metode. I fenomenologi er målet å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og å beskrive virkeligheten slik den oppleves for informantene (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan skape en god ramme for å lytte til informantenes opplevelser (Malterud, 2003). Fokusgrupper ble vurdert, da det kunne vært en positiv kommunikasjonsopplevelse for kvinnene, med deres erfaringer og opplevelser som kunne deles, men ble vurdert av forsker til å kunne miste dybden i studien, og det ble derfor valgt semistrukturerte intervju. Forsker vurderte dette til mer å følge den fenomenologiske tilnærming, med den målsetning å samle vurderinger og erfaringer fra informantene.

5.2.1 Utvalget og utvalgsprosessen

Helsestasjonen ble valgt fordi forsker skrev en praksisrapport om de gravides matvaner i begynnelsen av masterstudiet ved Høgskolen i Oslo og Akershus høsten 2008 ved samme helsestasjon, og det ble da avtalt med jordmor at hun ville hjelpe til med rekruttering av informanter til forskers masteroppgave året etter (2009). Helsestasjonen var en representativ helsestasjon for studien med sin beliggenhet, stor mulighet til rekruttering av informanter, et flerkulturelt og inkluderende samfunn, og brukere med forskjellig utdanningsnivå. Dette var

noe som gjør studien valid og gir et bredt perspektiv for analysen, samt stor mulighet for variasjon i informantenes bakgrunn og sosioøkonomiske status. Dette var avgjørende for valget av helsestasjon, samt at kjennskap til jordmor som ønsket å rekruttere informanter og at hun var genuint interessert i studien, hadde avgjørende betydning for forsker i valget av helsestasjon.

Utvalget i denne studien er ti kvinner i alderen 17-38 år, samt to jordmødre og to leger med mange år i yrket og et solid erfaringsgrunnlag i svangerskapsomsorgen i Norge. Alle informantene i studien bor i forskers nærområde, nedre Romerike, og er tilknyttet samme helsestasjon. Rekrutteringen av informanter til studien ble gjennomført av jordmor, og forsker hadde ikke selv kontroll over rekrutteringsprosessen, og tok i mot de som takket ja til å være med. Dette gjorde at studien til slutt hadde flere andregangsfødende enn førstegangsfødende kvinner. Alle takket ja til å være med i studien, unntatt to stykker som takket nei av tidsmessige årsaker. At studien har flere annengangsfødende er en svakhet, da det ikke kommer like klart frem i studien hvordan førstegangsfødende opplever ernæringskommunikasjonen i svangerskapskontrollen, og hvordan de selv er aktive og tilegner seg kunnskap. At studien har flere annengangsfødende kan være en styrke, og gir mulighet til å belyse problemstillingen fra flere sider. Studien viser at annengangsgravide har et behov for ernæringskommunikasjon og ønsker ernæringsinformasjon når de er på svangerskapskontroll. Flere annengangsfødende kvinner i studien hevder at lege og jordmor kan ha forutinntatte holdninger om deres ernæringskunnskap, og kanskje nedprioriterer ernæringsinformasjonen i like stor grad, i kvinnens andre svangerskap. Sitater som *”kjenner meg jo litt”*, *”vet at jeg har barn fra før”*, *”vet om min bakgrunn”* er fra kvinnene i studien. På bakgrunn av disse funnene, kan det antydes at ernæringsinformasjonen ikke prioriteres i like høy grad til kvinner som er i sitt andre svangerskap, samt at kvinnenens sosioøkonomiskstatus kan gi jordmødrene og legene forutinntatte holdninger om at kvinnenens ernæringskunnskap er tilstrekkelig. Disse funnene kan være med å styrke studiens validitet og overførbarhet, og betydningen av informasjonsrollen for jordmødrene og legene i svangerskapsomsorgen.

Forskning viser at samfunnet deler seg i sosioøkonomiske klasser og, måles ofte ved indikatorer som inntekt, utdanning og yrke (Holmboe - Ottesen, Wandel & Mosdøl, 2004). I denne studien har ikke de sosioøkonomiske variablene blitt tillagt avgjørende betydning, men yrke og alder er oppgitt for å kunne drøfte funnene i studien opp i mot disse faktorene.

Utdanning kan relateres til kostholdet og er mye brukt som indikator i norske kostholdsundersøkelser for å vurdere om sosioøkonomisk status har noen betydning

(Holmboe - Ottesen et al., 2004). I denne studien ble ikke sosioøkonomisk status vurdert som avgjørende, og informantene var tilfeldig valgt. At informantene i studien ble rekruttert av jordmødrene basert på et tilgjengelighetsutvalg, kan ha påvirket informantene, selv om dette ikke var målsettingen fra forskers side (ibid), og bidratt til skjevheter i studien. Det skal også nevnes at om en ser på utdanning som indikator for sosioøkonomisk status, ville alle kvinnene bortsett fra to, blitt kategorisert som kvinner med høyere sosioøkonomisk status. Dette kan ha påvirket studiens hovedfunn, og tolkningen av data.

5.2.2 Intervjusituasjonen

Det er av stor betydning å skape en tillitsfull og god atmosfære i intervjusituasjonen både for informanten og forsker, slik at intervjuopplevelsen blir komfortabel (Thagaard, 2009).

Intervjuene i denne studien ble gjennomført på helsestasjonen der jordmødrene og legene jobbet, og som kvinnene var tilknyttet i svangerskapsomsorgen. Forsker opplevde intervjusituasjonen som harmonisk, og intervjuene kunne foregå uforstyrret, samt at fokuset på intervjusituasjonen ble godt ivaretatt. Noen av informantene ga tilbakemeldinger på at de opplevde intervjusituasjonen som komfortabel, noe deres kroppsspråk også ga uttrykk for.

De første minuttene av intervjuet er vesentlig for å fange informantens oppmerksomhet, og for å få informantene til fortelle litt om sine opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker valgte derfor først å snakke litt løst og fast om graviditet og hvordan hverdagen oppleves for mange mor og barn. Deretter fortalte forsker om bakgrunnen for studien og om deres rettigheter og anonymitet rundt deltagelsen i studien.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder informantene skal introduseres med informasjon om studiens formål, og at tilleggsinformasjon blir gitt etter intervjuet. I denne studien fikk alle informantene informasjon om studien under svangerskapskontrollen hos jordmor, og deretter tilleggsinformasjon av forsker før intervjuets begynnelse, samt at de ble informert om at de hadde muligheten til å trekke seg fra studien når som helst. Det første spørsmålet omhandlet hvilken svangerskapsuke kvinnene var i, og oppfølgingsspørsmålet omhandlet hvor mange tidligere svangerskap de eventuelt hadde vært igjennom. Etter denne korte åpningen med lukkede spørsmål, ble spørsmålene mer åpne og mer en samtale i forhold til informantens svar. Det første åpne spørsmålet omhandlet opplevelsen av å være gravid. Dette var et spørsmål kvinnene svarte mye og ivrig på, og det la grunnlaget for en rolig atmosfære rundt intervjusituasjonen, som medførte at informantene åpnet seg mer under samtalen.

Intervjuene av legene og jordmødrene ble gjennomført på samme måte som med kvinnene i studien, men med en litt annen innfallsvinkel i forhold til intervjuguiden. Det var forsker selv som informerte om studien i forkant og forklarte studiens problemstilling og hva som var studiens målsetting, samt at de ble informert om muligheten til å trekke seg fra studien.

Intervjuet åpnet med to lukkede spørsmål om når de hadde avsluttet sine studier, og om hvor mange år med erfaring de hadde. Åpningsspørsmålene ble fulgt opp med åpne spørsmål om hvordan de jobber og hvilke strategier de benyttet seg av ved formidling av kosthold og ernæring. Disse spørsmålene skapte engasjement spesielt blant jordmødrene, og la grunnlaget for rammen i intervjusituasjonen. Legene svarte noe kortere og var ikke like engasjerte som jordmødrene, men de åpnet mer utover i intervjuet og atmosfæren var bra igjennom hele intervjuet.

Intervjuene var semistrukturerte, noe som gjorde at rekkefølgen på spørsmålene kunne endres underveis etter samtalens forløp. Dette ga intervjuet fin flyt, og normaliserte intervjusituasjonen for både intervjuer og informant. Thagaard (2009) hevder at det siste spørsmålet i intervjuet bør være av en slik karakter at begge parter ble sittende igjen med en god følelse før intervjuet blir avrundet. Med dette i tankene ble kvinnene spurt om temaer som kunne relateres til svangerskapet mer generelt, og som de fleste hadde noen tanker om (ibid). Avslutningsspørsmålene for kvinnene omhandlet hvilken betydning ordet helse hadde, og om de så noen sammenheng mellom barns helse og ernæring. Informantene fortalte mye og engasjert om disse temaene, og noen fortsatte videre etter at båndopptakeren var slått av og intervjuet avsluttet. Den enkelte kvinnes opplevelse av intervjuet var forskjellig, de fleste snakket lett, mye og engasjert, men noen av kvinnene var mer korte i sine svar, og noe mer ambivalente i løpet av intervjuet. At noen kvinner var mer ambivalente under intervjuet kan ha flere årsaker, det er nevnt konteksten som informanten er i, noen kan ønske om å fremstå bedre enn det som bedre enn det i virkeligheten er, og kan da svare forskjellig under intervjuet fordi det informanten sier ikke nødvendigvis stemmer med deres faktiske virkelighet. Andre kan være nervøse under et intervju, og rett og sett si ulike svar om temaer tilknyttet studien. Forsket merket seg at kvinnene som var mest ambivalente under intervjuet var studiens yngste informant, samt kvinnen i studien som kom fra en overvektig familie, og å karakterisere seg selv som overvektig. Begge informantene kan både knyttes opp mot mangel på kunnskap, samt at skyld og skam kan være noe overvektige mennesker føler, og noen vil gjerne fremstå som en bedre person enn det virkeligheten deres tilsier (ibid).

Et av målene med kvalitative intervjuer er å gå i dybden på fenomener og temaer som belyses. Tilstedeværelse i intervjusituasjonen, og det å vise oppriktig engasjement for informantens fortellinger er viktig. Et slikt engasjement kan uttrykkes ved oppmuntrende blikk, nikk, bekræftelser og liknende som kan være av betydning for hvordan informanten inspireres til å gi informasjon under intervjuet (Thagaard, 2009). De første intervjuene ble opplevd som litt statiske og knyttet til intervjuguiden, men etter hvert som forsker forandret på intervjuguiden flere ganger, og gjennomførte flere intervjuer, ble hun mer trygg på intervjusituasjonen, og stille lettere relevante oppfølgingsspørsmål når den endelige intervjuguiden var utviklet, og aktuelle informanter funnet.

5.2.3 Temasentrert analyse

Valg av temasentrert analyse ble valgt som metode for denne studien, fordi studie skulle belyse helhetsopplevelsen av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen i Norge. Temasentrert analyse ble valgt for å kunne utdype ernæring i forhold til problemstillingen og for å kunne sammenlikne erfaringer som informantene delte med forsker. Studien belyser problemstillingen fra tre ulike sider, og en temasentrert analyse gjør det lettere å sammenlikne de gravides, jordmødrenes og legenes utsagn opp mot problemstillingen, og for å kunne gjøre analysen i et videre perspektiv. Det å få frem helhetsopplevelsen av ernæringskommunikasjonen i svangerskapsomsorgen i Norge, ble vurdert som det viktigste for analysen. Forsker vurderte det slik at dette ville styrke studiens funn, sett opp mot validitet og relevans både for denne studien, og videre forskning. Personsentrert analyse fokuserer på individets opplevelser, og forsker ville ikke kunne sammenlikne resultatene på tvers av informantene i studien på en like lett måte. Denne analyseformen ble derfor ikke valgt i denne studien.

5.2.4 Ethiske dilemmaer

Et svangerskap er et personlig anliggende, som for mange kvinner oppleves som utfordrende å snakke om. Dette var noe forsker var oppmerksom på ved utviklingen av intervjuguiden og under intervjuet med kvinnene. I forhold til etiske dilemmaer er det viktig ikke å lede informanter til å fortelle ting de vil angre på, ved å vise respekt for deres grenser (Thagaard, 2009). Ved intervjuenes begynnelse delte forsker noen erfaringer og utfordringer fra egne svangerskap. Dette virket lettende og betryggende på intervjusituasjonen, og de fortalte mye om svangerskapet, som ikke bare er lykke og glade dager.

5.3 Refleksivitet, validitet og relevans

I forskningen er det viktig å diskutere både refleksivitet, validitet og relevans, og forsker har konsekvent brukt Malteruds (2003) begreper gjennom diskusjonen for ikke å skape forvirring. Refleksivitet viser hvordan andre forskere kan benytter samme metode og kommer frem til de samme resultat. I den kvalitative metoden er forskers rolle personavhengig, og det er viktig at man gjennomgår en kritisk vurdering av prosjektet, og viser at en har utført prosjektet på en pålitelig og tillitvekkende måte (Malterud, 2003).

