

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
2	Problemformulering	5
3	Problemafgrænsning	5
4	Begrebsafklaring	7
4.1	<i>Psykologiske problemstillinger</i>	7
4.2	<i>Tabubelagte emner</i>	7
5	Fremgangsmåde	8
5.1	<i>Søgestrategi</i>	9
6	Metodeanalyse	10
6.1	<i>Kvalitetskrav</i>	11
6.1.1	<i>Forskningsdesign</i>	12
6.1.2	<i>Designstrategi og forskernes forforståelse</i>	12
6.1.3	<i>Datagenerering</i>	13
6.1.3.1	<i>Udvælgelse af informanter</i>	13
6.1.3.2	<i>Dataindsamling</i>	14
6.1.4	<i>Databearbejdning og resultater</i>	15
6.1.5	<i>Forskernes kritiske refleksioner</i>	16
6.2	<i>Vurdering af intern validitet</i>	16
6.3	<i>Vurdering af ekstern validitet</i>	17
7	De overvægtiges oplevelser af mødet med jordemødre	18
8	EGNE interviews med to overvægtige gravide	20
9	Teorifremstilling	21
9.1	<i>Sundhedsfremme</i>	21
9.1.1	<i>Hermeneutik</i>	22
9.1.2	<i>Empowerment</i>	23
9.2	<i>Kommunikation</i>	24
9.2.1	<i>Anerkendelse</i>	24
10	Analyse af Store ord, Store emner	26
10.1	<i>Being constantly aware of the obese pregnant body</i>	26
10.2	<i>Being exposed and scrutinised</i>	28

10.3	<i>Negative emotions and experiences of discomfort</i>	31
10.4	<i>Humiliating treatment</i>	34
10.5	<i>Affirming encounters</i>	36
11	Diskussion	39
11.1	<i>De tabubelagte emner</i>	39
11.2	<i>Jordemoderens personlige involvering</i>	41
11.3	<i>Rammerne for jordemoderens konsultation</i>	41
11.4	<i>Anerkendende kommunikation</i>	43
11.5	<i>Kritisk refleksion</i>	44
12	Konklusion	46
13	Perspektivering	47
14	Litteraturliste	49
15	Bilagsfortegnelse	51

1 Indledning

Set på verdensplan er overvægt¹ et stigende folkesundhedsproblem, der forudses endnu ikke at have nået sit højdepunkt. I USA er over 65 % af befolkningen i dag overvægtige (Videnskab 2008), og ligeså er det i Danmark et folkesundhedsproblem i vækst. 40 % af den voksne danske befolkning menes at være overvægtige, hvilket svarer til mere end 1,3 millioner danskere (Teknologirådet 2010:3).

Den store andel overvægtige er en økonomisk belastning for det danske samfund. Dette skyldes det stigende behov for behandling af overvægtens følgesygdomme så som diabetes og hjertekarsygdomme. Følgesygdommene indbefatter ikke kun fysiske komplikationer, men også psykiske i form af lavt selvværd, kontroltab og dårlig trivsel (Netdoktor 2008). Der forskes derfor i disse år mere intensivt på området end tidligere.

Mange overvægtige, i et samfund, vil også betyde mange overvægtige kvinder i den fødedygtige alder. I 2008 var 33 % af alle gravide i Danmark overvægtige (Bilag 1). Overvægtige gravide er i øget risiko for en række faktorer, så som gestationel diabetes mellitus (GDM), hypertensive lidelser, akut og elektiv sectio, post partum blødning, føtal makrosomi og sårinfektion, hvilke kan problematisere graviditeten og fødslen (Cunningham et al. 2005:1012). Nye danske studier har desuden vist, at der er øget risiko for intrauterin fosterdød og dødfødsel (Nøhr 2005:250-258).

Med det formål at mindske disse risici anbefales der i Sundhedsstyrelsens (SST) ”Anbefalinger for svangreomsorgen” blandt andet, at jordemoderen skal rådgive den overvægtige gravide om kost og motion. Derudover anbefales det, at jordemoderen oplyser om tiltag som følge af den gravides overvægt, hvilket kan være en glukosebelastningstest (OGTT) og eventuel en ekstra vægtscanning (Bilag 1). Et andet tiltag er tilbud om gruppekonsultationer for overvægtige, hvilket vi er blevet bevidste om varierer fra fødested til fødested, hvorfor tilbuddet afhænger af den overvægtige gravides bopæl (Bilag 2).

Når den overvægtige gravide kommer til graviditetskontrol hos jordemoderen, har hun ifølge Sundhedsloven ”[...] ret til at få information om sin helbredstilstand [...] og her-

¹ Voksne med et Body Mass Index på over 25 er karakteriseret som overvægtige. Body Mass Index defineres som personens vægt i kilogram divideret med dens højde i meter kvadreret (kg/m^2) (WHO 2006).

under om risiko for komplikationer [...]” (Sundhedsloven LBK nr 913 af 13/07/2010. Kap.5, §16, stk. 1). Dette betyder, at jordemoderen skal fortælle den overvægtige gravide, hvilke risici der er for hende og barnets sundhed, i graviditeten og under fødslen, som følge af hendes overvægt. Ifølge Sundhedsloven skal dette gøres på en hensynsfuld måde (ibid:stk.3). Hvorvidt det er muligt for jordemoderen at videregive en sådan information hensynsfuldt, mener vi, afhænger af måden, hvorpå hun kommunikerer med den overvægtige gravide.

For jordemoderen kan de psykologiske problemstillinger omkring kvindens overvægt være svære at kommunikere om og derved komme i dybden med i konsultationen. Resultaterne, fra et dansk interventionsprojekt², omhandlende individuel- og gruppekonsultation for overvægtige gravide, viser blandt andet at danske jordemødre efterlyser en form for uddannelse eller supervision for bedre at kunne tale med de overvægtige gravide om de psykologiske problemstillinger. Overvægt kan være et tabubelagt emne, hvortil der knytter sig mange personlige følelser, og det kan være en anden årsag til, at det er svært for jordemødre at snakke med de overvægtige gravide om emnet (Skov & Bjerre 2006).

