

MASTEROPPGAVE

Master i jordmorfag

27.oktober 2016

Irene Nystuen

Kandidatnummer: 116

Veileder: Zada Pajalic

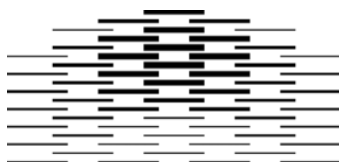
Biveileder: Stine Bernitz

Antall ord: 15 624

Jordmor i møte med den overvektige gravide

Fakultet for helsefag,

Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Masterstudiet i jordmorfag startet i januar 2015 og det har vært en spennende reise som nå snart har vart i to år. Jeg har vært målbevisst og aldri angret på mitt valg. Det har vært to spennende, morsomme, lærerike og utfordrende år. Å få være med på noe av det største i livet er noe som gjør meg takknemlig og ydmyk. Snart er drømmen om jordmortittelen en realitet.

Det å skulle produsere en masteroppgave er, som mange før meg har uttrykt, en langvarig prosess. I starten av prosessen var vi to som skulle skrive oppgaven sammen, men medstudent valgte dessverre å avslutte studiet i begynnelsen av arbeidet med masteroppgaven. Arbeidet med oppgaven har vært både spennende og utfordrende. Spennende fordi jeg har fått mulighet til å fordype meg i noe som jeg synes er viktig, og som har gitt meg mye kunnskap. Det har vært utfordrende fordi det har krevd en stor innsats, spesielt i skriveprosessen. I forbindelse med det har jeg flere å takke for å ha gitt meg den nødvendige gode støtten underveis.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Zada Pajalic for all støtte og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen.

Takk til alle jordmødrene som tok seg tid til å delta i studien. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre

Takk til familien Fonnes, med Anita og Øyvind i spissen. Dere har hatt døren åpen og sørget for faglige tilbakemeldinger og gode diskusjoner. Det setter jeg veldig pris på, tusen takk!

Å skrive en masteroppgave har ikke bare vært en utfordring for meg, men det er noe som har krevd tålmodighet og støtte fra venner og familie. Takk for all oppmuntring og støtte under skriveprosessen, særlig i periodene hvor skrivingen gikk litt tungt. Takk for alle gode innspill til oppgaven. Tusen takk til Eskild for all tålmodighet, gode ord og omsorg gjennom disse to årene som student, du har oppmuntret meg til å gjennomføre dette lærerike mastergrads-prosjektet.

Oslo, oktober 2016

Irene Nystuen

Sammendrag

Jordmor i møte med den overvektige gravide

Hensikt

Å være overvektig og gravid medfører risiko for mor og barn. Det er derfor viktig å undersøke i hvilken grad de overvektige gravide får individuell oppfølging i svangerskapsomsorgen når det gjelder livsstil.

Problemstilling

«Hvilke strategier anvender jordmødre i svangerskapsomsorgen i møte med den overvektige gravide?»

Metode

Studien har et kvalitativ design. Datamaterialet ble samlet inn med individuelle intervjuer, og ble analysert med kvalitativ manifest og latent innholdsanalyse.

Resultat

Overvekt er et sårbart tema for jordmor å snakke med kvinnene om. Det fremkom at overvekt i liten grad tas opp med de gravide, og at jordmødrene ofte unnviker å snakke om dette. Jordmødrene vektlegger likevel etablering av en god relasjon, og å gi livsstilsinformasjon.

Konklusjon

Til tross for at overvekt er et sårbart tema er det viktig at jordmødrene har strategier for å ta opp dette temaet med kvinnene.

Nøkkelord: Overvekt, fedme, gravid, jordmor, svangerskapsomsorgen, sårbare tema

Summary

The midwife's meeting with the overweight pregnant woman

Purpose

Being overweight and pregnant involves risks for both mother and child. It is therefore important to examine the extent to which the overweight pregnant women receive individual support in antenatal care in regards to lifestyle.

Thesis question

«Which strategies do midwives use in antenatal care when meeting the overweight pregnant woman?»

Method

This study has a qualitative design. The data material was collected by individual interviews, and analyzed with a qualitative manifest and latent content analysis.

Findings

The midwives describe that being overweight is a vulnerable topic to discuss with the pregnant women. It appears that being overweight is only talked about to a small extent directly with the women, and that midwives avoid the topic. Nevertheless, the midwives emphasize establishing a good relationship and providing lifestyle information.

Conclusion

Despite the fact that being overweight is a vulnerable topic, it is important that the midwives have strategies for addressing this topic with the women.

Key words: Overweight, obesity, pregnant, midwife, antenatal care, vulnerable topics

INNHold

Sammendrag.....	4
Summary	5
1.0 INTRODUKSJON.....	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Problemstilling.....	11
1.3 Begrepsavklaring av problemstilling	11
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	13
2.1 Jordmors profesjon og ansvarsområder	13
2.2 Den overvektige gravide.....	15
2.3 Svangerskapsomsorgen	16
3.0 MATERIALE OG METODE	18
3.1 Valg av intervjumetode	19
3.2 Forforståelse	20
3.3 Utvalget	20
3.4 Kontekst.....	21
3.5 Forarbeid og prøveintervju	22
3.6 Intervjuet.....	22
3.7 Transkribering	24
3.8 Analyseprosessen.....	25
3.9 Etikk.....	26
4.0 RESULTAT	28
4.1 Jordmødrenes observasjoner og oppfølging av de overvektige gravide kvinnene	28
4.2 Jordmødrenes strategier for å ta tak i overvekt blant de gravide.....	30
4.3 Jordmødrenes forklaringer for å ikke ta tak i overvekt blant de gravide.....	33
4.4 Overvekt – et vanskelig tema for jordmor å snakke om i svangerskapsomsorgen....	36

5.0	DISKUSJON.....	37
5.1	Metodediskusjon.....	37
5.1.1	<i>Kvalitet</i>	37
5.1.2	<i>Utvalg, kontekst og intervju</i>	39
5.2	Resultatdiskusjon.....	41
5.2.1	<i>Kroppsbilde</i>	41
5.2.2	<i>De gravides kunnskap</i>	43
5.2.3	<i>Jordmors fagkunnskaper</i>	43
5.2.4	<i>Relasjonsbygging</i>	45
5.2.5	<i>Strategi</i>	46
5.2.6	<i>Jordmors posisjon</i>	47
5.2.7	<i>Jordmors kommunikasjonsferdigheter</i>	47
6.0	KONKLUSJON.....	49
6.1	Implikasjoner til praksis	50
7.0	REFERANSELISTE.....	51
VEDLEGG 1:	Tilbakemelding fra NSD.....	56
VEDLEGG 2:	Forespørsel til leder om deltakelse i et forskningsprosjekt.....	60
VEDLEGG 3:	Forespørsel til jordmor om deltakelse i et forskningsprosjekt.....	61
VEDLEGG 4:	Intervjuguide	62

1.0 INTRODUKSJON

Basert på egen erfaring gjennom praksis i svangerskapsomsorgen ser forfatteren at det er viktig å belyse temaet overvekt hos gravide, da det kan være utfordrende for jordmødrene å skulle ta opp dette temaet.

Fra pensumlitteratur og bøker har det blitt funnet mye informasjon om kosthold og ernæring, fysisk aktivitet som anbefales for gravide og risikofaktorer. Det er imidlertid ikke blitt funnet så mye litteratur som omhandler jordmors tilnæringsmetoder og strategier i møte med den overvektige gravide.

Det er derfor interessant å se på hva slags fokus jordmødrene har i møte med den overvektige gravide. I denne studien er det ikke ønskelig å bare se på kostholdsveiledning og risikofaktorer, men også hva jordmor sier og gjør i sine møter med de overvektige gravide.

1.1 Bakgrunn

Overvekt og fedme er en av de største helseutfordringene i verden. Ca. 5% av verdens befolkning, eller om lag 315 millioner, har kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 30 (James, 2004). Det er i dag ikke bare i de industrielle landene som forekomsten av fedme har økt, men i de siste årene har også dette problemet økt i utviklingslandene (WHO, 2002). For å vurdere kroppsvekt og fettfordeling i forhold til helse er det tatt i bruk ulike parametere. Den mest kjente er KMI, som er vekten i kg dividert med kvadratet av høyden i meter. KMI brukes for å vurdere grensene for normalvekt og vekt som kan representere sykdomsrisiko (Helsedirektoratet, 2011).

World Health Organization (WHO) (2004) klassifiserer KMI for voksne slik:

KMI:	Klassifisering:
18,5 - 24,99:	Normalvekt
≥ 25 :	Overvekt
≥ 30 :	Fedme
30 - 34,99:	Fedme grad I
35 - 39,99:	Fedme grad II
≥ 40 :	Fedme grad III

Figur 1: WHO's klassifisering av KMI

KMI kan likevel ikke brukes alene til å vurdere overvekt, da mennesker med mye muskelmasse, lav fettprosent, i kombinasjon høy KMI ikke karakteriseres som overvektige. Som et supplement til KMI brukes midjemål som en vurdering av vektrelatert helserisiko, da midjemålet kan indikere økt intraabdominalt fett. Intraabdominalt fett kan visualiseres direkte med CT og MR-målinger (Helsedirektoratet, 2011).

Helseproblemet som gjelder økende overvekt gjelder også for gravide. Overvekt hos den gravide er som kjent assosiert med risiko for mor og barn, som for eksempel svangerskapsdiabetes, høyt blodtrykk, trombose, intrauterin fosterdød, keisersnitt og misfarget fostervann i fødsel (Henriksen, 2010). I Norge er prevalensen av overvekt og fedme blant kvinner i fertil alder økt 2 – 3 ganger i løpet av en generasjon (Helsedirektoratet, 2014; Meyer & Tverdal, 2005).

Flere forhold kan ha bidratt til en slik utvikling, men den dominerende faktor er ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk (Helsedirektoratet, 2014). Henriksen (2007) gjorde en studie av 3000 gravide i Oslo, hvor det ble funnet at leskedrikker var en vesentlig kilde for sukker. Hos 38 % av de gravide utgjorde sukker mer enn 10 % av energiinntaket (Henriksen,

2007). Henriksen (2006) viser til studier fra andre land som viser til at energiinntaket blant yngre kvinner ikke har økt vesentlig de siste 30 årene, og det trekkes derfor beslutninger om at forbruket av energi ha gått ned. Dette skyldes i all hovedsak at befolkningen generelt har blitt mindre fysisk aktiv (Henriksen, 2006).

For de overvektige gravide kan svangerskapsplager som sure oppstøt, bekken- og ryggmerter, slitenhet og tung pust oftere forekomme. Fødselen kan ta lengre tid, og akutte keisersnitt er vanligere. Ved keisersnitt, enten det er planlagt eller akutt, får overvektige oftere komplikasjoner (Henriksen, 2010). Forekomsten av svangerskapsdiabetes har hatt en økning i flere land, også i Norge (Dabelea et al., 2005; Folkehelseinstituttet, 2016). Overvektige gravide har flere liggedøgn på sykehus i forbindelse med svangerskap og fødsel, og nyfødte har oftere behov for overvåkning på intensivavdeling etter fødsel (Voldner, 2011). Likevel er utfallet positivt for flertallet av de overvektige kvinnen, både i svangerskapet og under fødselen (Henriksen, 2010). For jordmor og lege som har ansvar for oppfølgingen av den gravide, viser Moldjord (2009) til at det kan være praktiske vanskeligheter i forbindelse med undersøkelse av fosterets vekst og leie ved ytre palpasjon når den gravide er overvektig. Noe som kan medføre at det kan være vanskelig å danne seg et riktig bilde av fosterets utvikling (Moldjord, 2009).

Claesson et al. (2008) og Nyman et al. (2010) beskriver at kvinner som både er gravide og overvektige må i den forbindelse eksponere kroppen sin for observasjoner og undersøkelser. Disse kvinnene er en sårbar gruppe, og opplever negative følelser og utilpasshet i møte med jordmor. I flere tilfeller fortalte kvinnene at de ble møtt med en krenkende atferd fra jordmor. De opplevde at jordmor var opptatt av det somatiske, men at hun i tillegg må inneha kunnskap om overvekt ut i fra den enkelte kvinnens behov. For å kunne gi individuell omsorg bør det settes av tid til at kvinnen får fortelle sin egen historie (Claesson et al., 2008; Nyman et al., 2010). Vekt og kropp er ofte et sårbart tema, og i vår kultur ansett som et privat anliggende (Moldjord, 2009).

I retningslinjene for svangerskapsomsorgen påpekes det at ernæringstilstanden og vekten til den gravide skal ha fokus når kvinnen er på svangerskapskontroll hos jordmor eller lege. Det påpekes også at overvektige gravide er en gruppe som skal ha individuell og spesiell oppfølging i kost og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2005). Jordmor og fødselslege som er i kontakt med den gravide kjenner til sitt ansvarsområde. De har kunnskap om å fremme helse, men møter utfordringer i samtalen om overvekt med kvinnen. Behandlerne har

kunnskap om ulike risikofaktorer ved å være overvektig gravid, men de ønsker ikke å uroe kvinnen ved å informere om alt dette (Moldjord, 2009).

I Norge foregår svangerskapskontrollen enten hos jordmor eller lege, eller i en kombinasjon. Hvor kvinnen velger å gå til kontroll er opp til henne selv. Det kan medføre utfordringer i forbindelse med hvem som tar for seg informasjon og oppfølging av den overvektige gravide gjennom svangerskapet etter de retningslinjene som er gjeldende for svangerskapsomsorgen.

1.2 Problemstilling

Gjennom litteratursøk viser det seg at det er få studier som beskriver hvordan jordmor møter kvinnene i forhold til overvekt i svangerskapsomsorgen. Det er heller ikke beskrevet hvordan jordmor skal gå frem når det gjelder dette temaet. Med denne studien vil vi få en innsikt i hva noen jordmødre gjør og sier i sine møter med de overvektige gravide i svangerskapsomsorgen.

Opgavens problemstilling er:

«Hvilke strategier anvender jordmødre i svangerskapsomsorgen i møte med den overvektige gravide?»

1.3 Begrepsavklaring av problemstilling

Strategi: Plan for å nå et mål. I denne studien vil det si hva som skal gjøres for å nå et mål. Jordmor har et ansvar for å sikre kvalitetsmessig svangerskapsomsorg, sikre den gravide god helse gjennom svangerskapet, og oppdage og forebygge komplikasjoner (Fylkesnes, 2010). Dette innebærer at jordmor lager seg en plan for hvordan hun skal oppnå dette, for å sikre kvinnen et best mulig utgangspunkt for svangerskap, fødsel og barseltid.

Overvektig gravid: En kvinne som har KMI på ≥ 25 rett før svangerskapet eller i 1.trimester (Henriksen, Overrein, Kardell, & Skogøy, 2014). Å være overvektig gravid medfører risiko for mor og barn, slik som beskrevet i kapittel «1.1. Bakgrunn».