5.3.1 Refleksivitet

Refleksivitet beskriver hvordan forskningsprosessen blir gjennomført og reflekterer over sin forforståelse og hvilke spor en kan ha satt som forsker (Malterud, 2003). Min forforståelse har jeg fra Norges idrettshøgskole, med bachelor i idrettsvitenskap og som faglærer i kroppsøving og idrettsfag, med et tverrfaglig fokus på forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet og sunt kosthold. Forsker har videre utdanning innen kosthold og helse ved Norges idrettshøgskole (NIH), sertifisert vektcoach for Fedon Lindbergs-klinikken (kosthold, overvekt og livsstilssykdommer som hovedfelt), del kurs av trenerstudiet ved NIH, og nå masterstudiet mat, ernæring og helse ved HiOA. Informantene ble orientert om forforståelsen til forsker hele veien, og det har under analysen vært utfordrende å holde fokuset på studiens problemstilling, slik at ikke forforståelsen skulle få for stor betydning.

Forsker har gjennom hele prosessen med denne studien arbeidet hardt for at ikke tidligere ervervet kunnskap og erfaringer skulle påvirke forskningsprosessen, og la empirien og teorien få spillerom noe som har vært en vanskelig prosess, og har gjort forskningsarbeidet periodevis tidkrevende, men forforståelsen har vært en veldig viktig del av arbeidet.

Ulike utfordringer rundt reliabiliteten er allerede blitt diskutert gjennom intervjusituasjonen, og vil ikke bli repetert her. Det er likevel viktig å poengtere at min utdanning fra Norges idrettshøgskole og Fedon Lindbergs-klinikken, samt gjennomførelse av tre svangerskap, har gitt meg kunnskap om feltet jeg har forsket på, og dermed åpnet for forutinntatte svar. Dette har jeg i ulike perioder måtte fokusere mye på, fordi forsker opplever at det er mye litteratur som kan ha sammenheng med denne studien. Det har da vært viktig å holde fokus rundt forskningsspørsmålene i denne studien, for at analysedelen ikke skulle resultere i forutinntatte analyser, men se helhetsopplevelsen i svangerskapsomsorgen hele veien. Dette har forsker fokusert på, og stadig lagt egen forforståelse til side og vært så nøytral og åpen som mulig for å få frem informantens helhetsopplevelse av svangerskapsomsorgen.

5.3.2 Validitet

Ved en studie er det viktig å stille seg spørsmålet om resultatene representerer den virkelighet som skal belyse, og om studien fanger opp og belyser formålet med studien (Malterud, 2003). Validitet kan deles inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet beskriver i hvilken grad kunnskapen er gyldig, og om konteksten den ble innhentet i er relevant. Ekstern validitet beskriver i hvilken grad informasjonen kan overføres til andre mennesker i tilsvarende studier. Malterud (2003) bruker begrepet relevans ved vurdering av intern validitet, hvor det stilles spørsmål til i hvilken grad metoden og referanserammen er valide for å gi svar på de spørsmål som blir stilt. Forsker har vurdert kvalitativ metode som en relevant metode for denne studien. Studien har fulgt metodiske fremgangsmåter for innsamling av data og analyse, samt tolkning av informasjon. Dette ble redegjort for i teorikapitlet, og vil ikke bli repetert her.

Forskers forforståelse er allerede nevnt, men kan utdypes noe mer rundt validiteten. Forsker gikk nøye gjennom problemstillingen om ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen, og hvorfor denne problemstillingen var interessant.

- I hvilken grad ville mine tre egne svangerskap, og min forforståelse påvirke tolkningen av data og analysearbeidet?
- Kunne dette svekke forskers objektivitet til studien?

Det kunne gjøre forsker mindre objektiv med sterkt personlig engasjement om det forebyggende helsearbeidet i Norge. Forsker har valgt ikke å la dette prege studien og har vært bevisst i mitt arbeid som forsker så langt dette har vært mulig. Samtidig er det naturlig å forske på noe man opplever som viktig og interessant.

I studien ble analyseprosessen kodet både gjennom Atlas.ti, og Word, samt ved bruk av fargemarkeringer med tusj direkte i utskrevet tekst, for å komme nærmere materialet. Det er viktig å diskutere denne prosessen og valg av ulike begreper rundt kodingen om disse er nyttige for å kunne tydeliggjøre funnene, og klare å se helhetsopplevelsen av svangerskapsomsorgen fra flere sider, som har vært belyst i studien. Studien belyste flere sider noe som krevde en nøye strukturering av datamaterialet, for å kunne gjøre analysen god.

Det ble først laget hovedtemaer som var knyttet opp mot forskningsspørsmålene, deretter fordelt videre inn i koder og kategorier, samt utarbeidet ulike oversiktskart og matriser for å kunne se helheten av studien i et større og mer oversiktlig perspektiv. Dette arbeidet var nyttig for å bevisstgjøre kodene i analysen, og for å være bevisst på hvor informasjon fra informantene i analysen ble plassert. Kodene ble laget i forhold til hovedtemaene og

kategoriene ble deretter laget ut i fra disse, for å få en dypere forståelse av informantenes utsagn. Denne bevisstgjøringen i analysen av dataene, gjorde analysen dypere. Denne systematiseringen var tidkrevende, men veldig nyttig gjennom hele studien, for å holde fokuset på rett sted og kunne se egne data opp mot teori og andre liknende studier. Thagaard (2009) beskriver dette som en viktig prosess å være bevisst på i analysen, samt forskers valg, er av betydning for analysen.

5.3.3 Relevans

Denne studien har sett på gravides kvinners opplevelse av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen, og hvordan leger og jordmødre opplever ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen og betydningen av denne informasjonen. Det kan i denne sammenhengen være nyttig å se på konteksten til studien, og vurdere relevansen i forhold til liknende studier (Malterud, 2003). I denne sammenheng kan det være verdt å stille seg spørsmålene om denne studien kan gjøres gjeldende i andre kontekster eller om denne studien kan være et bidrag til felles vitenskapelig kunnskap. Studien har vært tilknyttet en helsestasjon, og menneskene som er brukere av eller jobber i svangerskapsomsorgen. Studien kunne like godt vært gjeldende for liknende studier, selv om den ikke kan generaliseres, da det er et relativt lite utvalg, noe som er vanlig i kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker har diskutert funnene i studien med jordmor en, og det var ingen av resultatene som gav henne noen indikasjon på at funnene ikke kunne stemme. Hun uttrykte mye positivt rundt hovedfunnene, og opplever hvordan hverdagen kan være utfordrende i forhold til flere av temaene i studien. Forsker har også hatt diskusjon med lege to, om studiens hovedfunn og han kjente seg godt igjen i funnene og hadde forståelse for kvinnenens misnøye med legene, men han ville også poengtere at han selv hadde blitt mer bevisst i ernæringskommunikasjonen etter intervjuet. Dette er med på å styrke studiens relevans, og viser at videre forskning rundt dette temaet burde være aktuelt.

Dersom studien kan knyttes opp til andre liknede studier, så kan det være relevant, men det er viktig å poengtere at denne studien har sine begrensninger ved at det kun er gjennomført et intervju under svangerskapet, og gir ingen svar på om endringene vil vedvare for kvinnene etter svangerskapet. Det er også viktig å understreke at utvalget av jordmødre i denne studien, som er genuint interessert i studiens problemstilling, og dermed muligens ikke gir valide funn, da deres kunnskap om ernæring antagelig er noe høyere enn den gjennomsnittlige jordmors (ibid). Legene i studien var allmennleger og har relevant kunnskap for hva studien ønsket å

belyse, og med mange år i yrket har de erfaringer og kunnskap som har vært representative for studien, samt at deres hektiske hverdag har vært representative for legene.

Forskers vurdering av studiens validitet er at både ekstern og intern validitet anses som oppfylt, men validiteten vil styrkes ytterligere ved en gjentakelse av studien med noe større omfang av informanter, samt inkludert kvinner som ikke er etnisk norske. Dette vil gjøre en slik studie veldig relevant til dagens samfunnsutvikling og ulike utfordringer som det forebyggende ernæringsarbeidet møter i hverdagen.

5.4 Diskusjon av hovedfunn

Denne studien viser kvinners opplevelse av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen slik de oppfatter det, samt hvordan jordmødre og leger, praktiserer og opplever ernæringsinformasjon med gravide under svangerskapskontrollene.

I teorikapittelet viser forsker til forskning at kvinner er i en endringsprosess gjennom svangerskapet, hvor de ønsker å gjennomføre et sunt svangerskap, som gir de beste forutsetninger for barnets helse i et livslangt perspektiv. Flere studier viser at endring av matvaner og betydningen av hva som spises, ofte får større oppmerksomhet enn før svangerskapet (Szwajcer et al., 2008; Devine, 2005).

Endringene kvinner gjorde i denne studien viser at de fleste var bevisste på valg av mat og hadde en hyppigere måltidsrytme som kan fremme sunn helseatferd, og kan være betydningsfullt for barnets helse både i svangerskapet og i et livslangt perspektiv (ibid).

Kvinnene viste at de gjorde valg av mat med fosteret i fokus, men kvinnene i studien som hadde født før, fortalte alle at de i tillegg til prioritering av sunne matvalg med hensyn til fosteret, også innførte sunne matvaner, med tanke på resten av familien. Dette viser at kvinnene i studien setter hele familien i fokus med hensyn til endringer av valg av mat som gjøres under svangerskapet, og at de tenker på fremtidig helse i et større perspektiv.

Når det gjelder kvinnens ulike atferdsendringer er det flere faktorer som kan påvirke dem (Prescott & Børtveit, 2005), og modellen The food choice process forklarer valg av mat (Devine, 2005; Shepherd, & Raats, 2006), som kan være med på å påvirke de gravide i en slik fase av livet, og som kan relateres til et ”turning points” for kvinnene. Livsløpsperspektivet var den mest relevante delen av modellen for denne studien, hvor svangerskapet både kan være en innvirkning og en utfordring for å gjøre endringer. Livsløpsperspektivet forklarer baner (trajectories) for matvalg og kan endres og utvikles gjennom livet. Et svangerskap kan

være et vendepunkt (turning point) i livet, og føre til valg av nye matvaner eller til mindre overganger (transitions) i livsløpet for kvinnen (Shepherd, & Raats, 2006).

Food choice model forklarer kompleksiteten av valg av mat, hvor det er individuelle og sosiale faktorer som bestemmer valg av mat, og derfor kan det være utfordrende å gjøre endringer i valg av mat. Kvinnene i studien opplever graviditeten som et vendepunkt som modellen beskriver, og de hadde motivasjon til å gjøre endringer i valg av mat under svangerskapet. Kvinnene i studien gjorde valg av mat med betydning for fosteret, og de som hadde barn fra tidligere gjorde valg i forhold til fosteret, tidligere barn og familien som helhet. En svakhet med modellen er at den omfattende, og forklarer mye i dybden og alle faktorene som kan påvirke individet ved valg av mat, likevel var modellen nyttig å bruke i studien, som fikk godt frem kvinnenens vendepunkt i livet som svangerskapet ofte er, og deres tanker av valg av mat under svangerskapet.

Atferdsendring påvirkes også av ytre faktorer, slik at ernæringsinformasjonen fra jordmor og lege kan ha en større betydning enn hva som er målbart. Samt at vår egen handling kan være påvirket av vår egen forventning og oppfatning (Ajzen, 1991). Når en ser på endringene hos kvinnene i forhold til Ajzens (1991) modell *Theory of Planned Behavior* - modell som forklarer tre typer faktorer som blir beskrevet som holdningen til handlingen, oppfatningen av handlingen om at intensjonen av å utføre handlingen i forhold til egen og andres forventinger, og graden av kontroll ved utførelse av handlingen, kan kvinnene ha hatt en eller flere av disse faktorene for sine endringsvalg i svangerskapet. Den intensjonen som følges fungerer som en plan for å handle på en bestemt måte, som igjen bestemmes av tre type faktorer:

Den første type faktor er holdning til handlingen, som blir beskrevet som den følelsesmessige reaksjonen på handlingen, og vil være basert på individets tro på utfallet av handlingen (Ajzen, 1991). Kvinnene i studien viste at ønsket om at fosteret skulle ha det bra, og at fokuset rundt dette var viktig for kvinnene, og kvinner som av ulike årsaker ikke klarte å spise slik det ble anbefalt, ble preget av mye dårlig samvittighet, noe som kan vise at kvinnene gjorde sine valg basert på egen tro, tilført ernæringsinformasjon og valg av matvarer var stor grad følelsesmessig betinget, i tillegg til kunnskap. Martine i studien var et godt eksempel på en slik situasjon, Martine syntes hun hadde mye kunnskap om ernæring, men på grunn av store svangerskapsproblemer klarte hun ikke å gjennomføre det som ble anbefalt. Dette bekymret henne mye og opptok henne i store deler av dagen, og ga henne mye dårlig samvittighet. Hun fortalte at det handlet bare om å få spist noe, og om det ble riktige valg fikk heller være. Hun oppfattet sin egen ernæringskunnskap som god, og sa at "kunnskapen er

noen ganger tung å bære”. Martine var også et godt eksempel på den andre faktoren, som er den subjektive norm, som innebærer oppfatningen om at intensjonen om å utføre en handling er formet av forventningene andre har til oss, samt vår egen oppfatning og forventning (Ajzen, 1991). Flere av kvinnene i studien viste at de hadde ulike forventninger de ønsket å innfri, enten overfor seg selv, eller forventninger de følte andre hadde til dem.