Ifølge ”De Etiske Retningslinjer for Jordemødre”³ skal jordemoderen være ”[...] bevidst om, at de forebyggende og sundhedsfremmende metoder, hun inddrager i sin praksis, tager udgangspunkt i en respekt og anerkendelse af den enkelte kvinde og hendes livs-stil.” (Birkler 2006:172). Det betyder, at jordemoderen, når hun arbejder sundheds-fremmende og forebyggende, tager udgangspunkt i, hvilken specifik overvægtig gravid hun sidder overfor.

Som gravid bliver man konstant konfronteret med sin krop og forandringerne af denne, ikke mindst ved undersøgelser hos jordemoderen, lægen eller ved scanninger. Dette tydeliggøres i et eksempel fra vores kliniske praksis, hvor den gravide i jordemoderkonsultation bliver bedt om at trække blusen op, så jordemoderen kan mærke på hendes

² Projektet er udarbejdet af jordemødre på Frederiksberg Jordemodercenter fra 2004-2005.

³ ”De Etiske Retningslinjer for Jordemødre” bygger på de grundlæggende menneskerettigheder og den gældende lovgivning. Disse kan bevidstgøre jordemoderens handlemuligheder i etiske dilemmaer (Birkler 2006:168).

mave. Herefter måler jordemoderen på maven og kommenterer ofte dens størrelse. Denne fysiske blottelse og kropsfokusering, tænker vi, kan være psykisk svært for den overvægtige gravide. Hun kan for eksempel føle det nedværdigende, hvis jordemoderen beder hende om at løfte det ekstra fedtvæv omkring den nederste del af maven op, for at den udvendige undersøgelse kan gennemføres. Med til betegnelsen nedværdigelse mener vi, at følelser som utryghed, stigmatisering⁴ og sårbarhed også kan komme i spil hos kvinden. Hvis hun ikke får disse følelser bearbejdet, frygter vi, det kan præge hendes oplevelse af graviditeten i negativ retning og i værste fald følge hende gennem livet. Med udgangspunkt i dette eksempel og på baggrund af, at overvægtige generelt psykisk kan have det svært, mener vi, at det også kan gøre sig gældende hos overvægtige gravide. Derfor bør jordemoderen tage de psykiske aspekter alvorlige i sin konsultation med den overvægtige gravide.

2 Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen i konsultationen gennem sundhedsfremme imødekomme den overvægtige gravides psykologiske problemstillinger? Og hvordan kan jordemoderen bedst mulig kommunikere med den gravide om tabubelagte emner i forhold til hendes overvægt?

3 Problemafgrænsning

I det følgende præsenteres, hvilke afgrænsninger vi har gjort for at holde fokus på bearbejdelsen af problemformuleringen.

Vi vælger at se problemformuleringen i relation til graviditeten og ikke fødsels- og barselsperioden. Dette med baggrund i, at det er i graviditeten, at jordemoderen møder den overvægtige gravide første gang. Yderligere er jordemoderen den primære sundhedsperson og kan følge den gravide kontinuerligt, da hun har gode forudsætninger for at lære hende at kende. Herigennem kan jordemoderen skabe tryghed og tillid, hvilket sammen med kontinuitet øger muligheden for at tilrettelægge rådgivningen individuelt.

⁴ Stigmatisering indebærer, at personer anses som værende mindreværdige, hvis de afviger fra normen (Den Store Danske 2009a).

Når vi beskæftiger os med jordemoderens kommunikation med den overvægtige gravide, gøres dette med udgangspunkt i, at konsultationerne er tilrettelagt individuelt, og at jordemoderen ikke har nogen yderligere uddannelse ud over grunduddannelsen. Vi er bevidste om, at der på nogle fødesteder er tilbud om gruppekonsultationer for overvægtige gravide (Bilag 2), men vi ved samtidig også fra egen klinisk erfaring, at ikke alle overvægtige tager imod dette tilbud.

Når vi bruger betegnelsen overvægtige, skal det forstås som kvinder med et prægravidt Body Mass Index (BMI)⁵ over 30. Begrundelsen herfor er, at vi påtænker, at der i højere grad kan være tale om psykologiske problemstillinger ved et BMI over 30 end lavere. Når mennesker har et BMI over 30, bruges ifølge World Health Organisations (WHO) klassifikation betegnelsen fedme (bilag 3). Vi mener dog, at betegnelserne fedme og fede er negativt ladede, og derfor har vi valgt at benytte betegnelserne overvægt og overvægtige i projektet.

Vi er, som tidligere nævnt, bevidste om, at overvægtige gravide er i risiko for mange obstetriske komplikationer, og at det er vigtigt, at jordemødre har blik for disse både i graviditeten og under fødslen. Vi vælger dog, at vores fokus vil være de psykologiske problemstillinger, der kan komme til udtryk, når den gravide hos jordemoderen konfronteres med sin krop og overvægt. Vi synes, de psykologiske problemstillinger er mangelfuldt belyst i de anbefalinger og guidelines⁶, der danner grundlag for dansk obstetrik.

Med udgangspunkt i vores problemformulering vil omdrejningspunktet i vores projekt være, hvordan jordemoderen kommunikerer med den overvægtige gravide om tabubelagte emner. Vi vil yderligere se problemformuleringen i lyset af, at jordemoderen kommunikerer så SSTs "Anbefalinger for svangreomsorgen" bliver fulgt. Med det mener vi, hvordan hun kommunikerer og informerer om blandt andet OGTT til den over-

⁵ BMI er den mest udbredte metode til at klassificere undervægt, overvægt og fedme hos voksne (Bilag 3). I Danmark bruger man kvindens prægravide vægt, hvorudfra man beregner hendes BMI, som påføres vandrejournalen, og følger kvinden gennem graviditeten.

