



Masteroppgave

Master i Jordmorfaget

Oktober 2020

**Livsstilsendring hos overvektige gravide i svangerskapet – en systematisk
litteraturstudie**

Kandidatnr: 924

Emnekode: MAJO5900-V19-924

Antall ord: 14266

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Da er en reise mot å bli jordmor snart ved veis ende, og det har vært noen spennende og lærerike år på godt og vondt. Jeg har hele veien vært målbevisst og ikke angret på mitt valg. Å skrive denne masteroppgaven har vært en lang prosess, og arbeidet har vært både spennende og lærerikt, men samtidig utfordrende. Utfordringene har vært relatert til selve skriveprosessen, mye grunnet at norsk ikke er mitt morsmål. Jeg har gjennom dette arbeidet fått mulighet til å fordype meg i et tema som jeg selv synes er spennende, relevant og ikke minst svært viktig. Jeg har fått økt kunnskap om de ulike aspektene rundt overvekts komplikasjoner i svangerskapet, noe som vil komme godt med senere i arbeidslivet. I den forbindelse vil jeg gi en stor takk til alle som har hjulpet meg på veien. Først vil jeg takke mine foreldre Wahida Noori og Munir Ahmad Noori for deres støtte og oppmuntring. Deretter vil jeg takke mine søstre Maryam, Wazhma, Benafsha, Shamim, Muzhgan og min bror Farhad for støttende og oppmuntrende samtaler i en tid preget av usikkerhet og frustrasjon. Tusen takk til min mann Fahim Noorzai for all tålmodighet, gode ord og omsorg gjennom disse to årene som student, du har oppmuntret meg til å gjennomføre dette lærerike mastergradsprosjektet. En stor takk til min veileder fra skolen for gode konstruktive tilbakemeldinger underveis i skrivearbeidet. Min familie har vært mine bautasteiner gjennom studietiden, og uten dem hadde veien vært mye vanskeligere å gå. Takk for at dere har hatt troen på meg hele veien, og oppmuntret meg til å gjennomføre dette studiet.

Løten, oktober 2020

Wershmin Noori

Sammendrag

Livsstilsendring hos overvektige gravide i svangerskapet

Hensikt

Å være overvektig og gravid medfører større risiko for mor og barn. Hensikten med studien er å belyse jordmors helsefremmende og forebyggende arbeid i svangerskapsomsorgen og bruk av motiverende samtale som kommunikasjonsmetode.

Problemstilling

Hvordan kan jordmor gjennom motiverende samtale bidra til livsstilsendring hos overvektige gravide under svangerskapet?

Metode

For å besvare problemstillingen ble en systematisk litteraturstudie utført. Datamaterialet ble samlet inn fra 5 godkjente databaser. Det ble så valgt 9 studier både av kvalitative og kvantitative studiedesign. Utvalgte artikler ble tematisk analysert.

Resultat

Studiens funn viser at kvinner er særlig mottakelige for informasjon og livsstilsendring når de er gravide. Å innhente kunnskap, få råd, hjelp og støtte fra jordmor, da uten fordømming og med et balansert syn på overvekt, viste seg å være viktig for å kunne mestre livsstilsendring. Jordmors kunnskap og kommunikasjonsferdigheter viste seg å være avgjørende i livsstilsendring.

Konklusjon

Til tross for at overvekt er et sårbart tema er det viktig at jordmødrene har strategier for å ta opp dette temaet med overvektige gravide. Motiverende samtale forbedrer obstetrisk helsepersonells muligheter for intervensjoner mot overvekt og fedme i svangerskapet.

Nøkkelord: Overvektige, gravid, jordmor, svangerskapsomsorgen og motiverende samtale

Summary

Lifestyle change in obese pregnant women during pregnancy

Purpose

Being overweight and pregnant carries risks for mother and child. The purpose of the study is to shed light on the midwife's health-promoting and preventive work in prenatal care and the use of motivational interviewing as a communication method.

Thesis question

How can the midwife through motivational conversation contribute to lifestyle change in obese pregnant women during pregnancy?

Method

To answer the thesis question a systematic literature study has been carried out. The data was collected from 5 approved databases. 9 studies were selected with both qualitative and quantitative study designs. Selected articles were thematically analyzed.

Result

The study's findings show that women are particularly susceptible to information and lifestyle change when pregnant. Obtaining knowledge, getting advice, help and support from the midwife, without prejudice and a balanced view of obesity, proved to be important in order to master lifestyle change. midwife's knowledge and communication skills proved to be crucial in lifestyle change.

Conclusion

Despite being overweight, it is important that midwives have strategies to address this issue with obese pregnant women. Motivational interviewing improves obstetric healthcare professionals' possibilities for intervention towards obesity in pregnancy.

Keywords: Overweight, pregnant, midwife, prenatal care and motivational interviewing

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	7
1.1	HENSIKT MED STUDIEN	10
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	10
1.3	BEGREPSFORKLARINGER	11
2	TEORETISK RAMMEVERK	12
2.1	JORDMORS ROLLE I SVANGERSKAPSOMSORGEN	12
2.2	KOSTHOLD FOR GRAVIDE	14
2.3	FYSISK AKTIVITET I SVANGERSKAP	15
2.4	LIVSSTIL OG HELSE	15
2.5	MOTIVASJON OG MESTRING I LIVSSTILSENDRING	16
2.6	MOTIVERENDE SAMTALE	17
3	METODE	19
3.1	BEGRUNNELSE FOR METODEVALG	19
3.2	INKLUSJONS og EKSKLUSJONSKRITERIER	20
3.3	LITTERATURSØK	21
3.3.1	PICO- SKJEMAET TABELL 1	22
3.3.2	BOOLSKE OPERATORER	22
3.3.3	SØKEPROSESS	22
3.3.4	DATAINNSAMLING	24
3.3.5	KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLENE	27
3.4	ETISKE OVERVEIELSER	28
4	RESULTATER	29
4.1	PRESENTASJON AV ARTIKLER	29
4.2	TEMATISK ANALYSE	32
4.2.1	ANALYSEPROSESSEN	32
4.2.2	TEMATISK OPPDELING AV RESULTAT	33
4.3	PRESENTASJON AV RESULTATER	34
4.3.1	SVANGERSKAP GIR MOTIVASJON TIL ENDRING	34
4.3.2	ØNSKE OM Å FØLE SEG FORSTÅTT OG BEHANDLET MED RESPEKT	36
4.3.3	KUNNSKAPSRELATERT INFORMASJON	37
4.3.4	STØTTE UTEN FORDOMMER	38
4.3.5	MOTIVERENDE SAMTALE SOM HJELPENDE HÅND	39
4.3.6	BARRIERER FOR ENDRING	41
5	DISKUSJON AV RESULTAT	42

5.1	SVANGERSKAP GIR MOTIVASJON FOR ENDRING.....	42
5.2	ØNSKE OM Å FØLE SEG FORSTÅTT, STØTTET UTEN FORDØMMING OG BEHANDLET MED RESPEKT.....	43
5.3	KUNNSKAPSRELATERT INFORMASJON.....	45
5.4	MOTIVERENDE SAMTALE SOM HJELPENDE HÅND.....	46
5.5	BARRIERER FOR ENDRING.....	48
5.6	METODEDISKUSJON.....	49
5.7	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	51
6	KONKLUSJON.....	52
7	REFERANSELISTE	53
7.1	VEDLEGG KVALITETSVURDERING AV INKLUDERTE STUDIER.....	57
7.2	VEDLEGG 2 ARTIKLER	58

1 INNLEDNING

Fedme og overvekt er definert av verdens helseorganisasjon som en kroppsmasseindeks ≥ 30 kg (World health organization, 2020). Forekomsten av fedme øker over hele verden, og om lag 23 prosent av alle nordmenn over 18 år i dag er overvektige, altså i underkant av 1 million mennesker. Forekomsten av overvekt i Norge ligger over gjennomsnittet for europeiske land (Aamo, Lind, Myklebust, Stormo & Skogli, 2019).

Ifølge Folkehelseinstituttet (2019), viser tallene fra 2018 at 61prosent av de gravide kvinnene var normalvektige da de ble gravide, mens 35 prosent hadde en kroppsmasseindeks (KMI) over 25 kg/m^2 , noe som tilsier at de hadde overvekt eller fedme. Medisinsk fødselsregister fra (2019) viser at mer enn hver tredje kvinne hadde overvekt eller fedme da svangerskapet begynte, hver sjuende hadde fedme. I Norge har antall kvinner som er overvektig under graviditet økt betraktelig (Folkehelseinstituttet, 2019a).

I Sverige i 2016 ble mer enn 14% av kvinnene kategorisert som overvektige tidlig i svangerskapet. Dette ligner på tallet fra andre land for eksempel 15,6% i Storbritannia og 12,7% i Australia. Gravide kvinner med høy KMI har økt helserisiko sammenlignet med kvinner som starter svangerskapet i sunn vekt kategori. Helserisikoen inkluderer svangerskapsdiabetes, hypertensjon/preeclampsia, depresjon og for barnet medfødt misdannelse, tidlig fødsel, stor-for-svangerskapsalder og perinatal død. Videre er det forbundet med høyere forekomst av keisersnitt og langsiktig risiko for høy KMI hos både mor og barn (Olander, Berg, Berg & Dencker, 2019).

Det er vanskelig å svare nøyaktig på hvor mye kan man legge på seg i svangerskapet. Den normale vektøkning i svangerskapet uke for uke er veldig avhengig av alder, utgangsvekt, kulturell bakgrunn og kvinnens generelle helsetilstand (Tunaal-Larsen, 2017). Den gravide øker i gjennomsnitt sin vekt med 10-15 kg, men det er store individuelle variasjoner. Kroppens vanninnhold øker med 8,5 liter fordelt på fostervann og forskjellige vev. Det meste av vektøkningen under graviditeten skyldes uterus og dens innhold, og blodvolumet øker. Den gravide øker sitt fettvev med ca. 3.5 kg og legger på seg gjennomsnittlig 500g per uke i graviditetens siste uker (Bendiksen, 2019).

Prevalensen av overvekt og fedme blant kvinner i fertil alder har økt tre ganger i løpet av en generasjon. Mye av dette skyldes økt inntak av sukker. På starten av 1950-tallet lå inntaket av sukkerholdige drikker på 9 liter per person per år. I dag har forbruket av sukkerholdige

drikker økt til 100 liter per person per år. Høyt inntak av sukker under svangerskapet gir økt risiko for at gravide utvikler alvorlig preeklampsi (Hamre, 2010).

I et moderne samfunn som Norge er overvekt og lite fysisk aktivitet blitt et stort obstetrisk problem. Dette øker risiko for komplikasjoner i svangerskapet, komplikasjoner under fødsel, samt under barselperioden (Folkehelseinstituttet, 2019b). Fosterets vekt og ernæring under svangerskapet kan programmere disposisjonen for god eller dårlig helse senere i livet (Henriksen, 2007). Gode kostvaner og tilstrekkelig fysisk aktivitet for jenter og kvinner i fertil alder, får særlig betydning fordi det har et perspektiv som går over generasjoner (Endresen, 1992).

Svangerskapsomsorgen har en sterk tradisjon i Norge. Den baserer seg i dag hovedsakelig på NOU 1984. Formålet er å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens legeomlige og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir ivaretatt på best mulig måte. Dette ved å sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret. Oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet. Det er en av jordmores rolle i svangerskapsomsorgen å oppdage helsetruende forhold både hos mor og barn (Helsedirektoratet, 2018). Overvekt og økning av vekt utover de normale grenser under svangerskap er en av det viktigste og mest helsetruende forhold hos en gravid kvinne (Folkehelseinstituttet, 2019b).

En svensk studie viser at tre temaer var viktig i forhold til livsstilsendring og vektøkning i svangerskapet. Den første var en bevisst tilnærming fra jordmor som er bygget på respekt, positive holdninger og omtanke, samt oppmuntring. Med dette viser jordmor at hun oppriktig bryr seg om kvinnen. Den andre gjelder hvordan jordmødrene justerer støtten etter hver enkelt kvinnes behov og forsøke å invitere dem til å delta i planlegging og sette sine egne livsstilsendingsmål. Den tredje temaet var å motivere gjennom kommunikasjon. Dette gjennom klargjøring av kvinnen til å reflektere over sin livsstil (Olander et al., 2019).

I 2009 utga «The US Institute of Medicine» (IOM) reviderte retningslinjer for anbefalt vektøkning i svangerskapet som er basert på WHO's KMI-klassifisering. Dette er anbefalinger Helsedirektoratet i Norge har tatt i bruk for å minimere negativ helserisiko for kvinner med høy KMI og deres barn. Det anbefales derfor en vektøkning på mellom fem og ni kilo under graviditet (Rasmussen & Yaktine, 2009).

Graviditet er ofte en motivasjonsfaktor for kvinner til å endre livstil. Men det å endre en atferd innebærer ofte mer støtte og veiledning enn det man klarer på egen hånd. Jordmødrene har en viktig rolle under denne tiden ved å tilby veiledning og støtte til den gravide så de selv kan styre vektøkning i løpet av svangerskapet (Dencker et al., 2016). Fieril et al., (2016) bekrefter i sin studie at svangerskapet gir motivasjon for livsstilsendring. Videre viser studien at kvinner velger sunn mat og fysisk aktivitet for fosterets helse.

Motivasjon er et av nøkkelbegrepene ved livsstilsendring, det starter ofte ved at personen er motivert for å gjøre en endring, og har tro på egen mestring for å oppnå resultatene de ønsker (Barth, Børtveit & Prescott, 2001b). Svangerskap er en periode der kvinner er spesielt motivert og mottagelig for informasjon og oppfølging av overvekt og fedme (Eriksen, 2019).

Svangerskapet er ofte et endringspunkt i mange kvinners liv da det forekommer store kroppslige, fysiske og psykiske endringer av kvinnekroppen. Det er ofte en fase i kvinnens liv hvor endringer av livstil blir prioritert, og valg av sunn mat kan være en av endringene kvinnen gjør. Jordmor spiller en viktig rolle i å støtte overvektige gravide kvinner til å velge et sunnere kosthold og å være fysisk aktiv (Wikström & Stephansson, 2015).

Overvekt og fedme regnes som helserisikofaktorer og representerer derfor en utfordring i svangerskapsomsorgen fordi det kan føre til mange komplikasjoner. Svangerskapsdiabetes, preeklampsi og trombose forekommer hyppigere, er alvorligere, samt er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse under svangerskapsperioden (Moldjord, Høye & Kvigne, 2015).

Overvektige kvinner havner oftere i induksjon av fødsel og frekvensen av uplanlagte keisersnitt er høyere enn hos normalvektige gravide (Mattsson & Ladfors, 2003).

En sentral oppgave for jordmødre er å informere overvektige gravide om risiko i graviditeten. De bør være tilbakeholdne med fordømmelse, fordi mange overvektige kvinner opplever å ikke bli sett som den de er, men kun som overvektig (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2019).

Helsefremmende og forebyggende arbeid representerer to ulike tradisjoner i praksis og teori. Mens forebyggende arbeid tradisjonelt har tatt utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, vektlegger helsefremmende arbeid styrking av ressurser for å fremme helse. Disse kan være av samfunnsmessig, miljømessig, sosial og kulturell karakter. I den helsefremmende tenkningen er det viktig at den enkelte får makt og kontroll over egen helse. Forebyggende og helsefremmende strategier vil være komplementære i det helsefremmende arbeidet.

Svangerskapsomsorgen har som mål å fremme helse og forebygge komplikasjoner hos den gravide og hennes barn (Mæland, 2005).

Svangerskapsomsorgen skal planlegges individuelt for hver kvinne og hennes familie i lys av de risikovurderinger som svangerskap og fødsel byr på. Allerede i det første møte mellom jordmor og den gravide er det anbefalt at temaer som omhandler levevaner blir tatt opp, slik at kvinnen på et tidlig tidspunkt er i stand til å fatte beslutninger om egen helse, basert på informasjon (Helsedirektoratet, 2018).

1.1 HENSIKT MED STUDIEN

Hensikten med studien er å belyse jordmors helsefremmende og forebyggende arbeid i svangerskapsomsorgen og bruk av motiverende samtale som kommunikasjons metode. Videre er hensikten å få kunnskap om hvordan man tilrettelegger for kvinners mulighet til å ta gode valg tidlig i svangerskapet når det gjelder sunne levevaner.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Overvekt og dens negative effekter på den overvektige gravide og fosteret er godt dokumentert i livsstilsstudier, men hvordan man kommuniserer med gravide er dårlig beskrevet, og de riktige kommunikasjonsteknikkene som er ideelle for jordmødre som møter overvektige gravide kvinner i svangerskapsomsorgen og støtte dem med livsstilsendring, er ikke beskrevet. Derfor ble denne problemstillingen valgt:

Hvordan kan jordmor gjennom motiverende samtale bidra til livsstilsendring hos overvektige gravide under svangerskapet?

Problemstillingen baseres på ICMs (International Confederation of Midwives) at jordmor skal 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 (Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, 2016). Motiverende samtale er en samtalem metode med fokus på å ta tak i pasientens egne behov og ønsker, samt hente frem og forsterke den enkeltes motivasjon for endring (Haugan & Sætertrø, 2018).

1.3 BEGREPSFORKLARINGER

Livsstilsendring: Forandring i måten man lever på til vanlig. Målet med livsstilsendring er varige forandringer. Livsstilsendring må sees på som en prosess – en gradvis endring av atferd. Ofte tar det lang tid før ny atferd er etablert. Hvor lang tid det tar varierer, men motivasjon er en forutsetning for å lykkes (Stenbakken, 2014).

KMI: Kroppsmasseindeks er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt. KMI er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og er lik vekten delt på kvadratet av høyden (Folkehelseinstituttet, 2015).

Normalvektig kvinner (KMI 18,5 – 24,9)	11,5 til 16 kilo
Undervektig kvinner (KMI under 18,5)	12,5 til 18 kilo
Overvektige kvinner (KMI 25 – 29,9)	7 – 11,5 kilo
Svært overvektig kvinner (KMI over 30)	5 – 9 kilo

Preeklampsi: Kombinasjon av protein i urin og hypertensjon (blodtrykk over 140/90mmHg) oppstått etter uke 20. Ødemer kan forekomme, men ved preeklampsi kan det godt mangle ødemer, og tvert om kan den gravide ha høye hemoglobinverdier som tegn på hemokonsentrasjon (Backe, 2010a).

Svangerskapsdiabetes: Graviditet har en diabetogen effekt, det vil si nedsatt insulinfølsomhet og tendens til å få høyere blodglukoseverdier etter tilførsel av samme mengde sukker som tidligere. Det er svangerskapshormonene som fører til redusert insulinfølsomhet. Svangerskapsdiabetes defineres ikke som en kronisk sykdom, men den behandles etter samme prinsipper som preeksisterende diabetes (Backe, 2010b).