Svangerskapsomsorg: Svangerskapsomsorgen er et frivillig og gratis tilbud til alle gravide, og de gravide kan velge om de vil gå til lege eller jordmor, eller i kombinasjon. Jordmødre i svangerskapsomsorgen er pålagt å tilby kvalitetsmessig god svangerskapsomsorg som kan sikre den gravide god helse gjennom hele graviditeten, og der jordmor så tidlig som mulig kan

oppdage og behandle komplikasjoner, eller om nødvendig henvise kvinnen til spesialist. Jordmor har også et ansvar om å holde seg faglig oppdatert til enhver tid (Fylkesnes, 2010). I denne oppgaven fokuseres det på jordmor i møte med de overvektige gravide i svangerskapsomsorgen i kommunen.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Det å presentere sitt paradigme eller sin teoretiske referanseramme er av betydning i masteroppgaver, da et paradigme representerer den forståelseshorisont som man har. Det er med bakgrunn i det presenterte paradigmet og de metodologiske overveielene som datamaterialet samles inn, arbeides med og analyseres. Å være klar over sin egen forforståelse kan være en forutsetning for å vurdere forskningens gyldighet (Nilsson, 2007). Det å forstå noe som har mening, må en alltid i fortolkningen av enkelthetene gå ut fra en viss forforståelse av helheten som deler av teksten hører hjemme i. Den forståelsen en oppnår av delene, påvirker så tilbake til forståelsen av helheten. På denne måten dannes en sirkel, som kalles for den hermeneutiske sirkel (Lægreid, Skorgen, & Hagen, 2001).

Forforståelsen er det en bringer med seg av kunnskap inn i forskningsprosessen. Denne kunnskapen påvirker til enhver tid måten vi samler og leser våre data på. Dette kan gi både næring og styrke til prosjektet, men kan også virke som en tung bølge da en ikke alltid klarer å se hva som dukker opp i prosjektet. Denne bagasjen består av erfaringer, faglig perspektiv, og av den teoretiske referanserammen som forfatteren innehar ved prosjektets begynnelse (Malterud, 2014). Forforståelsen er en viktig motivasjonsfaktor for forskeren til å sette i gang med forskning innenfor et bestemt tema (Malterud, 2014).

Den metodologiske tilnærmingen kan være både deduktiv og induktiv. Deduktiv tilnærming innebærer analyse basert på allerede eksisterende modell eller teori. Induktiv tilnærming innebærer en analyse av tekster som blant annet kan være basert på menneskers fortellinger, som for eksempel hvordan det er å leve med en kronisk sykdom (Thagaard, 2009). I denne oppgaven fokuseres det på kvalitativ innholdsanalyse med en induktiv tilnærming, da problemstillingen i utgangspunktet ikke er laget på bakgrunn av en bestemt teori. Det teoretiske grunnlaget utvikles på grunnlag av dataanalysen og resultatene (Thagaard, 2009).

2.1 Jordmors profesjon og ansvarsområder

International Confederation of Midwives (ICM) (2005) definerer jordmor som en person som har fullført og bestått godkjent jordmorutdanning, og har ervervet seg nødvendige kvalifikasjoner for å bli autorisert og/eller blir tildelt lisens til å utøve jordmorvirksomhet. Som jordmor skal en være ansvarsbevisst og profesjonell, og arbeide sammen med kvinnen for å gi henne best mulig støtte, rådgivning og omsorg i løpet av svangerskap, fødsel og

barseltid. En jordmor har et eget ansvar for å lede og bistå kvinnen under fødsel, og ha omsorg for det nyfødte barn og spedbarn. Dette innebærer at jordmor skal iverksette forebyggende tiltak, fremme normal fødsel, oppdage komplikasjoner hos mor og barn, og ha tilgang til medisinsk assistanse ved nødtiltak. I undervisning og helserådgivning har jordmoren en viktig oppgave for hele samfunnet og familien. Denne undervisningen og helserådgivningen omfatter blant annet forberedelse til foreldrerollen, og forberedelse til fødsel. Undervisningen innebærer også seksuell og reproduktiv helse, og spedbarnspleie. Som jordmor kan en praktisere i miljøer som helsestasjon, fødestue, sykehus, lokalsamfunn og i hjemmet.

For å høyne kvaliteten på jordmoromsorgen har ICM presisert noen ferdigheter og kunnskaper som er grunnleggende for en jordmor å inneha (Fylkesnes, 2010). Et av kravene innebærer at jordmor skal gjennom kvalitetsmessig god svangerskapsomsorg sikre den gravide god helse gjennom hele graviditeten. Dette inkluderer at jordmor skal så tidlig som mulig i svangerskapet oppdage og behandle komplikasjoner, og eventuelt henvise kvinnen til spesialist der det er nødvendig (Fylkesnes, 2010).

Det jordmorfaglige yrkesområdet i Norge er tilknyttet privatpraksis, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Moldjord, 2009). Jordmorvirksomheten omfatter kvinners familiedannelse og helse i et livsløpsperspektiv, med hovedvirksomheten som er kvinners helse gjennom et svangerskap, fødsel og barseltid (Moldjord, 2009).

De etiske retningslinjene for jordmorvirksomheten som er utarbeidet av ICM er grunnleggende for verdier og holdninger for jordmorarbeid rundt om i verden (Fylkesnes, 2010). Retningslinjene tar utgangspunkt i menneskerettighetene, og gir til kjenne at prinsippet om rettferdighet og gjensidige relasjoner basert på tillit, verdighet og respekt er grunnleggende for jordmorarbeidet (Fylkesnes, 2010).

Jordmor har ansvar for å utvikle og opprettholde relevante kunnskaper innenfor jordmorfaget, og holde seg faglig oppdatert til enhver tid (Fylkesnes, 2010). Jordmødrene har et ansvar for å forebygge sykdom under svangerskap, fødsel og barseltid. Som jordmor er det viktig, gjennom samtale og observasjoner av kvinnene, å individualisere oppfølgingen slik at tiltakene blir individuelt rettet (Moldjord, 2009). Dette vil si at jordmor må ha et annet fokus og veilede de overvektige gravide på en annen måte sammenlignet med hvordan jordmor møter andre kvinner i svangerskapsomsorgen. Jordmor skal i svangerskapsomsorgen kunne gi helseinformasjon til ulike grupper i samfunnet for å fremme planlagte svangerskap, familiens

helse og en positiv holdning til familiedannelse og moderskap (Moldjord, 2009). Kunnskap som omhandler hva overvekt kan gi av komplikasjoner for mor og barn i graviditeten er noe som jordmor innehar, og som hun har et ansvar om å formidle til den gravide, slik at hun kan ta kontroll over og mulighet til å forbedre sitt liv (Moldjord, 2009).

På svangerskapskontrollene informerer jordmor om hva som er sunn og næringsrik kost, og hvilke aktiviteter den overvektige gravide kan holde på med i svangerskapet. Gravide skal ha et sunt og variert kosthold på lik linje med befolkningen for øvrig (Helland, Smith, Saarem, Saugstad, & Drevon, 2003). Kosten bør omfatte rikelig med grønnsaker, frukt, fisk, grove kornprodukter og magre kjøtt- og melkeprodukter (Helland et al., 2003). Jordmor må respektere at kvinnene tar egne valg om sine levevaner på bakgrunn av den informasjon og veiledning som jordmor har gitt på svangerskapskontrollen (Fylkesnes, 2010).

2.2 Den overvektige gravide

I følge Helsedirektoratet (2011) skyldes fedme og overvekt forstyrrelser i energibalansen. Miljø, levevaner, individuell atferd og biologiske forutsetninger kan påvirke energibalansen. For å motvirke økningen i forekomsten av fedme må en anvende strategier som tar utgangspunkt i det som bidrar til å forklare at vekten går opp og at vektreduksjon ikke alltid er så lett som man kunne ønske (Malterud & Tonstad, 2009). Psykososiale forhold utgjør en viktig betingelse for utvikling av overvekt, i tillegg til psykologiske forhold relatert til depresjon, overgrepserfaringer og stress som også kan ha en betydning for vektutviklingen. Flere medikamenter kan også disponere for vektøkning (Helsedirektoratet, 2011).

Forebygging av overvekt i svangerskapet krever at den gravide legger om livsstilen. Det er i forhold til ernæring og aktivitet de største forandringene må gjøres. Det er sunt både for mor og barn å være i fysisk aktivitet mens en er gravid. Mosjon i svangerskapet kan forebygge risikoen for tilstander som svangerskapsdiabetes, preeklampsi, ryggbesvær og bekkenløsning (Moldjord, 2009).

Gjennom svangerskapet er det normalt å ha en vektøkning. For normalvektige anbefales det en vektøkning på 11 til 18 kg i svangerskapet. For overvektige er anbefalt vektøkning i svangerskapet fra 7 til 11 kg, og for de som klassifiseres innenfor grensene for fedme er anbefalt vektøkning i svangerskapet 5 til 9 kg. Ved termin veier en fullbåren baby mellom 3 til 3,6 kg. Resten av kiloene fordeler seg mellom større bryster (ca.1 kg), større livmor (ca. 1

kg), placenta (ca. 0,7 kg), økt blodvolum (ca. 1,4 til 1,8 kg), økt væske i kroppen (ca. 1,4 til 1,8 kg) og fettlagrene (ca. 2,7 til 3,6 kg) (NorskHelseinformatikk, 2014). Kraftig vektoppgang i svangerskapet kan også skyldes andre årsaker som ødemer og høyt energiinntak. Det er viktig for jordmor å kartlegge årsaken til vektoppgangen, da vektoppgang på grunn av ødemer i kombinasjon med andre symptomer kan være tegn på preeklampsi (NorskHelseinformatikk, 2014).

2.3 Svangerskapsomsorgen

Helsedirektoratet (2005) beskriver svangerskapsomsorgen som en helsetjeneste som kan både fremme helse, og forebygge sykdom. Dette gjøres ved å arbeide for å definere og forhindre risikofaktorer som kan øke forekomsten av sykdom og plager. De som arbeider i helsetjenesten bør informere om helsefremmende tiltak. De helsefremmende og forebyggende tiltakene bør fokusere på det som støtter og styrker den gravide og hennes familie til å mestre livet i en ny situasjon med barn (Helsedirektoratet, 2005). Tilbudene i svangerskapsomsorgen er frivillig, og gratis for de gravide. Alle kommuner er pålagt å tilby en slik tjeneste, og all dokumentasjon i forbindelse med svangerskapskontroller skal skje på «Helsekort for gravide», som er et felles dokument for alle som er i kontakt med kvinnen relatert til svangerskapet (Helsedirektoratet, 2005).

Jordmor har et selvstendig ansvar for å overvåke utviklingen av normale svangerskap og fødsler, eventuelt i samarbeid med lege. I retningslinjer for svangerskapsomsorgen er det anbefalt at gravide følger et basisprogram med åtte kontroller til og med uke 40. Det er ingen grense for når første kontroll bør utføres, men det er fordelaktig med rask etablering av kontakt da kvinnen er blitt gravid. På denne måten kan veiledning vedrørende levevaner i svangerskapet bli satt fokus på så tidlig som mulig (Helsedirektoratet, 2005). I basisprogrammet inkluderes det en ultralydundersøkelse i uke 17-19 (Helsedirektoratet, 2005). På første svangerskapskontroll i uke 8-12 beregnes kvinnens kroppsmasseindeks (KMI), som føres på helsekortet. Den gravide bør rutinemessig tilbys individuell veiledning i kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2005). I svangerskapsomsorgen er det fokus på ernæringstilstanden hos den gravide, og om den gravide får i seg nok og riktig sammensatt kost i svangerskapet. Fokuset må også må dreie seg om overvekt og levevaner (Helsedirektoratet, 2014).

Overvekt hos gravide kvinner er en faktor som kan påvirke de undersøkelser som jordmor gjør på svangerskapskontrollene. Symfuse-fundusmål som brukes til å kontrollere fosterets vekt kan gi feilaktig informasjon, noe som kan lede til flere ultralydundersøkelser. Bildekvaliteten på ultralydundersøkelsen kan være dårligere, og fosteranatomiske undersøkelser kan være vanskeligere å utføre. Dette kan føre til at det blir vanskelig å konkludere, og antall undersøkelser blir flere (Moldjord, 2009). Overvekt kan også gi feilmargin på blodtrykksmåling, og det er viktig å finne en blodtrykksmansjett som passer til kvinnens arm. En av svangerskapskonsultasjonens viktigste oppgave er å oppdage preeklampsi, og det er derfor viktig at blodtrykksmålingen blir korrekt (Moldjord, 2009).

3.0 MATERIALE OG METODE

For denne studien ble det funnet at kvalitativ metode er mest hensiktsmessig å anvende, fordi informantene kan snakke fritt om et sårbart tema som ikke direkte kan måles i tabeller og grafer.

For å belyse problemstillingen benyttes kvalitativ metode (Malterud, 2014). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Kvalitative metoder kan brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitative metoder anvendes for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Denne metoden har sin styrke i å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier (Malterud, 2014). Ved å reflektere over dataenes meningsinnhold tolker en resultatene av en undersøkelse. På hvilken måte disse dataene tolkes kan knyttes til de tendenser og sammenhengene som forskeren vurderer under dataanalysen og til forskerens teoretiske referanseramme (Thagaard, 2009).

Hermeneutikken innebærer å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn hva som kan sees på ved første øyekast. Det å ha en hermeneutisk tilnærming vil si at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2009). En mening kan bare forstås i den sammenheng som det vi studerer er en del av. Innenfor hermeneutikken forstår vi delene i lys av helheten (Thagaard, 2009). Tolkning av intervjuetekster kan sees på som en dialog mellom forfatter og tekst, hvor forfatteren fokuserer på den meningen som teksten formidler. Det å skulle tolke en tekst med handlinger innebærer å gi de bestemte handlingene en mening. Disse handlingene kan forstås som tegn som gir kunnskap om en underliggende struktur (Fangen, 2010).

Når det gjelder grad av nærhet og distanse skiller kvalitative studier seg fra kvantitative. I kvantitative studier står forskeren utenfor og er objektiv, mens i kvalitative studier veksler forskeren mellom å være nær, og distansere seg fra det. Forfatteren vil da i mindre eller større grad være medskaper i forskningsprosessen (Lundman & Graneheim, 2008). For å kunne distansere seg selv kan det være av verdi å bruke strukturerte spørsmålsformuleringer, istedenfor deltakende observasjoner. Strukturerte spørsmålsformuleringer kan lages som spørreskjemaer, eller anvendes i intervjuer, som innebærer at forskeren på forhånd har formulert spørsmål som stilles på samme måte til alle deltakerne (Lundman & Graneheim, 2008).

I vitenskapelige artikler der kvalitativ innholdsanalyse anvendes, forekommer begrep som gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Lundman & Graneheim, 2008). Når det gjelder hvor «farget» resultatet i forskningen er, strever forskeren for å beskrive sin egen delaktighet tydelig innenfor den kvalitative tradisjonen (Lundman & Graneheim, 2008). I følge Lundman & Graneheim (2008) diskuteres det hvorvidt begrepene skal brukes om hverandre innenfor den kvalitative metoden. For å vurdere troverdighet i kvalitativ forskning brukes ofte reflekterende og resonnerende metoder, som for eksempel ekspertgrupper. I ekspertgrupper foregår det refleksjon og diskusjon mellom deltakerne i forskningsgruppen i fellesskap for å oppnå enighet i tolkningen av tekster (Lundman & Graneheim, 2008).