⁶ Her menes Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" 2009.

vægtige gravide. Her skal jordemoderen tage højde for, hvordan den overvægtige gravide har det psykisk, og være bevidst om, hvordan sådanne emner formuleres på den mest hensigtsmæssige måde overfor hende.

4 Begrebsafklaring

Vi vil i dette afsnit tydeliggøre enkelte begreber, hvor betydningen enten er tvetydig eller forskellig fra situation til situation. Derfor vil vi afklare hvad vi lægger i begreberne i relation til vores problemformulering.

4.1 *Psykologiske problemstillinger*

Når vi i projektet taler om psykologiske problemstillinger, mener vi de ekstra problemstillinger, som kan opstå hos en overvægtig gravid i forhold til en ikke-overvægtig gravid. Alle gravide oplever på forskellige tidspunkter graviditetsbetingede gener, hvilket i nogle tilfælde kan føre til psykologiske problemstillinger. Den gravide kan eksempelvis føle store fysiske begrænsninger, så som at hun ikke længere kan løfte sit andet barn, hvilket kan medføre at den gravide føler sig utilstrækkelig. Derudover kan den overvægtige gravide yderligere opleve psykologiske problemstillinger i forhold til sin overvægt gennem graviditeten, som for eksempel at føle sig stigmatiseret i mødet med jordemoderen.

4.2 *Tabubelagte emner*

Centralt i problemformuleringen er yderligere begrebet tabubelagte emner. Tabu bruges om fænomener, der af samtiden betragtes som socialt uacceptable (Den Store Danske 2009b). De emner der, i jordemoderens kommunikation med den overvægtige gravide, er tabubelagte, vil ofte opstå, når samtalen drejer sig om den gravides overvægt, samt hvilke følger dette har for hende og hendes barn. Jordemoderen kan have svært ved at kommunikere om visse emner, fordi de af samfundet eller af hende selv er belagt med tabu. Yderligere kan det for den overvægtige være svært at tale om sin overvægt, hvis hun føler, det at være overvægtig er belagt med tabu. Disse emner kan derved både være tabubelagte for jordemoderen og for den overvægtige gravide. Når vi i projektet benytter betegnelsen tabubelagte emner, mener vi de emner, jordemoderen og den over-

vægtige kan have svært ved at kommunikere om.

5 Fremgangsmåde (Camilla)

Problemformuleringen rummer flere elementer, der hver for sig skal belyses og analyseres for at det kan føre til en besvarelse af denne.

Vigtigt for problemformuleringen er hvilke faktorer, der er afgørende for overvægtige gravides psykologiske problemstillinger, og yderligere hvordan jordemoderen kan kommunikere med den overvægtige om tabubelagte emner. De faktorer, der er vigtige for overvægtiges psykologiske problemstillinger, klarlægges gennem et kvalitativt videnskabeligt studie, og yderligere suppleres studiets resultater med egen generet empiri i form af interviews med to overvægtige gravide.

Sundhedsfremme og kommunikation er centrale begreber i problemformuleringen. Da begge begreber er inspireret af adskillige teorier, vil vi i teori afsnittet klarlægge, hvorledes begreberne defineres i dette projekt. Vi vil bruge sundhedsfremmeteorien set i lyset af, hvad der holder folk raske, og hvordan den enkeltes modstandskraft styrkes. Ligeledes vil vi beskrive kommunikation som en cirkulær proces samt inddrage begrebet anerkendelse. Yderligere vil vi benytte elementer fra den videnskabsteoretiske teori hermeneutik, herunder belyse at mennesker altid har en forforståelse i mødet med andre, og hvilken betydning dette har. Vi vil derudover benytte begrebet empowerment, hvilket er anvendeligt, når en sundhedsperson ønsker at styrke en patients selvbillede og øge dennes ressourcer.

Når vi har analyseret det kvalitative studie og derved er blevet bevidste om, hvilke faktorer, der spiller ind på overvægtige gravides psykologiske problemstillinger, vil vi analysere, om jordemoderen gennem det udvalgte teoretiske grundlag, kan imødekomme problemstillingerne, og ligeledes klarlægge hvordan hun bedst muligt kommunikerer om tabubelagte emner.

Slutteligt vil vi diskutere, om alle jordemødre har lige let ved at tale med overvægtige gravide om tabubelagte emner i relation til deres overvægt. Vi vil yderligere diskutere, hvorvidt jordemoderens personlige involvering og rammerne for jordemoderkonsultationen kan imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger, samt hvad

der kan gøre det vanskeligt for jordemoderen at kommunikere anerkendende. Til sidst vil vi kritisk reflektere over vores eget projekt, og måden hvorpå det er udarbejdet.

5.1 Søgestrategi (Pernille)

Vi vil, som ovenfor beskrevet, afklare hvilke faktorer, der spiller ind på overvægtige gravides psykologiske problemstillinger. Derudover vil vi tydeliggøre, hvordan jordemoderen taler om tabubelagt emner i relation til overvægt med den overvægtige gravide. Derfor er det relevant at fordybe os i et eller flere videnskabelige studier, der beskæftiger sig med disse to aspekter.

Vi ønsker at finde publicerede videnskabelige studier, fordi vi på den på måde er sikret en vis kvalitet af studierne resultater. Før et studie publiceres i et videnskabeligt tidsskrift, er det gennemlæst af forskellige fagpersoner med speciale inden for studiets emne. Fagpersonerne kontrollerer, om forskerne har arbejdet efter stringente krav og beskrevet deres arbejdsproces. Yderligere kan vi med skriftligt tilgængeligt materiale gøre dokumentation og henvisning muligt.

Videnskabelige studier, som er publiceret i tidsskrifter, samles i databaser på internettet, hvor man kan søge på specifikke emner og herefter finde artikler, hvor søgeordene indgår. Vi udfører søgning⁷ på internetdatabaserne, PubMed og Scirus, for at finde studier, der opfylder vores krav om indhold. Vi bruger søgeordene obesity, pregnancy, midwifery og qualitative, hvilket efter gennemlæsning af resuméerne stiller os med følgende artikler:

Et svensk studie af Nyman, Prebensen & Flensner, udgivet i 2008 med titlen: "Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth", hvis formål er at undersøge, hvordan overvægtige gravide oplever mødet med jordemødre og læger.