Den tredje faktoren er graden av kontroll som individet selv oppfatter at det har over adferden. Mennesket velger sannsynligvis en matvare i forhold til intensjoner om dens utfall av positive effekter, og hvis de selv syns det er innenfor egen kontroll (Ajzen, 1991).

Kvinnenes valg av helseatferd i svangerskapet er i studien sett opp mot denne modellen, hvor Ajzens (1991) tre faktorer for valg som brukt gjennom analysen av intervjuene, og tilslutt brukt for å sammenfatte resultatene i forhold til funn. Den tredje faktoren, graden av kontroll, virket som en avgjørende faktor for flere av kvinnene i studien, da ønsket om ernæringsinformasjon og fosterutvikling var av stor betydning. Funnene i studien viste at Ajzens (1991) tre faktorer for valg og endringer kvinnene gjorde i svangerskapet var en relevant modell for studiens analyse for å se kvinnenes valg av mat fra flere sider. Det er gjennom analysen satt opp funn mot et helhetsbilde i forhold til opplevelsen av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen.

I teorikapittelet så forsker på hvordan endringsprosessen kan foregå i de ulike fasene til Prochaska og DiClemente stadiemodell (1992).

I *forberedelsesfasen* hadde personen besluttet å endre atferd og begynt å planlegge i tid når og hvordan endringen skulle begynne (Prescott & Børtveit, 2004). Flere av kvinnene i studien viste at de hadde vært i denne fasen, og flere av dem som hadde hatt problemer med å bli gravide eller hadde hatt komplikasjoner i svangerskap tidligere, hadde vært innom denne fasen i større grad enn kvinner uten de samme utfordringene. Kvinnene i studien viste at dette var en aktuell fase, og viste kunnskap om folatinntak i forkant av planlagt graviditet, redusert alkoholinntak i perioden før en forsøkte på å bli gravid, og fokus på sunn mat før svangerskapets begynnelse, som forberedelser de gjorde før de ble gravide.

Kvinnene i studien viste at *overveielsesfasen* og *handlingsfasen* er de mest fremtredende fasene da kvinnene gjennomførte endringene av i valg av mat i svangerskapet. De fleste kvinnene hadde vært i overveielsesfasen i større eller mindre grad, og motivasjon og kunnskap om fosteret, var klart den største påvirkningen når de beskrev endringene av valg av mat og måltidsmønstre. I denne fasen av modellen kan man oppleve å være noe ambivalent i

forhold til valg og endringer (Prescott & Børtveit, 2004). Kvinnene viste at de var noe ambivalente i forhold til å endre matvaner gjennom intervjuet, og denne holdningen ga mer bekymring for noen kvinner, enn andre i studien. Flere av kvinnene hadde dobbeltsjekket informasjon de hadde funnet i medier, med jordmor, noe som viste at de var bevisste, og søkte etter riktig ernæringsinformasjon i svangerskapet.

Alle kvinnene i studien som var kommet langt i svangerskapet, hadde beveget seg til handlingsfasen av denne modellen. I *handlingsfasen* er det gjennomføringen av endringene som gjøres, og personen er fokusert på oppgaven. Kvinnene var bevisste rundt valg av mat, men hvilke valg som ble gjennomført var derimot forskjellige, da vaner, tid og barn fra tidligere, virket i stor grad å være avgjørende, for hvilke valg som blir prioritert. Kvinnene gjorde endringer i valg av mat, og det å vise hensyn til fosteret var den største motivasjonsfaktoren. Kvinnene prioriterte ut i fra hva de mente var viktig for dem, hvilken kunnskap de selv hadde, og hva de har fått informasjon om.

Det kan være en annen side ved handlingsfasen som påvirker kvinnenes matvalg. Hvordan informerte legene og jordmødrene førstegangsfødende og flergangsfødende? Kan jordmors og legens forutinntatte holdning til flergangsfødende, være en påvirkningsfaktor til et mer avslappet forhold til ernæringsinformasjon? Flere av kvinnene i studien fortalte om ”hun kjenner meg fra sist”, ”hun vet jo at jeg kan noe”. Kan dette gjøre noe med motivasjonsfaktoren til kvinnene for sine ernæringsvalg, og kunne det tenkes at dette påvirket kvinnene til å være mer ambivalente i andre svangerskap?

Studien viste ingen ting om vedlikeholdsfasen, og ved videre studier kunne denne fasen vært spennende å forske mer på. Dette for å kunne vurdere modellens siste fase, opp i mot fremtidig helse for barnet i et livslangt perspektiv. Modellen har vært nyttig å bruke i studien, selv om ikke alle faser i modellen har vært aktuelle.

Jordmødrene var fornøyd med hvordan svangerskapsomsorgen fungerer og visste at det skyldes tidspress og at samarbeidet med legen uteble, men de var samtidig åpne for en mulig ny struktur, som kunne fått dette til. Men det var ikke noe som opptok deres tid og krefter vesentlig, de forholdt seg til hvordan det nå var, og ønsket å gjøre det beste for kvinnen gjennom hele svangerskapet. De var genuint opptatt av kvinnens og fosterets beste, og prioriterte tid på kvelder for å oppdatere seg og for å søke etter ny informasjon. De følte det ble for liten tid til det, men bedre enn ingenting som de refererer til.

Jordmødrene på denne helsestasjon er genuint opptatt av kosthold og ernæring, og er kanskje ikke helt representativ for norske jordmødre. Jordmødrene i studien skulle ønske det var mer tilrettelagt for kursvirksomhet til gravide i svangerskapsomsorgen, slik at de kunne lære å lage riktig mat for seg selv og sin familie. De viste til at det hadde vært så mye fokus på amming, og at noe liknende kunne vært laget for støtte og veiledning om kosthold og matvalg både før, under og etter svangerskapet. Disse fasene har betydning for alle som ønsker å bli gravid, ernæring under svangerskapet for mor og foster, samt etter svangerskapet for babyen og kunnskap om matvarer som kan fremkalle plager hos babyen uten at dette skal utdypes nærmere i denne studien.

Jordmødrene opplevde de gravide som endringsfokuserte, men at det var utfordringer med noen kvinner innimellom. Noen kvinner fikk de ikke den gode samtalen med, noen ønsket ikke å endre vanene, og noen hadde kulturbakgrunner som gjorde endringer vanskelige og andre igjen hadde begrenset språkforståelse som gjorde at de ikke nådde helt frem med budskapet. Når jordmødrene refererte til dette, kunne tanken rundt videre forskning på dette området inkludere forskningsspørsmål som kunne belyse noen av disse problemstillingene. Legene i studien var fornøyd med de gravide og mente at de gravide var den gruppen pasienter som var blant de mest endringsfokuserte med hensyn til valg av mat. De refererte til en stressende og masete hverdag som gjorde at de stadig ble forsinket, og at det ofte var satt av for liten tid til svangerskapskontrollene. De støttet seg på jordmor og regnet med at hun hadde mer tid og tok godt vare på de gravide. Dette var funn som kunne belyse hvordan svangerskapsomsorgen i Norge, kan ha mangler med hensyn til ernæringsinformasjon og skjevheter i rollefordelingen av ernæringsinformasjonen som blir formidlet. Da legen regnet med at jordmor hadde tiden til å gjøre den gode samtalen og informere mer, enn det legen gjorde. At legens visuelle inntrykk avgjorde for hvilken og hvor mye ernæringsinformasjon som skulle formidles under svangerskapskontrollen, kan for noen kvinner gi mangelfull ernæringsinformasjon, og/eller svekke kvinnenes mulighet til endring på bakgrunn av lite ernæringsinformasjon, da legene ikke hadde noen systematikk i hva og hvordan de formidlet om ernæring. Legene viste til at de gjorde det de skulle, med tanke på kliniske undersøkelser, og ulike utfordringer som den gravide kunne ha. Dette beskrev bildet av hvordan legen så på sin informasjonsrolle i svangerskapsomsorgen, og kunne forklare noe av misnøyen kvinnene i denne studien hadde med legen i svangerskapsomsorgen samt at dette kunne gi mangelfull oppfølging av de gravide, da svangerskapskontrollen ofte er todelt, med like mange svangerskapskontroller hos lege og jordmor. Dette kan være en utfordring for gravide, samt for lege og jordmor, fordi antall kontroller i gjennomsnitt er åtte ganger i et normalt

svangerskap, og om noen av kontrollene er mangelfulle på informasjon, vil dette kunne gi usikkerhet hos jordmor og lege i forhold til hvilken informasjon som er gitt, og kan gi gravide utfordringer hun eventuelt kunne unngått med et tettere samarbeid.

Modellen *A life course perspective model* (Shepherd, & Raats, 2006), viser hvordan oppvekstmiljø i stor grad påvirker valg av mat seinere i livet, og hvordan mennesker forandrer seg over tid. Funn i studien viser at man kan knytte kvinnene til denne modellen ved valg av mat og prioriteringer i svangerskapet. Flere av kvinnene fortalte om barndommen sin, og hva det ble lagt vekt på av spisemønster, valg av mat, og om sunn og usunn mat. De som hadde positive opplevelser om mat fra barndommen, ønsket å videreformidle dette til egne barn, og fortalte mye om hvor viktig de syntes dette var for hele familien, inkludert tidligere fødte barn. Alle de annengangsfødende kvinnene nevnte tidligere fødte barn og familien som motivasjon for endring av valg av mat og prioriteringer de gjorde. De fortalte også engasjert avslutningsvis i intervjuene, da de ble spurt om de så noen sammenheng med barnets helse og ernæring.

Kvinnene i studien viste endringsvilje ved valg av mat og var bevisste i de valgene de gjorde. Det er ikke dermed sagt at alle valg er positive, noen av kvinnene i studien klarte ikke å gjennomføre det de tolket som et sunt kosthold. Matrisen (vedlegg 5) i studien viste tydelig hvilke endringer kvinnene gjorde, og ga et klart bilde av hvordan kvinnene endret valget av mat i svangerskapet, både på bakgrunn av egen kunnskap, informasjon de har fått på svangerskapskontrollen og deres egen motivasjon om endring. Dette kan vise at ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen er viktig, og mange trenger den støtten og oppmuntringen de kan få på svangerskapskontrollene. Elin i studien sa dette med; ”*jeg prøver jo å endre litt da, for da blir jo jordmor fornøyd*”. Elin var den yngste informanten på 17 år, og opplevde valg av mat og endringer under graviditeten, som vanskelig og prioriterte ikke dette så mye. På bakgrunn av dette gjorde hun likevel endringer, fordi jordmor hadde informert om ernæring. Dette er et viktig funn, som tydeliggjør betydningen av ernæringsinformasjon under svangerskapet.

Hovedfunnene i denne studien bekrefter at kvinnene er i en spesiell fase i livet, og er motivert for endringer av matvalg som er til fosteret beste. De er opptatt av å få ernæringsinformasjon under svangerskapskontrollene og har ulikt fokus rundt endringer som det er godt å få støtte for hos jordmor. Samtalen med jordmor ble ansett som viktig for kvinnene. En kvinne i studien bestilte fra første dag hun visste hun var gravid, samme jordmor som ved forrige graviditet, fordi hun var så utrolig fornøyd, og at hun fortalte om sin misnøye med fastlegen

sin. Det er ikke blitt fokusert på hvilke forventninger kvinnene hadde til jordmor og lege under intervjuene, men hvordan helhetsopplevelsen av ernæringsinformasjonen oppleves. Kvinnene i studien var klare på at de var godt fornøyd med jordmor på alle områder, og var ikke fornøyd med kontrollene hos lege eller den ernæringsinformasjonen som eventuelt fant sted der.

6.0 Konklusjon og veien videre

I dette kapittelet oppsummeres og konkluderes studiens funn, og ser på alternativer som kunne vært gjort for å styrke ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen i Norge. Til slutt vil tanker rundt videre forskning bli lagt frem.