3.1 Valg av intervjumetode

I denne studien har det blitt anvendt kvalitativt semistrukturert intervju. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver semistrukturert intervju som et intervju med formål om å innhente beskrivelser av informantens livsverden, med fokus på å tolke meningen av de fenomener som blir beskrevet (Kvale et al., 2015). Semistrukturert intervju inneholder flere temaer som skal dekkes, og spørsmål som kan stilles. Intervjuet er preget av åpenhet når det gjelder endringer i formuleringen og rekkefølgen på spørsmålene. Dette for å sikre at informantene ble stilt de samme spørsmålene, samtidig som det åpnet for å kunne stille spørsmål med utgangspunkt i informantenes forklaringer, slik at de måtte utdype sine svar og forklaringer (Kvale et al., 2015).

Ved gjennomføringen av kvalitative intervjuer kreves det systematisk planlegging i forkant (Kvale et al., 2015), og ved gjennomføringen av denne studien ble det på forhånd utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 4). Ved å planlegge intervjuet på forhånd ble det lagt til rette for høyere kvalitet på den kunnskapen som fremkommer i intervjusamspillet. Kvalitative intervjuer har en åpen struktur, og det finnes ingen fastlagte standardprosedyrer, men det skal likevel velges tilnærming eller teknikk for de forskjellige trinnene i intervjuundersøkelsen (Kvale et al., 2015). I denne studien ble det benyttet en hermeneutisk tilnærming.

3.2 Forforståelse

Malterud (2014) beskriver forforståelse som den ryggsekken vi bærer ned oss inn i et forskningsprosjekt, før prosjektet starter. Alle elementer som vi bærer med oss er legitime og kan være nyttige for forskningsprosessen. Min forforståelse er preget av mine kunnskaper om temaet i studien, og mine erfaringer med svangerskapsomsorgen. Min bakgrunn som jordmorstudent med erfaring fra praksis, vil kunne prege min forståelse i arbeidet med denne studien. Dette er noe som kan prege hvordan datainnsamlingen og analyseprosessen er foregått. Det kan være både fordeler og ulemper med å ha hatt erfaring og kontakt med det miljøet som studien skal basere seg på (Thagaard, 2009). En av fordelene er at jeg kan ha en større innsikt i jordmødrene sin situasjon siden jeg kjenner til miljøet fra før. En av ulempene kan være at jeg overser noe som ikke samsvarer med mine erfaringer og tanker. Dette er noe som kan påvirke prosessene i studien, da jeg kan risikere å gå inn i studien med skylapper og har manglende evne til å tilegne meg nye resultater. Kunnskapen jeg fra tidligere har hatt om temaet, og kunnskapen jeg har ervervet meg har gitt en forståelse som er bra å ha med seg, men det kan også føre til at jeg som forfatter overser viktige momenter og variasjoner i datamaterialet. Det har derfor vært viktig for meg å ha et bevisst forhold til min egen forforståelse.

3.3 Utvalget

For kvalitative studier kan det være vanskelig å finne personer som er villige til å stille som informanter, da slike studier ofte omhandler personlige og til dels nærgående temaer. For å finne informanter som kan inkluderes i studien må det benyttes en seleksjonsmåte som sikrer oss et utvalg av informanter som er villige til å delta i forskningsprosjektet. Fremgangsmåten er å velge de informantene som er tilgjengelige for forskeren (Thagaard, 2009).

Spørsmålet om hvem forskeren skal få informasjon fra, innebærer å definere det utvalget som forskningsprosjektet baserer seg på. Ved å velge informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver, gjøres et strategisk utvalg (Thagaard, 2009). Inkluderingskriteriet for denne studien var at informantene var jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen. Jordmødrene ville da få mulighet til å fortelle sine erfaringer knyttet til det å snakke med overvektige gravide som de følger gjennom svangerskapet.

Jordmødre eller ledere ved helsestasjonene som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er relevante for problemstillingen og undersøkelsens teoretiske referanse ble kontaktet. Dette var da også jordmødre som arbeidet ved samme arbeidssted. En av utfordringene med denne strategien var at informantene har bakgrunn i det samme nettverket og miljøet. For å motvirke dette ble det tatt kontakt med ledere og jordmødre som er tilknyttet ulike miljøer, og ved ulike helsestasjoner. På denne måten ble utvalget av informanter knyttet til ulike miljøer eller nettverk. Informantene er rekruttert fra flere helsestasjoner på Østlandet. Det ble kartlagt hvor mange jordmødre som arbeider ved helsestasjonene og hva slags stillingsprosent de har. Hvor stor stillingsprosent jordmødrene har kan ha betydning for oppfølgingen av kvinnene. Jordmødrene med høye stillingsprosent kan ha mer kontinuitet i sitt arbeid.

Når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. Størrelsen på utvalget er imidlertid avhengig av hvor mange kategorier utvalget skal representere. Et relativt lite utvalg kan være dersom en har én eller noen få kategorier. For kvalitative utvalg anbefales det at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard, 2009). For denne studien var det ønskelig å inkludere fire til seks jordmødre, da dette var et overkommelig antall informanter innenfor denne studiens rammer. For å sikre at det ble tilstrekkelig rikdom og variasjon i datamaterialet var dette antallet ideelt. Det var seks informanter som ble invitert til å delta i studien. Alle som meldte sin interesse ble inkludert i studien. Det var fem jordmødre som ønsket å delta i studien og som lot seg intervju, og en jordmor som ikke ønsket å delta. To av jordmødrene som ble inkludert i studien jobbet både i svangerskapsomsorgen og på en fødeavdeling, disse jobbet i 50-70% stillinger i svangerskapsomsorgen. Tre av jordmødrene som ble inkludert i studien jobbet i 100 % stilling i svangerskapsomsorgen. En av jordmødrene hadde over 4 års erfaring som jordmor, og de 4 øvrige jordmødrene hadde mellom 12 og 30 års erfaring som jordmødre.

3.4 Kontekst

I denne studien ble intervjuene av jordmødrene foretatt på de ulike helsestasjonene som de arbeidet ved. Helsestasjonene var spredt rundt på Østlandet. En av helsestasjonene lå i en liten by med 20 000 innbyggere. De øvrige helsestasjonene lå i kommuner med innbyggertall fra 4000 – 18000. Jordmødrene hadde fra tre til ti pasienter daglig. Ved å utføre intervjuene på deres arena er jordmødrene i sine kjente omgivelser. Hvis jordmødrene ønsket å vise frem

informasjonsbrosjyrer, litteratur, plansjer med mer, var dette tilgjengelig da intervjuene ble utført på deres arbeidsplass. Intervjuene ble foretatt på enerom ved de ulike helsestasjonene. 4 av intervjuene ble foretatt på jordmor sitt kontor, hvor også svangerskapskonsultasjonene foregår. Det siste intervjuet ble foretatt på helsestasjonens møterom. Jordmor og intervjuer satt på skrå mot hverandre, på like stoler.

Jordmødrene var alle etnisk norske, og hadde tatt sykepleierutdanningen i Norge. Alle jordmødrene hadde videreutdanning i jordmorfag. Ingen av de hadde mastergrad, men flere hadde vært på ulike kurs gjennom sin yrkeskarriere som jordmor. En av jordmødrene hadde videreutdanning innenfor psykiatri. Til denne studien ble jordmødre med relevant erfaring fra svangerskapsomsorgen inkludert. Jordmødre som jobber i områder med ulike sosiale og etniske forhold ble inkludert til studien.

3.5 Forarbeid og prøveintervju

Det ble som tidligere beskrevet utarbeidet en intervjuguide på forhånd (vedlegg 4) som tok for seg de spørsmålene intervjueren skulle stille for å få dekket formålet med studien.

Intervjueren ba jordmødrene om å utdype, eller fortelle mer om spørsmålet, dersom det var behov for dette. Intervjuspørsmålene ble tydeliggjort ved hjelp av prøveintervjuet, slik at det ble forstått hva intervjueren spør om.

Et prøveintervju ble foretatt slik at intervjueren kunne gjøre en evaluering og foreta de tilpasninger var nødvendige samt kontrollere at spørsmålene blir forstått. I prøveintervjuet ble intervjuguiden prøvd ut, for å kontrollere at spørsmålene var forståelige, hvordan flyten i intervjuet var, interaksjoner og dynamikk for å nevne noe. I tillegg ble det testet ut at det tekniske utstyret virket tilfredsstillende. Det var viktig å sikre at utstyret ble betjent riktig og at det var god nok kvalitet på lydopptaket til at det kunne danne grunnlag for transkribering i etterkant.

3.6 Intervjuet

Jordmødrene som er blitt intervjuet har fortalt om sine erfaringer og utfordringer som er knyttet til deres arbeid rettet mot gravide og overvekt. Intervjuguiden ble et viktig redskap for å holde seg til temaet og få svar på de spørsmålene som ble stilt. Thagaard (2009) beskriver at

en vanlig erfaring fra intervjuundersøkelser er at informantene mer enn gjerne forteller til en interessert lytter.

Hvor undersøkelsen skal finne sted avhenger av at forfatteren får adgang til de personene og det miljøet som er relevant for problemstillingen. Som forfatter må en være forberedt på at stedet for undersøkelsen kan endres, da det kan være vanskelig å få tilgang til det miljøet som i utgangspunktet var planlagt. Som forfatter presenterer en seg som nøytral utenforstående, og når forfatteren først har fått adgang, har som regel informantene ingen motforestillinger ved å presentere seg og sin virksomhet til forskeren (Thagaard, 2009).

Det ble foreslått at intervjuene skulle foregå på jordmødrenes arbeidsplass, men dette var noe som jordmødrene kunne bestemme selv. Det var viktig at intervjuene skulle foregå på et sted der jordmødrene var avslappet og i trygge og vante omgivelser. Det skulle ikke medføre økt tidsbruk for de å delta i dette intervjuet. Når jordmødrene befant seg i trygge omgivelser ble det sannsynligvis lettere å konsentrere seg om emnet.

Det er viktig å være klar over de psykologiske og maktmessige faktorer som har innvirkning på intervjuprosessen (Fog, 2004). Intervjueren må være klar over at intervjuet er en mellommenneskelig prosess med de maktmessige relasjoner det også innebærer. De vil alltid være til stede der mennesker møtes, og påvirke kvaliteten av forskningen. Så lenge prosessene ikke erkjennes, er de usynlige og kan få utilsiktet innflytelse på den den forskningen som gjøres. I en kvalitativ intervjuundersøkelse er det slik at anvendelse av teoretisk kunnskap og erfaring påvirker intervjuprosessen (Fog, 2004).

Intervjuene startet med bakgrunnsinformasjon som alder, hva slags arbeidssted, hvor lang arbeidserfaring jordmor har, om jordmor har utdanning innen andre fagområder eller annen relevant videreutdanning. Videre ble spørsmålene fra spørsmålsguiden stilt. Intervjuguiden ble et hjelpemiddel gjennom intervjuet, men spørsmålene ble ikke alltid stilt i kronologisk rekkefølge slik de var satt opp i intervjuguiden. Det var ønskelig å se på hva jordmødrene ser på som det mest utfordrende.

Intervjuet ble avrundet med mulighet for jordmødrene til å komme med informasjon som det ikke var blitt spurt direkte om. Intervjuene varierte noe i form ettersom dette var en planlagt og fleksibel måte å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden på for videre tolkning (Kvale et al., 2015).

Som intervjuer er det viktig å ha det tekniske utstyret i orden. Under intervjuene ble det brukt en diktafon, og en app for lydopptak på telefon som back-up. Dette for å dokumentere den informasjonen som kom frem under intervjuene som siden ble transkribert og analysert. Intervjueren var trygg på å bruke utstyret slik at det ikke blir satt unødig fokus på dette. Som intervjuer ble det lagt vekt på nøytral bekledning, slik at det ikke ble unødige distraksjoner på grunn av dette.

Når intervjuene ble tatt opp ble intervjuer friere til å konsentrere seg om temaet og dynamikken i intervjuet siden det ikke var behov for å ta notater underveis. Det registreres ikke bare det som sies, men også pauser, tonefall og ordvalg. Intervjuene ble hørt på gjentatte ganger i etterkant. Opptakene ble lagret i en datamaskin. De slettes når sensur på oppgaven foreligger. Informantene snakket høyt og tydelig, og bakgrunnsstøy ble unngått i den grad det var mulig, slik at lydkvaliteten ble bra. Det ble noe småsnakk fra både intervjuer og jordmor, og dette var noe som førte til at intervjuene krevde flere gjennomhøringer.

Etter intervjuet tok intervjueren en pause der det ble gjennomgått hva som har fremkommet under intervjuet. De inntrykkene som intervjueren satt igjen med rett etterpå er av stor viktighet når det kommer til videre analyse av de transkriberte intervjuene.

3.7 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, som vil si å skifte fra en form til en annen. I denne sammenheng vil det si fra talespråk til skriftspråk (Kvale et al., 2015). Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju, med to uker pause fra det første intervjuet til det andre, slik at forfatteren kunne ta seg god tid til bearbeiding av det første intervjuet, og transkriberingen. Forfatteren valgte å transkribere intervjuene ord for ord, for å holde transkripsjonen så korrekt som mulig, noe som kan bidra til å øke transkripsjonens pålitelighet (Kvale et al., 2015). Pauser, gjentakelser, sukking og latter ble notert. Da intervjuene ble transkribert ble det lettere å strukturere innholdet og å få en oversikt over materialet. Transkriberingen ble utført i Word, med en fotpedal fra Philips som et godt hjelpemiddel. Etter transkriberingen ble datamaterialet skrevet ut, slik at det kunne skrives på notater til neste intervju, og som et hjelpemiddel for å begynne på analyseprosessen.

3.8 Analyseprosessen

Fokus ved kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere forskjeller og likheter i en tekst. Forskjeller og likheter uttrykkes i kategorier og temaer på ulike nivåer. Når kategorier og temaer blir laget, har konteksten en betydning. Et aspekt av en kontekst henger sammen med hvordan studien gjennomføres. Tolkning av tekster forutsetter derfor kunnskap om den konteksten som studien er gjennomført i. Et annet aspekt er den sammenhengen som omgir teksten, det vil si at deler av teksten kun forstås ut ifra den teksten som kommer før og etter. Dette innebærer at deler av teksten ikke bare kan plukkes ut, og teksten betraktes derfor ikke som autonom og fri fra sin sammenheng (Lundman & Graneheim, 2008).