Dernæst et engelsk studie af Furber & McGowan fra 2010, hvis formål er at undersøge overvægtige gravides erfaringer under graviditeten. Dette studie har titlen: "A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK".

Det tredje studie, af Schmied, V.A., et al., der er udarbejdet i Australien i 2010 har titlen: "'Not waving but drowning': a study of the experiences and concerns of mid-

⁷ Se bilag 4 for uddybning af søgestrategien.

wives and other health professionals caring for obese childbearing women” og har til formål at undersøge sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med overvægtige gravide.

Efter gennemlæsning af de tre artikler, ønsker vi at inddrage elementer fra studiet af Schmied, V.A., et al. i diskussionen. Studiet af Furber & McGowan har vi fravalgt, eftersom vi mener, det har dårlig gennemsigthed i måden, hvorpå studiet er udarbejdet, og derudover praktiseres obstetrik anderledes i England end i Danmark.

Derimod har vi valgt at udarbejde en metodeanalyse af studiet af Nyman, Prebensen & Flensner; ”Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth” (Bilag 5), fordi studiets formål stemmer overens med, at vi ønsker at undersøge overvægtige gravides oplevelser med jordemødre. Yderligere har forskningen fundet sted i Sverige, hvilket vi mener er en fordel, da det svenske samfund på mange områder er sammenligneligt med det danske eksempelvis i opbygningen af sundhedssektoren. Studiet er udarbejdet i 2008, og må derfor betegnes at være ny viden på området.

6 Metodeanalyse (Mette)

Det kvalitative svenske studie finder vi, som ovenfor begrundet, relevant og aktuelt. Studiet er udarbejdet af to jordemødre, Nyman og Prebensen og en lektor, Flensner med baggrund i sygepleje. Det er publiceret i 2008 i tidsskriftet *Midwifery*.

Ifølge forskerne, bag det svenske studie, er gravides oplevelser af graviditet, fødsel og barsel generelt veldokumenteret, men de er blevet bevidste om, at viden inden for overvægtige gravides oplevelser af samme er mangelfuldt belyst. Dette er en af baggrundene for udarbejdelse af studiet. Derudover peger forskerne på, at andre studier har vist, at overvægtige generelt har det svært psykisk. Forskerne ønsker derfor at undersøge, om det også gør sig gældende for overvægtige gravide i Sverige. Formålet med studiet er, gennem en fænomenologisk tilgang, at undersøge, hvordan overvægtige gravide oplever mødet med jordemødre og læger under graviditet og fødsel.

Inden for fænomenologi taler filosofen Edmund Husserl⁸ om at skabe viden om de bevidsthedsfænomener, som er individuelle. Med bevidsthedsfænomener menes, en "[...] forståelse af det bevidsthedsindhold som opleves af 'det andet' menneske." (Birkler 2005:103). Ifølge Husserl fokuseres ikke på den "[...] menneskelige bevidsthed som enten subjektiv eller objektiv [...]", derimod skal man "[...] undersøge den måde, hvorpå bevidstheden viser sig som en relation til noget." (ibid:104). Dette betyder, at bevidstheden er en subjektiv oplevelse af det objektive, hvilket kaldes livsverden. Det er altså, hvorledes den enkelte person oplever den verden, som den er en del af. Samtidig indeholder begrebet livsverden den individuelle persons samlede oplevelser og erfaringer. Ud fra et fænomenologisk synspunkt er det ikke den gravides krop, der i sig selv er i fokus, men den måde hun oplever det at være gravid på (ibid:105f). Indenfor fænomenologi er det ideelt at man, når man har med mennesker at gøre, kan se bort fra alle forudindtagede meninger og holdninger. På den måde kan man få viden omkring en andens livsverden, uden at den sløres (ibid:109). Når forskerne i studiet vælger en fænomenologisk tilgang, skal de forsøge at efterkomme det fænomenologiske ideal om, at undersøge de overvægtige gravides livsverden uden at sløre den med egne forudindtagede meninger og holdninger.

Vores formål med at analysere studiet er, i første omgang gennem en metodeanalyse, at klarlægge dets interne validitet, hvilket opnås ved at undersøge, hvordan det er udarbejdet. Derefter kan vi vurdere, hvorvidt studiet er eksternt validt, for derigennem at bruge studiets resultater i relation til vores problemformulering. Denne metodeanalyse vil vi i det følgende redegøre for. Når vi benytter betegnelsen 'studiet', refereres der til det svenske studie med mindre andet er anført.

6.1 Kvalitetskrav (Line)

I kvalitativ forskning skal et studies interne og eksterne validitet diskuteres og vurderes ud fra en række kvalitetskrav. Et krav inden for validitet er, hvorvidt resultaterne er relevante i forhold til den problemstilling, forskerne har opstillet. Det vil sige, hvorvidt forskerne undersøger det, de beskriver, de undersøger (Hovmand & Præstegaard

⁸ Edmund Husserl (1859-1938) regnes som fænomenologiens grundlægger, idet han var den første, der beskæftigede sig med bevidsthedsfænomenerne (Birkler 2005:103).

2002:54).

Yderligere skal forskernes resultater være til at stole på, hvilket benævnes som reliabilitet og henviser til, hvorvidt resultaterne er pålidelige. Det vil relatere sig til de tekniske forhold, for eksempel om forskerne har kontrolleret det transskriberede materiale op imod båndoptagelserne. Derudover henviser reliabilitet til studiets grad af intersubjektivitet. Med dette menes, under hvilke betingelser resultaterne er fremkommet, om læseren får indsigt i de til- og fravalg, som forskerne har gjort under forskningsprocessen, og hvilke konsekvenser de enkelte valg har medført for studiets resultater. Læseren vil på den måde kunne vurdere resultaternes pålidelighed, og om der kunne være fremkommet andre resultater, hvis forskerne havde gjort andre til- og fravalg. En høj grad af intersubjektivitet er med til at højne validiteten af studiet (ibid:56).