I denne studien har ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen i Norge blitt belyst fra gravide kvinners, jordmødres og legers side, og til slutt ble resultatene sett opp mot hverandre, for å kunne konkludere helhetsopplevelsen av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen. Denne tredelingen som studien har belyst er unik i sin sammenheng, da forsker ikke har lyktes med å finne studier som har belyst den samme problemstillingen. Det betyr ikke at studien ikke kunne videreutvikles, eller belyse problemet fra flere sider, som denne studien ikke har kunnet prioritere med bakgrunn i studiens omfang og tidsmessige begrensninger. Således kan denne studien være et forløp til en større studie i fremtiden, som kunne videreutvikle denne studiens problemstilling på flere måter.

Funnene i denne studien viste flere retninger til videre forskning, og kunne ved ytterligere forskning bidratt til endring av svangerskapsomsorgen, som kunne hjulpet kvinner med gode valg av mat under svangerskapet. Informasjonen som har gitt kunne bedre tilpasses den enkelte kvinne, på flere måter hvor det spesielt legene burde fått bedre kunnskap om betydningen av ernæringsinformasjon i svangerskapsomsorgen. Dette burde blitt formidlet uavhengig av uansett alder, yrke og utdanningen til kvinnene, og at ikke legens visuelle inntrykk av kvinnen, ikke skal legge føringer for hvordan ernæringsinformasjonen skal vektlegges under svangerskapskontrollen. Målinger av mer objektive kriterier burde komme inn som måleparametere for hvordan kvinner skal informeres. Legene i denne studien er kun to allmennleger, og videre forskning burde belyse allmennlegen i langt større grad for å kunne konkludere om dette er representative funn for allmennlegene i Norge.

Videre studier kan også inkludere ikke etniske norske kvinner for å få et betydelig større omfang av, og kunne belyse et bredere bilde av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen. Dette ville gitt bedre relevans til dagens samfunnsutvikling, og ville

være spennende å belyse i en videre utgave av denne studiens problemstilling. Jordmødrene i denne studien opplevde dette som en utfordring, og en utfordring som vil være mulig å videreutvikle slik at veilederne i svangerskapsomsorgen i større grad vil oppleve at de lykkes i sin ernæringskommunikasjon uavhengig av kulturell bakgrunn, alder, yrke eller utdanning.

Jordmødres rolle i studien kommer godt ut, og funnene viste at stort sett alle kvinnene var fornøyde. Deres formidlingsrolle virket tydelige, og de har mye som skal formidles, samt at det settes av nok tid til samtale om det kvinnen måtte ønske. Jordmødrene i studien var mest sannsynlig ikke representative for den generelle jordmor, på grunn av stort engasjement og genuin egeninteresse for kosthold og ernæring. Videre forskning kunne vært spennende med tanke på å se mer på den gjennomsnittlige jordmor, og øke antall helsestasjoner i utvalget for å se studien i et større perspektiv og om mulig gi helhetsinntrykket av ernæringsinformasjonen i svangerskapsomsorgen i Norge i et annet lys?

Studien viste at antall svangerskap var avgjørende for hvordan lege og jordmor formidlet ernæringsinformasjonen. Dette kan skyldes at lege og jordmor tillegger kvinner med tidligere erfaringer med svangerskap mer kunnskap om ernæring i svangerskapet enn de faktisk har. Funn i studien kan tyde på at dette skaper forvirring blant enkelte kvinner. Kvinnene i studien opplevde at de fikk en utredning om noe annet enn det de stilte spørsmål om til legen, og at dette kan skyldes at legen misforstår spørsmålet eller at de ikke har nok kunnskap om temaet. Andre kvinner opplevde at jordmor ”kjenner meg jo fra sist”, som kan gi kvinner et noe mer blandet forhold til ernæring i sitt andre svangerskap. Denne holdningen fra jordmor og lege kan virke negativt inn på kvinnene, slik at de ikke prioriterer ernæring i like stor grad i nåværende svangerskap, og at de ikke tilegner seg like mye kunnskap som ved første graviditet. Antar jordmødre og leger at kvinner har den kunnskapen om ernæring i sitt andre svangerskap som ikke er tilstrekkelig? Ved videre forskning kunne det være interessant å belyse endringer i forhold til valg av mat hvor de gravide intervjues i både første og andre svangerskap, for å se om behovet for ernæringsinformasjon endrer seg.

Rollefordelingen mellom jordmor og lege i svangerskapsomsorgen vil kunne videreutvikles og belyses i sammenheng med flere helsestasjoner i Norge, for å vurdere om rollefordelingen er slik som funnene i denne studien? Kvinnene i studien endret sine valg av mat under svangerskapet, men funnene ga ingen svar på valg av mat etter svangerskapet, da dette ikke ble belyst. Videre forskning vil kunne se på kvinners endring og valg av mat i svangerskapet, ved at de gravide gjennom intervjues i begynnelsen og i slutten av svangerskapet. Dette for å se på ulikheter og prioriteringer ved valg av mat i første og andre svangerskap som denne

studien antyder. Dette vil kunne belyses på en bedre måte ved å øke omfanget og utvalget informanter. I denne sammenhengen kunne man også sett på valg av mat et år etter fødsel, for å studere betydningen av valg av mat når dette ikke lenger har de samme konsekvensene for fosteret, men kanskje har mer betydning for familien som helhet. Det vil være interessant å se hvordan kvinner forholder seg til valg av mat etter fødsel, når den mer travle hverdagen preger livet, og det ikke lenger er snakk om et vendepunkt (turning point), men mer om det totale familiebildet og den fremtidige helsen.

7.0 Litteraturliste

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision process*, 50, 179-211
- Andrews, T. (2003). Nytt ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid – en diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. 6(1), 30-42.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bech, B. H., Obel, C., Henriksen, T. B. & Olsen, J. (2007). Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334(7590), 409.
- Bergholt, T., Lim, L. K., Jorgensen, J. S. & Robson, M. S. (2007). Maternal body mass index in the first trimester and the risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 196(2), 163.
- Departementene. (2005). *Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 - 2009*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Departementene. (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen 2007 - 2011*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Devine, C. M. (2005). A life course perspective: understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(3), 121-128.
- Espnes, G.A. & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendals akademiske
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Helsetilstanden i Norge: Overvekt og fedme*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Lest 10. juli 2011. <http://www.fhi.no/artikler/?id=84303>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. FOR-2003-04-03-450. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Germov, J. & Williams, L. (2009). *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite (3. utg.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Haakstad, L. A., Voldner, N., Henriksen, T. & Bo. K. (2007). Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 559-564.
- Haugen, M., Vikanes, A., Brantsæter, A. L., Meltzer, H. M., Grjibovski, A. M. & Magnus, P. (2011). Diet before pregnancy and the risk of hyperemesis gravidarum. *The British Journal of nutrition*, 106(4), 596-602.

- Helsedirektoratet. (1998). *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år* (Veileder IS-2621/1998). Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2000). *Statens Råd for ernæring og fysisk aktivitet, Vekt - helse* (Veileder IS-0167/2000). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Gravid* (Veileder IS-2184/2009). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* (Veileder IS-1735/2011). Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011b). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge – Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. (Veileder IS 1881/2011). Oslo: Helsedirektoratet
- Henriksen, T. (2009) Ernæring, vekt og svangerskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 18(127), 2399-2401.
- Henriksen, T., Haugen, G., Bollerslev, J., Kolset, S. O., Drevon, C. A., Iversen, P. O. et al. (2005). Ernæring i fosterlivet og fremtidig helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 4(125), 442-444.
- Hjort, P.F. (1982). *Helsebegreper i helseidealer og politiske mål*. Oslo: Tamun - Nordli.
- Holmboe - Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. (2004). Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 11(124), 1526-1528.
- Jarbro, G. (2004). *Hälsokommunikation – en introduction*. Lund: Studentlitteratur.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kardel, K. R., Johansen, B., Voldner, N., Iversen, P. O. & Henriksen, T. (2009). Association between aerobic fitness in late pregnancy and duration of labor in nulliparous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(8), 948–952.
- Kardel, K. R., Kase, T. (1998) Training in pregnant women: effects on fetal development and birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178(2), 280-286.
- Khoury, J. (2006). *Helsebringende kost for to*. Lest 29. november 2010.
<http://www.jordmorforeningen.no/jm/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2006/Kosthold-i-svangerskapet/Helsebringende-kost-for-to>
- Khoury, J., Henriksen, T., Christophersen, B. & Tonstad, S. (2005). Effect of a cholesterol-lowering diet on maternal, cord and neonatal lipids, and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4), 1292-1301.

- Koelen, M. & van den Bran, A. W. (2004) *Helse og utdanning*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Medin, A. C., (2007). Masteroppgave i klinisk ernæring. *How Maternal Lifestyle Factors - The Risk of Macrosomnia*. Oslo, 2007.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordic Nutrition Recommendations (2004). *Inegrating nutrition and physical activity (4. utg.)*. Denmark: Nordic Council of Ministers
- Oakley, A. (1979). *Becoming a mother*. Oxford: Robertson.
- Owe, K. M., Nystad, W. & Bø, K. (2009). Association Between Regular Exercise and Excessive Newborn Birth Weight. *Obstetrics & Gynecology*, 114(4), 770-776.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Prochaska, J., DiClemente, C. C., Norcross, J. C., (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Schrauwers, C. & Dekker, G. (2009). Maternal and perinatal outcome in obese pregnant patients. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 218-226.
- Seierstad, T. G. & Straand, J. (2005). Fastlegens rolle på helsestasjonen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 19(125), 2659-2661
- Shepherd, R. & Raats, M. (2006). *The psychology of food choice*. Wallingford: CABI.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005a). *Et sunt kosthold for god helse. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005–2009* (Veileder IS-1259/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005b). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. (Veileder IS-1219/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005c). *Retningslinjer for Svangerskapsomsorgen* (Veileder IS-1179/2005), Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 32 (1975-76). (1975). *Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 37 (1992-93). (1993). *Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet*. Oslo: Nærings- og handelsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Szwajcer, E. M., Hiddink, G.J., Koelen, M. A. & van Woerkum, C. M. J. (2005). Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), 57–65

Szwajcer, E. M., Hiddink, G.J., Koelen, M. A. & van Woerkum, C. M. J. (2007). Nutrition awareness and pregnancy: Implications for the life course perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 58-64.

Szwajcer, E. M., Hiddink, G.J., Maas, L., Koelen, M. A. & van Woerkum, C. M. J. (2008). Nutrition-related information-seeking behaviours of women trying to conceive and pregnant women: evidence for the lifecourse perspective. *Family Practice*, 25(1), 99-104

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode (3. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 1(127), 34-37.

van Zutphen, M., Milder, I. E. & Bemelmans, W. J. (2009). Integrating an eHealth Program for Pregnant Women in Midwifery Care: A Feasibility Study Among Midwives and Program Users. *Journal of Medical Internet Research*. Lest 12. januar 2011, <http://www.jmir.org/2009/1/e7/>

Waterland, R.A. & Jirtle, R.L (2004) Early Nutrition, Epigenetic changes at transposons and imprinted genes and enhanced susceptibility to adult chronic disease. *Nutrition*, 20(1), 63-68

Weiss, J. L., Malone, F. D., Emig, D., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H. et al. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1091-1097.

Whitaker, R. C. (2004). Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*, 114(1), 29-36.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO. Lest 23. januar 2011, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic disease*. Geneva: WHO. Lest 7. desember 2010, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf

World Health Organization. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO. Lest 17. januar 2011, http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

World Health Organization. (2011a). *Obesity and overweight*. Geneva: WHO. Lest 2. mars 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Forespørsel om du ønsker å delta i forskningsstudien – med forskningsspørsmål:
Hvordan oppleves ernærings- kommunikasjonen hos lege og jordmor i svangerskapsomsorgen?

For å finne ut dette, ønsker vi å intervju gravide, som er tilknyttet er en helsestasjon. Intervjuet har som hovedintensjon å kartlegge hvilken ernæringsinformasjon de gravide får under sine besøk hos lege og jordmor, når de er til svangerskapskontroll igjennom svangerskapet. Vi anser at dine opplevelser og informasjon rundt denne tematikken, som særdeles viktige å få delt med oss. Derfor ville vi satt stor pris på din velvillighet til å delta i vår studie.

Intervjuet vil vare ca 30-50 minutter, blir tatt opp på bånd og vil senere skrives ned og anonymiseres. Personlige opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og slettes, sammen med lydfilen, ved slutt av prosjektet august 2011. Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst under prosjektet, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlende data om deg bli slettet.

Forskningsstudien inngår som et delprosjekt under Høgskolen i Akershus' (HiAks) forskningsprosjekt: *Samtaler om mat på helsestasjonen* = SOMAH-prosjektet. Hovedansvarlig for forskningsprosjektet er førsteamanuensis, dr. philos. Annhild Mosdøl ved Avdeling for helse, ernæring og ledelse (HEL), Høgskolen i Akershus.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen.