Sentrale begreper for å beskrive analyseprosessen ved kvalitativ innholdsanalyse er analyseenhet, domene, meningsenhet, kondensering, abstraksjon, kode, kategori og tema (Lundman & Graneheim, 2008). I denne studien vil domeneene være de delene av intervjueteksten som svarer konkret på spørsmålene i intervjuguiden. Dette vil være deler av teksten som omhandler et spesifikt område som er mulig å identifisere, og som har lav grad av tolkning. Domenene deles opp i meningsbærende enheter, som inneholder deler av teksten, og som i moderat størrelse utgjør grunnlaget for analysen (Lundman & Graneheim, 2008). Graneheim og Lundman (2004) beskriver innholdsanalyse som en metode med hensikt å analysere både det manifeste og det latente innholdet i en tekst. Det manifeste innholdet i teksten kan beskrives som det teksten sier, det åpenbare, mens det latente innholdet i teksten er det teksten handler om, en dypere forståelse.

I denne studien ble Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse anvendt for å analysere intervjuetekstene. Hele teksten ble lest gjennom flere ganger av analysator (forfatter) og medanalysator (hovedveileder) så åpent som mulig, slik at det ble etablert en følelse for helheten med studiens formål som base. Så ble meninger eller fraser som var relevante for problemstillingen plukket ut, men teksten rundt ble fremdeles inkludert slik at sammenhengen fortsatt ble forstått. Disse meningene eller frasene ble kalt for meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble kondensert, og hensikten var å forkorte teksten, men likevel beholde innholdet. Dette gjorde at teksten ble kortere og mer håndterbar. De kondenserte meningsenhetene ble kodet og gruppert i fem sub-kategorier som gjenspeilte det sentrale budskapet i intervjuene. Det ble reflektert kritisk rundt kodene, og de ble sett i sammenheng med studiens problemstilling. Sub-kategoriene ble så sortert i tre kategorier. Disse

kategoriene utgjør det manifesterte innholdet i teksten. En kode er en etikett på en meningsenhet som kortfattet beskriver innholdet. En kategori utgjøres av flere koder som har et lignende innhold. Til slutt ble det formulert et tema, der det latente innholdet, den underliggende meningen, i intervjuene kom frem. Graneheim og Lundman (2004) skriver at et tema utgjør den røde tråden som kommer igjen i flere kategorier. Alle stegene i analyseprosessen ble diskutert kritisk. Avslutningsvis diskuterte analysator og medanalysator resultatene satt i sammenheng med studiens problemstilling, og ble enige om endelige kategorier og tema.

3.9 Etikk

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD. Forfattere av kvalitative studier må ha deltakernes informerte samtykke, og som hovedregel skal en studie bare settes i gang etter at dette samtykket er innhentet (NESH, 2010). Informantene har til enhver tid mulighet til å avbryte sin deltakelse i studien, uten at det fører til noen negative konsekvenser for dem. Dette er noe som baserer seg på respekten for individets råderett over eget liv, og kontroll over de opplysninger som deles med andre (NESH, 2010).

På forhånd ble skriftlig samtykke fra lederne ved de ulike helsestasjonene innhentet. Jordmødrene fikk informasjon om at alle data skulle bli behandlet konfidensielt og anonymiseres ved publisering. Alle jordmødrene ga et informert samtykke om å delta i studien. Informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig. Det har kun vært veileder, biveileder og masterstudent som har hatt innsyn i datamaterialet. Informantene fikk også informasjon om hvordan data skulle samles inn og håndteres, og at de kunne trekke seg underveis i prosessen uten å komme i en vanskelig situasjon. Datamaterialet skal slettes når sensur på oppgaven foreligger (NESH, 2010).

Alle personlige opplysninger er anonymisert i presentasjonen av studien for å sikre konfidensialitet. Lydopptakene som ble gjort ble umiddelbart slettet etter at intervjuene var transkribert. Samtykkeerklæringene fra ledere ved helsestasjonene og jordmødrene som ønsket å delta i studien ble oppbevart i en låsbar skuff, og ble deretter makulert.

Det kan være utfordringer knyttet til å sikre anonymitet hos informantene når det gjelder arbeidsforhold. En masteroppgave er i prinsippet offentlig, og den kan bli lest av kolleger og arbeidsleder til informantene. Anonymiteten er sikret slik at det ikke vil føre til noen

konsekvenser for jordmødrene i sitt arbeidsforhold. I forkant av intervjuet fikk jordmødrene et informasjonsskriv hvor det kort ble gjort rede for dette temaet (Vedlegg 3).

Intervjueren bruker seg selv som et instrument i intervjuene, og i den forbindelse er det viktig å ha selvinnsett. Fog (2004) skriver at tankegangen er at man skal granske sitt følelsesmessige engasjement i saken og overfor forskningsprosjektet, være seg bevisst sine fordommer og forforståelse slik at dette ikke vil påvirke intervjuprosessen.

Det å tolke data kan innebære etiske dilemmaer når forfatterens perspektiv er forskjellig fra informantens forståelse av sin situasjon. Som forfatter og den som tolker informantens situasjon utenfra, vil hun eller han ha et annet perspektiv enn informantens. Informanten kan oppleve det fremmedgjørende og provoserende at en utenforstående setter noe i sitt perspektiv (Thagaard, 2009).

Av hensyn til å sikre anonymitet i studien er ikke jordmødrene nummerert i sitatene i resultatdelen. Resultatene kan derfor ikke kobles til de ulike jordmødrene som deltok i studien.

4.0 RESULTAT

Denne studiens formål var å se på hvilke strategier som jordmor anvender i sine møter med den overvektige gravide. Innholdsanalysen resulterte i tre kategorier som representerer det manifesterte innholdet i jordmødrenes utsagn om sine erfaringer og opplevelser (Graneheim & Lundman, 2004): «*Jordmødrenes observasjoner og oppfølging av de overvektige gravide kvinnene*», «*Jordmødrenes strategier for å ta tak i overvekt blant de gravide*» og «*Jordmødrenes forklaringer for å ikke ta tak i overvekt blant de gravide*». Da analyseprosessen var ferdig, og resultatene var klare, ble det fremstilt et hovedtema som presenterer det latente innholdet i jordmødrenes utsagn og opplevelser (Graneheim & Lundman, 2004): «*Overvekt – et vanskelig tema for jordmor å snakke om i svangerskapsomsorgen*».

4.1 Jordmødrenes observasjoner og oppfølging av de overvektige gravide kvinnene

Flere av jordmødrene i intervjuene fortalte at de tok utgangspunkt i helsekortet, slik at de kunne individualisere oppfølgingen etter hva den gravide har behov for. Et fellestrekk for jordmødrene var at de anvendte muntlig kommunikasjon aktivt i sitt første møte med den gravide. Ved å anvende helsekortet måtte de skrive høyde og vekt, og samtidig regne ut KMI. Flere av jordmødrene kunne da fortelle at samtalen naturlig gikk inn på livsstil, hvor de kunne innhente en kostholdsanamnese, og samtidig gi kostholdsveiledning til den gravide. Jordmødrene ga i flere tilfeller forslag til endringer for den gravide, og også kostholdsplaner. Jordmor fikk i begynnelsen av intervjuet lov til å snakke fritt om forekomsten av overvekt blant dagens gravide og deres oppfatning av temaet. Flere av jordmødrene kunne formidle at de syntes forekomsten har økt de siste fem årene, uten at de hadde noen kilde å henvise til. Jordmødrene opplevde at overvekt var noe de gravide ikke ønsket å snakke om, og at dette var et sårbart tema for dem. En av jordmødrene uttrykte seg slik:

Da jeg spør om de veier seg hjemme, og om de har ei vekt hjemme, så svarer de ja, jeg har egentlig det, men. Jeg har ikke. Jeg går ikke på den. Eller det har jeg ikke skaffet meg, eller den har jeg kvitta meg med fordi jeg blir så opptatt av det eller. Noen sier jo at de overhodet ikke vil veie seg for eksempel. Så vi. Det er veldig tydelig for noen så er dette veldig ømfintlig da.

Flere av jordmødrene fortalte at de hadde et inntrykk av at de gravide ofte hadde innsikt i egen situasjon. En av jordmødrene uttrykte seg slik: «De er som regel fullstendig klar over selv at de er overvektige, og mange vet jo at det kan ha betydning.». En annen jordmor sa: «Mange av disse kvinnene vet jo at de er overvektige. Mm. Og de som virkelig er det har kanskje slitt med å bli gravide. De. Selvbildet og selvrespekten er kanskje ikke så veldig sterk.».

Jordmødrene oppfattet at flere av de gravide opplevde det å være overvektig som skambelagt, og noen av de gravide ønsket ikke at KMI skulle stå skrevet på helsekortet. Jordmødrene sa at de forklarte hensikten med at KMI skulle stå på helsekortet for de gravide.

I jordmødrene sine møter med de overvektige gravide kunne flere fortelle om at kvinnene må ville snakke om det selv, og at noen er mer mottakelig for informasjon enn andre. En av jordmødrene sa:

Noen er helt enige med meg, og noen ganger føler jeg det at de bare jatter med meg for å gjøre meg tilfreds. Mens andre ganger kan de ha litt piggene ute, og du ser at de blir lei seg. Så det kan gå litt begge veier. Og noen er kanskje litt mer med på det, og sier selv at dette må jeg tenke på, jeg veier 130 kg, og kan faktisk ikke legge på med 40 kg til, det kan jeg ikke.

Graviditeten er en periode i livet hvor kvinnene er i hyppig kontakt med helsevesenet, og jordmødrene ga uttrykk for at mange er mottakelig for informasjon, og at noen har mer forståelse enn andre. En av jordmødrene fortalte at det ikke var alltid hun følte at kvinnene var like mottakelige for informasjonen som jordmor fortalte. En av jordmødrene sa:

Og det er noen som skal på glukosebelastning, og du forklarer hensikten med det, og som bare har med seg ei flaske Coca Cola vet du, og jeg tenker hmm. Og da vet jeg ikke, da tror jeg nesten jeg prater for litt døde ører, det er bare en følelse jeg får, at de går til meg fordi de må, ikke fordi de synes det er så veldig okay.

Jordmødrene fortalte også at disse kvinnene ofte snakket om hvor sunn og bra livsstil de hadde. Kvinnene ga uttrykk av at de ikke er så interessert i å snakke om temaet overvekt, og at de ofte gikk i forsvar og forklarte hvor lite og hvor bra de spiste. I noen av kommunene er

det tilbud om organisert trening for gravide, men jordmødrene fortalte at de som muligens hadde mest behov for denne aktiviteten ikke møtte opp. Flere av de gravide uttrykte til stadighet på kontrollene at de hadde smerter og ubehag i forbindelse med graviditeten, noe som kunne ha sammenheng med at de var svært overvektige.

De ulike årsakene til overvekt er sammensatt, og det ble nevnt at psykiske faktorer samt sosiale og kulturelle faktorer kunne spille inn. En av jordmødrene fortalte at hun hadde en oppfatning av at flertallet av de overvektige var kvinner med lav utdanning. Jordmoren påpekte i samme setning at hun også hadde hatt et par tilfeller av ressurssterke kvinner med høyere utdanning som også var overvektige. En av jordmødrene kommenterte at hun hadde lagt merke til kroppsfokuset som har utviklet seg de siste årene. Mange av kvinnene hadde en oppfatning av at det nye kroppsbildet var å være veltrent og sunn, og mange av de svært overvektige følte at dette imaget satte de overvektige i et dårlig lys, da de ikke klarte å leve opp til dette bildet. Flere av kvinnene sa at de leste ulike blogger og så i magasiner som alltid frontet slanke og veltrente gravide kvinner.

Jordmødrene fortalte om kulturelle utfordringer, som at de gravide som ikke var etnisk norske ikke har kjennskap til det norske kostholdet. En av jordmødrene sa: «Når hovedvekten er saft og ris ikke sant. Da er det en vei å gå». For noen grupper består kostholdet av mye sukker, hvitt mel og ris, og noen av jordmødrene hadde fått en oppfatning av at ikke alle var så veldig opptatt av å leve så sunt. En av jordmødrene fortalte at hun hadde mange afrikanske damer hos seg, og at enkelte av disse hadde høy KMI. Helsestasjonen hvor denne jordmoren hadde sitt arbeidssted arrangerte kvinnegrupper for de ikke-etnisk norske kvinnene. Her kunne hun observere at hvis det ble servert te, så fylte noen av kvinnene halve koppen med sukker. I noen av samtalene ble det anvendt tolk, og jordmødrene hadde både positive og negative erfaringer med dette.

4.2 Jordmødrenes strategier for å ta tak i overvekt blant de gravide

Hvordan jordmødrene snakket med kvinnene om overvekt ble beskrevet på ulike måter. Flere av jordmødrene nevnte at de allerede på første kontroll, når de regnet ut KMI og skrev dette på helsekortet, snakket om aktivitet og mosjon. Flere delte ut en brosjyre fra Helsedirektoratet. Denne brosjyren heter «Gravid», og de snakket i begynnelsen av samtalen generelt om denne, og individualiserte etter behov.

Selv om informasjonsbrosjyren «Gravid» var et godt redskap, fortalte de fleste at de stort sett brukte muntlig kommunikasjon som sin tilnæringsmåte for å informere kvinnene.

Jordmødrene sa at de følger retningslinjene for svangerskapsomsorgen som er utgitt av Helsedirektoratet. Retningslinjene anbefaler at alle gravide skal veies og måles på den første svangerskapskontrollen, som regel i uke 8-12. Jordmødrene veide kvinnene etter rutine på hver svangerskapskontroll og informerte kvinnene om hensikten med dette.

Jordmødrene informerte om hva som er normal vektøstigning i et svangerskap. Hos de kvinnene som var overvektige anbefalte jordmødrene at vektøstigningen ikke ble større enn 7-11,5 kg, og for de som var klassifisert innenfor referanseområdet for fedme anbefalte jordmødrene at vektøstigningen holdt seg innenfor 5-7 kg i svangerskapet.

Alle jordmødrene regnet ut KMI og skrev dette på helsekortet. Jordmødrene innhentet en livsstilsanamnese, hvor de kartla kostholdet til alle kvinnene. Noen av jordmødrene ga kostholdsveiledning. De veiledet kvinnene i å lage kostholdsplaner, der de kom med forslag til endringer i hverdagen for kvinnene. Ved å bruke KMI som utgangspunkt sa en av jordmødrene at hun informerte grundigere om kosthold og mosjon til de med høy KMI sammenlignet med de som var innenfor normalvektig område. Likevel snakket jordmødrene om at de måtte se an hver enkelt kvinne til enhver tid.

Noe alle jordmødrene snakket om var at de brukte tid først for å etablere en relasjon, før de snakket om overvekt. Det å kunne skape relasjoner nevnte flere at er grunnleggende for å kunne snakke om sårbare temaer. Alle jordmødrene tilstrebet å være direkte uten å være ufine, og også uten å bruke pekefingeren når de ga informasjon til kvinnene. De fortalte at de snakket med kvinnen på en måte som fungerer uten å krenke eller å støte kvinnene.