I det følgende vurderes studiet ud fra en række kvalitetskrav, herunder forskningsdesign, designstrategi, forskernes kritiske refleksioner, datagenerering og databearbejdning, som vi finder relevante for at kunne diskutere validiteten af dette studie.

6.1.1 *Forskningsdesign* (Mette)

Studiet bygger på et kvalitativt forskningsdesign, hvilket med fordel kan anvendes, når forskerne gerne vil have en dybere forståelse af, hvordan de overvægtige oplever interaktionen med jordemødre og læger i forbindelse med graviditet og fødsel. Kvalitativt forskningsdesign er anvendeligt, når man ønsker at forstå noget inden for et genstandsfelt, for eksempel når man ønsker dybere forståelse for dele af en gruppe menneskers livsverden.

I kvalitativ forskning indsamles data via interviews, som enten er struktureret eller semistruktureret. Yderligere kan data indsamles ved observation af udvalgte informanter. Formålet er at opfange det vigtigste af det, som informanterne siger eller gør, og herefter systemiseres data på en måde så man forholder sig så tæt på dem som muligt. Valget af forskningsdesign skal være gennemskueligt for læseren, så denne kan vurdere designets relevans (Lindahl & Juhl 2002:17).

6.1.2 *Designstrategi og forskernes forforståelse* (Line)

I studiet benyttes en fænomenologisk designstrategi, hvilket er fordelagtigt, da forskerne ønsker at få indsigt i de overvægtige gravides livsverden. Valget af designstrategi

skal altid passe til den givne problemstilling, og derfor kræver forskellige problemstillinger forskellige metoder for at kunne besvares (Hovmand & Præstegaard 2002:44). Når forskerne vælger den fænomenologiske designstrategi, er det essentielt, at de er deres forforståelse bevidste, og prøver at være så åbne som muligt overfor fænomenet (ibid:45). Det beskrives, at forskerne i fællesskab diskuterede deres fordomme og holdninger til overvægtige gravide, så de kunne tilsidesætte disse før interviewene blev foretaget. Dermed viser de, at de er deres forforståelse bevidst. Ligeledes har forskerne analyseret data ud fra en horisontal vinkel, hvilket vil sige, at forskerne foretager alle ti interviews, inden de påbegynder bearbejdningen af dem. Derved præges data ikke af, hvad forskerne kunne have analyseret i tidligere interviews. Det beskrives endvidere, at forskerne har forskellige faglige baggrunde. Når forskere begynder at studere et emne, vil de altid have en forforståelse om emnet med sig. Denne forforståelse kan blandt andet bestå af forskernes egne erfaringer, faglige perspektiv og teoretiske grundlag samt eventuelle antagelser om studiets resultater. I kvalitativ forskning øges studiets interne validitet, hvis forskerne reflekterer over deres forforståelse og ekspliciterer dette for læseren (Hovmand & Præstegaard 2002:43).

6.1.3 Datagenerering (Pernille)

For at belyse, hvordan forskernes i studiet har genereret sine data, vil vi i det følgende beskrive, hvilke informanter, der er medtaget i studiet, og hvordan data er indsamlet. Herunder vil vi tydeliggøre, hvorledes forskerne begrunder til- og fravalg i forhold til informanterne samt inklusions- og eksklusionskriterier.

6.1.3.1 Udvælgelse af informanter (Camilla)

I forhold til studiets formål er det relevant, at forskerne interviewer kvinder, som er overvægtige. Hvis forskerne havde valgt informanter, som ikke kunne give et udtømmende svar inden for problemfeltet, ville resultaterne heller ikke være relevante. I studiet er inklusions- og eksklusionskriterierne beskrevet, hvilket er vigtigt, så det bliver klart for læseren, hvordan og hvorfor forskerne har valgt præcis disse informanter (Hovmand & Præstegaard 2002:46). Inklusionskriterierne var, at den overvægtige havde et prægravidt BMI over 30, hun var første- eller flergangsfødende, hun skulle forstå og tale svensk, og hun skulle have født på et sygehus i Vestsverige i perioden oktober

2006 til september 2007. Yderligere beskriver forskerne, at de overvægtige ikke blev ekskluderet, selvom de havde følgesygdomme eller andre obstetriske risici. Modsat blev de overvægtige, hvor én af forskerne havde været med under fødslen, ekskluderet. Begrundelsen herfor er ikke ekspliciteret, men vi mener, at forskerne har ekskluderet denne gruppe overvægtige, da disse ikke ville tale så åbent og frit om deres oplevelser, hvis fødejordmoderen og den, der foretog interviewet var den samme person. Der var risiko for, at de overvægtige tilbageholdte nogle oplevelser, fordi de ikke ville såre eller bebrejde jordmoderen, hvis de havde negative erfaringer med hende.

16 overvægtige gravide opfyldte inklusionskriterierne, men kun ti valgte at deltage. To af forskerne interviewede disse ti overvægtige fire til seks uger efter fødslen. Informanterne var mellem 24 og 37 år, deres registrerede BMI ved graviditetens begyndelse lå mellem 34 og 50; tre var førstegangsfødende og syv flergangsfødende. To fødte ved sectio, de sidste otte fødte vaginalt. Informanterne kom fra forskellige dele af det vestlige Sverige og hørte til syv forskellige jordmoderkonsultationer. Når forskerne delagtiggør læseren i informanternes karakteristika, kan læseren derved vurdere, om informanterne giver et nuanceret billede af den gruppe de repræsenterer (ibid.).