Fertil/fertilitet: Fertilitet handler om fruktbarhet, altså kroppens evne til å få barn (Sex og Samfunn, 2020).

2 TEORETISK RAMMEVERK

Denne delen av litteraturstudien innebærer en gjennomgang av eksisterende litteratur som er relevant for den aktuelle problemstillingen og er funnet gjennom relevant faglitteratur.

2.1 JORDMORS ROLLE I SVANGERSKAPSOMSORGEN

Svangerskapsomsorg for gravide er kommunalt ansvar og det er en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2018) har nedfelt jordmors ansvarsområde i svangerskapsomsorgen. Svangerskapsomsorg kan både fremme helse og forebygge sykdom. Jordmor bør jobbe målrettet for å definere og forhindre risikofaktorer som kan medføre sykdom og plager. Det å jobbe helsefremmende og forebyggende bør fokusere på faktorer som styrker og støtter den gravide og hennes familie til å mestre livet i en ny situasjon med barn. Det er et frivillig tilbud til kvinner. Det er helt klart at de gravide fritt kan velge selv om hun vil følges opp av jordmor eller lege (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom det antall konsultasjoner som jordmor har med gravide, får jordmor en unik mulighet til å bli kjent med kvinnen og hennes partner (Hamre, 2010).

Jordmor har en viktig oppgave i forhold til undervisning og helserådgivning for hele somfunnet og familier. Jordmors rolle i undervisning og helserådgivningen omfatter blant annet forberedelse til foreldrerollen, kontroll og oppfølging av den gravide kvinnen, informasjon om fødsel og smertelindring under fødsel. Seksuell og reproduktiv helse og spedbarns pleie er også en del av jordmors viktige oppgaver (Fylkesnes, 2017).

For å høyne kvaliteten på jordmorsomsorgen har ICM presisert noen grunnleggende ferdigheter som en jordmor bør ha. Et av kravene innebærer at jordmor skal tilby kvalitetsmessig god svangerskapsomsorg som kan sikre at den gravide har god helse gjennom hele graviditeten. Jordmor skal så tidlig som mulig oppdage helseskadende faktorer som kan være skadelig både for mor og barnet hennes. Jordmor henviser gravide til høyere kompetanse nivåer hvis det er nødvendig (Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, 2016).

ICM sine retningslinjer er grunnleggende for verdier og holdninger for jordmor arbeid rundt om i verden. Utgangspunkt i retningslinjene er menneskerettighetene, og gir til kjenne at prinsippet om rettferdighet og gjensidige relasjoner basert på tillit, verdighet og respekt er grunnleggende i jordmors arbeid (Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, 2016).

Gjennom 2 års jordmor utdanningen, får jordmødrene kunnskap som omhandler blant annet hva overvekt kan gi av komplikasjoner for mor og barn i graviditeten. Jordmor har ansvar for å formidle den kunnskapen de har tilegnet seg til den gravide. Jordmor skal motivere den gravide kvinnen til å bedre livsstil som er best for henne og barnet (Kringeland, 2017).

I svangerskapskonsultasjoner informerer jordmødrene den gravide om hva som er sunn og næringsrik kost, og hvilke aktiviteter den gravide kan holde på med under svangerskapet. Lever gravide sunt i svangerskapet vil barnet og gravide få mye igjen for det. Både under graviditeten og etterpå (Bendiksen, 2019).

Jordmors sentrale oppgave er å informere overvektige gravide om risiko i graviditeten. Svangerskapsomsorgen skal planlegges individuelt for hver kvinne og hennes familie i lys av de risikovurderinger som svangerskap og fødsel byr på. Ifølge St. meld.nr.12 (2008 - 2009) sier en kvinnes fysiske og psykiske reaksjoner på et svangerskap mye om kvinnens egen helserisiko på sikt. Eksempler på dette er: Svangerskapsforgiftning og svikt i morkakefunksjonen øker risiko for hjerte- karsykdommer i fremtiden. Utvikling av svangerskapsdiabetes øker risikoen for diabetes senere i livet. For stor vektøkning i svangerskapet gir økt risiko for senere overvekt. Psykiske reaksjoner i svangerskapet kan knyttes til psykiske lidelser både tidligere og senere i livet. Moderne svangerskapsomsorg vil derfor i større grad dreie seg om helse over generasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Jordmor har ansvar for å utvikle og opprettholde relevante kunnskaper innenfor jordmorfaget, og holde seg faglig oppdatert til enhver tid (Fylkesnes, 2017). Jordmødrene har et ansvar for å forebygge sykdom under svangerskap, fødsel og barseltid. Som jordmor er det viktig gjennom kommunikasjon og observasjoner av kvinnene, å individualisere oppfølgingen slik at tiltakene blir individuelt rettet. Dette vil si at jordmor må ha et annet fokus og veilede de overvektige gravide på en annen måte sammenlignet med hvordan jordmoren 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 (Bendiksen, 2019).

2.2 KOSTHOLD FOR GRAVIDE

Allerede før en kvinne blir gravid, kan hun gjøre mye for å fremme optimal helse og utvikling hos sitt fremtidige barn og redusere risikoen for komplikasjoner under svangerskap og fødsel. Kostholdet er en viktig faktor, fordi tilstrekkelig tilførsel av energi og næringsstoffer er essensielt for fosterets utvikling (Taxbøl, 2009).

Det er mange hensyn man skal ta når man er gravid for at den lille i magen skal ha det best mulig under svangerskapet og få en god start på livet. Å ha en sunn vektbalanse er en av de viktigste faktorene for å gi barnet en best mulig start. Et viktig grunnlag for livslang helse, legges allerede i svangerskapet. I fosterlivet er vekst og utvikling på sitt alle raskeste, samtidig som alle biologiske systemer formes. Fosterets betingelser i denne fasen er avhengig av mors ernæringstilstand og helse. Det å legge på seg mer enn det som er anbefalt i svangerskapet påvirker både mor og barn og kan ha betydning for begge langsiktige helse (Hillesund, 2015). Anbefalt vektøkning tilsvarer i 2. og 3. trimester omkring 0,5 kilo per uke for undervektige, 0,4 kilo per uke for normalvektige og 0,3 kilo per uke for overvektige (Helsenorge, 2019).

For at fosteret skal vokse og utvikle seg, behøver kvinnen mer mat enn ellers. Behovet for mer vitaminer og mineraler øker under graviditet og dette behovet dekkes ved å spise sunt og variert. Gravide i første del av svangerskapet trenger ikke så veldig mange flere kalorier, men behovet for tilførsel av ekstra kalorier øker fra 2. trimester. Forskjellig mat inneholder ulike næringsstoffer, som proteiner, karbohydrater, fett, vitaminer og mineraler. Derfor det er viktig at jordmor oppfordre gravide til å spise variert. Jordmor bør også oppfordre til et variert kosthold med grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og bær, magre meieriprodukter, fisk, bønner, linser, erter og nøtter. Det er enklere å holde vekten på et ønskelig nivå om en erstatter fete og sukkerrike matvarer med fiberrike matvarer (Helsedirektoratet, 2019b).

Det finnes ikke noe fasit på hvor mange måltider en gravid kvinne skal spise i løpet av dagen. Hvis det går lenge mellom måltidene, øker sannsynligheten for å spise store porsjoner. Derfor det er viktig at jordmor forklare alle disse viktige punktene til alle gravide og ikke bare overvektige (Bornstein, 2014).

2.3 FYSISK AKTIVITET I SVANGERSKAP

Sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert. Helsedirektoratet anbefaler friske voksne å være i fysisk aktivitet med moderat intensitet minst 210 minutter i uken, eller 30 minutter daglig. Denne anbefalingen gjelder også for gravide, med unntak av kompliserte svangerskap. Veiledning og råd om fysisk aktivitet til gravide kan tilpasses individuelt gjennom motiverende samtale. Regelmessig fysisk aktivitet under graviditeten forbedrer og opprettholder en god allmenn kondisjon (Bendiksen, 2019).

Kvinner som er fysisk aktive i svangerskapet, opplever lettere svangerskap og fødsler, legger på seg mindre og har færre komplikasjoner enn kvinner som ikke er fysisk aktive i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2019a).

Regelmessig fysisk aktivitet redusere risikoen for svangerskapsforgiftning (preeklampsi) og svangerskapsdiabetes. Fysisk aktivitet påvirker ikke gjennomsnittlig fødselsvekt eller svangerskapsvarighet, men kan redusere risikoen for å føde barn med høy fødselsvekt. Risikoen for lav fødselsvekt eller for tidlig fødsel øker ikke. Helsedirektoratet anbefaler at gravide kvinner som har ikke vært fysisk aktive før svangerskapet, kan delta i fysisk aktivitet av moderat intensitet og gradvis økning av aktivitet til minst 210 minutter i uken (Folkehelseinstituttet, 2018)

Kvinner som har vært regelmessig fysisk aktive før svangerskapet anbefales å fortsette med fysisk aktivitet på omtrent samme nivå, og hvis nødvendig tilpasse aktivitet til svangerskapet. Anbefalingene er til friske gravide kvinner. Når det gjelder fysisk aktivitet, er det viktig at kvinnen er motivert, og jordmor bør derfor anbefale aktivitet som er lystbetont for kvinnen. Alle de anbefalinger innenfor ernæring og fysisk aktivitet kan derfor være av stor betydning for å forebygge livsstilssykdommer og utvikle best mulig helse for både mor og barnet. Det viser seg at jordmødrene spiller en stor rolle i å gi informasjon og støtte i svangerskapsomsorgen, og især for inaktive og overvektige gravide, via motivering til sunn livsstilsendring (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.4 LIVSSTIL OG HELSE

I 1946 slo verdens helseorganisasjon fast at helse er mer enn fravær av sykdom og svakhet. Helse er blitt definert som fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende. En slik tilnærming legger blant annet vekt på at man har et fysisk og mentalt overskudd, at man opplever velvære og harmoni, at man har gode relasjoner til andre mennesker, samt at man får

brukt seg selv på en positiv måte. Helse er en ressurs for det daglige liv og ikke tilværelsens egentlige mål. Helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige ressurser samt fysisk yteevne. Helse er også en ressurs som gjør mennesket i stand til å møte de påkjenninger som mennesket utsettes for i løpet av livet (Mæland, 2005).

Menneskers handlinger, vaner og levesett har stor innflytelse på helsen. Sunne levevaner vil ikke bare gjennomgående forlenge livet, men de øker antall år uten plagsomme sykdommer. Helse og livsstil henger tett sammen. Begrepet livsstil benyttes om måten man lever livet på, og det baserer seg på valgene man tar i hverdagen. Det er ikke noe nytt at det er sammenheng mellom menneskets valg av livsstil og helse. Legekunstens far, Hippokrates (460 – 377 f.kr.) anerkjente og framhevet allerede i sin tid betydningen av gode leveregler. I litteratur blir begrepet livsstil ofte anvendt i forbindelse med bestemte atferdsmønstre som innebærer økt risiko for sykdom og død, altså en negativ eller skadelig livsstil. Kosthold, fysisk aktivitet og sosial aktivitet er noen faktorer som påvirker livsstilen vår. Valg man tar i forhold til disse faktorene vil påvirke helsen i positiv eller negativ retning (Christiansen, 2020).

Livsstil, kosthold og helse henger tett sammen. En sunn livsstil gir overskudd til alt det som livet byr på, samtidig som det bidrar til å forebygge sykdom. Sammen med fysisk aktivitet er kostholdet avgjørende for helsen vår, men det finnes også andre avgjørende faktorer som ikke vil nærmere gås inn på i denne studien (Kristoffersen, Nortverdt & Skaug, 2011).

2.5 MOTIVASJON OG MESTRING I LIVSSTILSENDRING

Motivasjon er ofte startmotoren for en atferdsendring. Endring starter ofte med at personen er motivert for å gjøre en endring, og har tillit til egen mestring når det gjelder å oppnå de ønskede resultatene. Motivasjon forstått som ønsker om endring, er en sentral forutsetning for endring, men det er allikevel ikke nok å bare ville, man må også kunne utføre endringene (Barth, Børtveit & Prescott, 2001a).

Utvikling av motivasjon består i første rekke av at man forandrer syn på egen atferd og konsekvensene av atferden (Barth et al., 2001a). Motivasjon er en samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og som styrer atferden hos mennesker. Motivasjon omtales ofte som energikomponent og motivasjonsretning. Energikomponent vil si hva som setter oss i sving, og hva som bestemmer innsats og utholdenhet. Motivasjon retning handler om hvilke mål vi setter oss, og hvilke valg vi tar (Teigen, 2020).

Motivasjon sier både noe om hva en person har mer eller mindre av inni seg, da i form av en slags indre styrke eller kraft. Når en person er motivert, tenker vi at hun har et ønske om å oppnå noe eller forandre seg. En motivert person lar seg ikke så lett stoppe av tilbakeslag og vanskeligheter som dukker opp underveis i prosessen (Barth et al., 2001a). Ettersom motivasjonen peker tilbake på ønsket om endring, må en også se på mestring og mestringsforventningen i forhold til en endring. Disse vil interagere med hverandre som en del av prosessen og kan ikke ses hver for seg (Barth et al., 2001a).

Mestring kan forstås som å beherske en gitt ferdighet eller som å ha kontroll over seg selv i en usikker situasjon. Med mestring i forhold til livsstilsendring mener vi at personen har tilgjengelige og konkrete fremgangsmåter som kan bidra til å overvinne et problem. Mestringsprosessen innebærer også en opparbeidelse av ulike fremgangsmåter og tanker for hvordan en situasjon kan håndteres. Dersom en har mestret situasjonen tidligere, med andre ord har en positiv mestringsfølelse, vil dette kunne styrke utfallet. En som har stor tro på at hun vil lykkes med en endring, vil også være mer motivert enn en som har mindre tro på egen mestringsevne (Barth et al., 2001a).

I tillegg til motivasjon og mestring, vil det også kunne trekke frem individuelle faktorer for en livsstilsendring. Disse kan påvirke og styrke motivasjonen til å opprettholde prosessen og utfallet. Andre menneskers sine kommentarer kan gi en støtte og hjelp i livsstilsendring og opprettholdelsen. Det er med andre ord flere individuelle faktorer som kan påvirke en livsstilsendringsprosess hvor motivasjon, mestring og mestringsopplevelsen er viktige begreper. Likevel vil motivasjonen og individuelle faktorer ikke kun bli påvirket av de indre, men også ytre faktorer (Barth et al., 2001a).

2.6 MOTIVERENDE SAMTALE

Motiverende samtale (motivational interviewing) er en veletablert metode som kan benyttes når en skal hjelpe mennesker med å endre levevaner. Det er en metode utviklet for samtaler der hjelperen utforsker motivasjonskraften hos den som skal hjelpes. Samtalen skal lede til at vedkommende bestemmer seg for et resultat og beveger seg mot det. Andre teknikker eller metoder kan føre til samme resultat, men motiverende samtale er en avgrenset metode som brukes i hjelpesammenheng, det vil si i rådgivning og støtte til mennesker som kan ha nytte av å gjøre endringer. Begge parter er oppmerksomme på at samtalen er et forsøk på hjelp og rådgivning, og situasjonen rundt samtalen gjør det tydelig (Haugan & Sætertrø, 2018).

I motiverende samtale ønsker jordmor å gjøre selve motivasjonsprosessen til sentrum for samtalen. Den gravide kvinnens tanker og følelser rundt endringene er det essensielle som skal utforskes, mens årsaken til problemet og andre relevante sider ved kvinnens liv skal utgjøre bakgrunnen. Jordmor inviterer kvinnen til å fokusere på et bestemt tema og tenke på det som et endringsprosjekt. Noen ganger vil da kvinnen oppleve at noe hun hittil har tatt for gitt, blir verdt å tenke nærmere igjennom, med hensyn til muligheten for endring. Samtale om endring stiller jordmor overfor flere utfordringer. Det er fire viktige psykologiske fenomener en med stor sannsynlighet vil støtte på under slike samtaler. Jordmors egne holdninger og kommunikasjon har innvirkning på om motivasjonssamtalen vil lykkes (Aune & Kolset, 2017).

3 METODE

I dette kapitlet skal gjøres rede for valg av metode, beskrivelse av søkeprosessen, søkestrategi, PICO skjema, datainnsamling, inklusjon - og eksklusjonskriterier samt en oversikt over valgte artikler. Å være vitenskapelig er å være metodisk. Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen som trengs til undersøkelsen. Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, dvs. et hvilket som helst middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse det problemstillingen vi har stilt (Dalland, 2017).

3.1 BEGRUNNELSE FOR METODEVALG

For å besvare problemstillingen er en systematisk litteraturstudie blitt utført. Målet med litteraturstudier er å samle all tilgjengelig forskning som er gjort på et bestemt emne, for deretter å finne frem til ny kunnskap. En litteraturstudie gir muligheten til å sette sammen mange små biter av informasjon om et emne, slik at man kan få et større bilde og en utvidet forståelse. Sentralt for dette er at dataene som innhentes samles inn på en systematisk måte, slik at funnene blir representative for hva som finnes av litteratur på feltet (Aveyard, 2019).

I følge Aveyard, (2019), er litteraturstudier viktige fordi de forsøker å oppsummere all litteratur innenfor et tema. Dette kan bidra til at mennesker som jobber innenfor helse- og sosialfaglig sektor klarer å holde seg faglig oppdatert på den nyeste forskningen. I prinsippet kan systematiske litteraturstudier sammenstille studier av alle typer forskningsmetoder og for alle kjernesporsmål. Enkelt sagt er formålet med systematiske oversikter å se forskningsresultater fra relevante studier om en problemstilling under ett. En systematisk oversikt gir et balansert bilde av hva forskning har vist om en bestemt problemstilling (Aveyard, 2019).

I systematisk tilnærming til litteratursøk, er hvert skritt i informasjons innhenting planmessig og begrunnet. Det er viktig at litteratursøk skal være dokumentert og kan være etterprøvbart (Laake, Olsen & Benestad, 2008). Denne studie handler om livsstilsendring og bruk av motiverende samtale som en kommunikasjonsmetode når jordmoren veileder og gir råd til overvektig gravide om kost og fysisk aktivitet. Målet er at den gravide kvinnen ikke skal gå mer opp i vekt enn det som er anbefalt. Det ble derfor tatt utgangspunkt i studier med

et kvalitativt og kvantitativt studiedesign for å besvare problemstillingen. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker og grupper handler og samhandler (Dalland, 2017).