Ved alle helsestasjonene der jordmødrene hadde sitt arbeidssted, holdt de svangerskap- og fødselsforberedende kurs for de gravide og deres partnere. En av jordmødrene sa at hun snakket generelt om vekt og kosthold på disse kveldene, slik som hun snakket om de andre temaene som hun gjennomgikk den kvelden, uten å gå mer spesifikt inn på dette med overvekt. Dette gjorde hun fordi hun ikke ønsket å krenke eller å dømme noen av kvinnene. Flere av jordmødrene sa også at de som jordmødre informerte på svangerskapskontrollene så godt de kunne, men at det var opp til kvinnene å velge om de vil følge rådene og den informasjonen de fikk. En av jordmødrene sa:

Men så er det jo litt sånn at noen kan du snakke med om dette temaet. Men hos andre så. Så kan du sitte og informere og anbefale. Som jordmor så skal du jo informere, men det er jo opp til kvinnene om de velger å følge de rådene vi gir.

Gjennom svangerskapet og på svangerskapskontrollene forsøkte jordmødrene å holde temaet varmt, og snakket om det på alle kontrollene. Jordmødrene sa at de lyttet aktivt til hva kvinnene selv fortalte om livsstil. På bakgrunn av dette forsøkte jordmødrene å motivere kvinnene til å fortsette med det de holdt på med, og også å foreslå hvilke tiltak de skulle gjøre. I noen av kommunene hadde helsestasjonene samarbeid med Frisklivssentralen, hvor det var et tilbud om «trening for gravide», som de oppfordret de gravide til å delta på. En av jordmødrene sa «Jeg motiverer så godt jeg kan. Og sier ofte at små endringer kan gjøre store utslag. Det å gå en liten tur er mye bedre enn å ikke gå noen tur. Ikke sant.»

Jordmødrene sa at de i mange tilfeller fikk følelsen av at kvinnene lyttet til hva de sa og tok informasjonen til seg og fulgte rådene de fikk fra jordmor. Dette var noe jordmødrene kunne følge med på ved de rutinemessige veiingene på svangerskapskontrollene. Jordmødrene beskrev da at de følte at de hadde lykket med å nå frem til kvinnene. For kvinnene kunne det å ha en liten vekttoppgang i svangerskapet gi mestring, og flere av jordmødrene kunne fortelle at de i flere tilfeller hadde gitt ros til disse kvinnene. Jordmødrene påpekte at svangerskapet ikke er en tid for å slanke seg, men at ved å ta bevisste valg i hverdagen kan man unngå kraftig vekttoppgang i svangerskapet. En av jordmødrene sa at hun ofte sa til kvinnene at det er lov med en lørdag i uken, men ikke syv. En av jordmødrene sa:

Det er to ting jeg tenker er viktig da. Det ene er jo å sikre svangerskapet, trygge svangerskapet for mors helse og for barnets helse, og så er det det langsiktige i å få denne kvinnen til å endre livsstil sånn at hele kanskje hennes liv og familiens situasjon ikke blir preget av overvektighet.

Flere av jordmødrene snakket om det å informere om de ulike risikofaktorene det medfører å være overvektig gravid, både gjennom svangerskapet og også for fødselen. Noen nevnte et par risikofaktorer for kvinnen, mens andre nevnte flere, uten at de hadde noen direkte begrunnelse for dette. En av jordmødrene beskrev at hun må legge til rette for god prenatal helse i svangerskapet, da dette har vist seg å ha betydning for resten av livet.

Jordmødrene hadde ulik erfaring med tverrfaglig samarbeid. Noen sa at de savnet konkrete henvisningsmuligheter for de svært overvektige kvinnene, som for eksempel en overvektsklinikk. Alle jordmødrene hadde tidligere henvist kvinner til ernæringsfysiolog på sykehuset, glukosebelastning dersom KMI var høyere enn 27, og til ekstra ultralyd i svangerskapet. Flere av jordmødrene sa at selve svangerskapskontrollen kunne by på utfordringer. Hos kvinner som var svært overvektige kunne det være vanskelig å kjenne fosterets leie, og ved måling av symfyse-fundus hendte det ofte at målene ble avvikende fra kurven på helsekortet allerede fra første måling i uke 24.

Som en utfordring nevnte flere av jordmødrene kulturforskjeller som et vesentlig ord. Jordmødrene forsøkte å informere og gi de kvinnene som ikke var etnisk norske råd om det norske kostholdet og hvilke anbefalinger Helsedirektoratet gir til gravide og befolkningen generelt. Flere av kvinnene hadde ikke kjennskap til de norske matvarene, eller at de ikke likte den norske maten, og valgte å se vekk fra de anbefalingene som jordmor ga.

Avslutningsvis hadde også jordmødrene noe selvkritikk å komme med. Flere sa at de manglet dyptgående kunnskap om for eksempel ernæring og hvilke anbefalinger de skulle gi, men at dette var noe de forsøkte å oppdatere seg på når de hadde tid til det. De sa også at de kunne ha vært mer offensive i selve samtalen om overvekt med kvinnene. En av jordmødrene avsluttet intervjuet med å si «Det er jo et av de absolutte sårbare temaene. Men unnvikelsen er jo så skadelig, ikke sant».

4.3 Jordmødrenes forklaringer for å ikke ta tak i overvekt blant de gravide

I intervjuene forteller jordmødrene at de informerer kvinnene om overvekt og hvilke konsekvenser det medfører. Flere av jordmødrene synes dette er et tema som det er svært vanskelig å snakke om. Noen synes det er vanskelig å snakke om risikofaktorer, og unnviker å snakke om det. Flere sier at det er ubehagelig å informere siden de tror at kvinnene ikke har lyst til å snakke om temaet. En av jordmødrene sier at hun er defensiv når det kommer til å snakke om overvekt, da hun er engstelig for at kvinnene ikke vil komme tilbake på svangerskapskontroller dersom jordmor går for dypt inn i temaet og legger for stor vekt på det. En av jordmødrene sa:

Jeg kjenner jo på det at det er et veldig ømtålelig tema, og man er redd for å såre kvinnene, og man vil at de skal komme tilbake, absolutt. At man vil at de skal komme

tilbake, og at det ikke blir noe sånt som. Uff ja, jeg går heller til lege, for der tar de bare blodtrykk og urinprøve og 5 minutter og så ut igjen. Så det er klar at det begynner å bli ganske mange temaer som kvinnene kan synes er ubehagelige. Og at de kan tenke at det er bedre å heller ta en kjapp kontroll hos fastlegen.

Felles for alle jordmødrene er at de sier at kropp og vekt er et sårbart tema for de fleste kvinner. De ønsker å være direkte, men er redd for å skade og krenke kvinnene. Jordmødrene sier at de sitter med mye informasjon, men holder en del tilbake, da de er redd for å skremme kvinnene. Jordmødrene forteller at de har mye kunnskap om risikofaktorer ved å være overvektig og gravid, men at de burde være flinkere til å nevne disse. Dette er et tema som de kvier seg for å snakke om, og flere sier at det er lettere å snakke om for eksempel rus eller vold sammenlignet med dette temaet.

Det kom frem at det var lettere å ha en samtale om overvekt dersom kvinnene selv inviterte til dette. Jordmødrene sa at det krever evne til å bygge relasjoner for å snakke om sårbare temaer. Flere sa de var redd for å miste den gode kontakten de hadde opparbeidet seg dersom de snakket om temaer som de trodde kvinnene ikke hadde så lyst til å snakke om. En av jordmødrene sa:

Det er nettopp det der at vi er så redde for å miste den gode kontakten, ved at du på en måte føler at du krenker, eller trækker på, eller utfordrer noe skam eller sånn at hun ja.

Det er veldig sånn følelsesladet. Og det kan jeg jo kjenne veldig på jeg også.

Flere av jordmødrene snakket om dette forholdet som jordmor og kvinnen har bygget opp. En relasjon uten å være kontrollerende. En av jordmødrene sa: «Altså, det er når det oppfattes at du trækker over noe som skaper tillit, det er jo da det er vanskelig.»

Jordmødrene fortalte om tilfeller hvor kvinnene sier at de spiser sunt, og de er i aktivitet, men at vekten likevel økte kraftig gjennom svangerskapet. I disse tilfellene var jordmor usikker på hvorvidt dette stemte, og hun syntes det var vanskelig å vite hva hun skulle si. I stedet velger jordmoren å ikke gå så dypt inn i det, da hun føler at kvinnene ikke er mottakelig for veiledningen som gis. Jordmor kommenterte at hun det i slike tilfeller skulle ha vært enda tøffere, i stedet for ikke å fortsette samtalen.

Jordmødrene forsøkte i noen tilfeller å legge ansvaret over på kvinnene. Flere av jordmødrene kommenterte at det er kvinnene selv som har ansvaret for barnet i magen, og det er opp til henne å velge om hun vil følge de rådene som jordmor gir, og å ta imot den informasjonen de får. Det er kvinnene som velger hvordan de vil leve. I et svangerskap møter kvinnene som oftest helsepersonell, deriblant jordmødre, oftere enn når de ikke er gravide. Flere av jordmødrene sa at det derfor er en fin mulighet for å sette fokus på livsstil med alt det innebærer. Noen av jordmødrene så på dette som noe positivt. Andre sa at de møtte kvinnene i en så kort periode av livene deres at de lurte på i hvilken grad de klarte å få kvinnene med på å gjøre en endring. En av jordmødrene sa: «Og det er jo ikke jordmora som får noen til å blir slankere på en måte. Nei. Vi møter de i en kort del av livet sitt på helsestasjonen.»

Noen av jordmødrene sa at de på svangerskapskontrollene forsøkte å ikke ha så mye fokus på overvekt, men at det skulle være en del av alt. Når de informerte om overvekt sa noen av jordmødrene at de ikke snakket så mye om temaet, da de trodde de ikke kom til å nå frem hos kvinnene. En av jordmødrene sa:

Og så har det jo vært også de eller et par som jeg har tenkt at jeg tror nok ikke jeg vil nå frem så har jeg. Ja. Feiget litt ut. Eller ikke gått så mye mer inn på det da.

Noe som var felles for jordmødrene var at de snakket om sin rolle, og at de raskt ble defensive når de snakket om vanskelige temaer. En av jordmødrene sa:

Fordi det er veldig lett å bli dempa og noe unnvikende i forhold til, ikke fordi jeg ikke synes det er viktig nok. Det er jo nettopp det det er, men for som jordmor så vil man bare være den omsorgsgivende, den trygghetsskapende, den som er liksom, den som er på den alliansesiden ikke sant. Så. Og. det ser ut som at overvektighet og kropp på en måte er. Det er knyttet til sterke følelser.

En av jordmødrene kom med et eksempel hvor hun i svangerskap nummer to ventet med å snakke om overvekt til et stykke ut i svangerskapet. Jordmor følte at kvinnen hadde ventet lengre med å oppsøke jordmor i svangerskap nummer to sammenlignet med i svangerskap nummer en. Jordmoren sa at hun trodde at noe av årsaken til dette var at hun hadde hatt mye fokus på overvekt med kvinnen da hun var gravid første gang.

Alle jordmødrene satte opp dobbelttid til den første svangerskapskontrollen, og de kunne velge om de ville sette opp dobbelttimer for kvinnene gjennom svangerskapet dersom det var behov for mer tid til å snakke om vanskelige temaer på kontrollene.

4.4 Overvekt – et vanskelig tema for jordmor å snakke om i svangerskapsomsorgen

Alle jordmødrene syntes at overvekt blant gravide var et av de vanskeligste temaene å ta opp med kvinnene, og at dette helst var et tema de ikke hadde lyst til å snakke om.

Jordmødrene hadde ulike fremgangsmetoder for å motivere kvinnene til å ta tak i sin overvekt, og også for å følge dem opp gjennom svangerskapet. Samtlige av jordmødrene hadde dannet seg et bilde av de overvektige gravide basert på deres egen erfaring. Flere av jordmødrene fortalte at de opplevde dette temaet som skambelagt og som sårbart for kvinnene de møtte på svangerskapskontrollene. En av jordmødrene ga uttrykk for at hun ikke syntes dette var et vanskelig tema å snakke om, men at hun forsøkte å være så direkte som mulig i sin kommunikasjon med kvinnene.

Jordmødrene ga i intervjuene ikke uttrykk for selv å ha et bevisst forhold til tydelige og eksplisitte strategier for hvordan de snakket med de overvektige gravide. Samtlige av jordmødrene vektlegger likevel det å etablere en god relasjon som grunnleggende ved å snakke om et sårbart tema slik som overvekt er. I tillegg informerer de gjennomgående i svangerskapet om livsstil. Som et hjelpemiddel beskriver også jordmødrene at de deler ut informasjonshefter om livsstil, og gir tips om ulike relevante apper. De informerer også til en viss grad om ulike risikofaktorer ved å være overvektig gravid. I tillegg beskriver flere av jordmødrene at de ikke nødvendigvis har fokus på at den gravide er overvektig, men er mer opptatt av å ivareta det normale i svangerskapet, og ser på helheten.

Selv med gode tiltak og handlinger overfor de overvektige gravide, satt forfatteren etter hvert intervju igjen med en følelse av at jordmødrene syntes det var vanskelig å snakke om dette temaet med de gravide, og at de kunne ha en tendens til å unnvike og snakke om dette på svangerskapskonsultasjonene.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

For å besvare studiens problemstilling ble det valgt kvalitativt design. På denne måten ble jordmødrenes egne erfaringer og beskrivelser av hvilke strategier de anvender i sine møter med de overvektige gravide fanget (Malterud, 2014). Da problemstillingen i utgangspunktet ikke var basert på en bestemt teori, ble induktiv tilnærming valgt (Thagaard, 2009).

Hermeneutikken har vært sentral gjennom arbeidet med å analysere det transkriberte datamaterialet, da det har vært ønskelig å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som har vært umiddelbart innlysende (Thagaard, 2009). Det å utvikle en nærhet og åpne seg til det som skal studeres er en del av den hermeneutiske forståelsesprosessen. På denne måten kan teksten si forfatteren noe. I denne studien som har en hermeneutisk tilnærming, ønsket forfatteren å forstå det bakenforliggende som kommer frem i tekstmaterialet. Med egen forforståelse til grunn, søkte forfatteren jordmødrenes meninger om hvorfor de handler eller sier som de gjør. Forfatterens egen forforståelse er en betingelse for å øke forståelsen av et fenomen innenfor en hermeneutisk tilnærming (Martinsen & Norlyk, 2011). For å analysere datamaterialet ble manifest og latent innholdsanalyse benyttet (Graneheim & Lundman, 2004). Denne analysemetoden ble betraktet av forfatteren som passende til å analysere resultatene.

5.1.1 Kvalitet

Graneheim og Lundman (2004) beskriver i sin artikkel sentrale aspekter for å vurdere kvaliteten på en studie. Innenfor kvalitativ forskning benyttes begrepene gyldighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet for å beskrive ulike aspekter av troverdigheten.