6.1.3.2 Dataindsamling (Pernille)

Datamaterialet blev indsamlet gennem individuelle dybdegående interviews, som efter informanternes eget valg, enten blev foretaget i deres hjem eller på sygehuset. Forskerne beskriver deres fremgangsmåde i forhold til interviewenes udformning i form af indledende og opfølgende spørgsmål. Forskerne nævner ikke direkte, om der er benyttet semistruktureret eller struktureret interviews, men ud fra de opfølgende spørgsmål, tyder det på semistruktureret interviews. Efter hvert enkelt interview opfordrede forskerne informanterne til at reflektere over yderligere inputs. Et sådant input var eksempelvis, at informanterne havde tænkt på øget risici ved at være overvægtig gravid, selvom dette ikke var fokus for forskerne. Sådanne inputs bruger forskerne i diskussionen, hvor de suppleres med resultater fra andre studier. Interviewene og refleksionerne tilsammen havde en varighed på 35 til 90 min. Det er fordelagtigt, at forskerne har valgt at indsamle data gennem semistruktureret interviews, da forskerne ønsker, at informanterne skal tale så frit og åbent om emnet som mulig. Data kan indsamles på forskellige måder, i et kvalitativt studie, for eksempel gennem individuelle

dybdegående interview, fokusgruppeinterview eller gennem observationer. Det er fordrende at indsamle data via interviews, hvis man ønsker at forstå interviewpersonernes synspunkt, deres meninger eller afdække deres individuelle livsverden. Det er ideelt at benytte individuelle dybdegående interviews frem for fokusgruppeinterview, når formålet er at få dybe og personlige erfaringer i relation til den opstillede problemstilling (Hovmand & Præstegaard 2002:47).

I kvalitativ forskning er det væsentligt, at der på et tidspunkt opnås datamætning, hvilket ikke afhænger af antallet af informanter, men at der ikke længere fremkommer informationer, som kan føre til nye temaer (ibid:46). I studiet beskrives ikke, om der er opnået datamætning eller ej. Dette kan betyde, at der kan være andre temaer, som ikke fremkommer i data, hvilket har betydning for databearbejdningen og kan afspejles i resultaterne.

6.1.4 Databearbejdning og resultater (Line)

Det er vigtigt, at der beskrives, hvilke metoder data er bearbejdet med. Det kan dog være forskelligt, hvor dybdegående databearbejdningen er beskrevet, da det kan afhænge af datamængden (Linddahl & Juhl 2002:19). I studiet beskrives at der er brugt en fænomenologisk metode til bearbejdning af data, hvilken består af fem trin. Første trin gav et overblik over det samlede datamateriale ved, at forskerne aflyttede båndoptagelserne og foretog adskillige aflæsninger af transskriptionerne. Andet trin var at identificere nøgleordene i transskriptionerne. I det tredje trin blev den grundlæggende betydning af at være overvægtig gravid fundet ved, at forskerne omdannede nøgleordene fra de overvægtiges talesprog til skriftsprog. I det fjerde trin blev de omdannede nøgleord sat sammen i individuelle resuméer, ét for hver informant. Dette kaldte forskerne for en subjektiv beskrivelse. I det femte trin blev de ti individuelle resuméer omdannet til et samlet resumé, der sammenfattede nøgleordene fra hvert interview. Dette kalder forskerne for den objektive beskrivelse, fordi det samlede resumé indeholder alle ti informanters nøgleord, og derfor ikke længere er subjektiv og individuel. I det samlede objektive resumé fremkom fem temaer med hver sin hovedoverskrift, som forskerne præsenterer enkeltvis. Dette er studiets resultater. Forskerne medinddrager citater fra interviewene, hvilket er med til at tydeliggøre enighed eller uenighed blandt informanterne og øger studiets troværdighed (ibid:19f).

6.1.5 Forskernes kritiske refleksioner (Mette)

Hvis forskere stiller spørgsmålstejn ved deres egen forskning og derved forholder sig kritisk reflekterende, højnes den interne validitet (ibid:43f). Forskerne i studiet beskriver, at de har gjort sig overvejelser om, hvorvidt studiets resultater er valide og derved kan overføres til andre overvægtige gravide. Det bliver ikke ekspliciteret for læseren, hvilke specifikke overvejelser de har gjort sig. Dog fremlægger forskerne, at resultaterne måske kan gælde alle gravides oplevelser og ikke kun overvægtige gravides oplevelser med sundhedspersoner gennem graviditet og fødsel.

6.2 Vurdering af intern validitet (Pernille)

For at vurdere forskningen har vi nu foretaget en enkeltvis vurdering af en række kvalitetskrav. Et forskningsstudie, som dette studie, bliver ofte offentliggjort som en artikel. De fleste tidsskrifter, som publicerer forskningsstudier, har en begrænsning på artiklens længde, og derfor kan forskerne være nødsaget til at prioritere, hvilke oplysninger de medtager. Af den grund kan det diskuteres, om vi kan vurdere validiteten blot ud fra artiklen, der er publiceret (Lindahl & Juhl 2002:21).

Med dette forbehold vurderer vi, at både studiets forskningsdesign, designstrategi samt dataindsamling stemmer overens med studiets formål. Dette styrker den interne validitet. Yderligere er beskrivelsen af informanterne samt begrundelse for valget af inklusion og eksklusion af disse med til at styrke validiteten. Dog er det ikke beskrevet, hvorfor seks af de overvægtige, som opfyldte inklusionskriterierne, ikke ønskede at deltage. En sådan beskrivelse kunne have givet læseren indsigt i, om der var specielle karakteristika ved de overvægtige, der ikke ønskede at deltage. For eksempel kunne dette være deres BMI, psykiske tilstand, paritet eller alder. Vi forestiller os, det kan have betydning for resultaterne, hvis de overvægtige, der ikke deltog, for eksempel havde et BMI under 34, da deres udtalelser måske havde givet andre resultater omkring oplevelser i mødet med jordemødre og læger.