Litteraturstudier har både fordeler og ulemper. Det fordelaktige innebærer muligheten til å sammenligne ulike kilder og kaste et bredt lys over et avgrenset område. Ulempene er at man står i fare for å utelate viktig litteratur i utvalgsprosessen ved å velge feil søkeord eller foreta for få søk (Aveyard, 2019). Man kan også bli farget av konklusjonene som forskerne fremsetter i de utvalgte studiene, noe som kan resultere i at man møter litteraturen med personlige bias. I et forsøk på å redusere disse risikoene er det foretatt grundige litteratursøk og prøvd å gå gjennom hver studie med et kritisk blikk og sett etter positive og negative sider i forskningen. For å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur er det blitt brukt sjekklister fra kunnskapssenteret som hjelpemiddel.

3.2 INKLUSJONS OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Det er blitt tilstrebet å finne forskning fra USA, Australia, Canada, og spesielt skandinaviske land, fordi de har relativt lik forankring og er sammenlignbare med det norske helsevesen. Artikkene skal være fra godkjente databaser, og litteraturen skal være skrevet på norsk, engelsk, dansk og svensk. Artikkene skal omhandle jordmors støtte og veiledning i forhold til livsstilsendring til overvektige gravide, artikler som beskriver effekt av motiverende samtale, og artikler som handler om kostholdsendring i svangerskapet. Artikler som omhandler overvektskomplikasjoner i svangerskap, er i eksklusjonskriterier. Det er lagt vekt på at artikkene skal være fra 2010 – 2020.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kunne være sammenlignbart med det norske helsevesen	Kunne ikke sammenlignes med norske helsevesen
Norsk, Dansk, Svensk og Engelsk språk	Gravide som har diabetes fra før
Artikler fra år 2010 – 2020. Primærstudier og med IMRAD struktur	Gravide som er fedmeoperert
Overvektige gravide som trenger støtte og veiledning i livsstilsendring, Motiverende samtale, jordmors kostholdsveiledning til overvektige gravide.	Artikler som ikke handler om støtte og veiledning i forhold til livsstilsendring til overvektige gravide. Artikler som ikke omhandler motiverende samtale.

3.3 LITTERATURSØK

I følge Aveyard (2019), er litteraturen i en systematisk litteraturstudie samlet fra forskjellige kilder, hvor hovedkilden er databaser innen forskjellige forskningsområder. Det er derfor viktig å vite hvilke databaser som vil kunne tilføre den informasjon man trenger for å kunne svare på problemstillingen. Litteratursøkene som er blitt gjennomført er gjort i Medline, Cinahl, Svemed+, Embase og Cochrane library. Dette er databaser som er anbefalt og som hovedsaklig gir søketreff innenfor helsevitenskap.

Enhver søkeprosess starter med et spørsmål og det er et viktig skritt at man stiller presise spørsmål (Laake et al., 2008). I søkeprosessen ble det søkt på to ulike typer søkeord: emneord og tekstord. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i studier, bøker og andre publikasjoner. Fordelen med standardiserte emneord er at man slipper å tenke på synonymer, ulike stavemåter og entalls - flertallsendelser i søket (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). For å finne ulike varianter av søkeord ble det utført søk i termbasen Mesh. Mesh (Medical Subject Heading) omfatter sentrale begreper innen blant annet medisin og helsefag (Aveyard, 2019).

Tekstord er ord i referansens tittel eller sammendrag. Det kan være ønskelig å søke på tekstord i tillegg til emneord. Databasene er ikke alltid oppdatert, og derfor er det hensiktsmessig å søke på tekstord i tillegg til emneord (Nortvedt et al., 2012). Ved søking etter tekstord er trunkering blitt brukt. Å trunkere betyr å søke på stammen av et ord for å få med entalls-/flertallsendelser og ulike varianter av ordet. Svært ofte er trunkeringstegnet en stjerne (Helsebiblioteket, 2016).

For å skape klarhet i hvilke spørsmål man skal besvare slik at man kan bygge en søkestrategi og kombinere søkeord riktig, er det viktig å strukturere, eller dele opp problemstillingen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015a). Søket startet med å bryte problemstillingen ned og søkeordene ble skrevet ned og strukturert i PICO- skjema.

3.3.1 PICO- SKJEMAET TABELL 1

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑ OR ↓
overvektig gravide overweight pregnant obesity in pregnancy obesity/or Overweight/ pregnan*.mp obes*.mp overweight*.mp childbearing.mp.	motiverende samtale motivational interviewing directive counseling motivat*interview*.mp. motivational conversation.mp.		livsstilsendring, lifestyle change, behavioural change health promotion.mp. lifestyle modification healthy lifesyle	
← AND →				

Hvordan PICO-skjemaet er blitt overført til søkestrategi er vist i tabell 2 (søking og resultater). Selv om ikke alle søkeord er tatt med, blir prinsippet for oppbygging og gjennomføring av søket synliggjort (Laake et al., 2008).

3.3.2 BOOLSKE OPERATORER

Etter at relevante søkeord ble identifisert ble kombinasjonsord brukt i hensikt å kombinere dem på riktig måte i databasene. De vanligste kombinasjonsordene er AND, OR og NOT. “OR” ble brukt for å kombinere synonymer og stavemåter, og gav dermed en større treffmengde. “AND” ble brukt for å avgrense søket ved å kombinere ulike begreper (Helsebiblioteket, 2016). Et viktig prinsipp er å søke på ett og ett begrep om gangen, og deretter kombinere dem med OR (Nortvedt et al., 2012).

3.3.3 SØKEPROSESS

Søket startet med ett begrep av gangen. Etter å ha søkt på alle begrepene i PICO- element, søkehistorikken ble benyttet (search history) og deretter kombinert med OR. Helt til sist kombinert alt i PICO-elementene med AND. Søketreffene ble omfattende og flere av søkene resulterte i flere tusen treff. Ved første hovedsøk med bibliotekar som hjelp ble omfanget av søkeord vurdert. Det ble bestemt at ord som gav en unødvendig mengde irrelevante treff

skulle fjernes. Derfor ble «obesity complications in pregnant women» fjernet. Etter at noen endringer ble gjort, ble antall treff relativt begrenset. Det ble derfor forsøkt å gjøre noen endringer som resulterte i en større treffmengde, men som samtidig var relevant for studiens problemstilling. Gjennom hele søkeprosessen var det blitt gjort avansert søk. Det gjør det mulig å avgrense med søkeord, tidsintervall, språk, materialtype og søkeoperatører. Ved å avgrense søkene ga det en pekepinn på om valg av søkeord var riktig eller om det ikke førte til nok resultat (Aveyard, 2019). En søkestrategi som ble benyttet var å søke i referanselisten til artikler som var relevante for problemstillingen. Dette bidro til å identifisere flere aktuelle artikler. Det ble også utført enkelte søk i databaser som for eksempel Embase og Medline. Dette resulterte i funn av flere relevante artikler. Litteratursøkene ble avrundet da flere av de samme artiklene dukket opp i de aktuelle databasene (Aveyard, 2019).

Søking og resultater (01.06.20 – 15.08.20) tabell 2

Medline	Embase	Cinahl	SveMed	Cochrane library
Pregnant Women/ 8263 pregnan*.mp. 1002968 childbearing.mp. 13448 1 or 2 or 3 <u>13448</u> motivation.mp. 112283 Motivational Interviewing/ 1822 motivational conversation.mp. 6 Health Communication/ 2299 5 or 6 or 7 or 8 <u>115963</u> overweight.mp. 73979 Obesity/ 179824 Life Style/ 56393 lifestyle change.mp. 1712 behaviour change.mp. 5149	Midwife.mp. 31396 Midwivesm.p. 16091 1 OR 2 = <u>35733</u> Gestational weight gain 2537 Weight gain prevention.mp. 346 Weight gain control.mp. 60 Obesity.mp. 536856 Overweight.mp. 105721 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 = <u>546713</u> Pregnant women/ 79436 Pregnancy/ 529218 11 OR 12 = <u>576625</u>	Midwifery 39368 Midwives* 35041 Pregnancy 228352 Pregnant* 47539 Expectant mothers 8053 1 OR 2 <u>60357</u> 3 OR 4 OR 5 <u>236841</u> Gastational weight gain 165 Weight gain 20967 Overweight 31013 (MH obesity, maternal) 43 8 OR 9 OR 10 OR 11 <u>49461</u> Life style changes 38 Behavioral changes 38 Life style modification 58	Gestational weight gain 419 AND Overweight pregnant 16 Tilleggessøk Motivational Interveiwing 27 Life style changes 14 Behvaioral changes 32	Gestational weight gain 1 Livsstilsendring 4 Motiverende Samtale 41 Overvekt i svangerskapet 2

health behaviour.mp. 4164 10 or 11 <u>220191</u> 12 or 13 or 14 or 15 <u>65476</u> Midwifery/ 19077 Midwife.mp. 5731 18 or 19 <u>22085</u> 4 and 9 and 20 <u>155</u>	Life style change/ 163 Behaviour change/ 36200 14 OR 15 = <u>36359</u> 4 and 10 and 13 and 16 = <u>12</u>	13 OR 14 OR 15 <u>10837</u> 6 AND 7 AND 12 AND 16 7 6 AND 7 AND 12 <u>183</u>		
Aktuell= 150 Fulltekst: 30	Aktuell: 25 Valgt: 18 i fulltext	Aktuell = 53 Aktuell fulltekst 15	Til sammen aktuell= 6	Til sammen aktuell= 8 Fulltekst= 1

3.3.4 DATAINNSAMLING

Alle søk som ble gjort ble avsluttet med at tidsperioden ble justert til å kun omfatte artikler mellom år 2010 og 2020, noe som var et av inklusjonskriteriene for datainnsamlingen. Søket fortsatte i håp om at nyere forsknings artikler skulle dukke opp, men da dukket bare de samme artiklene, eller artikler som ikke var relevant for studien, opp. Da relevante artikler var blitt identifisert, ble de valgte artiklene fra referanselisten gransket for å få ytterligere referanser som kunne være nyttige for studien. Noen ganger hendte det at man fikk tusenvis av treff. For å unngå og ignorere irrelevante treff for studien, samt velge kun de som så ut til å være relevant, ble nye emneord og samme setning vurdert.

Totalt fikk man 236 treff i de aktuelle databasene, ekskludert søket i SveMed. Den første utvelgelsen på den samlede treffmengden ble utført ved å vurdere titlene i hver enkelt database. Titler med interesse for problemstillingen ble inkludert, og 120 ble ansett som irrelevante på bakgrunn av tittel, og dermed ekskludert. Hvis man var usikker på om studien var relevant på bakgrunn av tittel, gikk studien videre i prosessen til vurdering av abstrakt. Totalt 116 artikler ble inkludert etter lest tittel. Disse ble med videre i prosessen til vurdering av abstrakt. Det var også flere duplikater av artiklene i de ulike databasene man hadde valgt å søke i. Dette ble oppdaget etter utvelgelsen av artiklene etter lest tittel fra hver enkelt database, og totalt 30 artikler fjernet grunnet duplikater.

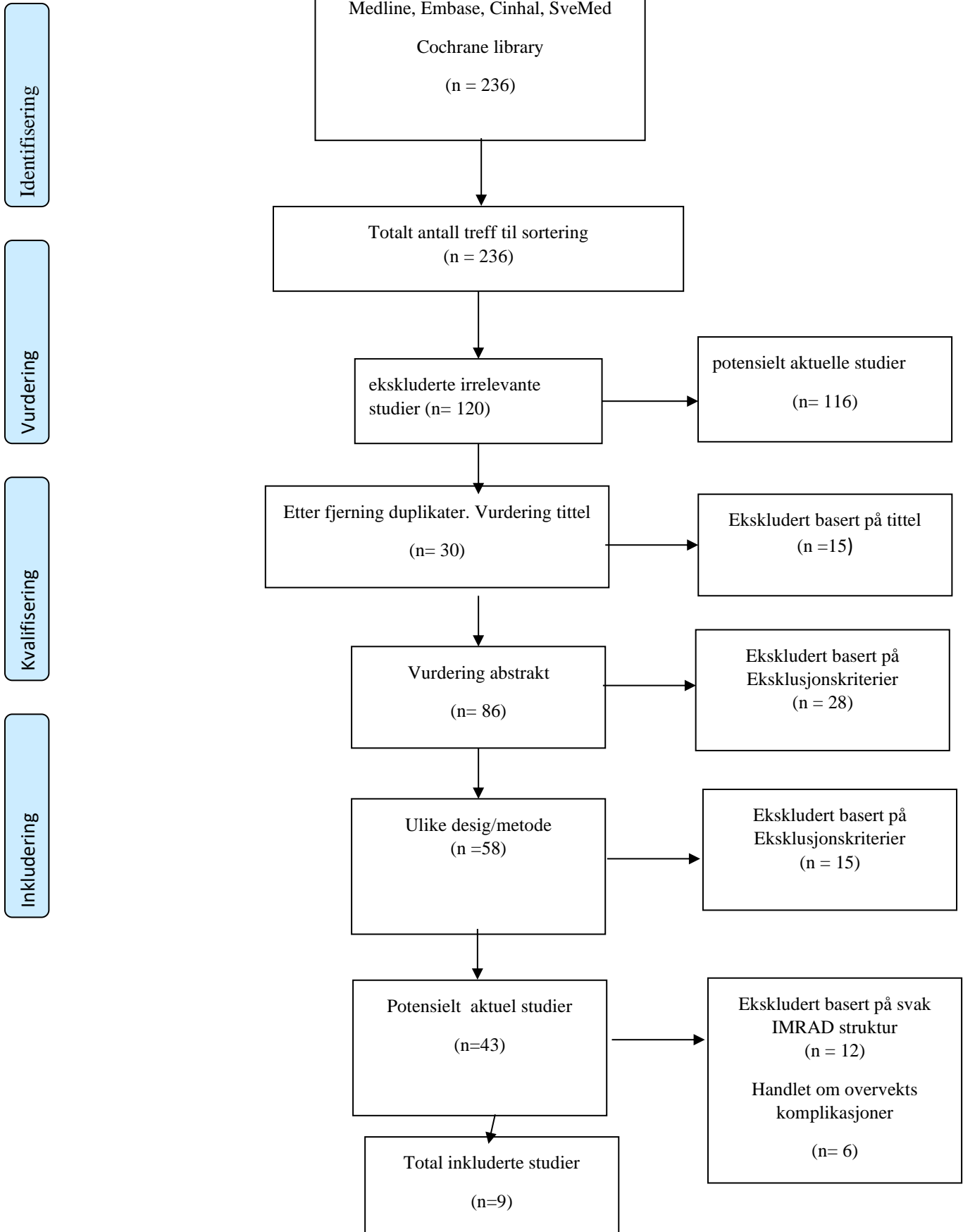
Samtlige av de 86 artiklenes abstrakter ble vurdert med hensyn til problemstillingen og seleksjonskriteriene. 28 artikler ble ekskludert ved abstraktgranskning grunnet irrelevans i forhold til problemstillingen. Da satt man igjen med 58 artikler av ulike studiedesign etter lest

abstrakt. Disse 58 artiklene ble lastet ned i pdf versjon for grundigere analyse. Artiklene har blitt nøye selektert underveis, og da det ble oppdaget at 15 av de 58 artiklene var fra Asia (Iran), ble disse derfor ekskludert. 12 av 43 artikler som inneholdt en svak IMRAD struktur, eller som manglet denne oppbyggingen, ble også ekskludert. Dette grunnet at det er vanskelig å vurdere påliteligheten av artiklene uten en klar formulering av metode og analyse.

I utgangspunktet satt man igjen med ett relativt stort antall artikler. Grundig analysering av artiklene fortsatte til det ble oppdaget at 6 av 31 artikler omhandlet overvektskomplikasjoner i svangerskapet. Disse ble derfor også ekskludert da studien omhandler livsstilsendring til overvektige gravide i svangerskapet. 7 av 25 artikler som ikke var på norsk, engelsk, dansk og svensk ble også ekskludert. Artikler som var ikke relevant for studien ble også ekskludert. Til slutt satt man igjen med 9 artikler som er relevante og inneholdt alle inklusjonskriterier for studien. Seleksjonsprosessen er presentert i flytdiagrammet nedenfor.



PRISMA 2009 Flow Diagram



3.3.5 KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLENE

Denne studien baserer seg utelukkende på selekterte vitenskapelige artikler publisert i refereebaserte kvalitetssikrede artikler. Metodisk kvalitet er vurdering av den helhetlige kvaliteten av en studie. Dette gjøres ved at man vurderer studiens design, instrumenter og resultater, samt at man ofte benytter sjekklister til dette formålet. Formålet med kritisk vurdering av forskningsartikler er å vurdere den metodiske kvaliteten på studien. Målet med denne vurderingen er å luke ut studier der man ikke kan stole på resultatene (Aveyard, 2019).

Det er viktig at man utfører kritisk granskning, beskriver, og vurderer kvaliteten på artiklene som skal tas med i studien, slik at man kan vektlegge metodisk gode artikler. Ved kritisk vurdering av artiklene, vurderer man om resultatene kan overføres til studien. Sjekklisten for kritisk vurdering av kvalitative og kvantitative artikler fra Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten er blitt brukt, samt inklusjonskriterier for å ekskludere artikler som enten er metodisk svake eller likevel ikke er relevante for studien. Sjekklisten inneholder 10 spørsmål man kan stille omhandlende kvaliteten til kvalitative og kvantitative artikler med tanke på om de oppfyller gjeldende krav. Hvert spørsmål har tre svaralternativer. For eksempel, ”Ja”, ”uklart” eller ”nei”. Artikkelen må ha minst 8 ja alternativer for at den skal ha en høy kvalitetsscore, og under 6 ”ja”-svar som regnes som lav kvalitets score (kunnskapsbasert praksis, 2016).

Det er blitt gjennomført kvalitetsgranskning av alle artiklene som ble hentet i fulltekst, dette ved å lese nøye gjennom hver enkelt artikkel flere ganger, mens kontrollspørsmålene fra sjekklisten ble gjennomgått. Videre valgte man de artiklene som fyller inklusjonskriteriene for studien, og som man har vurdert til å være av enten høy eller middels kvalitet ut ifra sjekklisten. Det er mulig at man har oversett noen svakheter i artiklene, fordi det som regel skal være flere personer som vurderer artiklenes kvalitet, men siden man skriver studien alene, så ble denne vurderingen utført på egenhånd. Det var to hovedutfordringer som forfatteren av studien møtte i forbindelse med skrivning av studien, den ene var at forfatteren skriver alene, og den andre var forfatteren hverken har engelsk eller norsk som morsmål, noe som kan anses som en mulig svakhet i kvalitetsgranskningen av studiene. Det er blitt brukt sat av god tid for å lese artiklene nøye flere ganger og vurderte etter beste evne. Forfatteren har identifisert 8 artikler fra søket til de 5 databasene som oppfyller inklusjonskriteriene, pluss en artikkel som ble funnet fra et manuelt søk av litteraturlisten til de ekskluderte artiklene. Til slutt det ble 9 artikler som oppfylte studiens inklusjonskriterier og er relevante for studiens

problemstilling. De 9 inkluderte artiklene er fra skandinaviske land, fra Sverige og Danmark. Alle inkluderte artiklene er fra 2012 til 2019. Skjema for vurdering av kvalitet i studiene er lagt som vedlegg1.