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studiet er finansiert av Det norske forskningsrådet og HIAK

Med vennlig hilsen Masterstudent Mette Hanneborg og Førsteamanuensis Laura Terragni

Jeg har lest opplysninger og ønsker å delta på intervju

Forespørsel om du ønsker å delta i forskningsstudien – med forskningsspørsmål:
Hvordan oppleves ernærings- kommunikasjonen hos lege og jordmor i svangerskapsomsorgen?

For å finne ut dette ønsker vi å intervjuer leger og jordmødre, som arbeider i svangerskapsomsorgen som er tilknyttet en helsestasjon. Intervjuet har som hovedintensjon å kartlegge hvilke erfaringer du som lege/jordmor har når det gjelder kommunikasjon om temaer relatert til helse og ernæring med gravide kvinner gjennom svangerskapet. Vi anser at din erfaring samt dine kunnskaper og holdninger på dette området som særdeles viktige å få delt med oss. Derfor ville vi satt stor pris på din velvillighet til å delta i vår studie.

Intervjuet vil vare ca en time, blir tatt opp på bånd og vil senere skrives ned og anonymiseres. Personlige opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og slettes, sammen med lydfilen, ved slutt av prosjektet august 2011. Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst under prosjektet, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlende data om deg bli slettet.

Forskningsstudien inngår som et delprosjekt under Høgskolen i Akershus' (HiAks) forskningsprosjekt: *Samtaler om mat på helsestasjonen* = SOMAH-prosjektet. Hovedansvarlig for forskningsprosjektet er førsteamanuensis, dr. philos. Annhild Mosdøl ved Avdeling for helse, ernæring og ledelse (HEL), Høgskolen i Akershus.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen.

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studiet er finansiert av Det norske forskningsrådet og HIAK

Med vennlig hilsen Masterstudent Mette Hanneborg og Førsteamanuensis Laura Terragni

Jeg har lest opplysninger og ønsker å delta på intervju

Vedlegg 3 Intervjuguide gravide

Intervjuguide: Målgruppe: gravide kvinner som tilhører helsestasjonen og bruker fastlegen og jordmor tilhørende helsestasjon, under sine svangerskapskontroller. Kvinnene må være etnisk Norske, og vokst opp i Norge, og være i sitt første eller andre svangerskap.

Introduksjonsspørsmål

Svangerskapsuke:

Svangerskap nr:

Matvalg og ernærings informasjon

Kosthold og måltider

Kostholdsammene:

Hva har du spist i går?

Hvilke måltider(frokost, lunsj, middag, kvelds, mellommåltider)

Hva bestod måltidene av?

Med hvem spiste du måltidene?

Pleier du å spise slik?

Hvem er ansvarlig for å handle inn og lage maten hos deg?

Hva styrer ditt valg av mat?

Er det noe du er spesielt opptatt av når du velger mat?

Hva er sunn mat for deg? Planlegger du å legge om kostholdet ditt?

Har graviditeten påvirket dine matvaner?

Hva spiser du?

Spiser du oftere enn før?

Er det noe du er spesielt opptatt av når du velger mat nå under graviditeten?

Har du lest om mat i svangerskapet? Evt hvor?

Hvor mye er du opptatt av å få informasjon om mat mens du er gravid?

Snakker du med andre om kvinner om matvalg i svangerskapet?

Hvordan opplever du utviklingen kroppen din i svangerskapet?

Har du iløpet av din graviditet forandret kostholdet ditt?

Eller har du planer om å gjøre det? Dersom du skal eller har planer om å endre kostholdet ditt, hva er motivasjonen for å gjøre det?

Under svangerskapskontrollen

Har du fått råd om kostholdet under graviditeten hos lege eller jordmor i svangerskapet ditt?

Hvilken ernæringsinformasjon gis av jordmor/lege?

Forstår du den informasjonen du får om kosthold og matvalg i svangerskapet?

Stiller du spørsmål i forhold til kosthold/ernæring/matvarer, til jordmor og eller lege?

Hvem synes du eventuelt det er lettest å stille spørsmål til av jordmor og eller lege?

Hvordan synes du tiden til samtale om kosthold og ernæring er under svangerskapskontrollene gjennom svangerskapet?

Har du iløpet av din graviditet forandret kostholdet ditt, med tanke på informasjon du har fått?

Er det annet du vil nevne som du synes er viktig i forhold til opplevelsen av svangerskapskontrollene?

Oppfatninger av helse, overvekt, fysisk aktivitet og ernæring.

Hva betyr en sunn livsstil for deg?

Hva betyr ordet helse for deg?

Hvordan ser du på overvekt?

Finnes det noen sammenheng mellom barnets helse og ernæring for deg?

Vedlegg 4 Intervjuguide lege og jordmor

Intervjuguide: Målgruppe: Jordmødre og leger som arbeider i svangerskapsomsorgen tilknyttet en helsestasjon.

Personlig bakgrunn for yrkestittelen

Hvor mange år har du arbeidet i svangerskapsomsorgen på helsestasjon?

Når avsluttet du dine studier?

I praksis

Hvilke erfaringer har du om ernæring og matvaner i svangerskapet hos Gravide kvinner?

Hvor ofte er ernæring tema i konsultasjoner, og er det svangerskapsrelatert som kvinner er spesielt opptatt av?

Er det spesielle ting som skal til for at ernæring skal tas opp som tema i løpet av en konsultasjon?

Kan du gi eksempler på situasjoner hvor du mener at du lykkes spesielt bra i din kommunikasjon om helse- og ernæringstemaer?

Kan du komme med eksempler på situasjoner hvor du føler det utfordrende å kommunisere helse- og ernærings tematikk?

Hva gjør du hvis det kommer en kvinne som er overvektig? (som ikke tar opp problemet selv)

Har kvinnenes utdanningsnivå noe å si, for hvordan du tar opp ernæring under en svangerskapskontroll?

Hva gjør du for å holde deg oppdatert innenfor ernæring i ditt yrke?

Hvordan vil du beskrive ditt kunnskapsnivå om ernæring og relatert tematikk?

Hvordan og hvor har du tilegnet deg denne kunnskapen?

I hvilken grad føler du har tilfredstillende kunnskap om kosthold og ernæring?

På hvilken måte synes du det kunne være aktuelt å tilegne seg kunnskap om ernæring dersom du hadde behov for det?

Vedlegg 5 Matriser over endringer og valg av mat i svangerskapet for kvinnene

	Endringer	Utfordringer	Ernæringskommunikasjon	Opplevelsen av å være gravid
Ada (35år) Markeds Rådgiver Svangersk ap nr. 2	<p>"Ja, jeg prøver, jeg er litt, må alltid ha vann, så jeg drikker ikke noe annet enn vann, så juice eller saft er det bare det ene glasset så er det vann".</p> <p>"æ, nei det er litt mer det orket, at du kommer hjem fra jobb så skal du begynne å koke, liksom gulerøtter og poteter og lage saus, og så er det og hun datteren vår hun er ikke så , å hun er ikke så "å,ja middag"hun er sånn vil ikke ha, vil ikke ha"</p>	<p>"tenker på at jeg ikke skal få i meg så mye usunn mat"</p> <p>"jeg har vel egentlig blitt dårligere, merker jeg spiser mindre grønnsker"</p> <p>"Hæ, nei det er litt mer det orke at du kommer fra jobb så skal du begynne å koke liksom.."</p> <p>"det er konsistensen, jeg syns kylling at det blir sånn tørt, så det er egentlig litt sånn rart, for kylling bruker vi vanligvis veldig mye"</p> <p>"Tungt, at en treåring som ikke vil ha på seg klær, og så kjenner jeg at jeg er sliten når jeg har gjort litt for mye".</p>	<p>"fått råd hos jordmor i form av brosjyrer, men lege kan jeg egentlig ikke komme på, tror ikke det"</p> <p>"hatt få timer, så jeg har prioritert å gå til jordmor"</p> <p>"egentlig ikke så mye, hun spør bare om jeg spiser greit og variert, og det om kosttilskudd har vi tatt flere ganger da, det er jo det som er viktig".</p> <p>"hæ, ja jeg forholder meg jo til det som står der da, men jeg syns det har vært litt tvetydig er par ting"</p>	<p>"Dårligere form enn sist", "tunge dager", "gleder meg til å bli ferdig", "ingen knallform"</p> <p>"jeg syns, jeg føler meg jo ikke akkurat spretten og sånn, jeg la på meg veldig fort denne gangen iforhold til sist, sånn at det blir litt at om jeg skal gå opp like mye hele tiden, så kommer jeg til å bli en foldhest.."</p>
Katharina (28år) Syke- pleier Svangersk ap nr. 2	<p>Jeg drikker mye vann til vanlig, men sånn var det litt sist jeg var gravid også. Det er nesten sånn har ikke så lyst på det, må liksom tenke over at nå er det lenge siden jeg har drukket.</p> <p>"Må jo prøve å få litt variert da, og så ikke så mye kjøtt, tenke på å spise mye fisk. Det er også de andre i familien glad i så, men det blir jo ofte litt det som er enklest også".</p> <p>"Ja, kanskje litt mer. I og med at jeg prøver å ikke spise godteri og sånne ting da, men jeg må ha noe søtt, så da blir det frukt da. Er ikke så flink med grønnsaker som jeg burde være, men frukt blir det ganske mye av".</p>	<p>"Jeg kjenner at det blir litt mye i magen rett og slett og jeg kjenner også nå at det kjennes ut som det tar lengre tid før maten går ut av magesekken. Jeg får liksom en sånn klump i magen når jeg spiser for mye. Det tar en god stund før det forsvinner".</p> <p>"Ja, det er litt sånn, hvis jeg ikke passer på å spise for mye, hvis jeg spiser for mye av gangen så tar det lang tid før jeg kjenner sulten. Hvis jeg spiser sånn regelmessig, så kjenner jeg litt. Jeg spiser mer nå enn før jeg ble gravid. Når jeg får sånn følelse av at blodsukkeret er litt lavt så har jeg, på jobb så har jeg målt et par ganger og da kan det være et par timer siden jeg har spist lunsj for eksempel, men det er blodsukkeret 4,2 er noe sånn da, og da er det jo på tide å spise noe".</p>	<p>"Ja, det har jeg jo gjort mange ganger, men nå fikk jeg en brosjyre av jordmor fra Helsedirektoratet, men egentlig så vet jeg jo egentlig det meste som står der, men må liksom repetere det og, det er alltid noe jeg har glemt".</p> <p>"Ja, vil jo veldig gjerne være litt sånn oppdatert på hva som er anbefalt å spise og hvordan og hva en bør få i seg og også. Jeg er opptatt av min egen vekt, men jeg er også opptatt av fosteret og hva som er bra for det og hva som, først og fremst egentlig".</p>	<p>"Jeg syns det er veldig greit å være gravid. Akkurat nå så merker jeg at jeg blir litt fortere sliten sånn på jobb og alt, men jeg føler meg i veldig fin form og det er egentlig sånn som det pleier å være".</p> <p>"Det blir veldig ubehagelig, men det er klart jeg tenker på at jeg vil jo ikke legge på meg noe mer enn nødvendig. Altså, det er ikke noen sånn tanke om å slanke seg eller, men det er unødvendig å bare legge på seg hvis det er fett".</p>