Vi finder det en svaghed, at læseren er uvidende om der er opnået datamætning. Hvis dette ikke er opnået, betyder det, at der for de overvægtige kan være flere temaer i forhold til mødet med jordemoderen og lægen, som ikke bliver medtaget i studiet

(Hovmand & Præstegaard 2002:46). Disse temaer kunne eventuelt være fremkommet, hvis forskerne havde interviewet flere overvægtige, eller hvis interviewene havde været af længere varighed. Det er dog ikke ensbetydende med, at de resultater, studiet finder, ikke er valide.

Generelt er måden, hvorpå forskerne har bearbejdet data, og kommet frem til resultaterne, udførligt beskrevet, hvilket fører til en god intersubjektivitet. Forskerne har gjort sig deres forforståelse klar og forholder sig kritisk til egen forskning, dog uden at tydeliggøre ud fra hvilke punkter, de forholder sig kritisk. Datagenereringsprocessen vurderer vi er god og med til at øge studiets validitet.

På trods af studiets manglende klarlægning om datamætning er opnået eller ej og manglende uddybning af karakteristika hos de informanter, der ikke ønskede at deltage, vurderer vi, at studiet er internt validt.

6.3 Vurdering af ekstern validitet (Mette)

Da vi nu har vurderet studiet internt validt, er det muligt at vurdere den eksterne validitet, hvilket betyder, hvorvidt de fremkomne resultater, er overførbare til lignende kontekster. Det er vigtigt at gruppen og samfundet, man ønsker at overføre resultaterne til, er sammenlignelige med de forhold, der gør sig gældende for informanterne i studiet. Derfor er det nødvendigt, at forskerne blandt andet har beskrevet, hvilke personer, der indgår i studiet, deres baggrund, sociale status og de samfundsmæssige betingelser (Hovmand & Præstegaard 2002:55).

Vi vil herunder diskutere, hvorvidt vi mener, resultaterne kan overføres til danske overvægtige gravide, uden at de mister deres sandhedsværdi.

Det er vigtigt, at forskerne tydeligt definerer og beskriver den gruppe af informanter, som har valgt at deltage i studiet (Lindahl & Juhl 2002:21). I studiet mener vi, at det på nogle punkter er mangelfuldt beskrevet, da forskerne eksempelvis ikke beskriver informanternes sociale status og deres uddannelsesniveau. Man kan som læser derfor ikke vurdere, om informanterne giver et nuanceret billede af alle overvægtige gravide. Yderligere har de ti overvægtige i studiet født i det vestlige Sverige, og disse tegner måske ikke et nuanceret billede af overvægtige gravide og fødende i hele Sverige. Disse overnævnte faktorer som informanternes uddannelsesniveau, og hvor de geografisk le-

ver, kan sløre billedet i forhold til om studiets resultater kan overføres til en dansk kontekst. Vi mener dog generelt, at den svenske befolkning er sammenlignelig med den danske på mange områder for eksempel på det kulturelle plan og på opbygningen af sundhedssystemet, hvorfor vi mener, studiet er eksternt validt og kan være med til at belyse, hvordan den danske overvægtige gravide oplever mødet med jordemoderen.

7 De overvægtiges oplevelser af mødet med jordemødre (Camilla)

I det følgende vil vi klarlægge studiets resultater, som bliver delt op i temaer og præ-senteret enkeltvis, på samme måde som studiet gør det. Vi har valgt at bibeholde de engelske overskrifter for studiets fem temaer. Begrundelsen herfor er, at det er svært at oversætte overskrifterne til dansk uden at miste de nuancer, som ligger i det engelske sprog.

- Being constantly aware of the obese pregnant body

Den overvægtiges krop er konstant i fokus under graviditeten, og kvinderne udtrykker, at de hele tiden er opmærksomme på, at de er større end andre gravide. De oplever deres krop som et 'det' og blot en 'bærer' af fosteret. Graviditeten lever sit eget liv i deres krop, uden at de føler, de har mulighed for at have indflydelse på processen. Yderligere kan deres overvægt være skyld i fysiske smerter og ubehag, hvilket kan hindre dem i at være aktive og mobile, og det er endnu en påmindelse om deres overvægt. Sideløbende med ønsket om at tabe sig i fremtiden, udtrykker de overvægtige ambivalens, idet de er bekymret for, om de reelt er i stand til det.

- Being exposed and scrutinised

På forhånd har de overvægtige et ønske om, at deres vægt ikke skal være hovedfokus i mødet med sundhedspersonerne. De føler sig dømt ud fra deres vægt, hvilket skaber en følelse af fremmedgørelse. Undersøgelser bliver oplevet som frustrerende, hvor de overvægtige blandt andet kan opleve, at de selv skal hjælpe med at løfte op i maveskindet. De føler bekymring og frustration over, hvorvidt tøj og udstyr på sygehuset kan i mødekomme deres overvægt. Det vækker følelser af skam, forlegenhed og frustration, når de skal vise deres krop, og de udtrykker, at de er flove over deres overvægt.

- Negative emotions and experiences of discomfort

De overvægtige føler skyld i forhold til deres overvægt, hvilket indebærer bekymring gennem graviditet og fødsel for både deres eget og fosterets liv. At skulle mindske vægtøgningen gennem graviditeten, virker for dem uoverskueligt, og vækker en følelse af opgivelse, lavt selvværd samt sorg og vrede. I ubehagelige situationer oplever de overvægtige, at det skaber tryghed, hvis de selv laver sjov med deres overvægt. De frygter, at nogen vil kommentere deres størrelse både til dem og bag deres ryg. For at afhjælpe dette ubehag, er de derfor hele tiden i forsvarsposition. De overvægtige er bange for at vise sorg, vrede eller skuffelse, hvis de føler, jordemoderen har behandlet dem dårligt, da de tror, det kan føre til en forringet behandling, som eksempelvis mindre tilstedeværelse af jordemoderen på fødestuen. Derfor tænker de overvægtige meget på ikke at ville såre jordemoderens følelser, og tier ofte, hvis de for eksempel føler sig dårligt behandlet.