3.4 ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsetiske prinsipper slik de presenteres i Helsinkideklarasjonen, og ulike profesjoners forskningsetiske retningslinjer, fungerer som nødvendige veiviser for forskeren for å gjennomføre studien på en akseptabel måte (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010).

I de forskningsetiske retningslinjene fremkommer det at forskning er viktig både for enkeltmennesket og for samfunnet. Forskning er også en maktfaktor, og det er dermed viktig at den forgår på en måte som er etisk forsvarlig (Førde, 2014). Når det gjelder etiske overveielser er sjekklister fra Kunnskapssenteret brukt for å gjennomgå artiklene. Forfatteren har valgt studier som har benyttet kvalitativ og kvantitativ metode, og et av inklusjonskriteriene er at innhenting og godkjenning av opplysninger er redegjort for av etisk komite for forskning. I utførelsen av denne studien har det ikke vært nødvendig å søke om etisk godkjenning da forfatteren av litteraturstudiet har benyttet allerede eksisterende studier som har fått godkjenning.

4 RESULTATER

I dette kapittelet vil resultatene av analysen presenteres og gjøres rede for. I første del vil de inkluderte forskningsartiklene bli presentert i en tabell med en kort beskrivelse av metode, hensikt og hovedfunn. I tabellen vil også kvaliteten på artiklene bli presentert, da enten beskrevet som middels eller høy. Deretter vil resultatene fra artiklene gjengis i en tematisk oversikt der hovedfunnene er inndelt tematisk.

4.1 PRESENTASJON AV ARTIKLER

Tabell 3

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Kvalitet
Fieril, Olsén, Glantz og Premberg 2016 - Göteborg, Sverige	<u><i>Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women.</i></u> Hensikt: Beskriver overvektige kvinners erfaring å være med på livsstils intervensjon og hvordan de opplever effekten på helse og livsstil.	kvalitative studie med fenomenologi livsverden tilnærming. Denne metode er blitt valgt for å undersøke overvektige gravide kvinners erfaringer. Fokus er på hverdags liv. 11 gravide kvinner med BMI på ≥ 30 blitt intervjuet en uke før fødsle	Kvinnens erfaring ble uttrykt som, implementering av nye vaner som krever støtte fra jordmødre, partner, venner og familie. Støtte må være ikke fordømmende. Deltakelse Mighty mums program hadde lært dem om vektøkningkontroll. Kvinner var motivert for å prøve å kontrollere deres svangerskapsvekt. Ikke alle av dem i utgangspunktet var overbevist om at dette ville fungere.	Høy
Olander, Berg, Berg og Dencker 2019, Sverige	<u><i>Offering weight management support to pregnant women with high body mass index</i></u> Hensikt: å utforske hvordan jordmødre støtte gravide med høy KMI, til å etablere en sunn livsstil med tanke på næring og fysisk aktivitet. For å minimere vektøkning i svangerskapet.	Kvalitative studie med semistrukturert intervjuguide. 16 jordmødre som jobber i svangerskapsomsorg.	3 viktig elementer blitt identifisert. 1. Bruk av en bevist tilnærming. 2- invitere til å være med eller delta. 3- har en langsiktig helse perspektiv. Jordmødre brukte motiverende samtale for å hjelpe kvinner til å identifisere egne ressurser. For å oppnå langsiktige helsemessige fordeler setter jordmødre oppnåelige mål med kvinnene	Høy
Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson og Hemmingsson 2018 Sverige	<u><i>Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women.</i></u> Hensikt: var å studere kommunikasjons tilnærming om svangerskapsvektøkning.	Kvalitativ semi - strukturert intervju av 17 jordmødre. Intervjuer ble transkribert ordrett og analysert av tre forskere ved hjelp av latent innholdsanalyse.	Jordmødre unngår å snakke om vekt med gravide, for å ikke påføre bekymringer, skam eller skyldfølelser hos gravide. Det er motstridende ansvar i jordmødrenes profesjonale identitet	Høy

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Kvalitet
Lindhardt, Rubak, Mogensen, Hansen, Lamnot og Jørgensen 2014 Danmark	<u><i>Training in motivational interviewing in obstetrics: a quantitative analytical tool</i></u> Hensikt: Undersøke om et 3 dagers opplæringskurs i motiverende samtale, som er en tilnærming til å hjelpe mennesker til å endre seg, kan forbedre kommunikasjon ferdigheter til obstetriske helsepersonell i deres interaksjon med overvektige gravide.	Intervensjonstudie Metode: 11 personell fra fødselsomsorg som jobber med overvektige gravide, gjennomgikk et 3 dagers kurs i motiverende samtale teknikker og ble vurdert før og etter trening for å måle innvirkning på deres ytelse så vel som effekten på spesifikk atferd.	Deltakerne endret sin metode i samsvar med den motiverende samtale. Deltakerne fikk opplæring på sammenhengende og ikke sammenhengende intervensjoner. Videre viser undersøkelsen at deltakerne stilt færre lukkede og flere åpne spørsmål før trening i motiverende samtale. I vurdering av ferdigheter og kompetanse scoret de fleste av deltakerne høyere etter trening i motiverende samtale.	Middels
Lindhardt, Rubak, Mogensen, Hansen, Goldstein, Lamont og Joergensen 2015 Danmark	<u><i>Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women</i></u> Hensikt: En undersøkelse som beskriver hvordan helsepersonell i Sø – Danmark opplevd motiverende samtale som kommunikasjonsmetode i arbeid med overvektige gravide kvinner.	En kvalitative, beskrivende studie basert på ansikt til ansikt intervjuer. En tematisk beskrivende metode ble brukt på semi-strukturerte intervjuer. 11 jordmødre som jobber i svangerskapsomsorg.	Motiverende samtale ble funnet å være en nyttig metode når man kommuniserer med overvektige gravide kvinner. Metoden gjorde helsepersonell mer oppmerksom på sin egen kommunikasjonsstil både når det møter gravide og i samspillet med kolleger.	Høy
Wennberg, Lundqvist, Hogberg, Sandstrom, Hamberg, 2012 Sverige	<u><i>Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy</i></u> Hensikt: Beskrive kvinners opplevelser av kostholdsinformasjon og endring av kostvaner under svangerskapet	Kvalitative Fokusgruppeintervjuer. Prinsipper for fokusgruppemetodikk er blitt fulgt. Målet var å speile variasjoner så vel som vanlige opplevelser blant gravide.	En beskrivelse av kvinnenenes holdninger og erfaringer med kostholdsinformasjon og råd. 3 viktige aspekter blitt identifisert. Gevinst av diett informasjon. Reaksjoner på kosthold informasjon. Manglende veiledning fra jordmor.	Middels

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Kvalitet
Wennberg, Hamberg, Hörnsten 2014 Sverige	<u><i>Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations</i></u> Hensikt: Studere jordmødrenes strategier når de møter utfordrende kostholdsveilednings situasjoner.	17 jordmødre fra forskjellige deler av Sverige som jobber innen fødselsomsorgen ble intervjuet via telefon. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.	Studien viser at jordmødrene ofte opplever utfordringer når veilede de om kosthold til overvektig gravide som er fra forskjellige kulturer. Jordmødrene i studien brukte forskjellige strategier i utfordrende kosthold veilednings situasjoner. For. Eks. prøver å støtte og motivere, press for å velge riktig, kontroll og mestring og fratre ansvaret.	Middels
Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson og Hemmingsson 2019 Sverige	<u><i>"...or else I close my ears" How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management</i></u> Hensikt: Hensikten var å identifisere kvinners tanker og ønske rundt en vellykket vektøkning i svangerskapet og hvordan de ønsker å få veiledning og råd i svangerskapsomsorgen.	Kvalitative intervju med fokusgruppe og individuell. Semi-strukturert intervju med 17 kvinner i fertile alder (19-39). Tematisk analyse av data	3 tema blitt identifisert som viktig. 1-viktighet av god medisinsk informasjon 2-ønske om føle seg forstått og behandlet med respekt. 3-jordmødrenes tilnærming er avgjørende, jordmødrene tørr å ta opp om kroppsvekt og gi veiledning og råd om kosthold. Veiling av kvinnen hver konsultasjon, livsstilsendring og håndtere følelser som dykker opp underveis	Middels
Dencker, Premberg, Olande, McCourt, Haby, Dencker, Glantz og Berg 2016 Sverige	<u><i>Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese – an interview study three years after childbirth</i></u> Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke erfaringer fra kvinner med BMI ≥ 30 kg med tanke på å minimere deres vektøkning i svangerskaps perioden. Vurdere hvordan jordmødre omsorgstilnæringer gjenspeiles i kvinners narrative.	Semi – strukturerte intervjuer ble gjennomført med 17 kvinner som hadde deltatt i en livsstilsendring intervensjon for kvinner med BMI ≥ 30 kg under svangerskapet. Intervjuene ble registrert digitalt og transkribert i sin helhet. Tematisk analyse ble brukt.	Betydningen av å endre livsstil for å minimere vektøkning og profesjonelle omsorgstilnærmingen er beskrevet i fire temaer: 1. barnet som hoved motivasjon. 2. Et behov for å bli sett og støttet på egne vilkår for å etablere sunne rutiner. 3. Være i stand til å håndtere sunne aktiviteter og egenvekt og behov for ekstra støtte for å opprettholde en sunn livsstil	Høy

4.2 TEMATISK ANALYSE

I en analyseprosess er kritisk vurdering av hver studie det første steget. Deretter kan man gå direkte til resultatene i hver artikkel og skrive ned hovedtematikk og undertemaer på hvert resultat. Temaene som blir utformet skal vise direkte til den aktuelle problemstillingen. Målet er å identifisere felles temaer i studiene. Dette innebærer å sammenligne studiene, se etter kontraster, samt å tolke funnene av de individuelle studiene (Aveyard, 2019).

Det er sentralt at man kan forklare forskjellene og likhetene mellom studiene. I denne studien ble derfor temaer som omhandlet kvinners erfaring med livsstilsendring under svangerskap og jordmors støtte og veiledning til livsstilsendring og bruk av motiverende samtale formulert. Først skal temaer oppsummeres med nøkkelord som beskriver hovedinnholdet i hvert tema. Neste skritt i analysen er å finne ut hvilke av disse nøkkelordene som har fellestrekk med hverandre og som gjør at de kan inngå i større temaer, altså hovedtemaene. Disse hovedtemaene skal ha navn som formidler innholdet (Aveyard, 2019).

4.2.1 ANALYSEPROSESSEN

I løpet av analyserings prosessen har resultatdelen i hver artikkel blitt lest grundig, og studienes egne hovedtemaer og undertemaer blitt skrevet ned punktvis. Oversettelse fra engelsk til norsk har også blitt gjort parallelt. Artikkelen er så blitt delt inn i 3 hovedkategorier: Den første for å kunne identifisere hvordan jordmor kan bidra med livsstilsendring, den andre for å identifisere hvilke krav den overvektige gravide har til jordmor når det gjelder råd angående livsstilsendring og kosthold, og den tredje for å identifisere ferdigheter i motiverende samtale, samt jordmødrenes erfaring med motiverende samtale. Etter at alle artiklens resultat var lest, ble stikkord skrevet ned i hensikt å hjelpe til med å identifisere hovedtemaene.

I følge Aveyard (2019), man kan bruke uttrykk som er brukt i artikkelen eller man kan omskrive funnene med egne ord. Temaene skal direkte reflektere problemstillingen som man har. Veien videre har blitt til ved å skrive ned alle stikkordene på lapper som ble lagt frem for å forsøke å se det store bildet, samt koble sammen relaterte temaer. Temaene som fremkom av den tematiske analysen, vil bli presentert i tabell under.

4.2.2 TEMATISK OPPDELING AV RESULTAT

Tabell 4

	<i>Svangerskap Gir motivasjon til endring</i>	<i>Ønske om å føle seg forstått og behandlet med respekt.</i>	<i>Kunnskap relatert informasjon</i>	<i>Støtte uten fordømmer</i>	<i>Barrierer for endring</i>	<i>Motiverende samtale som hjelpende hånd</i>
Christenson et al 2019	×	×	×	×	×	×
Olander et al 2019	×	×	×	×	×	×
Christenson et al 2018			×		×	×
Fieril et al 2016	×		×	×		×
Lindhard et al 2015	×		×			×
Dencker et al, 2016	×	×	×			×
Wennberg et al 2014	×		×			×
Lindhard et al 2014	×		×			×
Wennberg et al 2012	×	×	×	×	×	×

4.3 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapitlet presenteres studiens resultat, delt i 6 hovedtemaer.

4.3.1 SVANGERSKAP GIR MOTIVASJON TIL ENDRING

Svangerskap kan gi ekstra motivasjon til livsstilsendring. Det er gjennomført en kvalitativ undersøkelse med 17 kvinner, og som alle hadde deltatt i et livsstilsendningsprogram for gravide kvinner med en KMI på ≥ 30 . Denne undersøkelsen beskriver at barnet er hovedmotivasjonen for en sunn livsstil, både når det gjelder sunn mat og fysisk aktivitet. Gravide kvinners egen helse, som kan ha blitt forsømt tidligere, ble mer betydningsfullt under graviditeten grunnet den direkte effekten det hadde på det ufødte barnet. Videre forteller kvinnene at bekymringer rundt det å ikke kunne gi barnet de beste forholdene under svangerskapet, fikk de til å avstå fra usunn livsstil (Dencker et al., 2016).

When i got a craving for sweets or chocolate I said to myself "no, I won't eat it" and that was for sake of the baby growing inside me. It wasn't for me. I tried to lose weight before but it didn't work. So, now it wasn't for me but for the baby inside me, and that was a much greater motivation.

En kvalitativ undersøkelse med en fenomenologisk livstilsnærming med 11 kvinner som hadde deltatt i et livsstilsendningsprosjekt for gravide kvinner med BMI ≥ 30 . Undersøkelser ble utført noen uker før fødselen. Den beskriver at de fleste kvinnene ville unngå for stor vektøkning under svangerskapet. Motivasjonen for å prioritere lav vektøkning under svangerskapet var frykten for å miste kontrollen over egen vekt under svangerskapet. Kvinnene ville ha en gjenkjennelig kropp etter endt svangerskap, og unngå lang kamp for å gå ned i vekt igjen (Fieril, Olsén, Glantz & Premberg, 2016).

When I was pregnant with my older son I really gained an awful lot of weight and I felt terrible. After his birth, I couldn't lose it and it took a really long time, about a year, to even lose a little, just a few pounds. So I knew I didn't want that to happen again (Fieril et al., 2016)

Kvinnene hadde en felles oppfatning om at det var viktig for fosteret å både spise næringsrik mat og være fysisk aktiv. Lav vektøkning under svangerskapet ble assosiert med færre komplikasjoner for både mor og barn. Livsstilsendringen med sunnere mat og mer fysisk aktivitet ble ansett som fordelaktig for barnets fremtid (Fieril et al., 2016).

I think that it's good for a child to have a healthy mother with lots of energy. So you should eat the right sort of food and have good nutrition (Fieril et al., 2016).

Overvektige gravide kvinner var bekymret for barnets helse. De fleste gravide kvinnene i denne undersøkelsen, ville ha informasjon om hvordan deres vekt og livsstil kan påvirke fosteret. Bevisstgjøring av helsevalg ble diskutert når kvinnene så at muligheten for å gjøre usunne valg på grunn av mangel på kunnskap. Kunnskapen om at valgt livsstil kan ha direkte effekt på barnets helse, ble sett på som en viktig motivator (Christenson et al., 2019).

“If you are aware of the risks I think you subconsciously think ‘Maybe I should be a bit more active and perhaps I shouldn’t have this unhealthy stuff and maybe eat a fruit instead of this bag of crisps (Christenson et al., 2019).

De fleste jordmødre bekrefter at graviditet, det ufødte barnet, og ønsket om å redusere vektøkning var viktige motiverende faktorer for kvinner. Graviditet ble sett på som en god mulighet til å gjennomføre livsstilsendringer. En kvalitativ undersøkelse omhandlende kvinner med BMI ≥ 30 , som deltok i en livsstilsendring under graviditet 3 år tidligere, beskriver at den negative effekten overvekt i svangerskapet kan ha på fødsel og kommende barn, kan skape bekymring for kvinnene. Selv om informasjon om økt risiko for barnet ved høy BMI hos mor vanligvis var motivasjon for livsstilsendring, kan informasjonen også bli oppfattet som skremmende, noe som medfører at kvinnene føler at de risikerer helsen til sitt ufødte barn (Dencker et al., 2016).

Yeah, I was a bit shocked by it all, that I carried so much extra weight, when we did the weighing. I didn’t really know... it was a bit overwhelming. That it was a danger to me and a danger to my child... “Huh!” stressful... I never needed much healthcare before and... now I was a concern, a possible danger to myself and my child. I felt like I was being labelled (Dencker et al., 2016).

Fleste kvinner i denne artikkelen hadde en lang historie med overvekt, noen helt fra barndommen av. Andre har opplevd en stor vektøppgang under tidligere svangerskap. Endring for barnet var en sterk motivasjonsfaktor, som erstattet tidligere barrierer og demotiverende faktorer.

I know that I have a predisposition to carry extra weight, and I do not want my children to end up in the same situation. If I can influence them to make healthy choices, so that they live well and healthily, I will of course do that (Dencker et al., 2016)

Selv om informasjonen om økt risiko for barnet knyttet til høy BMI vanligvis var en motivasjon for livsstilsendring, kan det også oppfattes som skremmende og få kvinnen til å føle at hun risikerte helsen til sitt ufødte barn. Mange av jordmødrene uttalte at graviditeten er en periode der de forventer at mødre må tilpasse seg nye omstendigheter og en ny rolle med nytt ansvar, og at jordmoren kan påvirke denne prosessen gjennom rådgivning (Wennberg, Hamberg & Hornsten, 2014).