Gyldighet handler om hvordan datainnsamlingen har foregått i praksis. Dette omhandler alt fra valg av fokus for studien, utvalg, valg av kontekst og rekruttering av informanter, til hvordan dataene utvikles i møte med informantene, og hvordan forfatteren har bearbeidet disse dataene, og analysert datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Det å velge deltakere med ulike erfaringer øker muligheten for å belyse problemstillingen fra ulike aspekter. Gyldighet omhandler også at kategorier og tema dekker datamaterialet, som vil si at relevante data ikke er blitt ekskludert, og irrelevante data er blitt ekskludert (Graneheim & Lundman, 2004). For å vise ulikheter mellom de ulike kategoriene, er det anvendt

representative sitater fra den transkriberte teksten i de ulike kategoriene presentert i resultatdelen. Hvilken metode som velges til studien er vesentlig for å svare på problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien ble valg av semistrukturerte intervjuer og designet på studien gjort for å oppnå gyldige svar på problemstillingen og styrke troverdigheten. Individuelle intervjuer gir mulighet til å få førstehåndsdata om det som skal studeres. En svakhet ved studien er at utvalget er relativt lite. Det ble gjennomført 5 intervjuer ved ulike helsestasjoner. Dersom det hadde blitt gjort en større studie med flere informanter inkludert kan det være at resultatet hadde vært annerledes med mer variasjon.

Med pålitelighet menes det om forskningen er til å stole på ut fra hvilken grad metoden måler ønsket egenskap (Polit & Beck, 2008). I denne studien blir spørsmålet om individuelle semistrukturerte intervjuer som metode har kunnet besvare problemstillingen. Dette innebærer at forfatter beskriver fremgangsmåten for studien, og tydeliggjør hva som er datamateriale fra studien, og hva som er forfatterens egen analyse (Polit & Beck, 2008). Dette er noe som forfatter av studien har forsøkt å være oppmerksom på gjennom prosessen. Som mastergradsstudent uten særlig erfaring med dette, har dette vært utfordrende, og det har vært behov for veiledning for å forsøke å ivareta kvaliteten gjennom prosessen.

Bekreftbarhet er knyttet til tolkningen av resultatene (Thagaard, 2009). Underveis i prosessen har forfatteren søkt bekræftbarhet i annen litteratur, og underveis i intervjuene søkt bekræftelse fra jordmødrene om forfatterens oppfattelse av deres uttalelser. Forfatteren har vært kritisk til egne tolkninger for å styrke bekræftbarheten i studien.

Egen forforståelse er noe som forfatteren har vært bevisst på gjennom prosessen, og det er noe som også er blitt diskutert underveis. Med kjennskap til fagfeltet, og forfatter som har kjennskap til flere av informantene, så har dette vært nødvendig å være bevisst på for at dette ikke skal kunne påvirke arbeidet. En fordel med dette er at forfatter har kjennskap til fagspråk og fagfelt, slik at det lettere kunne fokuseres på studiens hensikt og problemstilling. Det har derfor vært viktig å være bevisst på hvilket perspektiv arbeidet blir betraktet på, noe som har vært utfordrende. Ved å inkludere direkte sitater av hva informantene sier, har forfatteren forsøkt å styrke studiens pålitelighet.

Studiens overførbarhet betyr i hvilken grad studien kan forsvare at konklusjonen er gjeldende med en bredere gruppe enn de som deltok i studien (Polit & Beck, 2008). For å si om funnene fra denne studien har overførbarhet i andre sammenhenger, avhenger det av hvordan de er

fremstilt (Polit & Beck, 2008). Det er da verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kontekst, utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Forfatteren av studien har forsøkt å gi en rik og utfyllende presentasjon av hvordan studien er bygget opp, og av funnene, slik at leseren kan vurdere om denne studien er aktuell til deres kontekst.

5.1.2 Utvalg, kontekst og intervju

I denne studien ble jordmødre som var tilgjengelig for forfatteren inkludert. Et problem ved tilgjengelighetsutvalg er at de som sier seg villige til å delta i forskningsprosjektet, kan føle at de i stor grad mestrer sin rolle, og at de på bakgrunn av dette ikke har noen motforestillinger om innsyn fra forskeren. Dette er noe som kan gi utvalget en skjevhet som fører til at undersøkelsen gir mest informasjon om hvordan situasjonene mestres, istedenfor å gi informasjon om konfliktfylte forhold. Personer som ikke ønsker å delta i forskningsprosjektet kan representere mer problematiske sider ved det fenomenet som studeres. Skjevheter av denne typen betyr at det er viktig å diskutere utvalgets sammensetning i relasjon til de konklusjonene undersøkelsen kommer frem til (Thagaard, 2009).

Jordmødrene ble rekruttert gjennom lederen for helsestasjonen. Dette kan ha medført at de med best kompetanse på området er de som ble valgt foreslått fra helsestasjonens leder, og dermed anvendt som informanter. Jordmødrene som hadde mindre erfaring og interesse for emnet som studien omhandler ble muligens ikke vurdert som aktuelle informanter. Ved en utvelgelse av aktuelle jordmødre er det alltid en risiko for at de som ikke ble tatt med i betraktningen hadde hatt interessant informasjon å bidra med. Det å rekruttere på denne måten kan føre til svakheter ved at datamaterialet kan spores tilbake til hver av jordmødrene. Det var 6 jordmødre som ble invitert til å delta i studien, og 5 som ønsket å delta. Dette fordi 5-6 jordmødre var nødvendig for å kunne gi datamateriale til å svare på problemstillingen og studiens hensikt, samt gi kvalitet til studien.

For å unngå at konteksten ikke skal kunne påvirke resultatene ble det opp til jordmødrene selv å velge sted for intervjuet. Forfatteren vurderte om intervjuet skulle foregå på et nøytralt sted, men vurderte det dit hen at jordmødrene da muligens ikke ville ta seg tid til å delta i studien, og en kunne risikere å ikke få like mange informanter som ønsket.

Det var ønskelig at jordmødrene skulle kunne snakke fritt og dele sine opplevelser. Meningen med intervjuet var at jordmødrene skulle snakke fritt om sine erfaringer fra svangerskapsomsorgen, og hva de sier og gjør, og ikke påpeke om det de gjør er rett eller galt. Derfor var det avgjørende at de fikk tillit til den som intervjuer. For intervjueren var det viktig å skape en trygg intervjusituasjon, siden det da kunne være større sannsynlighet for at jordmødrene ønsket å fortelle og snakke med intervjueren. Det at jordmødrene fikk tillit til intervjueren kunne bidra til at intervjumaterialet ble innholdsrikt og variert.

Det var viktig å investere i en god start i intervjuet. Før selve opptaket av intervjuet fant sted, var det en uformell prat om dagligdagse temaer. Det ble så bli gitt en kort introduksjon til studien. Intervjueren la til rette for god kontakt ved å vise interesse, lytte oppmerksomt, vise forståelse og respekt. Intervjueren definerte situasjonen, informerte om lydopptakeren og hva den skulle brukes til, samt hørte om det var noen spørsmål før intervjuet startet. For å skape en best mulig ramme rundt intervjuet, og legge best til rette for at jordmødrene var villige til å dele sine erfaringer, ble det tilstrebet en uformell og åpen tone.

Under intervjuet var intervjueren hele tiden oppmerksom overfor informanten. Intervjueren forsøkte å ikke la seg distrahere eller være ukonsentrert. Det ble lyttet oppmerksomt, nikket og informanten ble ikke avbrutt. Intervjueren forsøkte til enhver tid å være fokusert og å vise forståelse. Dette ble gjort slik at jordmødrene følte de hadde en interessert lytter, og at de snakket friere om temaet. Intervjueren tilstrebet å ha øyekontakt med jordmødrene. Det å skulle lytte aktivt ble en erfaring som viste seg å bli utfordrende, da det var vanskelig å skulle konsentrere seg over tid. I intervjuet snakket informanten mest mulig om temaet.

Kvaliteten på svarene som fremkom var avhengig av kvaliteten på spørsmålene som ble stilt. Intervjueren styrte intervjuet når det var nødvendig, og var åpen for overraskelser og momenter som kunne dukke opp. Selv om forholdsregler ble tatt kunne ikke intervjueren forutse på forhånd alt som skjedde i intervjuet. Intervjueren var forberedt til intervjuet når det gjaldt de temaene som kom opp i intervjuet. Jordmødrene fikk mulighet til å tale fritt uten avbrytelser så lenge det ble holdt fokus på temaet. Det forekom ikke forstyrrelser underveis i intervjuet slik som mobil som ringte og andre avbrytelser. Intervjueren var bevisst både på eget og jordmødrenes kroppsspråk, og gjorde tilpasninger i henhold til dette ved behov. Intervjueren vurderte fortløpende den interaksjonen som var mellom partene under intervjuet. Dynamikken i intervjuet var viktig for at samtalen skulle flyte og for at informantene bidro med sine erfaringer.

Avslutningsvis ble intervjuet avrundet med mulighet for jordmødrene til å komme med ytterligere spørsmål eller sin opplevelse av intervjuet. Det var viktig å avrunde intervjuet på en god måte slik at informanten ikke satt igjen med følelsen av tomhet etter å ha bidratt under intervjuet.

5.2 Resultatdiskusjon

Denne studien viser at jordmødre har et inntrykk av at forekomsten av overvekt blant gravide har økt de siste årene. Relevant forskning beskrevet i bakgrunnen viser at overvekt er økende både på verdensbasis og i Norge. Årsaker til dette kan være flere og sammensatte. Mange land, og kanskje spesielt i den vestlige verden har hatt en velstandsøkning de siste tiårene, og tilgjengeligheten av matvarer har økt. Utviklingen i samfunnet har ført til at en har et mer stillesittende liv, og dermed redusert energiforbruk. Likevel har ikke energiinntaket gått ned.

5.2.1 Kroppsbilde

Jordmødrene i denne studien gir uttrykk for at kvinnene som er overvektige ofte har innsikt i egen situasjon, og at dette er et tema som er vanskelig og sårbart å snakke om. Kvinnene gir uttrykk for at de føler skam ved å være overvektig og gravid. Jordmødrene i studien forteller om kroppsbildet som flere av de overvektige gravide snakker om på svangerskapskontrollene. Kvinnene forteller jordmødrene at de føler en skuffelse over å ikke passe inn i disse normene i samfunnet som innebærer å være både veltrent og slank.

Å leve med overvekt og fedme påvirker livet til en person. I tillegg til de somatiske konsekvenser som det kan medføre, er overvekt relatert til negative holdninger og diskriminering i det vestlige samfunnet. Individet har selv ansvaret for sin egen vekt, og overvekt er ofte assosiert med latskap, passivitet og lav selvdisiplin (Puhl & Brownell, 2001). Det å være overvektig er noe som er lett synlig utvendig, og ikke så lett å kamuflere (Adolfsson, Andresen, & Edgren, 2013). Adolfsson et al. (2013) beskriver i sin studie at overvektige kvinner ofte føler på fordommer og uvitenhet fra andre mennesker angående deres situasjon. Deres reaksjoner på det å være overvektig kan gi de overvektige en følelse av å ikke passe inn i samfunnet, og det kan gi de overvektige lav selvtillit (Adolfsson et al., 2013). Nyman et al. (2010) beskriver hvordan de overvektige gravide opplever det å være overvektig.

Adolfsson et al. (2013) beskriver i sin studie at gravide kvinner som er overvektige ikke passer inn i dagens ideelle kroppsbilde på grunn av sin overvekt. Kvinnene erfarer en følelse av nederlag og lav selvtillit. Kvinnene gir uttrykk for at de ikke føler seg normale, men at de ønsker å bli sett på som normale i møte med andre mennesker. De ønsker å bli sett på som individer, og ikke som overvektige. Studien viser videre at overvektige kvinner ofte går inn i svangerskapet med lav selvtillit, og at de er engstelig for dømmende kommentarer (Adolfsson et al., 2013). Da det ble bekreftet at kvinnene var gravide, kunne de overvektige gravide føle seg stolt av magen sin (Fox & Yamaguchi, 1997). Graviditeten ga de en akseptert forklaring på størrelsen på magen deres, men medførte også noe skuffelse for kvinnene da de ikke opplevde noen synlige forandringer på at de var gravide tidlig i svangerskapet (Fox & Yamaguchi, 1997). Fox og Yamaguchi (1997) beskrives i sin studie at de overvektige ofte følte på en positivt endring overfor sitt eget kroppsbilde gjennom graviditeten, og at dette kan skyldes redusert selvbevissthet, redusert stigmatisering fra samfunnet og presset om å spise sunt gjennom graviditeten (Fox & Yamaguchi, 1997).

De overvektige kan kjenne på en skyldfølelse som kommer som følge av stigmatisering og forventninger fra samfunnet. Dette er noe som de gravide kan kjenne på i sitt møte med jordmor på helsestasjonen, og kan virke negativt allerede før det første møtet (Brown, Thompson, Tod, & Jones, 2006). Brown et al. (2006) beskriver at de overvektige ofte har dårlig erfaring med helsevesenet, hvor de har møtt negative holdning fra sykepleiere og leger tidligere.

Jordmødrene i denne studien har hørt fra de overvektige gravide at det å være vellykket i dagens samfunn innebærer å være veltrent og slank. Dette kroppsbildet som de overvektige gravide presenterer kan en også finne i Fox og Yamaguchi (1997) sin studie og i samfunnet for øvrig. Funnene fra denne studien viser at kvinnene ser på seg selv og sammenligner seg med kroppsbilder som er vist i magasiner og blader, og at de ikke snakker om denne samme stoltheten som de kvinnene i de presenterte studiene beskriver. Kvinnene i denne studien og i de presenterte studiene føler skam og skyldfølelse ved å være overvektig og gravid. Kvinnene har innsikt i egen situasjon, og de er klar over at de er overvektige. Slik som i presenterte funn fra andre artikler føler de overvektige en stigmatisering av sin overvekt, og at de i dagens samfunn blir satt i et dårlig lys ved å ikke passe inn.

5.2.2 *De gravides kunnskap*

Slik som en av jordmødrene nevnte i et av intervjuene kan grad av utdanning ha betydning for overvekt. En av jordmødrene presenterte at i sin kommune var det høy forekomst av overvekt blant de med lav utdanning. Overvekt er overrepresentert i den delen av befolkningen som er lavest utdannet (Kinge, Strand, Vollset, & Skirbekk, 2015). Overvektige gravide kvinner søker informasjon i bøker og på internett, og vil gjerne ha informasjon om risikofaktorer og mulige komplikasjoner som kan oppstå ved å være overvektig gravid (Adolfsson et al., 2013). Flere kvinner har mye kunnskap om disse risikofaktorene. Likevel ser det ikke ut til at de lar seg påvirke av dem.