<p>Marita (33år) Barnehage assistent</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"Ja, jeg er nok veldig bevist, jeg la på meg veldig mye i forrige svangerskap ca 20kg, og det var veldig vanskelig å få det av. På 162cm".</p> <p>"Så det er bare det at vi spis veldig lite sånn fase produkter, lite ferdigretter og slike ting som er av. Velger lettprodukter, og og mager produkter, og så alt av pasta og ris er fullkorn, mindre eller vi spis ingenting loff og hvitt brød, alt er grove kornsorter, jeg baker en del selv også".</p>	<p>"Jeg tenker jo at når jeg er ferdig å være gravid så bør jeg ikke spise sjokolade, fordi jeg er veldig glad i sjokolade nå når jeg er gravid. Jeg har et avslappet forhold til sjokolade altså og kan godt ta en mørk sjokolade altså, men jeg kan liksom ikke fortsett å spise like mye kaker og sjokolade når jeg ikke er gravid.for da har jeg ikke unnskyldningen for at jeg har et søtbehov, for søtbehovet har jeg nå veldig godt. Ifht det å ikke være gravid. Som det er noe jeg tror jeg har eller noe jeg har det vet jeg ikke, om det er psykisk eller, men jeg prøver å ikke overdrive selvfølgelig, det hold med to små sjokoladeniter for dagen".</p>	<p>"Prøver å holde seg unna det man blir frarådet fra, og jeg har spist ganske mye sushi i dette svangerskapet, da det plutselig var lov å spise sushi, og prøvd å holde meg unna ost, og spekemat,</p> <p>Jeg har fått en del broskjyrer fra jordmor Det man skulle holde seg helt unna da, ifht disse bakteriene og sånn, også var det litt generellt om hva man bør når man er gravid. unngå og spise mens man er gravid,. Men det er jo som enkelt informasjon som man vet fra før. Så det grei informasjon, men jeg er vel en som søker litt på nettet, leter litt og finn litt informasjon der. Int meg for kosthold og mat".</p> <p>Hvordan syns du tiden har vært til kosthold under Svangerskapskontollene?</p> <p>"Jordmor har bedere tid, hos legen går det veldig fort. Jordmora har jo mye bedre tid, eller tar seg tid om hun egentlig ikke har tid.</p> <p>Hos lege har det vært så dårlig tid, utrolig dårlig tid at det har ikke vært. Det har vært blodtrykket, smakk, smakk og ut. Jeg ville hatt flere kontroller hos jordmor enn hos lege, fordi jeg blir bare stresset av å gå til lege. Men veldig fornøyd med jordmortjenesten her. Får tett oppfølging på alt kynnere, og press og alt sånt".</p>	<p>"Tungt, samtidig veldig koselig og nye kynnere, nedpress, stiv rygg og ja gangbein men det er vel en dal av sånn det skal være, sånn var det sist også. Så går til bekkentrening, og svømming for bekkenløsning og ja, og litt fysio for ryggen".</p> <p>"Jeg merker nå at kiloene nå kommer veldig fort, mer enn jeg skulle ønske selvfølgelig, men jeg skylder litt på det at jeg ikke får vært noe i aktivitet rett og slett, for ryggen og bekken rett og slett, så jeg bare gleder meg til den ungen er ute, så jeg kan begynne med trilleturer".</p>
--	--	--	--	---

<p>Linnea (32år) Lærer</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"Jeg er veldig obs på nå å ikke legge på meg mer, for jeg prøver jo å spise så sunt, som bare mulig som jeg greier selv".</p> <p>"Ja, jeg har jo det, spesielt forrige graviditet, da leste jeg alt jeg kom over, og du må spise ditt og ikke for mye fett, men denne gangen har spiser jeg egentlig det jeg vil spise, jeg kuttet ut ubehandlet mat og sånt da, kjøtt, har jeg kuttet for det vet jeg er dårlig, for jeg har spist krabbeklør, jeg har spist litt salami, sånne ting, jeg har spist mår, det har jeg da kokt, sånn som jeg har i raspeballer da for eksempel, så jeg har ikke helt sånn; der oh det der kan jeg ikke spise".</p>	<p>"Jeg spiser akkurat det samme som jeg spiste før jeg ble gravid, så nei ikke lagt om noe, det er ikke matvarene, det jeg har kuttet ned på er jo gotteri og sånne ting, og kosning som man kaller det og byttet det ut med andre ting, i forhold til sjokolade, jeg er sjokoman rett og slett, og det har jeg venna meg av iløpet av dette halvåret til å spise mindre og mindre sjokolade, så nå er det nesten stopp".</p> <p>"Jeg har mye mer frukt og grønt på menyen ja".</p>	<p>"Nei, egentlig ikke, men jeg har jo når de spør om sånne ting, så gir jeg uttrykk for at jeg vet hvordan det fungerer, så de rådene de har å gi de har jeg hørt hundre ganger før egentlig. Når de begynner med en sånn samtale så sier jeg hva jeg gjør, og de virker fornøyd med det".</p> <p>"Jeg har spurt om det jeg har lurt på i tillegg. Og jeg spør om det jeg lurte på, så de får egentlig ikke spurt så mye om ting".</p> <p>"Jeg har jo fått alle disse brosjyrene, som man får når man er gravid, så jeg har sett litt her, for det er jo obligatorisk, vi skal igjennom det der, så jeg har jo fått den informasjonen, men synes ikke den har vært så viktig, jeg vet på en måte, hva det er jeg trenger å spise".</p>	<p>"Denne gangen her er det veldig deilig og veldig gøy. Kjennes gravid ut holdt jeg på å si. Forrige gang føltes jeg mer syk ut. To forskjellige svangerskap".</p>
<p>Elin (17år) Student</p> <p>Svangersk ap nr. 1</p>	<p>"Jeg spiser veldig, veldig mye. Så er jeg veldig redd for at de andre skal spise mat, eller er veldig redd for maten min da. Hvis jeg lager mat så er det veldig sånn der at jeg skynder meg og kaster meg over alt spiser opp så fort jeg kan".</p> <p>"Nei, det er bare fordi jeg føler at jeg må at all maten og at jeg må, det er bare sånn, fordi jeg blir jo veldig fort sulten, det er ikke det at jeg blir fort sulten lenger, det stadiet har gått litt over, men det er bare det at jeg har skikkelig lyst på mat. Når du føler at all mat er bare mitt, hvis du skjønner.</p>	<p>"Det blir jo sånn at når man ligger i senga, så blir det sånn at man må ta skikkelig sats for å snu deg andre sida ikke sant og bruke alle musklene og sånne ting. Så sover jeg litt dårligere også".</p> <p>"Ja, jeg har jo gått opp 20 kilo og nå får jeg jo sånn kjempestor mage og man blir jo sliten og det blir jo sånn at man litt sånn som en hvalross da. At jeg synes andre gravide er pene når jeg, med magen, også kan man synes at man selv føler seg som en feit due som bare flyr rundt".</p>	<p>"Ja, men jeg synes det blir for mye regler og sånn. Ikke spise ditt og ikke spise datt, ikke spise det og bare spise det og så videre og så videre. Det synes jeg blir for mye å forholde meg til. Så jeg ser ikke faren i å spise en servelat en gang i blandt liksom. Så jeg spiser vel stort sett hva jeg vil".</p> <p>"Det står som regel ikke hvorfor man ikke skal spise det. Jeg synes det blir for mye sånn der at du ikke skal spise det og ikke spise det. Det blir for mye å forholde seg til. Det blir for mye sånn tull egentlig".</p> <p>"Det blir litt sånn der, ikke spis det ikke spis det. Nei, hvorfor ikke? Bare ikke spis det ikke sant. Da blir det litt sånn, da bryr man seg egentlig ikke så mye".</p>	<p>"Det er litt opp og ned egentlig. Det er mye halsbrann og sånne ting. Veldig mye sånn at jeg blir sliten og veldig mye sånn, sånn sett da. Eller så er det helt greit".</p> <p>"..så plutselig så ser du bare den bula ikke sant, og så er det veldig stort kroppsfokus, så da blir det litt sånn der at man glemmer seg litt i starten da. De fleste strutter ikke ut med magen når de begynner å få noe".</p>

<p>Tonje (36år) Førskolelærer</p> <p>Svangersk ap nr. 1</p>	<p>"Jeg merker i alle fall at jeg er mer bevist på å spise fisk 1-2 ganger i uken, enn kanskje når jeg ikke er gravid. Jo så er jeg nok mer bevist på å velge brokkoli og de grønnsakene som er litt næringsrike av de jeg orker, det er litt som at jeg spiser kikerter, fordi jeg vet at det er mye proteiner i det. Så de tingene som frister meg, så prøver jeg nok å ta de valgene mer bevist nå enn før".</p> <p>"Jeg har ikke drukket noe kaffe og te, har ingen føleser for varmt drikke. Ikke gotteri, ikke kullsyre, evt døbrus, men synes det blir for søtt ofte og. Er ikke spesielt glad i søtt, ikke spist noe gotteri i svangerskapet".</p> <p>"Nå drikker jeg ganske mye vann, det må helst være iskaldt, jo kaldere jo bedre, så kald drikke har vært godt. Så hadde jeg en periode, da jeg gikk fra den sitronvann perioden min, så klarte jeg å drikke veldig svak solbærsaft, for da klarte jeg ikke å få i meg noen form for juice ingenting".</p> <p>Men ikke å lage, det orker jeg ikke. Jeg kan hjelpe til litt med å skjære grønnsaker og sånn, men det å steke orker jeg ikke. Middagslagingen orker ikke jeg".</p>	<p>"Ja, jeg har slitt med litt kvalme, egentlig ikke morgen kvalme, men egentlig aller mest ettermiddag og kvelds kvalme, som har vært veldig sterke hos meg. Det sliter jeg jo enada med, men er ikke så sterkt som det var i begynnelsen, det startet vel rundt uke 6-7, så har det vel vært de 4første ukene her var jeg heltidssykmeldt, for da var det veldig vanskelig å få i seg næring i det hele tatt. Har hatt veldig oppkast, men mer matannimsjoner og lite matlyst som har vært problemet. Veldig mye som har bydd i mot meg, iforhold til hva som har fristet da".</p> <p>"Jeg synes egentlig denne trøtten har kommet og gått litt jeg, jeg er oftest trøtt igjen på kvelden igjen nå, men nå føler jeg mer at det er et resultat at jeg sover veldig dårlig om natta, er ofte på do, men i begynnelsen følte jeg at jeg var mer hormonstrøtt, da var jeg jo helt slått ut innimellom. Men nå tror jeg det er mer at jeg er sliten".</p>	<p>"Jeg har lest noe eller når jeg bekymrer meg for noe, så kan han si at nei men det er jo helt vanelig i uke 22, at babyen beveger seg veldig mye, så han oppdaterer seg nok mer enn det jeg tror alikevel".</p> <p>"Nei, det må jeg inndrømme at det vet jeg ikke helt, det er de sidene som man får på kontroll som man kan lese mye informasjon om, så får man jo mye og. Og vet ikke hva de svenske sidene heter, men siden jeg har svensk mann, så blir det jo naturlig at man lever på svenske sider og da. Der han leser".</p> <p>"Jeg tror nok at jeg går til en litt voksen lege, og jeg har melkeproteinintoleranse, og det er ikke spesielt vanlig, og jeg tror nok at, for vanlig er laktose el melkeproteinallergi, så for han så eksisterer nok ikke min diagnose, så jeg må si at jeg ikke tåler melk, selv om det står på Norges astma og allergi forbund at det finnes tilfeller av dette.</p> <p>Så han foreslår hele tiden for meg at jeg skal spise yoghurt og slikt, så han glemmer det hver gang på en måte. Men jeg må få si at de første ukene, tok jeg næringstilskudd hver dag, en sånn drikk som smakte helt pyton, det var en sånn som finnes som var melkefri. Hver dag 1,5dl hver dag på 300kcal, så det var det lagen som satte meg på, for han sa du må bare ha i dag mer kcal. Ellers kommer du bare til å gå, for de første ukene gikk jeg ned 5kg. så han skulle få meg opp igjen på en måte".</p>	<p>"Jeg opplever det som noe helt fantastisk smat at det er noe som er veldig skremmende. Det er litt sancie fiction, med det å kjenne at det er noe som lever inne i magen. Det er det som er egentlig er rart, samtidig går man hele tiden å vil gjøre det beste hele tiden for at babyen skal ha det bra. Så det er en blanding egentlig, det er de dagene hvor det er helt fantastisk, også er det de dagene hvor man bare skulle ønske at å bli ferdig med dette. Når man er uvel eller sliten".</p> <p>"Ja, det var pga kvalme, men det som er blir helt forbudt hjemme hos oss nå er stekt laks, pga lukta. Det har vi hatt hjemme, og da måtte jeg rett og slett gå på soverommet å stenge døra".</p>
---	---	---	---	---