4.3.2 ØNSKE OM Å FØLE SEG FORSTÅTT OG BEHANDLET MED RESPEKT

Dette temaet, for å bruke en bevisst tilnærming, omhandler hvordan jordmoren utvikler en relasjon til gravide. Temaet omhandler også hvordan jordmoren kan diskutere vekt på en følsom måte, samt tilpasse sin tilnærming til hver enkelt gravid kvinnes behov. Et kvalitativt intervjustudie med fokusgrupper og individuelle semi-strukturerte intervjuer med 17 kvinner i reproduktive aldre viser deltakernes uttrykkelse av viktigheten av å bli forstått, lyttet til og tatt på alvor (Christenson et al., 2019). Deltakerne forklarte videre at et godt møte med jordmor generelt finner sted når man blir behandlet med respekt, interesse og en ikke-dømmende holdning. Videre hevdet kvinner at hvis disse ønskene ble møtt av jordmor, ville de være mer åpne og ærlige, mens det motsatte kunne gjøre dem mindre mottagelige, eller utilnærmelige for informasjon.

“Or else it’s like ‘I’m not going to listen to you now’, almost as if you push away what she said. I close my ears”

“I can get defensive if someone just tells me what to do, because then it feels like they don’t respect me or assume that I’m stupid or ignorant.”(Christenson et al., 2019).

Christenson et.al, 2019 viser i sin studie at veien til å gi vellykket støtte og veiledning til overvektige gravide under svangerskapet er at jordmødre først etablerer en tillitsfull relasjon med den gravide. Denne relasjonsetableringen er preget av en positiv holdning, respekt, omtanke, samt oppmuntring, og hvor jordmoren viser at hun bryr seg om den gravide.

“What I find hard when I go to the gynecologist or a midwife is that you get judged. ‘Perhaps you should lose weight!’ when they could instead ask ‘have you tried losing weight?’ It feels like they are very quick at drawing the conclusion that you have chosen to be big”(Christenson et al., 2019).

At jordmoren ber om tillatelse før temaet kroppsvekt ble tatt opp anses som et tegn på respekt. I tillegg vil det å verbalt anerkjenne at kroppsvekt kan være sensitiv sak, indikere at jordmoren er innsiktsfull og ønsker å hjelpe gravide til å føle seg forstått.

“They can say ‘This may be a sensitive subject, but I have to bring it up with all pregnant women’ (Olander., Berg, Berg & Dencker, 2019)

I Dencker et.al (2016) sin studie har deltakerne understreket at jordmoren må vise interesse, stille spørsmål på en aktiv måte og lytte til kvinnen. Videre fortalte deltakerne at et slikt engasjement fra jordmor får dem til å føle på trygghet og ivaretagelse, samt gjorde det lettere for dem å snakke om hva som er viktig for dem når det gjelder livsstilsendring (Dencker et al., 2016).

4.3.3 KUNNSKAPSRELATERT INFORMASJON

Et kvalitativt intervju med 23 kvinner fra Sverige viser at deltakerne uttrykte å noen ganger måtte søke informasjon om kosthold selv. Jordmødrene delte ofte ut bare brosjyrer uten mer grundig rådgivning. Videre fortalte deltakerne at når kvinnene stilte spørsmål om sunt kosthold under svangerskap, henviste jordmødrene ofte dem til elektroniske informasjon.

“if you ask the midwife, they refer to the food administration but you have to find out on your own” (Wennberg, Lundqvist, Hogberg, Sandstrom & Hamberg, 2013).

Deltakerne fortalte at de fikk mer konkrete råd om kosthold når de hadde problemer eller var i en mer akutt tilstand. Den forebyggende informasjonen fra jordmor ble knapt nevnt i studien, i stedet ble jordmødre opplevd som å fokusere på tegn på avvik og symptomer på sykdom (Wennberg et al., 2013). Et kvalitativt intervju med 11 overvektige gravide som hadde deltatt i en livsstilsendingsintervensjon fremhever viktigheten av god veiledning om kosthold og fysisk aktivitet. Deltakerne i studien opplevde veiledningen og rådene om kosthold fra jordmødrene som en positiv opplevelse. De følte at de hadde fått en ny forståelse av hva og hvor mye de skulle spise (Fieril et al., 2016).

“Before, I just ate without thinking about it. I would eat anything” (Fieril et al., 2016).

Det var urealistisk å forvente at å spise for mye under graviditeten ikke ville føre til en kamp for å gå ned i vekt etterpå. Jordmødrenes fokus både på barn og mor ble opplevd som viktig, og deltakerne fremhevet at det var viktig for dem at jordmoren ser dem helhetlig, og ikke bare som overvektige og gravide. En av deltakerne i studien uttrykte det slik:

If the midwife had talked only about weight I wouldn't have wanted to visit her. She was really good at keeping it at the right level, just a minor part of the regular routine so it didn't get out of proportion. We could talk about my pregnancy as well, which is also important (Fieril et al., 2016).

Motstridende informasjon om kosthold fra jordmødrene og familie påførte gravide kvinner frykt og skyldfølelse (Wennberg et al., 2013).

"You should eat this fish but not that one, which leads you to avoid all fish so you don't risk eating the wrong kind, but then you don't get enough omega 3... so it's a bit confusing"(Wennberg et al., 2013)

Uoppfordrede råd og negative kommentarer kan avskrekke overvektige gravide kvinners mål om å gå ned i vekt, og kan faktisk utløse overspising (Fieril et al., 2016).

4.3.4 STØTTE UTEN FORDOMMER

Inkluderte artikler (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016) i denne studien bekrefter at overvektige gravide har behov for støtte mens de forsøker å endre sin livsstil. Støtte til å initiere en livsstilsendring ble også beskrevet som viktig av kvinnene som allerede visste hvordan de skulle leve sunt (Fieril et al., 2016). De fleste av de inkluderte studiene (Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016) bekrefter at jordmødrenes kunnskap og kompetanse gir en opplevelse av støtte og sikkerhet for kvinner som skal endre livsstil. Gravide deltakerne forklarte det videre i studien at det var betryggende å få vite at deres livsstilsendring ikke påvirker barnet i form av underernæring. Deltakerne forklarte videre i studien at det ble oppfattet som positivt at jordmor ville være tilgjengelig for å snakke med gravide om vekt. Vektproblemet ble noe som kunne diskuteres, heller enn et tabu. Deltakerne nevnte også støtte fra sine partnere, venner og foreldre som motivasjon for livsstilsendring (Fieril et al., 2016).

"My partner is really supportive, neither judgmental nor demanding, but always totally there for me"(Fieril et al., 2016).

I Orlander et. al (2019) sin studie uttaler deltakerne at en engasjert og oppmuntrende partner ble sett på som betydelig støtte for kvinnen, og gjorde jordmødre i stand til å fokusere på hele familien.

”Yes, at least in the beginning, when they come to the booking appointment and this extra visit, I think that sometimes you can focus on the whole family, including him, and many are very interested in”(Olander et al., 2019).

Videre forteller deltakerne at noen kvinner ikke ønsket at partneren skulle vite hennes vekt, eller å diskutere vekt med partneren til stede. Det ble også oppfattet at noen partnere ikke ga nyttig støtte om sunn mat og fysisk aktivitet og dermed kan være et hinder for livsstilsendringer (Olander et al., 2019).

4.3.5 MOTIVERENDE SAMTALE SOM HJELPENDE HÅND

I forbindelse med helsepersonells erfaringer med motiverende samtale, utført Lindhardt et. al (2015), et kvalitativt intervju med 11 obstetrikk helsepersonell. Deltakerne uttalte at motiverende samtale er en nyttig teknikk i den daglige kliniske praksis når de kommuniserer med overvektige gravide og gravide generelt. Helsepersonell fikk 3 dagers kurs i motiverende samtale. Etter kurset opplevde de noe nytt og annerledes i deres kommunikasjon med overvektige gravide (Lindhardt et al., 2015).

”It is weird but I feel I connect better to my patients after the MI training. There is this awareness I did not have before using the open questions. It is like opening Pandora's box of opportunities” (Lindhardt et al., 2015).

Deltakerne rapporterte videre at opplæring angående motiverende samtale gjorde dem i stand til å stole på deres evne til å snakke med pasienter, mens tidligere de hadde følt seg maktesløse, tappede og utbrente.

”Sometimes it could be difficult to talk about weight. But now I ask the woman about permission to talk about her weight. They never say no”(Lindhardt et al., 2015).

Deltakerne i studien rapporterte videre at deres negative holdninger til en vanskelig samtale ble redusert. Å handle på en mer profesjonell måte var en annen fordel som deltakerne understreket. De følte at de evnet å holde fokus på kvinnen, og unngikk småprat om seg selv.

”In the past I tended to talk a lot about myself when being in the delivery suite with the woman in labour. But now, after the course I am saying to my patients if they ask me questions. Is it important for you to know that? This way all focus stays on her needs and what she wants. I feel I am a more professional person doing this”(Lindhardt et al., 2015).

En undersøkelse av effekten av 3 dagers helsepersonells kurs om motiverende samtale, og som ble gjennomført i Sør- Danmark, viser at opplæring i motiverende samtale forbedret helsepersonells ferdigheter og kompetanse i kommunikasjon med overvektige gravide kvinner (Lindhardt et al., 2014). Wennberg et. al (2014) beskriver at effektiv og tilfredsstillende kommunikasjon spiller en viktig rolle i enhver innsats for å forbedre helsen.

En rekke semi-strukturerte intervjuer med 16 jordmødre viser at det var viktig for jordmødrene å motivere kvinner til å være sunne. Dette ble gjort gjennom å få kvinnene til å reflektere over deres livsstil. Motiverende samtale ble brukt av flere deltakere for å gjøre kvinner mer involvert i sin egen livsstilsendring (Olander. et al., 2019).

”It’s a little bit like ‘What do you think has caused this [weight]? And what is your perception of what could help you to keep your weight or not to gain so much in weight?’ Then you also hand over the responsibility to the patient clearly in the conversation, but do not point fingers and ‘but then I think you should go out with walking rods an hour a day. Now you can do it.’ Then it does not become respectful and ... and that you also summarise and ‘did I understand you right?’ And so on. I think, nevertheless, it gives the patient a sense of being more involved” (Olander. et al., 2019).

Et kvalitativt intervju med 17 jordmødre fra forskjellige områder i Sverige, beskriver at det er nødvendig at jordmødre får opplæring i kommunikasjonsferdigheter i hensikt å lettere bringe temaet vekt på banen, samt å håndtere psykologiske aspekter bak emosjonell spising og fedme. Av de 17 jordmødrene i studien har bare to av dem følt seg trygge i kommunikasjon med overvektige gravide. Dette begrunnes med at de hadde mottatt nødvendig opplæring om motiverende samtale (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2018).

“I have taken a course in MI and that has been helpful. But I would probably need more education in how you actually practically use it in the conversation. Yes, actually practicing how to have that conversation! How you bring it [the weight] up in a good way that motivates lifestyle change.” (Christenson et al., 2018)

4.3.6 BARRIERER FOR ENDRING

Ulike barrierer for livsstilsendringer ble oppfattet i alle de inkluderte studiene. Fieril et al., (2016) viser i sin studie at en typisk barriere er myter angående kosthold under graviditet. Kommentarer fra partnere, familie eller venner ble også identifisert som potensielle barrierer, der et eksempel er å anbefale "spise for to", eller fraråde kvinnen å spise mindre.

"A lot of people told me they couldn't tell I was pregnant so I started to worry that the baby had stopped growing and I went back to eating the way I had earlier. In the beginning my husband was worried that it would be bad for the baby, and he thought I should eat a lot for the baby's sake"(Fieril et al., 2016).

I Christenson et al., (2018), sin studie beskrives mangel på spesifikk kompetanse, vektrelatert kunnskap, og tid som en barriere mellom deltakerne. Jordmødrene i Christenson et al., (2018) sin studie rapporterer at de hadde tvil på egen kompetanse i veiledningen av overvektige. De syntes at de ikke hadde nok kunnskap om kosthold, og de var redde for reaksjoner fra de gravide kvinnene. De hadde også ønsker om et bedre samarbeid med annet helsepersonell.

"I think it would be good for us [midwives] if we could have guidelines and instructions on what are good and what to recommend. The weight gain range is kind of arbitrary and I think we give different advice on diet and weight gain"(Christenson et al., 2018).

Studien understreket at jordmor er definert som en som har kompetanse til å ivareta den gravide, og at innholdet i den gode svangerskapsomsorgen er å finne fram til den enkelte kvinnes behov. Dette ble vanskelig gjort ved manglende tro på egen kompetanse (Christenson et al., 2018). I Olander et al., (2019) sin studie opplevde jordmødre at kvinner noen ganger fant det vanskelig å endre kulturell og tradisjonell spiseatferd, samt å motstå familiepress, og at disse faktorene ble regnet som barrierer for endring (Olander et al., 2019).

5 DISKUSJON AV RESULTAT

Forskning viser at kvinner er særlig mottakelige for informasjon om livsstilsendring når de er gravide. Å innhente kunnskap, få råd, hjelp og støtte fra jordmor, uten fordømming og med et balansert syn på overvekt, viste seg å være viktig for å kunne mestre livsstilsendring. Jordmorens kunnskap og kommunikasjonsferdigheter viste seg å være avgjørende i livsstilsendring.

5.1 SVANGERSKAP GIR MOTIVASJON FOR ENDRING

For at gravide skal klare å endre livsstil, er det viktig at hun føler seg motivert til dette selv, og det handler om å hjelpe den gravide til å finne de motivasjonsfaktorene som bidrar til livsstilsendring. Ifølge Dencker et al., (2016) er barnet er hovedmotivasjonen for en sunn livsstil, både når det gjelder sunn mat og fysisk aktivitet. I likhet med dette beskriver Fieril et al., (2016) studien at frykten for å miste kontrollen på vekten under svangerskapet var en stor motivasjonsfaktor. Samtidig krever livsstilsendring kognitive og emosjonelle evner og ferdigheter, motivasjon og sosial støtte, men også innsats over lang tid (Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu, 2007).

I Fieril et al., (2016) studien beskrives det at kvinnene hadde en felles oppfatning om at det var viktig for fosteret å både spise næringsrik mat og være fysisk aktiv. Det vil si at kanskje den største motivasjonsfaktoren vil være at mor ønsker det beste for barnet sitt både helsemessig og generelt. Utvikling av motivasjon består derfor i første rekke av at man forandrer syn på egen atferd og konsekvensene av atferden (Barth et al., 2001a).

Christenson et al., (2019) bekrefter at mange kvinner ønsker å motta informasjon om hvordan deres vekt, livsstil og svangerskapsvektøkning kan påvirke helsen til barnet. Ifølge retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2018), bør gravide få tilbud om et basisprogram med åtte konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse. Ved behov bør gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet. Det beskrives at gravide får tilbud om en strukturert samtale om levevaner på første konsultasjon (Helsedirektoratet, 2018). Det er også understreket at i samtalen om levevaner er det viktig å respektere den gravides rett til selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2018). I Christenson et al., (2019) sin studie, har deltakerne rapportert om flere situasjoner innbefattende stigmatisering under svangerskapskonsultasjoner, noe som gjør kvinnen mindre mottakelig for råd og støtte. En slik stigmatisering gjør at den overvektige gravide bli demotivert til å gjennomføre en positiv

endring. Derfor er kvaliteten på møte med jordmor avgjørende for om overvektige gravide blir motivert til å ta mer ansvar for seg selv og barnet i magen.

5.2 ØNSKE OM Å FØLE SEG FORSTÅTT, STØTTET UTEN FORDØMMING OG BEHANDLET MED RESPEKT

Jordmors evne til å skape en god relasjon, er viktig for livsstilsendring hos overvektige gravide. Dette fremgår også av nyere teoretiske og kliniske studier. Christenson et al., (2019) bekrefter i sin studie at et godt møte med jordmor generelt, er når man blir behandlet med respekt, interesse og en ikke-dømmende holdning. Mye tyder på at nettopp evnen til å lytte, til å forstå den andre, og til å skape et godt samarbeid mellom jordmor og den gravide, er avgjørende for å yte god hjelp og motivere for å bidra til livsstilsendring (Eide & Eide, 2017).

Christenson et al., (2019) bekrefter at disse kvinnene ville de være mer åpne og ærlige hvis deres ønsker ble møtt av jordmor, mens det motsatte kunne gjøre dem helt utilnærmelige for informasjon. Dessuten skriver Fieril et al., (2016) i sin studie at jordmødrenes kunnskap også er en trygghet for overvektige gravide. Kvaliteten i relasjonen mellom jordmorene og kvinnen er veldig viktig for omsorgen som tilbys. Det kjennetegnes ved at jordmor har både faglig og personlig kompetanse, og evne til å skape trygghet og tillit (Aune & Kolset, 2017). I relasjonen mellom jordmor og den gravide, er det særlig vekt på jordmors empati og personlighet. For at jordmor kan bidra til livsstilsendring, må hun først og fremst leve seg inn i den gravide, møte den gravide med ubetinget respekt og varme, og selv være genuin og kongruent i forholdet (Eide & Eide, 2017). Dette bekreftes i Wennberg et al., (2014), ved at jordmødrene i studien prøvde å lytte aktivt for å støtte kvinners motivasjon for endring. Når de følte at de hadde problemer med å nå den gravide kvinnen, prøvde de ofte å tilpasse seg kvinnen ved å skifte rådgivningsstil for å tilpasse seg den enkelte kvinnes behov. I likhet med motiverende samtales prinsipper, og at jordmor skal hjelpe kvinnen, er det avgjørende å finne henne der hvor hun er og starte der (Mabeck, 2005).

Jordmødre er viktige omsorgspersoner for kvinnene i svangerskapet. Fieril et al., (2016) beskriver at kvinnene i studien opplevde at jordmødrenes positive, ikke-avvisende holdning bidro til å fokusere oppmerksomheten på sunne og positive aspekter, i stedet for på begrensninger, som ble sett på som negative aspekter. Det er i samsvar med motiverende samtales akronym PEARLS, som dekker over en rekke faktorer som er viktig i forhold til etablering av en god relasjon. Slik bygges forståelse og respekt. Faktorene er partnerskap,

empati, aksept, respekt, identifisering og støtte. Her respekterer man og fokuserer på at kvinnen skal føle og oppleve at hennes meninger og synspunkter blir respektert. Jordmor er medansvarlig for at kvinnen føler seg godt behandlet (Mabeck, 2005).

Jordmødrene har et ansvar for oppfølging av den gravide gjennom svangerskapet, og for å etablere et forhold basert på gjensidig tillit og respekt. Ved å være ikke-dømmende og vise respekt, kan selvtilliten til disse kvinnene styrkes. En annen viktig avgjørende faktor i forholdet mellom kvinnen og jordmor, er gjensidighet. Hvis forholdet går begge veier, fører det til tillit og forståelse for begge parter. Dette er i samsvar med jordmors etiske retningslinjer som sier at tilnærmingen bør være basert på gjensidig respekt og tillit (Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, 2016).