Dette gjenspeiles i funn fra denne studien. Slik forfatteren opplever er det mulig at kvinner med høy utdanning mer fokus på å ha en sunn livsstil enn andre. Dette kan være fordi høyere kunnskapsnivå kan relateres til at kvinnene vet mer om kosthold og aktivitet, men det finnes selvfølgelig unntak. Ved å ta en utdanning lærer en seg ikke bare faget, men en lærer å forholde seg til ting på en annen måte. Det kan være at de kvinnene med lav utdanning reflekterer på en annen måte enn de med høyere utdanning, slik at det som jordmor sier lettere blir oppfattet som kritikk hos de med lav utdanning sammenlignet med hos de med høyere utdanning. Kvinnene som er beskrevet i presenterte studier ønsker informasjon fra jordmor, og at jordmor ikke skal holde tilbake informasjon som omhandler blant annet risikofaktorer og komplikasjoner.

Jordmødrene beskriver de kulturelle utfordringene som de møter på helsestasjonene, om at de ikke-etnisk norske kvinnene for eksempel ikke har kjennskap til det norske kostholdet. Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2015) skriver at fedme ser ut til å være utbredt i enkelte innvandregrupper. Dette er noe som sammenfattes med funn fra denne studien, hvor jordmødrene beskriver flere av de ikke-etnisk norske som overvektige. Jordmødrene beskriver det som utfordrende å snakke med disse kvinnene, da de ofte kan ha mangel på kunnskap om norsk levesett. Det kan også by på utfordringer for jordmor å veilede disse kvinnene i kosthold og mosjon, da de har en annen kulturell bakgrunn og forståelse enn etniske nordmenn. I tillegg er språkproblemer en utfordring for jordmor på kontrollene.

5.2.3 *Jordmors fagkunnskaper*

I denne studien presenterer jordmødrene at de mangler nok kunnskap om ernæring og hvilke anbefalinger de skal komme med til de overvektige gravide. En av jordmødrene kom med

selvkritikk på slutten av sitt intervju, hvor hun sa at hun muligens manglet inngående og dypere kunnskap om for eksempel ernæringsråd som hun skulle gi til kvinnene som hun møtte på svangerskapskonsultasjonene.

Jordmor har behov for sammensatt kunnskap, som er den kunnskapen hun anvender i sine møter med de overvektige gravide. Denne kunnskapen er ervervet på flere ulike måter, blant annet gjennom praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap, intuisjon og evnen til å reflektere (Berg, 2005). Den teoretiske kunnskapen er grunnleggende for jordmor å inneha i sine møter med de overvektige gravide, og dette er noe som jordmor selv har ansvaret for å erverve seg. Som jordmor gis det en sikkerhet i at den profesjonelle rollen ivaretas ved å ha kunnskap om alle faktorer og mulige komplikasjoner som kan oppstå gjennom en graviditet (Berg, 2005). Dette for å kunne identifisere eventuelt patologi i et svangerskap. Berg (2005) beskriver i sin studie at det mangler kunnskap hos mange jordmødre, og at det er et behov for å styrke denne kunnskapen for å kunne ivareta det normale i et svangerskap selv med risikofaktorer tilstede (Berg, 2005). ICM (2005) definerer jordmors profesjon og ansvarsområde, og jordmor har et ansvar om å holde seg faglig oppdatert til enhver tid. Det stilles krav til jordmor om at hun skal utføre god kvalitetsmessig svangerskapsomsorg, noe som innebærer at hun skal være i stand til å oppdage komplikasjoner hos mor og barn. Kunnskapsmangel hos jordmor kan i verste fall føre til komplikasjoner.

I den presenterte studien er det fokus på at jordmor må være kompetent og inneha kunnskap om temaer som hun skal snakke om på svangerskapskontrollene og dette er noe som gjenspeiles i denne studiens resultater. Berg (2005) beskriver mangel på slik kunnskap blant jordmødre, slik som denne studien også viser. Resultatene fra denne studien viser at det er variasjon i hvor stor grad jordmødrene snakker om overvekt med de gravide. Alle jordmødrene som er inkludert i denne studien har grunnutdanning i sykepleie, og videreutdanning i jordmorfag. Om dette har noen betydning er vanskelig å si, men siden samtlige har den samme utdanningen, er det ikke sikkert at lengden på utdanningen har så mye å si for hvor inngående de snakker om dette temaet. Det kan være at personlig egnethet og egne interesser kan påvirke hva jordmødrene snakker om, og hvor mye de vil si i større grad enn selve lengden på utdanningen. For jordmor kan det være utfordrende å finne informasjon som omfatter ernæringsråd til overvektige gravide, som har utfordringer med å ta tak i sin overvekt.

5.2.4 Relasjonsbygging

Resultatene fra denne studien viser at jordmødrene allerede på første svangerskapskontroll regner ut KMI, skriver dette på helsekortet og informerer om kosthold og mosjon. De gravide veier seg på alle svangerskapskontrollene. Jordmødrene innhenter en livsstilsanamnese, hvor kostholdet blir spesifikt kartlagt, og jordmødrene kommer med forslag til kostholdsplaner og endringer i hverdagen. Jordmødrene informerer på en direkte måte, uten å støte kvinnene. Samtlige av jordmødrene snakker om at relasjonsbygging er grunnleggende for å snakke om sårbare temaer, og at de vektlegger dette ved det første møtet med de gravide. Jordmødrene forsøker å snakke om dette temaet på alle kontrollene gjennom svangerskapet, og på denne måten motiverer de kvinnene til å fortsette med det de holder på med.

Det å skape en relasjon beskriver Adolfsson et al. (2013) som viktig for kvinnene i sin studie. For jordmor er evnen til relasjonsbygging grunnleggende for kvaliteten på svangerskapsomsorgen (Hunter, Berg, Lundgren, Olafsdottir, & Kirkham, 2008). Jordmors ferdigheter i å kommunisere er forbundet med hvordan hun bygger relasjoner, noe som er viktig for å kvalitetssikre en god svangerskapsomsorg (Lewis, 2011). Jordmødre fra ulike studier beskriver sine relasjoner med kvinnene som svært viktig i deres arbeid som utøvende jordmor (Hunter et al., 2008; Kirkham, Morgan, & Davies, 2006). Ved å utvikle en relasjon til kvinnen beskriver jordmødre at de føler de kan være tilstede og utføre god omsorg overfor kvinnen (Hunter, 2006; Kirkham et al., 2006). I de situasjonene hvor jordmor har fokus på relasjonsbygging blir det beskrevet at kvinnene opplever god støtte gjennom svangerskapet fra jordmor for å være forberedt på overgangen til morsrollen (Walsh, 2006).

Dette er noe som sammenfaller med funnene fra denne studien, som viser at både jordmødrene som er blitt intervjuet og kvinnen som jordmødrene møter beskriver det å etablere en relasjon som noe grunnleggende for å snakke om sårbare temaer. Det å ha en god relasjon kan gjøre det å snakke om sårbare temaer lettere. Overvekt har vist seg gjennom presenterte studier og denne studien som noe vanskelig å snakke om for begge parter. Jordmor oppnår svært lite ved å være dømmende, og dersom kvinnen overhodet ikke ønsker å snakke om dette kommer en ingen vei. Kvinnene ønsker en respektfull holdning fra jordmor.

5.2.5 *Strategi*

Jordmødrene er enige om at ikke alle gravide er like mottakelig for den informasjonen som blir gitt. Jordmødrene nevner gjentatte ganger at de informerer for døve ører, og at det i bunn og grunn ikke er jordmoren som får noen til å bli slanke.

For jordmor er det viktig at hun lager seg en strategi for hvilken tilnæringsmåte hun ønsker å bruke overfor de overvektige gravide, slik at hver kvinne får den støtten og informasjonen hun trenger (Adolfsson et al., 2013). Adolfsson et al. (2013) beskriver videre at dette kan være utfordrende, da hver enkelt kvinne er ulik med ulik erfaring og bakgrunn, og derfor må strategien være godt planlagt på forhånd. Jordmødrene har et ansvar for oppfølgingen av den gravide gjennom svangerskapet, og for å etablere et forhold basert på gjensidig tillit og respekt. Ved å være ikke-dømmende og å vise respekt kan selvtilliten til disse kvinne styrkes (Adolfsson et al., 2013).

Jordmødrene som Adolfsson et al. (2013) omtaler i sin studie arbeider i et område i Sverige hvor de har en prosedyre som går konkret på de overvektige gravide, som de kan anvende som et hjelpemiddel på svangerskapskonsultasjonene. Dette er noe som forfatteren av studien tror kan gi jordmødrene en fordel ved at de har en handlingsplan for å informere om risikofaktorer og at alle får den samme informasjonen på svangerskapskonsultasjonene. Denne prosedyren kan også bidra til å trygge jordmor da de arbeider med denne gruppen om et sårbart tema (Adolfsson et al., 2013).

Presenterte studier presiserer viktigheten av at jordmor i svangerskapsomsorgen bør ha en strategi i sine møter med de overvektige gravide. Funnene i denne studien viser at jordmødrene ikke har en klar strategi på forhånd for hvordan de skal snakke om dette temaet med de gravide, og at de kartlegger situasjonen ved det første møtet. I noen av møtene beskriver jordmor at hun føler seg frem angående hva hun informerer om og hvor direkte hun er. Dette baserer jordmor på hvor mye hun tror at de gravide vil snakke om overvekt. Dersom jordmor ikke snakker så mye om overvekt på en av kontrollene, forteller hun i intervjuet at hun heller ikke lager seg en strategi for hvordan hun skal snakke om overvekt til kvinnen på neste kontroll. På denne måten legger jordmødrene noe av ansvaret over på kvinnene. Dersom ikke kvinnene ønsker å snakke om overvekt, så kan det virke som at jordmor heller ikke snakker så inngående om dette temaet.

5.2.6 *Jordmors posisjon*

I denne studien blir det beskrevet at de fleste av kvinnene lytter til hva jordmødrene sier, og er motiverte for endring når de er gravide.

Kvinnene som Adolfsson et al. (2013) beskriver i sin studie var klar over sin egen situasjon. De var klassifisert som overvektige, og de ønsket kompetente jordmødre til å veilede de gjennom svangerskapet, slik at de får rett informasjon om hva som er best for barnet de har i magen og for dem selv. Kvinnene forteller at de ønsker at informasjonen skal gis med en åpen og respektfull holdning, slik at de føler seg trygge på henne, og får en god relasjon til jordmor allerede fra første konsultasjon (Adolfsson et al., 2013). Det å ha den samme jordmoren gjennom hele svangerskapet gir kontinuitet og trygghet for kvinnene (Adolfsson et al., 2013). Svangerskapet er en god mulighet for å gjøre en endring da mange er motivert til å ta ekstra godt vare på helsen sin (Helsedirektoratet, 2016).

Jordmødrene i svangerskapsomsorgen sitter derfor i en god posisjon for å kunne snakke med de gravide om overvekt. Det er gjennom et svangerskap at de fleste kvinner er i hyppig kontakt med helsevesenet, og jordmor spiller derfor en viktig rolle for å kunne gjøre en endring. For å beholde kontinuiteten er det fornuftig at kvinnene skal gå til samme jordmor eller lege gjennom hele svangerskapet. Jordmor kan følge opp kvinnen, og har mulighet til å oppdage og identifisere vektoppgang som for eksempel skyldes ødemer som et av symptomene på preeklampsi.

5.2.7 *Jordmors kommunikasjonsferdigheter*

I resultatene i denne studien kom det frem at flere av jordmødrene synes temaet overvekt er et svært vanskelig tema å snakke om i svangerskapsomsorgen, og at de heller unnviker å snakke om overvekt enn å ta det opp på svangerskapskontrollene. Jordmødrene synes det er ubehagelig å informere om risikofaktorer, de er redde for å krenke og å såre kvinnene, og de er engstelige for at kvinnene ikke vil komme tilbake på svangerskapskontroller dersom jordmor snakker om dette. Jordmødrene sier at de som oftest er defensive når de snakker om vanskelige temaer.

I studien til Brown et al. (2007) beskrives manglende kunnskap om det å kommunisere med de overvektige gravide om deres vekt (Brown & Thompson, 2007). Pasienter har beskrevet at de har lagt merke til at jordmødre og leger er vage, holder tilbake og tviler på sin kommunikasjon som omhandler overvekt i sine møter med de overvektige (Brown et al.,

2006). Lavender et al. (2001) beskriver i sin studie at jordmødre har lav selvtillit angående sin egen evne til å gjøre en forskjell for de overvektige kvinnene. Jordmødrene hadde også vanskeligheter med å bygge en relasjon til kvinnene etter å ha kommentert kvinnens kropp og vekt (Lavender et al., 2001). Flere studier (Brown et al., 2006; Heslehurst, Lang, Rankin, Wilkinson, & Summerbell, 2007) beskriver at jordmødre og annet helsepersonell som er i kontakt med overvektige gravide har som felles interesse å snakke raskt og overfladisk om temaet, og ikke gå i dybden. Helsepersonell innleder ofte samtaler om overvekt med å anvende terminologi som «litt ekstra», og unngår å nevne ordet overvekt og fedme i sine samtaler (Brown & Thompson, 2007).

Kvinnene i studien til Adolfsson et al. (2013) ga uttrykk for at det var viktig at jordmor hadde kunnskap og egenskaper til å kunne gi relevant informasjon og råd. De fleste kvinnene syntes det var viktig at informasjonen skulle bli gitt direkte og ærlig, og at ingen informasjon skulle bli holdt tilbake overfor de (Adolfsson et al., 2013). I følge etiske retningslinjer for jordmødre (Fylkesnes, 2010) er det jordmoren sitt ansvar å gi kvinnene denne informasjonen, og gi kvinnene realistiske forventninger overfor fødselen.

Årsakene til hvorfor jordmor til stadighet unnviker å gå inn på dette temaet er vanskelig å si, men jordmødrene forteller mye om sine erfaringer, og anvender dette som et grunnlag for om de velger å snakke om dette temaet, eller om de unnviker det. Brown et al. (2007) beskriver i sin studie om mangelen på kommunikasjonsferdigheter, noe som gjenspeiles i denne studien. Jordmødrene er usikre på hva de skal si, og velger i mange tilfeller heller å ikke si noe.

Overvekt er som tidligere beskrevet et sårbart tema. En av årsakene til at dette er så vanskelig å ta opp kan være mangelen på ferdigheter om hvordan de skal kommunisere slik at dette blir tatt opp. Jordmor må stole på sin kompetanse og kunnskap, og snakke om det.

Slik som Lavender et al. (2001) beskriver jordmødrene i sin studie viser også funnene i denne studien at jordmødre kan ha lav selvtillit når det gjelder å gjøre en forskjell for kvinnene. I denne studien var noen av jordmødrene mer direkte enn andre i sine samtaler med de gravide, og det kan være at disse jordmødrene hadde noe høyere selvtillit, slik at de følte at dette var et tema som de var trygge på å snakke om.

6.0 KONKLUSJON

Jordmødrene i denne studien beskriver overvekt som et vanskelig tema å snakke om i svangerskapsomsorgen. Jordmødrene tror at de gravide ikke ønsker å snakke om dette temaet, og unnviker ofte derfor å ta det opp. Dagens ideelle kroppsbilde som innebærer å være veltrent og sunn er noe som de gravide bemerker på svangerskapskontrollene, og dette kan være en medvirkende faktor til at jordmor kvier seg for å bringe dette temaet på banen.