<p>Ingrid (38år) Lege</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"Jeg prøver å ta mer tran da, og kanskje litt mer fisk. Prøver å unngå rask, det blir jo ikke så mye, blir mindre middagsmat. Ekskluderer ikke da. Også, prøver å spise mer leverpostei for å få jern da. Prøver å unngå godteri, så mye".</p> <p>"Ja, prøver å tenke litt på det. Jeg spiser ikke så mye godteri til vanlig heller. Spiser jo noe i helgen og sånn. Jeg kjøper ikke sjokolade midt på dagen og i uka. Sånn kveldskos i helgen kanskje".</p> <p>"De generelle rådene. Holder meg unna rått kjøtt og sånn da, og røykelaks. De generelle rådene. Spiser jo ikke sushi, ikke rakefisk. Alle på matkortet, den lista, prøver å holde meg unna. Ellers så spiser jeg helt variert, vanlig. Det er ikke noe, får ikke noe halsbrann av noe. Det er bare hvis jeg har spist, jeg har hatt litt halsbrann hvis jeg har spist litt mye".</p>	<p>"Det er greit, men litt trøtt, ellers ingen andre plager".</p> <p>"Nei, jo, kanskje litt Pepsi Max, så har det vært litt mer halsbrann, ellers så er det bare hvis jeg har spist litt mer har det... Forrige svangerskapet husker jeg fikk halsbrann når jeg spiste lasang en gang. Så du fikk økt halsbrann da? Jeg har ikke så mye halsbrann altså, men da kom det litt halsbrann. Så er det jo bare å sette seg opp så går jo det over".</p> <p>"Nei, men det gir litt mer våkenetter og merker at jeg sover bedre nå".</p>	<p><u>Har du fått råd om kosthold under graviditeten hos lege eller jordmor?</u> "Nei". <u>Ingen ting?</u> "Nei". <u>Har det ikke vært tema?</u> "Nei, men jeg er jo helsefaglig selv, så det er kanskje litt spesielt da. Jeg har fått brosjyre da".</p> <p><u>Stiller du selv spørsmål om kosthold og ernæring til jordmor eller lege?</u></p> <p>"Nei, da har jeg sjekket det på nettet tror jeg egentlig. Det er jo ting jeg har lurt på. Så da har jeg gått inn på den matportalen.no eller om det var helsedirektoratet. Nå husker jeg ikke akkurat". <u>Tiden</u> "Ja, den er bedre hos jordmor. Bortsett fra at hun alltid er forsinket. Det er jo satt av bedre tid der".</p>	<p>"Det har gått sin gang holdt jeg på å si, eller jeg har ikke merket så veldig mye annet enn at den har blitt større. Jeg merker jo litt på tyngde og sånne ting da. Føler meg i ganske god form egentlig. Går tur hver dag".</p> <p>"Lever sunt for det er jo for å unngå å skade fosteret i forhold til de farlige tingene, og så er det jo for å få minst mulig barn. Tungt å bære store barn. Mindre komplikasjoner under fødsel, unngå vektøkning også er det å tilføre allsidige næringsstoffer til fosteret da, og til meg selv, for ikke å tappe egne reserver. Så jeg tok jo mer bra med jern, hadde lavt jern, tomt jern egentlig etter første, da tok jeg masse jern mellom svangerskapene, spiste multivitaminer og litt sånn".</p>

<p>Martine (29år) Vernepleier</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"Ja, jeg blir nok mer sulten, og i stede for å spise to brødsiver, så er det greit å ta et tørt knekkebrød, for det kjennes ut som om det er greit, eller en appelsin eller, jeg spiser nok mye mer frukt nå enn jeg pleier, jeg har med meg frukt på jobb og sånn, og det pleier jeg ikke. Det er jeg flinkere til det nå".</p> <p>"Ja, for nå står det der, det gjorde det aldri før, vi hadde ikke fruktfat før, og det har vi jo alltid nå. Sånn sett har det endret seg".</p> <p>"Jeg spiser nok oftere et tørt knekkebrød".</p> <p>"Jeg er fryktelig dårlig på å drikke, veldig dårlig på det".</p>	<p>"Kvalm, masse kvalm og masse trøtt, jeg sov veldig mye, men så måtte jeg være våken når jenta mi var våken på en måte. Også sov jeg vel egnetlig resten av døgnet, ja".</p> <p>"Ja, trøttheten var det verste, og hvis jeg ikke sov, så ble jeg sikkelig kvalm, så jeg måtte bare velge den sovedelen, og hvile".</p>	<p>"Jeg leste mye forrige svangerskap, men dette svangerskapet har jeg ikke lest noe spesielt, men jeg gjorde jo det forrige svangerskap".</p> <p>"Hm... jeg har vel dobbeltsjekket noen ting på sånne på helsedirektorates sider å sånne ting, når jeg syns at noe høres litt ekstremt ut, eller det er fryktelig mye informasjon, eller ny informasjon, så jeg har dobbeltsjekket litt på de sidene som jeg tenker at er sider som bør være gode. Jeg tror det står fryktelig mye rart på sånne mammanett og sånne sider, at det blir så inmari mye informasjon og det blir , blir så mye informasjon om hva de tror og mener, så man blir litt mett på det".</p> <p>"Hos jordmor, det går på de tingene man ikke bør ha i seg på en måte. Hm.. ja, og de brosjyrene da. De har vel fokus på omega 3 og fisk snakker de en del om, tran , og de tingene man ikke skal ha da som spekemat, salami,, og sånne ting som de anbefaler å ikke spise. ellers så er det vel ikke så mye mer enn det, de er vel også opptatt av at man skal leve ganske normalt".</p> <p>"Jeg har nok mer samtale med jordmor enn jeg har med legen, legen er mer de sjekk punktene, men jeg prater nok mer med jordmor".</p>	<p>"Nå er det greit og fint, nå er det fint. Men var dårlig i begynnelsen da var det slitsomt fordi jeg har ei på 2år, fra før, men nå er det veldig greit".</p> <p>"Jeg syns det er helt greit egentlig, litt sånn redd for å legge på meg masse, jeg gjorde jo ikke det sist, så jeg håper jeg skal klare å holde det nede. Ikke noe mer enn at man legger jo på seg da, barnet skal jo vokse, men jeg har ikkenoen planer om å gå opp 20kg, for det er det å være bevist og, gå turer og, bevege seg. Jeg går til og fra jobb hver dag, og det er litt derfor, for da er jeg helt sikker på at jeg får beveget meg litt, fordi jeg er ikke sånn som er så flink til å trene og sånn. Og da er det enda viktigere å ikke bare blir sittende i sofaen".</p>

<p>Maren (33år) Lærer</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"jeg trenger mer mat og føler at jeg må putte inn noe oftere". Ja, litt mer sulten ja".</p> <p>"de første ukene for å stoppe kvalmen hele tiden, prøvde å putte inn ett eller annet, så da følte jeg at jeg holdt på hele tiden. Putte på smått ja".</p> <p>Nå jeg jo ikke spise salami for eksempel, så det spiser jeg ikke nå.</p> <p>"Leverpostei, makrell i tomat, egg, lager jeg eller koker jeg og har på brødiskiva. Jeg velger pølser så sjeldent som mulig for å si det sånn".</p>	<p>"Jeg starta dårlig fordi jeg var så kvalm og da når man har sånn kvalme så leter man etter ting man kan dempe det med og da var lysten på veldig fet mat der".</p> <p>"Jeg tenker ikke at jeg skal legge om så mye, for det trenger jeg egentlig ikke, men jeg har alltid spist sånn som jeg gjør nå".</p>	<p>"Litte grann. Jeg føler jeg selv vet mye om det generelt sett da om kosthold, så jeg har ikke satt meg ned å nilest om det". "ja, det jeg er mest opptatt av er hva jeg ikke bør spise. Nå har jeg akkurat fått meg en bok som jeg skal ha med hjem som jeg skal, som har blitt litt oppdatert siden sist jeg var gravid om ting jeg ikke skal spise. Det som opptar meg, hva jeg ikke må spise for at det er skadelig for barnet".</p> <p>"i høst for eksempel da var jeg gravid og mistet det og da spiste jeg masse reker i den perioden jeg var gravid. Spiste mange måltider med reker og så fikk jeg høre "at reker har jeg hørt at du ikke skal spise"og da fikk jeg helt sånn å herregud er det min skyld at jeg mistet barnet? Så fikk jeg høre i dag at det var greit å spise reker. Det gjorde meg utrygg, det gjorde meg urolig".</p>	<p>"veldig koselig" veldig tøft i starten fordi man er urolig og bekymret og dårlig form. Så starten syns jeg er pyton, også kommer man seg liksom over de tolv ukene også er det bare veldig romantisk liksom".</p> <p>"Litt rart å se formene forsvinne eller forandre seg. Samtidig veldig naturlig at det gjør og koslig og".</p> <p>"Jeg syns det er veldig koslig med kul på magen, jeg hadde gledet meg til den skulle syns liksom".</p>
<p>Madelen(33år) Rådgiver lege middel- indistrien</p> <p>Svangersk ap nr. 2</p>	<p>"Nå når jeg er gravid, så er det det jeg finner ut at jeg kan få i meg,til vanlig så er det litt mer gjennomtenkt, men nå er det bare at hvis jeg tror at jeg kan spise det, så er jeg kjempe fornøyd med det. Så når jeg var gravid første gangen så var jeg veldig flink med å spise sunt, at det var veldig riktig, den gangen her er jeg kvalm også så sliten og at jeg ikke orker å bruke energi til at det skal blir så veldig riktig, nå er det bare jeg får i meg et eller annet, så er jeg ganske fornøyd, dessverre".</p> <p>"Denne gangen her så er jeg kvalm men jeg har litt mer andre lyster, nå holdt jeg på å si, jeg har lyst på</p>	<p>"Det er jo verdt det, men det er jo tungt.. Og en merker jo det når en har en til fra før, det var jo enklere når en bare kunne sitte å konsentrere seg bare om seg selv, nå er det jo levering og henting i barnehagen om en vil eller ikke hadde jeg nersagt".</p> <p>"Ja, det er bare på morgen, men det er innimellom på dagen også så det er går litt i sånne svingninger.</p> <p>Du klarer frokost altså?</p> <p>"Ja, hvis ikke spiser, det er ikke fordi jeg er sulten, eller at det er godt å sitte å spise, men hvis jeg ikke spiser blir det bare hundre ganger verre".</p> <p>"Mannen min lager maten for tiden, ellers så blir det ikke til noe mat, hvis jeg først skal stå å lage den, da blir jeg så dårlig før jeg blir ferdig atte, da spiser jeg ikke".</p>	<p>"Ikke nå men sist gang så gjorde jeg det, jeg har vel lest alt som står på matsider om hva du kan spise og ikke spise, så jeg er bevist på det, da spiller det ingen rolle om jeg har lyst på det eller ei, jeg spiser ikke det jeg ikke skal".</p> <p>"Ja, andre gangen er det ikke så nøye, like nøye, men du vet sånn ca, på en måte, for sist så var jeg jo helt..., da slukte jeg jo alt liksom, nå er det mer sånn, ja går jo inn på barnimager og ser på det som står, men det er ikke så mye som fenger sånn sett lenger, fordi man har vært igjennom det så en vet omtrent".</p> <p>"Ja, man har , men er det noe jeg lurert på så sjekker jeg det selvsagt, men det er ikke sånn at jeg sitter å leser alt, som jeg gjorde første gangen".</p> <p>"Ja, ja da spør en jo mer da, for du tenker,</p>	<p>"Ohi, det var vanskelig, jo det var veldig hygelig, vi prøvde såpass hard for å få det til, kvalme, halsbrann alt sånn, sliten så det er ikke noe god periode for min egen del. Veldig lykke akkurat når jeg skjønnte at det hadde gått veien, så også med alt det andre så blir det litt sånn borte.blir jo det.jeg vil jo det veldig gjerne da, men det er litt slitsomt.skulle ønske jeg var av dem som var sprudlene og full av energi".</p> <p>"Ja, ja hva skal en klare å putte i seg i dag, hvis du da er så heldig å ikke har det hjemme og ikke orker å reise i butikken, så har</p>

	<p>ting som jeg ikke ville spist til vanlig, altså jeg kan godt spise sjokolade".</p> <p>"I det øyeblikket skjønte at jeg var gravid så var det jo matvarer jeg kuttet ut og det er jo ting som jeg har lyst på som jeg ikke spiser".</p>		<p>men jeg må jo si at jeg syns det er lettere å snakke med jordmor enn med lege. Jeg har veldig hyggelig lege altså, men det er to forskjellige settinger".</p> <p>"Det er mer sånn at, jeg kommer inn der også spør hun hvordan går det, og så begynner du å si, også så avbryter hun deg, også snakker hun som om det er første liksom, så da virker det som om hun er ferdig. Så står du litt sånn utenfor døra og tenker litt sånn det var jo mer jeg kunne tenkt meg å prate om, men nei det gikk ikke. Det er litt sånn at du blir skysset ut av døra før du har satt deg da. Da syns jeg ikke det er så lett å si at vent litt jeg er ikke helt ferdig. For det blir litt sånn hvis du ikke er alvorlig syk så ser det liksom ikke interessant".</p>	<p>du et lite problem for å si det sånn".</p>