Videre respekt medfører ansvar for å gi kvinnen reelle muligheter til selv å velge. Gjennom prinsippet om informert samtykke blir en av jordmorens viktigste oppgaver å gi kvinnen kunnskap om sin aktuelle situasjon slik at hun forstår hvilke alternativer hun kan stå overfor (Hagtvedt, 2019). Fieril et al., (2016) beskriver at deltakerne opplevde det som positivt at jordmor var tilgjengelig for å snakke med den gravide om vekt, og vektproblemet ble noe som kunne diskuteres, i stedet for et tabuemne. Dette er noe som sammenfaller med funnene fra de inkluderte studiene (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016) som viser at både jordmødrene og de overvektige kvinnene beskriver det å etablere en relasjon som noe grunnleggende for å kunne 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 som noe vanskelig å snakke om for begge parter. Jordmor oppnår svært lite ved å fremstå dømmende, og dersom kvinnen overhodet ikke ønsker å snakke om dette, kommer en ingen vei da kvinnene ønsker en respektfull holdning fra jordmor (Christenson et al., 2019).

Orlander et al., (2019) bekrefter at deltakerne uttalte at en engasjert og oppmuntrende partner ble ansett som en betydelig støtte for kvinnen, samt gjorde jordmødre i stand til å fokusere på hele familien. Selv om kvinnen selv er oppmerksom på de negative konsekvensene, og gjerne vil gjøre noe med sin situasjon, er det ikke gitt at kvinnen opplever støtte (Christiansen, 2020). Dencker et al., (2016) skriver at kvinnene som ikke var tilstrekkelig lyttet til, mistet tilliten til jordmor og følte at de fikk lite støtte i forhold til livsstilsendring. I motiverende samtale er det like viktig å lytte som å prøve å forstå. Dette gjelder også i kommunikasjonen

med overvektige gravide, og der er evnen til å lytte like viktig som evnen til å snakke, og som i praksis ofte er vanskeligere (Christiansen, 2020). Mange kommunikasjonsproblemer oppstår utelukkende fordi vi er ikke gode nok til å lytte (Mabeck, 2005).

Jordmødrene i Wenneberg et al., (2014), beskriver i sin studie at det å aktivt lytte støttet kvinnens motivasjon for endring. Med dette mente de at de lyttet, ga tilbakemelding, samt ba om ytterligere forklaringer. Dette er i samsvar med den motiverende samtalsprinsippene, og at man ved å reflektere rundt det man har oppfattet signaliserer at man er oppmerksom og interessert, men samtidig viser respekt for kvinnens meninger. Aktiv lytting er "a channel in to the patient's mind" (Haugan & Sætertrø, 2018).

For livsstilsendring er støtte fra jordmor, familie, venner og partner sett som viktig i dette studiet (Wennberg et al., 2014). Støtte innebærer at jordmor engasjerer seg og deltar i kvinnens anstrengelse for å nå et mål. Støtte kan bidra til at den overvektige gravide kommer i gang med endringer, og at motivasjonen og drivkraften holdes oppe over tid. Dette innebærer at kvinnen opplever at jordmoren som støtter, tror på at hun klarer å nå sine mål og realiserer sine ønsker (Christiansen, 2020).

Å uttrykke empati bistår i byggingen av relasjon til kvinnen. Dette formidler til kvinnen at jordmoren kan se hennes synspunkt, forstå henne, og viktigst av alt at hun blir respektert. Å vise empati betyr derimot ikke at begge parter enig - meningsforskjeller kan holdes samtidig som det viser forståelse og respekt (Raymond & Clements, 2013).

5.3 KUNNSKAPSRELATERT INFORMASJON

Overvekt og fedme medfører en helserisiko som kan reduseres ved sunnere kosthold og fysisk aktivitet. Svangerskap er en periode der kvinner er spesielt motivert og mottagelig for informasjon og oppfølging av overvekt og fedme. Sunnere kosthold og økt aktivitet gir så langt vi vet ikke uheldige utfall for svangerskapet. Med en god kostholdsveiledning hjelper jordmor den gravide med livsstilsendring (Aune & Kolset, 2017).

I alle inkluderte forsknings artikler i denne studien (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016), opplevde kvinner mangel på relevant informasjon om fysisk aktivitet, kost og hvordan deres overvekt påvirket barnet. Ifølge Christenson et. al (2019) sin studie står det dog ikke på kvinnenes uttrykk for ønske om informasjon, da alle de deltagende kvinnene i studien uttrykte bekymring for barnets helse. De fleste av kvinnene uttalte også at de ønsket å få informasjon om hvordan deres vekt og

vektøkning i svangerskap, samt livsstil kunne påvirke barnet. Kvinnene var bekymret for jordmødre som avsto fra å gi informasjon på grunn av frykt for den gravide kvinnens følelsesmessige reaksjoner. Videre fortalte kvinnene at de ønsket at informasjonen skulle gis med en åpen og respektfull holdning slik at de følte seg trygge på jordmor, og at de kunne oppnå en god relasjon til jordmor allerede fra første konsultasjon. I tråd med pasient og brukerrettighetsloven, skal jordmoren sikre at kvinnen har forstått informasjon som blir gitt. Gravide bør få kunnskapsbasert informasjon og få en reell mulighet til å ta informerte valg (Lovdata, 2011).

Det er logisk å anta at konsultasjoner i svangerskapsomsorgen og møte med jordmor gir mulighet for kontinuerlig og individualisert kostholdsrådgivning til gravide, men Wennberg et al., (2013) skriver at kvinnene hadde fått begrenset kostholdsinformasjon fra jordmødrene sine. Krav til jordmor er formulert i den internasjonale definisjonen av jordmor, blant annet at jordmor må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnene i løpet av svangerskapet. Jordmor har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning av gravide (International Confederation of Midwives, 2017).

Christenson et al., (2018) skriver at jordmødrene noen ganger avstår fra å gi viktig medisinsk informasjon til gravide kvinner til tross for gode intensjoner. På denne måten unngår jordmødre ubehaget i øyeblikket, men i det lange løp tar de på seg et stort ansvar ved å ikke gi kvinner viktig medisinsk informasjon. Dette kan oppleves som et motstridende ansvar i jordmødrenes profesjonelle identitet. Deltakerne i Fieril et al., (2016) sin studie opplevde veiledning og råd om kosthold fra jordmødrene som positivt. De følte at de hadde fått en ny forståelse av hvor mye de skulle spise. Svangerskapet er en god mulighet for å gjennomføre en endring, da mange er motivert til å ta ekstra godt vare på helsen sin. Jordmødrene i svangerskapsomsorgen sitter derfor i en sterk 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 (Raymond & Clements, 2013).

5.4 MOTIVERENDE SAMTALE SOM HJELPENDE HÅND

Jordmødre er klar over at det å skape et tillitsfullt forhold, er sentralt for å gi effektiv omsorg, og det er klart at de fleste kvinnene ønsker en spesiell relasjon med jordmor som er basert på vennskap og tillit. Det er derfor ingen overraskelse å høre at jordmødre ofte ikke er villige til

å risikere dette forholdet ved å ta opp problemer som kan oppfattes som kritiske til en kvinnes livsstilsvalg (Raymond & Clements, 2013).

Motiverende samtale er en veletablert metode som kan benyttes når en skal hjelpe mennesker med å endre levevaner. Det er en metode som er utviklet for samtaler der hjelperen utforsker motivasjonskreftene hos den som skal hjelpes (Aune & Kolset, 2017). I samsvar med dette, har Lindhard et al., (2015) utført en studie hvor deltakerne uttalte at motiverende samtale er en nyttig teknikk i sin daglige kliniske praksis i kommunikasjon med overvektige gravide og gravide generelt. Videre rapporterte deltakerne at opplæring angående motiverende samtale gjorde dem i stand til å stole på deres evne til å snakke med pasienter, mens tidligere hadde de følt seg maktesløse, tappet og utbrent. En svikt i kommunikasjonen er en hyppig årsak til uønskede hendelser, og at det å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å heve kvalitet og styrke pasientsikkerhet (Eide & Eide, 2017).

Wennberg et al., (2014) beskriver at effektiv og tilfredsstillende kommunikasjon spiller en viktig rolle i enhver innsats for å forbedre helsen. Alle de inkluderte studiene (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016) i denne studien bekrefter at temaet overvekt er et svært vanskelig tema å snakke om i svangerskapsomsorgen, og at man heller lar være å snakke om overvekt enn å ta det opp på svangerskapskonsultasjon. Jordmødrene rapporterte i inkluderte studier (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016), at det er ubehagelig å informere om risikofaktorer, at de er redde for å krenke og å såre kvinnene, og de er engstelige for at kvinnene ikke vill komme tilbake på svangerskapskonsultasjoner dersom jordmor snakker om slike sårbare temaer. Jordmødrene rapporterer videre at de som oftest er defensive når de snakker om vanskelige temaer. Litteratur bekrefter at jordmødrene kan ha nytte av ekstra opplæring i kommunikasjonsferdigheter, for eksempel motiverende samtale, for å oppfylle sin helsefremmende rolle (Raymond & Clements, 2013).

Olander et al., (2019), fremhever i sin studie at det er viktig for jordmødrene å motivere kvinner til å være sunne. Dette blir gjort gjennom å få kvinnene til å reflektere over deres livsstil. Motiverende samtale blir brukt av flere deltakere for å gjøre kvinner mer involvert i sin egen livsstilsendring. Det er klart at terapeutisk kommunikasjon alltid har spilt en viktig

rolle i jordmor praksis. Det er en respektfull måte å kommunisere på. Det er en måte å vise at vi lytter. Det er en måte å vise at vi bryr oss. Det er et uttrykk for empati (Dart, 2011).

Christenson et al., (2018), skriver at det er nødvendig at jordmødre får opplæring i kommunikasjonsferdigheter for å få opp tema om vekt og å håndtere psykologiske aspekter bak emosjonell spising og fedme. Av de 17 av jordmødrene i studien, følte bare to av dem seg trygge i kommunikasjon med overvektige gravide fordi de hadde fått nødvendig opplæring på motiverende samtale. Det ble også nevnt i Christenson et al., (2018) sin studie, at manglende kunnskap om det å kommunisere med de overvektige gravide om deres vekt, ble svært krevende. Det er skrevet at jordmødre holder tilbake og tviler på sin kommunikasjon som omhandler overvekt i sine møter med de overvektige. Videre skriver Christenson et al., (2018), 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.

Effektive kommunikasjonsferdigheter anses å være kjennetegn på en "god" jordmor. Jordmødre er relasjonsbyggere og har erfaring i individuelle konsultasjoner med kvinner; Men de trenger ofte hjelp til å starte kritiske samtaler. Motiverende samtale har potensiale til å øke jordmødres tillit til å muliggjøre samtaler med kvinner som ønsker å endre livsstil og få en bedre helse (Raymond & Clements, 2013).

5.5 BARRIERER FOR ENDRING

Ulike barrierer mot livsstilsendringer ble oppfattet i alle inkluderte studier (Lindhardt et al., 2015; Wennberg et al., 2014; Olander et al., 2019; Christenson et al., 2018; Wennberg et al., 2012; Fieril et al., 2016; Christenson et al., 2019 og Dencker et al., 2016). Å starte med fysisk aktivitet er for mange en barriere i seg selv. Tidligere fysiske aktivitetserfaringer og manglende kunnskap om fysisk aktivitet i svangerskap og helse, kan være underliggende barrierer for å starte med fysisk aktivitet i svangerskapet (Christenson et al., 2019). I likhet med det Fieril et al., (2016) skriver i sin studie, er dårlig tid og manglende interesse for fysisk aktivitet en barriere for noen av deltakerne i studien. For noen personer kan små og store barrierer står i veien for en endring av fysisk aktivitet og livsstil. Både individuelle faktorer, og faktorer i omgivelsene påvirker den enkeltes muligheter og barrierer for endring og mestring. Tanker, følelser og selvkontroll knyttet til psykologisk status, manglende sosialt nettverk, emosjonelt stress og belastende livserfaringer kan også skape barrierer for livsstilsendring (Bratland-Sanda, Myhre & Tangen, 2019).

Christenson et al., (2018), rapporterer i sin studie at jordmødrenes manglende kompetanse i veiledningen og rådgivning av overvektige også er en barriere. Jordmødrene i studien syntes at de ikke hadde nok kunnskaper om kosthold, og de var redde for reaksjoner fra de gravide. De hadde også ønsker om et bedre samarbeid med annet helsepersonell. Barrierer er dessuten en subjektiv følelse og det stilles kritiske spørsmål ved innsatsen til de som ikke tar i bruk de forebyggende tiltakene. Mye av denne vinklingen skyldes retorikken i medier og samfunn. Dette vil kunne være med på å bygge opp barrierene for å starte med fysisk aktivitet.

Christenson et. al (2018) understreker i sin studie at jordmoren er definert som kompetansekyndig til å ivareta den gravide, og at innholdet i den gode svangerskapsomsorgen er å finne fram til den enkelte kvinnes behov.

I Olander et al., (2019) sin studie opplevde jordmødre at kvinner noen ganger fant det vanskelig å endre kulturell og tradisjonell spiseatferd og motstå familiepress, og at dette derfor er regnet som en barriere for endring. Møtet mellom den gravide og jordmor, er et møte mellom to unike personer. Det handler ikke om å gi sympati eller gi opp sin egen identitet. Det handler om å akseptere hverandre som to forskjellige personer. Jordmors profesjonelle omsorg bygger bro mellom henne og den gravide og det består av profesjonelle aspekter. Hvis det er mangel på profesjonelle aspekter hos jordmor for eksempel i form av sviktende kompetanse og kunnskap, likegyldighet og mangel på kontakt, kan det skape en barriere mellom henne og den gravide (Aune & Kolset, 2017).

5.6 METODEDISKUSJON

Hensikten med denne studien har vært å få frem hvordan jordmoren gjennom motiverende samtale, kan bidra til livsstilsendring hos overvektige gravide under svangerskapet. For å kunne svare på problemstillingen en systematisk litteraturstudie blitt valgt. Styrkene med litteraturstudie er at man kan gjøre tilgjengelig allerede eksisterende kunnskap spesifikt relatert til aktuell problemstilling (Aveyard, 2019). Styrker og begrensninger som kan diskuteres relatert til denne studien kan primært relateres til; inklusjons- og eksklusjonskriterier, valg av databaser, valg av søkeord, seleksjonsprosessen, valgt system for kvalitetsvurderinger av artiklene og herunder det at både kvalitative og kvantitative artikler er valgt.

For å kunne identifisere relevante artikler, er klare og tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier blitt formulert. Dette hjalp til så man ikke ble avledet med data som ikke var relevante for studien, dermed ble klare formulerte kriterier til hjelp for forfatteren til å

holde studien fokusert. Som det har blitt nevnt i metode kapitelet er litteratursøkene som er blitt gjennomført gjort i Medline, CINAHL, Svemed+, EMBASE og Cochrane library. Dette er databaser som er anbefalt og som gir søketreff hovedsakelig innenfor helsefaget.

Søkestrategien ble utformet i samsvar med problemstillingen som allerede var formulert.

En svakhet ved litteraturstudier kan være at man utelater relevante søkeord eller at man foretar for få søk (Aveyard, 2019). I et forsøk på å unngå dette, ble det foretatt flere generelle søk. Det første søket var sammen med en erfaren bibliotekar, og resten av søkeprosessen ble gjennomført av forfatteren alene.

I søkeprosessen ble tekstord brukt for å få brede søk med mange treff. Dette var viktig for å fange opp så mange relevante referanser som mulig. Emneord ble brukt for å få mer presise søk som beskrev hovedtemaet i studiene. Dette var sentralt for å unngå ord som gav mange irrelevante referanser som kunne resultere i lav presisjon (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b). Ved å være bevisst i valg av emneord (MESH-ord) og tekstord var målet å finne en balanse i sensitivitet og spesifisitet. En styrke ved studien er at forfatteren av denne studien etter sin beste evne prøvde å strukturere og kombinere søkeordene på en systematisk måte. For å strukturere søkeordene ble PICO-algoritmen brukt. Dette er et nyttig verktøy for å bryte ned problemstillingen og dele søkeordene i ulike kategorier. Deretter ble de boolske operatorene OR og AND brukt for å kombinere søkeordene. Ordene som beskrev hver kategori ble kombinert med OR, mens de ulike kategoriene ble kombinert med AND (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b).

En svakhet ved litteraturstudien er at forfatteren kun hadde evne til å lese artikler på Norsk, Dansk, Svensk og engelsk. Ved å inkludere artikler på andre språk er det mulig dette hadde bidratt til å gi et bredere kunnskapsgrunnlag. En annen potensiell svakhet er at alle de inkluderte artiklene var skrevet på engelsk. Ettersom engelsk ikke er morsmålet til forfatteren, foreligger det en risiko for at det kan ha oppstått misforståelser. For å forsøke å unngå dette har alle studiene blitt grundig lest av forfatteren flere ganger, samt at ordbok har blitt benyttet ved usikkerhet rundt enkelte ords betydning. En svakhet er at forfatteren har sittet med studien alene i alle studiens prosesser og ikke hatt noen å diskutere og vurdere artiklene sammen med. Dersom noen andre skulle utføre denne studien på nytt, vil trolig ikke resultatet bli helt likt. Derfor blir ikke studien 100 % reproducerbar.

En styrke ved litteraturstudien er at alle de inkluderte studiene er primærstudier med et kvalitativt og kvantitativt studiedesign. Studien innbefatter 8 kvalitative studier og en kvantitativ studie. Grunnen til at forfatteren valget disse studiene, er å få frem at motiverende samtale er et nyttig redskap for livsstilsendring hos overvektige gravide, samt hvilke krav de overvektige gravide etterspør fra jordmor når det gjelder livsstilsendring, samt hvilke utfordringer jordmødre møter når de gir informasjon om kosthold og fysisk aktivitet. Alle de inkluderte studiene er relevante for litteraturstudien og alle artiklene var av middels eller høy kvalitet, mens alle artikler av lav kvalitet ble ekskludert. En begrensning i litteraturstudien er at mange av studiene omfatter et lite antall informanter. Med ett større antall informanter kunne de inkluderte studiene blitt mer troverdige. Relatert til problemstillingen kan det også ses som en styrke at både kvantitative og kvalitative artikler er benyttet og det er foretatt en tematisk analyse av de inkluderte kvalitative og kvantitative studiene.