Presenterte studier viser derimot at kvinnene søker og ønsker informasjon, men dette er noe som jordmødrene i denne studien virker å ikke være klar over. Jordmødrene som forfatteren av denne studien har snakket med har mange gode eksempler på hva de sier og gjør, men de kunne også bli defensive, og holde tilbake informasjon.

Relevant forskning viser at jordmødre og annet helsepersonell bør ha klare strategier for sine samtaler med de gravide om dette temaet, men i denne studien viser det seg at jordmødrene som er intervjuet ikke har noen klare strategier. Jordmors kommunikasjonsferdigheter ser ut til å ha betydning for om jordmor velger å snakke med kvinnen om dette temaet.

Samtlige av jordmødrene kommer inn på temaet livsstil på sine konsultasjoner med de overvektige gravide, men ingen av jordmødrene informerer grundig om alle risikofaktorer for mor og barn, og hva det innebærer å være overvektig gravid. I denne studien beskriver jordmødrene flere situasjoner hvor de mangler inngående fagkunnskap for å kunne veilede kvinnen på en god måte.

Forfatteren sitter igjen med et inntrykk av at alle jordmødrene synes dette er et viktig tema som det absolutt bør settes lys på, men at ingen av de egentlig ønsker å snakke om det, og prioriterer det derfor heller ikke. Flere av jordmødrene sier i sine intervjuer at de «går rundt grøten» når det gjelder dette temaet. Det virker som at jordmødrene har behov for mer fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter.

De av jordmødrene som gir uttrykk for at de er mest direkte i sine samtaler om overvekt med de gravide er muligens de jordmødrene som er mest sikre på seg selv og sin profesjon. Jordmødrene i svangerskapsomsorgen har en ypperlig mulighet til å snakke om livsstil og overvekt, men beskriver at de ofte kan unnvike å snakke om det.

Denne studien viser at det burde settes mer fokus på de gravidens overvekt i svangerskapsomsorgen, og at jordmor må ta en mer aktiv rolle enn hun har gjort til nå.

6.1 Implikasjoner til praksis

Som et hjelpemiddel for jordmor i svangerskapsomsorgen kunne det ha blitt utviklet en prosedyre eller retningslinje for hvordan overvekt skal tas opp med de gravide. På denne måten blir det ikke opp til hver enkelt jordmor om de vil ta opp temaet. Retningslinjen eller prosedyren kunne for eksempel ha bestått av en sjekkliste som jordmor måtte gå gjennom i løpet av den første svangerskapskontrollen, og som utføres på alle. Jordmors subjektive mening blir derfor ikke avgjørende for hva som skal tas opp, og kvinnene møter den samme informasjonen om de velger å gå til lege eller jordmor i svangerskapsomsorgen. Det å lage så konkrete prosedyrer for innholdet i svangerskapsomsorgen kan bli sett på som at jordmor ikke gjør jobben sin, og det må derfor presiseres at dette er et hjelpemiddel slik at alle får lik informasjon, og at temaet blir ufarliggjort overfor jordmor og de gravide.

For å sette fokus på dette temaet, og for at jordmor skal sikre god og kvalitetsmessig svangerskapsomsorg kan det være behov for trening og ulike øvelser i det å snakke om vanskelige og sårbare tema. Ved å arrangere simuleringsøvelser for jordmødre kan de få trening i å snakke om vanskelige temaer, slik at de kan ta det opp på svangerskapskontrollene.

For videre forskning kan det være interessant å undersøke videre hvilke strategier som jordmødre bruker i møte med de overvektige gravide med utgangspunkt i et større utvalg, for eventuelt å få mer variasjon i datamaterialet. Det kunne også være interessant at videre forskning undersøker hva som skiller overvektige gravide som endrer livsstilen i løpet av svangerskapet med de som ikke gjør det, og eventuelt hva som har motivert de førstnevnte til å endre livsstil. Her kan faktorer som vektnedgang, fødselsutfall, motivasjon for fødsel blant annet undersøkes. Som et pilotprosjekt kunne også prosedyren beskrevet i overnevnte avsnitt bli iverksatt i en kommune, og i hvilken grad en slik standardisert prosedyre kan ha innvirkning på de overvektige gravide. Selv om vi per i dag har en del kunnskap om hvordan jordmødre kan møte de overvektige gravide, er det likevel behov for mer forskning på området for å få mer forståelse og kunnskap om temaet.

7.0 REFERANSELISTE

- Adolfsson, A., Andresen, J. F., & Edgren, K. B. (2013). Why obese women feel better about their “big” condition when they are pregnant: A qualitative study performed in Sweden. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013.
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *The Journal of perinatal education*, 14(1), 9-21.
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses’ attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 535-543.
- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract*, 56(530), 666-672.
- Claesson, M., Josefsson, A., Cedergren, M., Brynhildsen, J., Jeppsson, A., Nyström, F., . . . Sydsjö, G. (2008). Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery*, 24(2), 163-167.
- Dabelea, D., Snell-Bergeon, J. K., Hartsfield, C. L., Bischoff, K. J., Hamman, R. F., & McDuffie, R. S. (2005). Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth Cohort Kaiser Permanente of Colorado GDM Screening Program. *Diabetes care*, 28(3), 579-584.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2016). Medisinsk fødselsregister.
<http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Folkehelse rapporten 2014. Helse i innvandrerbefolkningen* (8280826351). Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth*, 24(1), 35-40.

- Fylkesnes, A. M. (2010). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (Vol. 1., pp. 23-39). Oslo: Akribe AS.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Helland, I. B., Smith, L., Saarem, K., Saugstad, O. D., & Drevon, C. A. (2003). Maternal supplementation with very-long-chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation augments children's IQ at 4 years of age. *Pediatrics*, 111(1), e39-e44.
- Helsedirektoratet. (2005). *Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje*. Retrieved from Helsedirektoratet.no:
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Retrieved from Oslo: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Retrieved from Helsedirektoratet.no:
- Helsedirektoratet. (2016). *Gode levevaner før og i svangerskapet*. Retrieved from Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1188/Gode%20levevaner%20f%C3%B8r%20og%20i%20svangerskapet%20IS-2455.pdf>
- Henriksen, T. (2006). Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition reviews*, 64(suppl 2), S19-S23.
- Henriksen, T. (2007). Ernæring, vekt og svangerskap. *Nutrition, weight and pregnancy*, 127(18), 2399-2401.
- Henriksen, T. (2010). *I mors liv : svangerskap, fosterliv og helse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Henriksen, T., Overrein, H., Kardell, K., & Skogøy, K. (2014). Adipositas og svangerskap/fødsel. *Veileder i fødselshjelp 2014*.

- Heslehurst, N., Lang, R., Rankin, J., Wilkinson, J., & Summerbell, C. (2007). Obesity in pregnancy: a study of the impact of maternal obesity on NHS maternity services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *114*(3), 334-342.
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, *22*(4), 308-322.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Olafsdottir, O. A., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, *24*(2), 132-137.
doi:10.1016/j.midw.2008.02.003
- InternationalConfederationofMidwives. (2005). ICMs definisjon av jordmor. from International Confederation of Midwives <http://www.internationalmidwives.org/>
- James, P. T. (2004). Obesity: the worldwide epidemic. *Clinics in dermatology*, *22*(4), 276-280.
- Kinge, J. M., Strand, B. H., Vollset, S. E., & Skirbekk, V. (2015). Educational inequalities in obesity and gross domestic product: evidence from 70 countries. *Journal of epidemiology and community health*, *69*(12), 1141-1146.
- Kirkham, M., Morgan, R., & Davies, C. (2006). Why do midwives stay. *Department of Health, London*.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lavender, T., Bennett, N., Blundell, J., & Malpass, L. (2001). Midwives' views on redefining midwifery 1: health promotion. *British Journal of Midwifery*, *9*(11), 666-670.
- Lewis, G. (2011). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *118*(Suppl. 1).
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Lund: Studentlitteratur, c2008.
- Læg Reid, S., Skorgen, T., & Hagen, E. B. (2001). *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.

- Malterud, K. (2014). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning : en introduksjon*. Oslo: Univeritetsforlaget.
- Malterud, K., & Tonstad, S. (2009). Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. *Patient education and counseling*, 76(2), 254-259.
- Martinsen, B., & Norlyk, A. (2011). Tre kvalitative forskningstilgange. *Tikiusaaq*.
- Meyer, H. E., & Tverdal, A. (2005). Development of body weight in the Norwegian population. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*, 73(1), 3-7.
- Moldjord, W. (2009). Svangerskapsomsorg i et folkehelseperspektiv : overvekt og fedme -en risiko for den gravide, fødselen og det nyfødte barnet. Gjøvik: W. Moldjord.
- NESH. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Retrieved from www.etikkom.no
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*, 1(4), 266-268.
doi:10.4220/sykepleienf.2007.0009
- Norskhelseteknologi. (2014). Vektøkning i svangerskapet.
<http://nhi.no/graviditetsoraklet/symptomsjekker/vektokning-i-svangerskapet-37457.html>
- Nyman, V. M., Prebensen, A. K., & Flensner, G. E. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429. doi:10.1016/j.midw.2008.10.008
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788-805.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Voldner, N. (2011). Minst ti prosent har svangerskapsdiabetes. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 22-23.
- Walsh, D. J. (2006). 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), 228-239.

WHO. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*: World Health Organization.

WHO. (2004). BMI classification. from World Health Organization
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

VEDLEGG 1: Tilbakemelding fra NSD



Zada Pajalic

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus

Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO

Vår dato: 07.06.2016

Vår ref: 48649 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.05.2016.
Meldingen gjelder prosjektet:

48649

Jordmor i møte med den overvektige gravide

*Behandlingsansvarlig
øverste leder*

Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens

Daglig ansvarlig

Zada Pajalic

Student

Irene og Anita Nystuen og Fonnes

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Kopi: Irene og Anita Nystuen og Fønnes s238374@stud.hioa.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48649

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

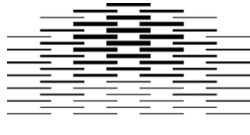
Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 29.10.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Prosjektet gjennomføres av studentene Irene Nystuen og Anita Fønnes.

VEDLEGG 2: Forespørsel til leder om deltakelse i et forskningsprosjekt



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel til leder om deltakelse i et forskningsprosjekt

Vi er masterstudenter i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og skal nå skrive masteroppgave. Tema for oppgaven er «Jordmødre i møte med den overvektige gravide». Hensikten er å undersøke hvilke tilnæringsmetoder jordmor anvender i svangerskapsomsorgen i møte med den overvektige gravide.

Vi ønsker din tillatelse til å invitere jordmødre i din organisasjon til å delta i forskningsprosjektet. Vi vil invitere jordmødre som utfører svangerskapskontroller av overvektige gravide, til å delta i individuelle intervjuer. Intervjuet følges av en intervjuguide, som er spesielt utformet for denne studien. Spørsmålene handler om jordmor i møte med den overvektige gravide i svangerskapsomsorgen. Intervjuet vil bli tatt opp med en båndopptaker.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Presentasjon av resultatene kommer til å forbli anonyme. Kun masterstudentene, veileder og biveileder vil ha tilgang til datamaterialet. Alle som arbeider med forskningsprosjekt har taushetsplikt, og kommer ikke til å offentliggjøre eller videreformidle hva enkeltpersoner har sagt. Ingen deltakere skal kunne gjenkjennes i det ferdige produktet. Datamaterialet makuleres da sensur for oppgaven foreligger. Prosjektet skal etter planen avsluttes i oktober 2016.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudentene Anita Fonnes, mail: s957222@stud.hioa.no, telefon: 99380379 eller Irene Nystuen, mail: s238374@stud.hioa.no, telefon: 90103424. Veileder fra høgskolen: Zada Pajalic, mail: Zada.Pajalic@hioa.no, telefon: +46 70-819 40 73.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

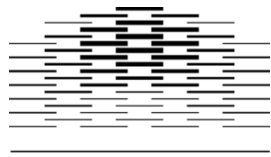
Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og gir mitt samtykke til at personalet i min organisasjon kan delta i forskningsprosjektet

.....

(Signert av leder, dato)

VEDLEGG 3: Forespørsel til jordmor om deltakelse i et forskningsprosjekt



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel til jordmor om deltakelse i et forskningsprosjekt

Vi er masterstudenter i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og skal nå skrive masteroppgave. Tema for oppgaven er «Jordmødre i møte med den overvektige gravide». Hensikten er å undersøke hvilke tilnæringsmetoder jordmor anvender i svangerskapsomsorgen i møte med den overvektige gravide.

Vi inviterer deg til å delta i dette forskningsprosjektet.

Deltakelse i studien innebærer å delta i individuelle intervjuer. Intervjuet følges av en intervjuguide, som er spesielt utformet for denne studien. Intervjuet vil vare i 20 – 60 minutter, og vil bli tatt opp med båndopptaker.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Presentasjon av resultatene kommer til å forbli anonyme. Kun masterstudentene, veileder og biveileder vil ha tilgang til datamaterialet. Alle som arbeider med forskningsprosjekt har taushetsplikt, og kommer ikke til å offentliggjøre eller videreformidle hva enkeltpersoner har sagt. Ingen deltakere skal kunne gjenkjennes i det ferdige produktet. Datamaterialet makuleres da sensur for oppgaven foreligger. Prosjektet skal etter planen avsluttes i oktober 2016.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudentene Anita Fonnes, mail: s957222@stud.hioa.no, telefon: 99380379 eller Irene Nystuen, mail: s238374@stud.hioa.no, telefon: 90103424. Veileder fra høgskolen: Zada Pajalic, mail: Zada.Pajalic@hioa.no, telefon: +46 70-819 40 73.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4: Intervjuguide

Intervjuguide

- Kan du fortelle om du møter overvektige gravide, og litt om forekomsten?

- Kan du beskrive hvilke strategier anvender du for å starte en samtale om vekt med den overvektige gravide?

- Kan du beskrive hvilke tilnæringsmetoder du anvender når du skal snakke om vekt i svangerskapet? Eksempler fra praksis? Hva tenker du om dette? Noe som kan gjøres annerledes? I retningslinjene for svangerskapsomsorgen – individuell oppfølging, hvordan praktiseres dette?

- Hvilke erfaringer har du med å ha tatt opp temaet overvekt med den gravide?

- Kan du beskrive hva som er din fremgangsmetode for å motivere henne til å ta tak i sin overvekt?

- Hvordan følger du opp de overvektige gravide?

- Hvordan opplever du at spørsmål relatert til vekt oppfattes av den gravide?

- Hva opplever du som mest utfordrende i disse møtene? (Kulturelle, språklige?)

- Opplever du at det er utfordringer knyttet til kultur?

- Er det noe du vil fortelle om dette temaet som jeg ikke har spurt om?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du fortelle mer om?

Kan du beskrive hvordan du gjør det i praksis?

Kan du beskrive hvordan du tenker om?