	Ernæringskommunikasjon	Kunnskap	Kvinnene	Utfordringer i hverdagen
Lege 1 (50år)	<p>"Samtale, og ulike brosjyrer, og diverse lister som jeg kan vise de, råd som kan printes ut fra internetts legeside, som for eksempel avskrekking ved å vise dem innsiden av årene dems, fungere alltid, hjelper meget med å få frem budskapet".</p> <p>"Tilpasset den enkelte pasient. Talent spørsmål. Noen kan kommunisere, andre kan ikke det. Så enkelt er det bare".</p> <p>"Formidle om mosjon og sunn mat under svangerskapet, formidle at det ikke er så lett å få av seg de kg igjen som de legger på seg for mye i svangerskapet. Samtale om dette. Brosjyrer og matriell. Allmennpraksisen er ikke så lang, dette begrenser informasjoene jeg klarer å gi. Dette går på tiden, det er ikke satt av så mye tid".</p>	<p>"Mitt inntrykk er at tema er oppe fra ansvarlige hold folkehelsa osv, kommunen. Føler at dette er tema, og mye skriftlig, men hvor bra det er iforhold til hva det burde være, det vet jeg ikke. Kan godt hende en del leger tar seg tid nok til dette?".</p> <p>"Leser bøker, går på kurs, reiser på kongresser, ofte er tema her ernæring på disse treff". Min kunnskap er tilfredstillende. Det er ofte tema på ulike kongresser, mye mer nå enn før, så jeg oppdateres det jevnlig".</p>	<p>"Gravide kvinner opptatt av- hva som er best for barnet- hva som gir best mulig helsegevinst på alle områder, både i, under og etter fødsel for barnet. Ikke alltid like oppatt seg selv, det er fokus på barnet. Mangeltilstander selv er de opptatt av, men barnet? Mye ulik oppfattning, og mye sårhet for mange rundt denne problematikken. Men erfaring hjelper, jeg vet hva jeg skal si".</p>	<p>"Hjerte og kar, barn, gravide, diabetikere, kan være litt utfordrende. Utfordrende å kommunisere med disse gruppene".</p>
Lege 2 (47år)	<p>"Både ja og nei, jeg ser jo kvinnen og det tas litt derfra, visuelt inntrykk blir det. Litt info gis uansett, er det overvekt snakker jeg gjerne litt mer. Har kvinnen hatt noen plager i et eventuelt tidligere svangerskap snakkes vi om det, svangerskapsdiabetes eller risiko for det så snakker jeg mer om</p>	<p>"Det syns jeg er bra, og føler jordmor gjør en god jobb. Vi samarbeider ikke noe spesielt, det er ikke noe tid, men er det spesielle tilfeller som det er noe alvorlig med, gjør vi det".</p> <p>"Ja, jeg vil de skal bevege seg litt hver dag, sier det godt kan det. Trener kvinnene fra før syns jeg ofte de kan mer enn meg om tema, jeg forholder meg til Helsedirektoratets retningslinjer om fysisk aktivitet i</p>	<p>"Kvinnene er opptatt av barnets beste, og ikke seg selv så mye. Ernæring tar jeg opp på første møte spesielt med folat, og hva et sunt svangerskap er. Røyk og alkohol er alltid med som avklaringsspørsmål. Kvinner som er fleregangsfødene er enda mer opptatt av barnets utvikling og vel og vel, enn førstegangsfødene er min erfaring".</p>	<p>"Ja, jeg jobber i et stort tempo, med mye stress og mas hver eneste dag sånn sett, men iforhold til svangerskapsomsorgen prøver jeg ikke å la det virke inn, men får ofte negative tilbakemeldinger på at jeg ofte er forsinket fra pasientene, og</p>

	<p>kosthold og prøve å begvege seg litt hver dag.Må ikke trene, men gå litt hver dag".</p> <p>"Kunnskapsnivå og utdanning er viktig, samt tiden og den kjemien vi får, noen ganger er den god andre ganger ikke".</p> <p>"Gir ut noe informasjon via broskjyrer, eller snakker om helsedirektoratets nettsider, er ikke så mye å dele ut, tror jordmor har mer? Er mest medisinsk kontroll hos legen".</p>	<p>svangerskapet".</p> <p>"Syns som sagt det er ganske bra, som fastlege kan vi ikke være spesialister på alt, og vi har mulighet til å gå på ulike seminarer for å lære mer da også om kosthold og noen ganger er det litt om mosjon som jeg velger å kalle det, fysisk aktivitet er ofte mer systematisk trening med høyere intensitet slik jeg oppfatter det, det gir ikke jeg råd om, jeg vet ikke nok om det".</p> <p>"Gjennom seminarer, vi må jo opptadere oss litt hvert år, og jeg er med på noe slik av seminarer. Fagfeltet er stort, og alt går det ikke ann å oppdatere seg på hvert år, dagene går i ett og hverdagen er travel, men litt blir det. Kjenner når du spør at jeg burde vært flinkere selv kanskje og til å lese mer".</p>	<p>"De lytter og er endringsvillige syns jeg, til hejrtepasienter gjelder det samme, det har en konsekvens å gjøre endring for, det virker alltid motiverende på pasienten slik jeg ser det".</p> <p>"Ja, noen spør litt andre spør ingenting, det er ofte matvarer spesielt spekemat, fisk, og hvis de skal på ferie da kommer det mange bekymringer om hygiene, og om dekan spise noe i det hele tatt. Ellers spør det om fosteret iforhold til vekt og vekst".</p>	<p>slitene gravide sier også det".</p> <p>"Tiden som settes opp til svangerskapskontroll er ikke så lang hos fastlegen, tror kanskje jordmor har bedre tid? Tiden begrenser informasjonen jeg klarer å gi. Det er helt klart at utdanningsnivået hos pasienten har stor betydning for hvordan jeg kommuniserer, det er noe man lærer gjennom yrket hver dag. Ingen er lik, og prøver å tilpasse samtalen så godt jeg klarer iforhold til det".</p>
<p>Jordmor 2 (41år)</p>	<p>"Vi bruker jo retningslinjene for svangerskapsomsorgen fra 2005 og hefte Gravid fra 2006 som kvinnene får ved føste besøk hos jordmor under veileidning til kvinnene. Jeg jobber utifra dette og bruker mye tid på første kontroll til kosthold, og følger opp om det er overvektsproblemer eller annet som gjør at jeg føler jeg må følge opp kvinnen mer. Noen ganger ønsker kvinnen selv dette og sier ifra fordi hun er bekymret for sin baby.Jeg prøver å skape en god samtale og snakket med den jeg har foran meg".</p> <p>"Det er litt fast opplegg på timene, men som jeg sa om overvekt snakker jeg oftere om</p>	<p>"Det syns jeg er godt, vi er jo to i kommunen og begge er veldig opptatt av dette, og leser mye fagstoff om ernæring på fritiden".</p> <p>"Det blir mye egen intresse, men vi har fagforum samlinger i kommunen ca hver 3måned, der tas mye opp også ernæring. Lærer mye der, erfarer mye, leser mye selv, men skulle ønske jeg kunne studere mer, men nå er det jobb og hverdagen som teller så da er det liten tid til det nå".</p> <p>"Ja, helt klart, utdanning og yrke spiller mye inn, alder på den gravide syns jeg ofte spiller inn, noen veldig unge syns jeg ikke tar svangersapet alvorlig nok, det er de som peker seg ut syns jeg".</p>	<p>"Ja, veldig ofte syns jeg, ofte usikkerhet eller om det er for å dobbelt sjekke informasjon med meg, det vet jeg ikke helt, men det er ofte spørsmål rundt dette. Det er opptatt av å ikke skade barnet og noen er veldig opptatt av å ikke legge på seg for mye".</p> <p>"Ohi.. ja det er mye, men med kosthold er det ofte hva de kan spise eller ikke spise, de har lest sier de, men lurer likevel, det er ulikt hvordan de spør om det er føste eller om de har barn fra før. Rødt kjøtt, sushi, og spekemat syns jeg er det som det spørres mye om. Så er det veldig opptatt av hjertelyd, hvordan barnet har det, og om de skal ta tilskudd av noe under svangerskapet".</p>	<p>"Det kunne jeg sikkert gått på seminar å få, men jeg har ikke vært så flink til det enda. Tenker at det er noe jeg skal gjøre mer av ettersom jeg trenger mer oppdatering".</p> <p>"..men skulle ønske jeg kunne studere mer, men nå er det jobb og hverdagen som teller så da er det liten tid til det nå".</p>

	tilrettelegginger og viktigheten av dette, leve mest mulig sunt".			
Jordmor 1 (44år)	<p>"Ja, Erfaring og tid spiller en rolle, jeg går igjennom hele livet dems, oppvekst, og det kommer mange overraskelser, så skulle noen ganger hatt mer tid. Det er ofte Tid som føler at jeg lykkes. Treffer på direkte punkter, når jeg mangler tid, føler jeg ikke at jeg lykkes. Kommunikasjon og erfaring, er viktig spiller en stor rolle her syns jeg. Så mange år i yrke er helt klart en fordel i samtalen med kvinnene tror jeg".</p> <p>"Dette belyses ikke godt nok, det er for tilfeldig, det er ikke gode nok rutiner, alt kommer ann på hvilken lege du treffer og hvilken tid jeg selv har. Jeg drømmer om min egen tid til dette, syns det ikke er godt nok. Ikke noen kontrollsikring rundt dette. Vi skulle vært mer samordnet, men leger er blitt mer interesert og mer samarbeidsvillige de site årene, vi bygger klienten mere i samme retning nå enn før i allefall. Men godt nok er det ikke".</p>	<p>"Jeg er ikke oppdatert nok, ikke god nok, det var ikke spesielt fokus da jeg tok min utdanning, under utdanningen, men jeg har prøvd å følge med i utviklingen, men det har ikke vært mye jeg har kunne være med på. Men jeg har en stor egen interesse, og har jeg gjort mye selv gjennom alle år, fulgt godt med slik sett, og følger med rundt alt nytt jeg kan komme over innenfor kosthold og gravide. Men jeg skulle ønske jeg hadde mer tid til å studere.</p> <p>Jeg har en del kunnskap, men føler dette er kommet inn via en privat greie, gjennom kjente i fagkretsen. Men kan en del da, latter...".</p> <p>"Ja, stor betydning, det er kjempe forskjeller, på utdanningsnivået, det er en stor forskjell. Noen tilbakemeldinger som: "å takk for at du sa det",kan jeg ofte få. Jeg prøver å gi samme informasjon til alle, men tilpasset den enkelte. Forståelsen er veldig forskjelling i forhold utdanningsnivået til kvinnene, så det er viktig å tilpasse dette i samtalen".</p>	<p>"Kosthold er alltid på 1. konsultasjon, sånn ved 12uker i svangerskapet når de kommer til meg da. Jeg ser det på kvinnen hvordan hennes kosthold og mosjons vaner er, det er ofte en stor sammenheng her. Men snakker rundt om fysisk aktivitet og, litt iallefall. Det er viktig at jeg får kartlagt hvem har jeg foran meg, det er mange med overvekt, og mange jeg må snakke med om dette".</p> <p>"Det er alltid tema på 1. konsultasjon, og ved overvekt, og det er tema på alle på besøk utenom siste, fordi da er det fødsel som er hovedfokus på de aller siste konsultasjonene. Dette fordi jeg tror det er viktig med gjentakelse gjennom svangerskapet med viktig informasjon".</p> <p>"kvinnene spør om; Fryst mat, hva er riktig og ikke riktig. Ikke så mange som spør direkte, om sammensetningen av kosthold. Men mulig jeg er litt fram på der, men jeg er kanskje litt frampå der, og jeg spør ofte hva spiser du? Og da får de kanskje ikke spurt? Jeg vet ikke helt, men de spør noe altså. Ofte går det rundt ; Kan jeg ikke spise spekeskinke?, spekepølse,? mer andre matvarer, det er ikke noe spørsmål om brus og loff, og dette er farlig.Det skremmer meg at ikke flere er opptatt av spesielt brusdrikkingen sin".</p>	<p>"Det er vanskelig som jordmor å finne nok kunnskap og tid til å sette seg inn i det i en meget travel hverdag, for å kunne hjelpe kvinnene, men jeg brenner mye for det. Syns det burde vært mer fokus på samlinger, og kanskje noe kurs på livsstilsendring som vil kunne tilby våre kvinner?? Jeg vet ikke, skulle ønske at det kom mer info til oss som vi kunne bruke i vår travle hverdag".</p> <p>"Dette belyses ikke godt nok, det er for tilfeldig, det er ikke gode nok rutiner, alt kommer ann på hvilken lege du treffer og hvilken tid jeg selv har. Jeg Drømmer om min egen tid til dette, syns det ikke er godt nok. Ikke noen kontrollsikring rundt dette. Vi skulle vært mer samordnet, men leger er blitt mer interesert og mer samarbeidsvillige de site årene, vi bygger klienten mer i samme retning nå enn før i allefall. Men godt nok er det ikke".</p>

Vedlegg 6 Tabeller og figurer

Tabell 1.1 Endelig utvalg, kvinnene i studien.

Tabell 1.2 Endelig utvalg, jordmødre og leger i studien.

Tabell 1.3 Eksempel på koding i ATLAS.ti. Endringer av valg av mat i svangerskapet

Tabell 1.4 En typologi over endringene kvinnene gjorde i svangerskapet

Figur 1 Forenklet Theory of planned behavior modell

Figur 2 Food Choice model

Figur 3 A life course perspective model