Når det gjelder validitet og reliabilitet av litteraturstudien har forfatteren i så stor grad som mulig gjengitt resultatene som kom frem i de forskjellige studiene og på en så virkelighetsnær måte som mulig. Man har vært bevisst på å ikke tolke eller legge til informasjon som kan føre til at man ikke er tro mot funnene som er gjort i primærstudiene. Når det gjelder reliabilitet så har man vurdert hver enkelt primærstudie opp mot skjema for kunnskapsbasert praksis for å øke denne studiens troverdighet.

5.7 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Støtte fra jordmødre er avgjørende, basert på en ikke-dømmende holdning og med et balansert syn på vekt. Det er viktig at jordmødre ikke nøler med å snakke om vekt siden dette problemet kan diskuteres fordelaktig og ikke bør betraktes som tabu. I tillegg bør alle sunne endringer i livsstil støttes. Videre kommunikative aspekter av kostholdsveiledning og råd bør være uthevet. Jordmødre må kontinuerlig tilbys kurs slik at de kan hjelpe gravide kvinner til å evaluere og håndtere kostholdsendringer ved å gi veiledning og støtte tidlig i graviditeten. Hvordan jordmor overfører tydelige samtale rundt livsstil, spisevaner og fysisk aktivitet er kanskje den viktigste problemstillingen i svangerskapskonsultasjoner og viktig å studere for fremtiden.

6 KONKLUSJON

Litteraturstudien fremhever utfordringer som både jordmødre og overvektige gravide erfarer i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet for overvektige gravide. Jordmødre er klar over at overvekt kan føre til komplikasjoner både for mor og barn, men det å snakke om overvekt med den gravide oppleves ofte som vanskelig. Manglende kompetanse i kommunikasjonen og kunnskaper om kosthold og fysisk aktivitet forekommer. Omsorgen for de overvektige gravide handler i denne studien om to forhold. På kort sikt å hindre stor vektøkning i graviditeten for å forebygge komplikasjoner hos mor og barn i svangerskapet og ved fødselen. På lang sikt helsefremmende arbeid via motivasjon til livsstilsendring til det beste for den gravide og hennes barn. For at helseveiledningen skal føre til mestring, samt at livsstilsendringen skal lykkes må bedre selvsikkerhet hos den gravide oppnås. Det kan være behov for flere møter mellom den gravide og jordmor enn det som er dagens norm i løpet av et svangerskap. Videre vil det kreve at helsearbeidere med ulik kompetanse i kommunen samarbeider mer strukturert enn i dag for at kvinnene og familien skal bli fulgt opp både før og etter fødselen. Effektive kommunikasjonsferdigheter anses å være kjennetegn på en "god" jordmor. Jordmødre er relasjonsbyggere og har erfaring i individuelle konsultasjoner med kvinner; De trenger derfor ofte hjelp til å starte kritiske samtalene for eksempel omhandlende livsstilsendring. Motiverende samtale har potensialet til å øke jordmødrenes tillit til å muliggjøre samtaler med kvinner som trenger livsstilsendring i svangerskapet.

7 REFERANSELISTE

Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K. & Skogli, E. (2019). *Overvekt og fedme i Norge omfang, utvikling og samfunnskostnader*

Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

Aune, I. & Kolset, I. S. (2017). Svangerskapsomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka ansvar, funksjon og arbeidsområde* (bd. 2, s. 273 - 281). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Aveyard, H. (2019). *doing a literature review in health and social care*

a practical guide (bd. 4). London Open university press

Backe, B. (2010a). Komplikasjoner i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 314-331). Oslo: Akribe.

Backe, B. (2010b). Svangerskap og kroniske sykdommer. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 340-343). Oslo: Akribe.

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001a). *Endringsfokuseret rådgivning* (bd. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001b). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bendiksen, R. B. (2019). Komplikasjoner i svangerskapet. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet Svangerskap, fødsel og barseltid* (bd. 3). Bergen: Fagbok forlaget.

Bornstein, H. (2014). *Smart mamma*

Trening. Kosthold. Livsstil. Oslo: Schibsted forlag

Bratland-Sanda, S., Myhre, T. H. V. & Tangen, J. O. (2019). Treningssentre, fitness og folkehelseaktiviteter, verdier og paradokser. I E. Å. Skille, I. B. Vedøy & K. R. Skulberg (Red.), *Folkehelse*

en tverrfaglig grunnbok

Vallset: Oplandske bokforlag.

Christenson, Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2018). Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. *Midwifery*, 63, 1-7.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.020>

Christenson, Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2019). "...or else I close my ears" How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management: A qualitative interview study. *PLoS ONE*, 14(9), e0222543.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0222543>

Christiansen, B. (2020). *Helseveiledning* (bd. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dart, M. A. (2011). *Motivational interviewing in nursing practice*. London: Jones and Bartlett publishers.

Dencker, A., Premberg, A., Olander, E. K., McCourt, C., Haby, K., Dencker, S., ... Berg, M. (2016). Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese - an interview study three years after childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 201.

<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0969-x>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Endresen, E. H. (1992). *Med barn i magen*

en bok om svangerskap og fødsel. Oslo: Pax forlag.

Eriksen, M. (2019). Gravid og overvektig. Hentet fra <https://www.babyverden.no/gravid/helse-gravid/gravid-og-overvektig/>

- Fieril, D. P., Olsén, P. F., Glantz, D. & Premberg, Dr Å. (2016). Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women – A qualitative study. *Midwifery*, 44, 1-6.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.011>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet fra
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 26.10.2018). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Folkehelseinstituttet. (2019a). *Hver tredje kvinne er overvektig før svangerskapet*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nyheter/2019/hver-tredje-kvinne-er-overvektig-for-svangerskapet/#:~:text=Tallene%20fra%202018%20viser%20at,de%20hadde%20overvekt%20eller%20fedme.>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Medisinsk fødselsregister. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nyheter/2019/hver-tredje-kvinne-er-overvektig-for-svangerskapet/#:~:text=Bare%20seks%20av%20ti%20gravide%20har%20normal%20vekt&text=Det%20betyr%20at%20de%20hadde%20overvekt%20eller%20fedme.>
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka ansvar, funksjon og arbeidsområde* (bd. 2). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Hagtvedt, M. L. (2019). Det nye livet. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet Svangerskap, fødsel og barseltid* (bd. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hamre, B. (2010). Svangerskapsomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka ansvar, funksjon og arbeidsområde* (bd. 1, s. 248-262). Oslo: Akribe.
- Haugan, P. S. & Sætertrø, O. (2018). Motiverende intervju - helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (bd. 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Regjeringen.no. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=4>
- Helsebiblioteket. (2016). Søketeknikker. Hentet fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen*. Hentet fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019a, 20.4.2019). Fysisk aktivitet for gravide. Hentet fra
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-gravide#gravide-bor-delta-i-fysisk-aktivitet-av-moderat-intensitet-i-minst-150-minutter-i-uken-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2019b, 27.08.2019). Gravide bør få informasjon og samtale om et sunt og variert kosthold, folattilskudd og ved behov enkelte andre kosttilskudd. Hentet fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/levevaner-hos-gravide-tidlig-samtale-og-radgiving/gravide-bor-fa-informasjon-og-samtale-om-et-sunt-og-variert-kosthold-folattilskudd-og-ved-behov-enkelte-andre-kosttilskudd#null-praktisk>
- Helsenorge. (2019). Kosthold for gravide. Hentet fra <https://helsenorge.no/gravid/mat-og-drikke-nar-du-er-gravid>
- Henriksen, T. (2007). Ernæring, vekt og svangerskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(18), 2399-2401.
- Hillesund, E. R. (2015). Gravid og kosthold. Hentet fra
<https://www.uia.no/forskning/disputaser/gravide-og-kosthold>

- Hofsø, D., Handeland, M., Johnson, L. K. & Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykkelig fedme
Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2007--2410-2.pdf>
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- International Confederation of Midwives. (2017). definition of midwifery. Hentet fra https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf
- Kringeland, T. (2017). Jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (bd. 2). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortverdt, F. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- kunnskapsbasertpraksis. (2016). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindhardt, C. L., Rubak, S., Mogensen, O., Hansen, H. P., Goldstein, H., Lamont, R. F. & Joergensen, J. S. (2015). Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women. *Midwifery*, 31(7), 678-684.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.010>
- Lindhardt, C. L., Rubak, S., Mogensen, O., Hansen, H. P., Lamont, R. F. & Jorgensen, J. S. (2014). Training in motivational interviewing in obstetrics: A quantitative analytical tool. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 698-704.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12401>
- Lovdata. (2011). pasient- og brukerrettighetsloven (3-2). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1
- Mabeck, C. E. (2005). *Den motiverende samtale* (bd. 1). København: Munksgaard Denmark.
- Mattsson, L.-Å. & Ladfors, L. (2003). Övervikt och fetma—en riskfaktor vid graviditet och förlossning. *Lakartidningen*, 100, 3959-3961.
- Moldjord, W., Høye, S. & Kvigne, K. (2015). Overvekt hos gravide – en utfordring i svangerskapsomsorgen. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2377399>
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (bd. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015a). *Slik oppsummerer vi forskning*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015b). *Slik oppsummerer vi forskning*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (bd. 2). Oslo: Akribe.
- Olander, E. K., Berg, F., Berg, M. & Dencker, A. (2019). Offering weight management support to pregnant women with high body mass index: A qualitative study with midwives. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 20, 81-86.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2019.04.001>
- Olander, E. K., Berg, F., Berg, M. & Dencker, A. (2019). Offering weight management support to pregnant women with high body mass index: A qualitative study with midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20, 81-86.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.04.001>
- Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (2009). *Weight Gain During Pregnancy:*

- Reexamining the Guidelines*. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines
Food and Nutrition Board and Board on Children, Youth, and Families. Hentet fra
https://www.cbsnews.com/htdocs/pdf/052809_pregnancy.pdf
- Raymond, J. & Clements, V. (2013). Motivational interviewing for midwives: creating 'enabling' conversations with women Hentet fra
<https://www.semanticscholar.org/paper/Motivational-interviewing-for-midwives%3A-creating-Raymond-Clements/b5b3e5c43bebe0dbbeac89c06fa3b0f096ef104?p2df>
- Sex og Samfunn. (2020). Fertilitet. Hentet fra <https://www.sexogsamfunn.no/fertilitet/>
- Stenbakken, C. (2014). Motivasjon. Hentet fra
<https://www.lhl.no/gardermoen/hjerteloftet/livsstilsending/motivasjon/>
- Taxbøl, D. (2009). *Graviditet og fødsel*. Oslo: Aschehoug.
- Teigen, K. H. (2020, 31.03.20). Motivasjon. Hentet fra <https://snl.no/motivasjon>
- Tunaal-Larsen, J. (2017). Livsstilsending gir mindre vektøkning i svangerskapet. Hentet fra
<https://sshf.no/om-oss/nyheter/livsstilsending-gir-mindre-vektokning-i-svangerskapet>
- Wennberg, A. L., Hamberg, K. & Hornsten, A. (2014). Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 107-112.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.07.001>
- Wennberg, A. L., Lundqvist, A., Hogberg, U., Sandstrom, H. & Hamberg, K. (2013). Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy. *Midwifery*, 29(9), 1027-1034. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.005>
- Wikström, A.-K. & Stephansson, O. (2015). Stor utmaning att informera om risker med fetma under graviditet. Hentet fra <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/T3/%5BDRT3%5D/DRT3.pdf>
- World health organization. (2020, 1 april 2020). Obesity and overweight. Hentet fra
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. (2016). Retningslinjene. Hentet fra
<https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>

7.1 VEDLEGG KVALITETSVURDERING AV INKLUDERTE STUDIER

Studier	Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women – A qualitative study	“...or else I close my ears” How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management: A qualitative interview study	Women’s experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy	Midwives’ strategies in challenging dietary and weight counselling situations	Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese – an interview study three years after childbirth	Offering weight management support to pregnant women with high body mass index: A qualitative study with midwives	Shame and avoidance as barriers in midwives’ communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study	Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women
Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Uklar	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Ja	Ja	Ja	Noe uklar	Ja	Ja	Ja	Ja

7.2 VEDLEGG 2 ARTIKLER

Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women Sverige 2016

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Studien beskriver overvektige kvinners erfaringer med å delta i en livsstilsintervensjon og deres opplevde innvirkning på helse og livsstil. Hvorfor ville de finne svar på det? Det er utviklet mange vekt reduksjonsstrategier spesielt for gravide kvinner. De fleste av intervensjoner fokuserer på endringer i kostholdet, noen ganger kombinert med økende fysisk aktivitet. Det mangler tilstrekkelig bevis for å indikere hvilke intervensjoner som er effektive for å redusere GWG. vektkontrollintervensjoner reduserer GWG og kostholdsintervensjoner er mest effektive. Denne studien undersøker kvinners opplevelse i en livsstilsendingsintervensjon. På grunn av at overvekt og fedme øker folkehelseproblemene og representerer globalt ledende dødelighetsrisiko, er dette en relevant problemstilling.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Beskrive overvektige kvinners opplevelser av å delta i en livsstilsintervensjon, og deres opplevde innvirkning på helse og livsstil.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Denne studien er basert på intervjuer med kvinner om deres erfaringer med et livsstilsintervensjonsprosjekt. Intervensjonen (Mighty Mums) ble skreddersydd for gravide kvinner med BMI ≥ 30 og pågikk i alle prenatalsentrene i en vestsvensk by i løpet av 2011–2013. Det er godt beskrevet hvordan utvalget er gjort, og dette passer godt med den populasjonen som studiet skal si noe om.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Mellom juli og desember 2012 ble femten kvinner fra to forskjellige sosiodemografiske områder, som hadde fullført sin deltakelse i intervensjonen og var i de siste ukene av svangerskapet, invitert til å delta i intervjustudien av forskeren som drev intervensjonen. De ble deretter kontaktet via telefon av den første forfatteren. En maksimal variasjonsprøve ble rekruttert for å sikre en variasjon i etnisitet, alder, paritet og geografisk område. Demografisk data for deltakerne er presentert i studien. Kvinner som svarte ja for deltakelse var planlagt til et personlig intervju. Elleve kvinner sa ja til å delta, og de resterende fire takket nei, på grunn av manglende interesse og tidsbegrensninger. Intervjuet ble gjennomført i graviditetsuke 36–39. Karakteristika ved utvalget er skrevet klart i studien.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? • Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse. • Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor? • Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)? • Har forskerne diskutert metning av data? 	<p>På intervjuet ble kvinnene informert om at spørsmålene ville være broad og open-ended, og ville fokusere på deres opplevelse av å delta i livsstilsintervensjonen; Videre at helsepersonell som ikke er involvert i intervensjonen, vil gjennomføre intervjuet. Åpen spørsmålet var 'Hvordan har det vært å delta i 'Mighty Mums '?'. For å avklare ble ytterligere fortelling ble gjort ved hjelp av oppfølgingsspørsmål, som 'Kan du forklare det?' Og 'Kan du fortelle meg mer om det? Metoden endret ikke i løpet av studien. Kvinnene valgte selv stedet for intervjuene; åtte kvinner ble intervjuet på helsestasjon, to ble intervjuet via telefonintervju og en ble intervjuet hjemme. Intervjuene ble registrert digitalt og varte i gjennomsnitt 29 minutter (19–36 minutter).</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på: a. utforming av problemstilling b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting c. analyse og hvilke funn som presenteres • På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen? 	<p>Det er skrevet at ved tolking av dataene var det en styrke å ha erfaring fra forskjellige yrker og forskningsområder. Ingen av datatolkere var knyttet til livsstilsintervensjonen. Det er ikke noe beskrivesle av endring i utforming av studien.</p>

Er etiske forhold vurdert?	Intervjuene ble utført på svensk og alle intervjuene ble gjennomført før analyse av data. Godkjenning ble innhentet fra Regional Ethical Review Board ved Universitetet i Göteborg.
<p>“..or else I close my ears” How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management: A qualitative interview study. 2019 Sverige</p> <p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Hensikt: Utforske hva kvinner i reproduktiv alder med fedme anser for å være viktigste og mest relevante aspektene når jordmor diskuterer i svangerskapsvektkonsultasjon.</p> <p>Bakgrunn: Betydningen av å hjelpe gravide kvinner opprettholde en sunn livsstil og hindre overdreven svangerskapsvektøkning er godt anerkjent, men gravide kvinner ikke alltid oppfatter kommunikasjon om kroppsvekt som respektfull eller nyttig. Videre kan frykt for å skape skam eller skyld forby noen jordmødre fra å snakke om kroppsvekt, spesielt hvis kvinnen har fedme. Dette er relevant problemstilling.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Studiens mål er å belyse kvinners krav og tanker rundt svangerskapskonsultasjoner. Derfor det ble utført en kvalitativ intervjustudie ved hjelp av fokusgrupper og individuelle semi - trukturerte intervjuer med 17 kvinner i reproduktiv alder (19–39 år) med fedme.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Det er godt beskrevet hvordan utvalget er gjort, og dette passer godt med den populasjonen som studiet skal si noe om.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>rekrutterte kvinner i reproduktiv alder med ulike nivåer av fedme (WHO fedmeklasse) fra en offentlig finansiert spesialistklinik for fedmebehandling i Stockholm, Sverige.</p> <p>Kvinner ble rekrutt som kvalifiserte hvis de var mellom 18 og 39 år, flytende svensk, planlegger å få barn, og hadde en BMI 30 kg/m².</p> <p>Det er ikke noe diskusjon om noen ikke valgt å være med på studien. Det er en klart beskrivelse av karakteristika ved utvalget.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Det er en beskrivelse av at rekrutteringen stoppet da det ble besluttet mellom tre forskere at de hentede dataene var rike, beskrivelser tilstrekkelig grundig og ingen flere nye data hadde dukket opp i de tre siste intervjuene, noe som indikerte at ytterligere intervjuer ville være overflødige.</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>I noen grad det er blitt redegjort for bakgrunnsforhold.</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Studien ble utført i tråd med Helsinki-erklæringen [34] og godkjent av The Regional Ethical Review Board, Stockholm.</p> <p>Forfatterne har diskutert at av etiske årsaker ble gravide kvinner ekskludert siden intervjuene inkluderer risikoinformasjon, og forfatterne ønsket ikke å risikere å skape bekymringer hos allerede gravide kvinner.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er en klar beskrivelse av analyse prosessen og fortolkningen av data er forståelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>En klar presentasjon av funnene.</p>

Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy. Kvalitative studie

2012 Sverige

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Bakgrunn: Mangel på litteratur som beskriver gravide kvinners egne erfaringer med kostholds veiledning og kostholdsendring. Hensikt: Beskrive gravide kvinners holdninger og erfaringer med kostholdsinformasjon og råd, samt kostholdsveiledning under graviditet. Problemstillingen er relevant.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Metoden som ble brukt var fokusgruppeintervju etter prinsipper for fokusgruppetetodikk. Fokusgruppeintervjuene hadde som mål å speile variasjoner samt felles erfaringer blant de gravide.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Gravide kvinner som venter sitt første barn, inkludert en som hadde tidligere opplevd en dødfødsel ble invitert i midten av svangerskapet å delta i studien. I Sverige første gang gravid kvinner tilbys deltakelse i svangerskapskurs, og rekruttering ble gjort fra disse klassene. Jordmødre ved fem geografisk strategiske utvalgte helseklinikker i et område i Nord-Sverige ble kontaktet. Det er en klart beskrivelse av datasamling og analyse av data.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Totalt 27 gravide ble enige om å delta, men fire av dem dukket ikke opp på intervjumøtet. Studien besto av gravide kvinner som ventet sitt første barn, hvorav en tidligere hadde hatt dødfødsel. Alder og sosioøkonomisk status for utvalget presentert.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>I 2007 ble det gjennomført seks intervjuer med fokusgruppe på helsestasjonene. De første og andre forfatterne, som fungerer som enten moderator eller observatør, gjennomførte intervjuene. Deltakerne var kjent med hverandre fra tidligere klasser. Intervjuene varte i ca 45 minutter og ble digitalt innspilt og transkribert ordrett. En intervjuguide med åpne spørsmål ble brukt.</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>studien ble godkjent av Regional Ethics Review Board i Umea, Sverige.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er en klart beskrivelse av analysen og fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Resultat er presentert klart og forståelig.</p>

Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. 2014 Sverige

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Kvalitet: Middels</p> <p>Bakgrunn: Dårlig kommunikasjon av råd og motstridende informasjon har blitt identifisert som mulige hindringer. Hensikt: Utforske jordmødres strategier i utfordrende kostholdsrådgivning situasjoner, det vil si i situasjoner der de opplevde problemer med å kommunisere med gravide om fordelene av å endre livsstil.</p> <p>Detter er en relevant <u>problemstilling</u>.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å svar på problemstillingen, fordi studien belyser jordmødrenes strategier i utfordrende kostholds veilednings situasjoner.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på er beskrevet.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>17 kvinnelige jordmødre arbeider innenfor svensk svangerskapsomsorgen deltok i studien. Jordmødrene ble valgt ut ved strategisk geografisk og rekruttert med hjelp fra lokale koordinerende jordmødre, lokale ledere, og gjennom "snøball" som antyder at en deltakende jordmor foreslo navn på andre jordmødre som kunne kontaktes. Totalt ble 22 deltakere foreslått, kontaktet og informert via telefon og brev. Fem jordmødre av slo deltakelsen. Deltakerne kom fra åtte ulike fylker i Sverige, fra nord i sør, og deres arbeidserfaringer i primærhelsetjenesten varierte mellom 6 måneder og 31 år med en median på 15 år.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>En intervjuguide med følgende tre spørsmål ble brukt: Når og hva slags kostholdsråd gis til gravide kvinner; Eksempler på vellykkede og utfordrende rådgivningssituasjoner; Egne erfaringer med vanskelig og utfordrende kostholdsrådgivning. Den første forfatteren gjennomførte de semi - strukturerte telefonintervjuene, som varte i 20–40 minutter, våren 2012.</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Det er skrevet at under alle trinnene i analysen diskuterte medlemmene av forskningsgruppen tolkningene inntil de ble enig om innholdet og merkingen av kategoriene for å forbedre troverdigheten til funnene.</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Forfatterne har ikke identifisert noen risiko for jordmødrene knyttet til deres frivillige deltakelse i intervjustudien. Studien er godkjent av Det regionale etikkrådet i Umeå, Sverige</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er en klart beskrivelse av analysen og hvordan det ble gjennomført. Fortolkninger av data er forståelig, tydelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Funnene er klart presentert.</p>
<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? • Har studien avdekket behov for ny forskning? • Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på? 	<p>Intervjuet jordmødre syntes å være spesielt interessert i kostholdsrådgivning, og dette kan ha påvirket funnene. Til tross for disse potensielle begrensningene har forfatterne tolket resultatene som tyder på at flere aspekter ved kostholdsrådgivning kan trenge forbedringer. Metoden for telefonintervju var gunstig fordi jordmødre syntes var i stand til å uttrykke sine meninger og fortelle om positive og negative erfaringer åpent. Dette kan relateres til det faktum at forskeren og deltakerne ikke var kjent for hverandre på forhånd.</p>

Offering weight management support to pregnant women with high body mass index: A qualitative study with midwives

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Bakgrunn: hvordan jordmødre støtter sunn mat og fysisk aktivitet i svangerskapet.</p> <p>Målet med denne studien var å utforske hvordan jordmødre støtter gravide kvinner med høy kroppsmasseindeks for å etablere en sunn livsstil med vekt på ernæring og fysisk aktivitet for å minimere svangerskapsvektøkning.</p> <p>Det er en relevant problemstilling.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>På grunn av denne studiens utforskende natur ble en kvalitativ metode ved hjelp av tematisk analyse valgt. Jordmødre er ofte tid fattige, og dermed ble det besluttet å intervju deltakerne individuelt og å tilby både ansikt til ansikt og telefonintervjuer. Alle deltakerne ble intervjuet en gang.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Utforming av studien er hensiktsmessige for å svar på problemstillingen. Det er en klart beskrivelse av måte å samle inn data og måte å analysere data.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Jordmødre ble rekruttert fra svangerskapsklinikker i og rundt Göteborg, Sverige. Etter å ha mottatt etisk godkjenning og tillatelse fra svangerskapsomsorgsdirektøren, ble lokale jordmorsjefer kontaktet for å gi informasjon om studien til sine ansatte via e-post. Jordmødre som ønsket å delta i studien kontaktet den siste forfatteren for å bestemme tid og sted for et intervju. Kriteriene for inkludering i studien var at jordmoren for tiden skal jobbe som jordmor og ha erfaring med å ta vare på kvinner med høy kroppsmasseindeks i Göteborg. Det var ingen eksklusjonskriterier. Alle jordmødre gitt muntlig eller skriftlig samtykke før intervjuet startet. Intervjuene ble gjennomført i 2014–2015, innen ett år etter at de nye retningslinjene ble implementert. Alle deltakerne var ansatt i svangerskapsomsorgen i Göteborg. Halvparten av intervjuene gjennomført i et intervju ansikt til ansikt, mens den andre halvparten av intervjuene ble gjennomført via telefon. Intervjuene ble spilt inn lyd, og utført av den siste forfatteren. Ingen av forskerne jobbet med deltakerne. Alle intervjuer ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av tematisk analyse.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Uklar</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Regional Ethics Committee i Göteborg, Sverige.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er klar beskrivelse av hvordan analysen ble gjennomført og fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Funnene er klart presentert.</p>
<p>Styrke og svakheter av studien.</p>	<p>Denne studien har en rekke styrker. For det første var intervjueren jordmor og dermed godt bevandret i emnet og dagens svangerskapsomsorgstilbud. En annen styrke er at de deltakende jordmødrene jobbet i ulike sosioøkonomiske områder og hadde erfaring med å ta vare på kvinner som levde under en rekke omstendigheter. Svakheter ved studien var at å bli intervjuet av en jordmor kan ha gjort det vanskeligere for deltakerne (alle nåværende jordmødre) å diskutere spørsmål om yrkespraksis og spesielt aspekter de kan ha funnet vanskelig i sin nåværende rolle. Jordmødrene meldte seg frivillig til å delta i intervjuene, og det kan være at de jordmødrene med en positiv erfaring med å støtte gravide kvinner med høy kroppsmasseindeks var mer sannsynlig å melde seg frivillig sammenlignet med de som var mindre interesserte. Dette kan ha vært partisk resultatene til å være mer positive og må tas i betraktning når man leser studieresultatene.</p>
<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>ja</p>

Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. 2018 Sverige

Er formålet med studien klart formulert? • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant?	Kvalitet: høy Studien har et klart formulert formål. Problemstillingen er relevant.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?	For å utforske og innhente inngående data om et komplekst forskningsområde hvor kunnskapen var begrenset, valgte forfatterne av studien en kvalitativ metodikk, ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer med samtykkende jordmødre. Intervjuer ble utført av den første forfatteren, en kognitiv terapeut med tidligere erfaring fra studieintervjuer.
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?	Utforming av studien er hensiktsmessig for problemstillingen. Det er en klar beskrivelse av måte å samle inn data på og måte å analysere data på.
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)	For å hente så mange ulike vinkler og erfaringer som mulig av forskningsinteressen, var rekruttering målrettet som forfatterne av studien ønsket mangfoldig utvalg som mulig angående arbeidserfaring, årsavslutning, erfaring med å delta i et vektintervensjonsprogram, geografisk plassering og sosiodemografiske egenskaper hos den gravide befolkningen der svangerskapsklinikken ligger. 17 erfarene jordmødre, som jobber i svangerskapsomsorgen rekruttert mellom november 2016 og februar 2017 via e-post og telefonsamtaler til svangerskapsklinikker. Den første forfatteren kontaktet lederen for hver klinikk, og de spurte igjen jordmødrene sine om de ønsket å delta etter å ha blitt informert om formålet med studien. Deltakerne kom fra 12 ulike svangerskapsklinikker fra ulike deler av Sverige og fra områder som varierte i sosio-demografisk struktur. Tre klinikker som ble kontaktet i begynnelsen av studien, av slo deltakelse på grunn av mangel på tid.
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Intervjuene omfattet 10 ansikt to ansikt intervjuer og 7 videosamtaler og varte mellom 30 og 46 min. intervjuer ble lydinnspilt og feltnotater ble tatt under møtet. Data ble analysert kontinuerlig og jordmødre ble rekruttert og intervjuet til ingen nye data eller emner skjedde i de tre siste intervjuene, og det ble besluttet mellom forskerne at datasettet var mettet og mangfoldet i utvalget var tilstrekkelig.
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Uklar
Er etiske forhold vurdert?	Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studieformål og prosedyre, og ga skriftlig informert samtykke. Siden ingen pasienter deltok i studien, var det ikke nødvendig med etikkgodkjenning i henhold til Stockholms forskningsetikkvurderingsråds beslutning.
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Det er en klart beskrivelse av hvordan analysen ble gjennomført. Fortolkning av data er forståelig, tydelig og rimelig.
Er funnene klart presentert?	Funnene er klart presentert
Hvor nyttige er funnene fra denne studien? • Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? • Har studien avdekket behov for ny forskning? • Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?	Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap. Studien har avdekket behov for ny forskning.

Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women

2015 Denmark

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Kvalitet: Høy</p> <p>Klar formulert formålet. Bakgrunn: Studien er oppfølgingen av en kvantitativ analytisk studie, hvor de samme (leger, sykepleiere og jordmødre), som deltok i den studien, ble evaluert før og etter motiverende samtale-opplæringskurset for å vurdere effekten av dette programmet. Mål: å utforske og beskrive hvordan jordmødre, leger og sykepleiere i en obstetrisk setting opplevde motiverende samtale-teknikken 18 måneder etter et tre-dagers Motiverende samtalekurs. Det er en relevant problemstilling.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>En kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Studiens formål er å beskrive opplevelse av de helsepersonell som deltok i en 3 dagers motiverende samtale kurs.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>En kvalitativ beskrivende metode, tematisk innholdsanalyse basert på semi - strukturerte individuelle intervjuer ble utført. Den kvalitative tilnærmingen gjorde det mulig å presentere helsepersonells synspunkt og holde seg nær dataene som ble generert fra intervjuene. Både innholdsanalyse (CA) og tematisk analyse (TA) er brukt i denne studien.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Opprinnelig deltok 12 helsepersonell i Motiverende samtale-treningen. Men en av dem kunne ikke være med på studien, på grunn av fødselspermisjon. De 11 helsepersonell (jordmødre, fødselsleger og sykepleiere), ble rekruttert gjennom sine arbeids plasser fra fire lokale sykehus i regionen. Inkluderingskriteriet var at de alle hadde deltatt i et tre-dagers kurs i Motiverende samtale og hadde på tidspunktet for intervjuene praktisert MI-metoden i 18 måneder. Det er en beskrivelse av karakteristika ved utvalget. De var alle kvinner mellom 28 og 64 år og hadde mellom fire og 27 års yrkeserfaring. Jordmødrene jobbet i svangerskapsomsorgen for overvektige gravide kvinner, og sykepleierne jobbet i ultralydsskanningsenhet, i svangerskapsdiabetesklinikken og på fødeavdelingen. De kom fra fire forskjellige obstetriske enheter i Regionen Sør-Danmark og alle jobbet med overvektige gravide kvinner i sine daglige klinikker.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Intervjueren hadde en profesjonell bakgrunn lignende til helsepersonell med erfaring i obstetikk og motiverende Intervjue. I denne studien ble konsistensen og gyldigheten av dataene forbedret ved å verifisere funnene gjennom diskusjoner med medforfatterne av denne artikkelen. De ulike bakgrunnene til medforfatterne bør minimere systematiske feil og bidra til å sikre riktig koding av temaene. Sammenheng ble sikret av pågående kritiske vurderinger av kodingen, med hensyn til konteksten og skrive en loggbok med analytiske hensyn gjennom hele prosessen.</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Etisk godkjenning ble innhentet fra det etiske utvalget av Vitenskap i Regionen Sør-Danmark. Alle deltakerne ga informert samtykke. Personopplysninger ble lagret i henhold til god klinisk praksis og konfidensialitet i henhold til danske retningslinjer.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er en klart beskrivelse av analysen ble gjennomført. Fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Klar presentasjon av funnene. Det er en klar beskrivelse av styrke og svakhet i studien.</p>

Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese – an interview study three years after childbirth 2016 Sverige

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Klart formulert formål.</p> <p>Bakgrunn: i gruppen mighty Mums intervensjon gruppen hadde en betydelig lavere svangerskapsvektøkning og lavere vekt retensjon postpartum. Videre viser resultatene fra mighty mums prosjektet at prosjektet kunne gi bare en liten ekstra kostnad. Retningslinjer bygget på prosjektet er nå implementert som standard omsorg i regionen for kvinner med bmi ≥ 25 kg/m² ved svangerskaps helse. Det er ennå ikke undersøkt om programmet påvirker kvinnene på lang sikt og hva kvinnene opplever som å hjelpe eller hindre faktorer i svangerskapet omsorg for å opprettholde en sunnere livsstil. Derfor var målet med denne studien å utforske erfaringene til kvinner med BMI ≥ 30 kg/m² om å minimere deres svangerskapsvektøkning, og å vurdere hvordan helsepersonells omsorgstilnæringer gjenspeiles i kvinnes fortellinger.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Ja, en kvalitativ metode er hensiktsmessig for å svare på denne problemstillingen. Målet for studien er å beskrive kvinners erfaringer om livsstils intervensjon kalt Mektige mødre. Informantene i denne studien hadde deltatt i livsstils intervensjon Mektig mødre for 3 år siden da de var gravide.</p>
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Det er en beskrivelse av at alle intervjuer ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av tematisk analyse. En semi-strukturert intervjuguide ble brukt til å dekke alle interessefelt. Kvinnene ble spurt om deres erfaring med å delta i livsstilsintervensjon under graviditet 3 år tidligere. De ble spurt om de fikk hjelp og støtte om sunn mat og fysisk aktivitet de trengte under graviditeten. Nest spørsmålet var hvordan planleggingen for å oppnå en sunn livsstil ble gjort, om de hadde opprettholdt de sunne vanene etter fødsel og å reflektere over hvilken ytterligere hjelp de ville ha hatt for å opprettholde sunne vaner på lang sikt.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Intervjuere ble kontaktet på telefon i forbindelse med eller etter et oppfølgingsmøte 21/2-3 år etter at de deltok i "Mighty Mums"-prosjektet. Det er blitt rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor. Utvalgsstrategi er beskrevet, men er litt kort. Det er ikke blitt nevnt om noen ikke valgt å bli med i studien. Det er en tabell over karakteristika.</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Det er skrevet at Faglig bakgrunn av forskere kan påvirke datatolkning. Det er også skrevet at denne risikoen for skjevhet ble redusert av en blanding av yrker i gruppen, med erfaring både innenfor og utenfor helsevesenet.</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Etisk godkjenning for å gjennomføre studien ble innhentet fra Det regionale etikkrådet i Göteborg i juni 2014. Alle informantene ga skriftlig, informert samtykke.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Det er en klar beskrivelse av hvordan analysen ble gjennomført. Fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig.</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Funnene er klart presentert.</p>

Training in motivational interviewing in obstetrics: a quantitative analytical tool 2014 Denmark

<p>Er formålet med studien klart formulert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? • Hvorfor ville de finne svar på det? • Er problemstillingen relevant? 	<p>Klart formulert studiens formål.</p> <p>Bakgrunn: Det har ikke vært noen studie om hvordan motiverende intervju kan brukes i en obstetrisk setting hvor rådgivning er gitt til overvektige gravide kvinner.</p> <p>Mål: Målet med denne studien var å undersøke om helsepersonell etter et 3-dagers kurs i motiverende samtale kunne forbedre sine motiverende samtales ferdigheter når de kommuniserer med overvektige gravide kvinner.</p> <p>Dette er en relevant problemstilling.</p>
<p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	
<p>Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet? 	<p>Studien involverte 12 obstetriske helsepersonell (leger, jordmødre og sykepleiere fra Sør-Danmarks regionen) som ble invitert til å delta på et 3-dagers kurs i motiverende samtale. Før kurset ble de bedt om å delta i en vurdering for å undersøke om det var forskjell i ferdigheter og kompetanse før og etter praktisk trening. Utvalgelse var basert på det praktiske ved at helsepersonell kunne frigjøres fra sine arbeidsoppgaver. De ble bedt om å sende inn et lydinnspilt utvalg av deres konsultasjon med en overvektig gravid kvinne. Fire måneder etter trening ble de samme helsepersonell bedt om å sende inn en annen lydinnspilt prøve og alle unntatt én (på grunn av fødselspermisjon) var i stand til å følge med.</p>
<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? • Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta? • Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status) 	<p>Ja</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Nei</p>
<p>Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Skriftlig samtykke ble innhentet fra overvektige gravide kvinner intervjuet. Etikkgodkjenning ble innhentet fra det etiske vitenskapsutvalget i Sør-Danmark og fra Det danske datatilsynet. Alle deltakerne ga informert samtykke. Personopplysninger ble lagret i henhold til god klinisk praksis og konfidensialitet i henhold til danske anbefalinger.</p>
<p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja</p>
<p>Er funnene klart presentert?</p>	<p>Funnene er klart presentert.</p>