- Humiliating treatment

At møde sundhedspersoner, der er uhøflige, vrede, bitre og uforskammede, medfører at de overvægtige føler sig ydmyget. Disse oplevelser forstærker de overvægtiges følelse af at være mindre værd end de ikke-overvægtige gravide. Når de ikke føler sig anerkendt eller respekteret, fremkalder det frustration og en følelse af at blive ignoreret. Mange overvægtige har dårlige erfaringer med sundhedspersoner, hvilket kan gøre, at de på forhånd er skeptiske, når de møder andre sundhedspersoner. Yderligere er de overvægtige skeptiske, når sundhedspersoner tøver med at tro på deres oplevelse af kroppens tegn på veer, fosterbevægelser eller fosterposition. Hvis sundhedspersonerne ikke fokuserer på de overvægtiges individuelle behov, skaber det en følelse af hjælpeløshed og skuffelse hos de overvægtige.

- Affirming encounters

De overvægtige fortæller, at det kan mindske deres følelse af ubehag, hvis de møder interesserede og hensynsfulde sundhedspersoner, og de føler hermed, at mødet mellem dem bliver mere afslappet. Hvis de overvægtige føler, de bliver 'set bag fedtet' og lyttet til, vækkes følelser af at blive behandlet som alle andre gravide, og det øger derved

deres selvværd. Yderligere mener de overvægtige at følgende er positivt i mødet med sundhedspersoner; smil, at grine sammen, humor, glad og åben atmosfære, opmuntrende ord og støtte.

8 Egne interviews med to overvægtige gravide (Pernille)

Udover at inddrage allerede fremstillet empiri, i form af det svenske kvalitative studie, har vi valgt at interviewe to overvægtige gravide. Formålet med at foretage disse interviews er dels, at få et større indblik i danske overvægtige gravides tanker om graviditet og dels at supplere og nuancere det analyserede studies resultater.

Informanterne er to overvægtige andengangsgravide, der i første graviditet gik sammen i en gruppekonsultation for overvægtige i et dansk jordemodercenter. I denne graviditet går de ved samme jordemoder, men er kun disse to overvægtige i gruppekonsultationen. De havde et prægravid BMI på henholdsvis 44 og 48, og deres gestationsalder var 22 og 28, da interviewene blev foretaget. De havde begge fast arbejde, men den ene var sygemeldt, og den anden havde orlov indtil barslen indtraf. De boede begge med deres kærester, som også er barnefader til deres første barn. For at jordemoderen og de overvægtige gravide kan forblive anonyme, nævnes hverken deres navne eller det specifikke fødested, hvor interviewene blev foretaget.

De overvægtige gravide modtog mundtlig information om formålet med vores interviews. Ligeledes blev de informeret om, hvordan vi påtænkte at benytte deres svar, og at vi gerne ville optage interviewene på en diktafon. De samtykkede begge i at deltage. Herefter blev de enkeltvis interviewet, i et rum i jordemodercentret, af to af forfatterne af dette projekt. På forhånd havde vi lavet en interviewguide, der indeholdt åbne spørgsmål, som var grupperet efter emne. Derudover havde vi øvet forskellige scenarier omhandlende disse interviews, ud fra hvilke, vi havde forberedt nogle opfølgende spørgsmål. Derved var vores interviews semistruktureret. Et eksempel på vores spørgsmål fra interviewguiden er, ”hvilke overvejelser havde du gjort dig omkring graviditeten, inden du blev gravid?”. Herefter benyttede vi ofte opfølgende spørgsmål, som kunne lyde således: ”du sagde før [...] kan du fortælle lidt mere om det?” (Bilag 6).

Samme dag som interviewene var foretaget, transskriberede vi det talte sprog til skriftligt materiale, der i alt udgjorde 25 normalsider. Vi har efterfølgende gennemlæst det skriftlige materiale flere gange for at finde meninger og udtalelser fra de overvægtige,

som kan være med til at belyse vores problemstilling. Vi har udvalgt relevante citater, hvori der kommer følelser og oplevelser til udtryk, som kan relatere sig til de overvægtiges problemstillinger i det svenske studie, hvorfor vi finder dem relevante at inddrage.

9 Teorifremstilling

For at besvare vores problemformulering må vi inddrage forskellige teorier, som jordemoderen kan have med sig, når hun på en sundhedsfremmende måde skal kommunikere med den overvægtige gravide om hendes psykologiske problemstillinger, og yderligere når hun skal tale med den overvægtige om tabubelagte emner. Vi vil i hvert teoriafsnit med **fed** fremhæve de ord, som vi mener, er nøgleord for den enkelte teori, og som vi vil inddrage i vores analyse.

9.1 *Sundhedsfremme* (Mette)

Sundhedsfremme handler, ifølge Jensen og Johnsen, grundlæggende om sundhed og hvilke faktorer, der styrker menneskers handlekompetencer, livsmod og livsglæde. Når man arbejder ud fra et sundhedsfremmende perspektiv, er målet først og fremmest at fokusere på, **hvad der holder mennesker raske** i stedet for, hvad der gør dem syge, hvilket er det grundlæggende inden for forebyggelse. Fokus inden for sundhedsfremme er, hvorledes ressourcer og handlemuligheder hos det enkelte individ mobiliseres, og derved **styrker personens modstandskraft** over for livets vanskeligheder og udfordringer. Når udgangspunktet inden for sundhedsfremme er, hvad der holder mennesker raske, er det vigtigt at forsøge at nå ind til det centrale af det enkelte individs perspektiv på verden. Hvis sundhedspersonen kender til, hvorledes patienten anskuer verden, kan det derigennem også blive klart hvilke emner, der er relevante for sundhedspersonen at formidle i et sundhedsfremmende perspektiv. Begrebet sundhedsfremme hæfter sig til folks følelser, og hvordan livet lige præcist ser ud for den enkelte (Jensen & Johnsen 2000:6ff).

Flere teorier om sundhedsfremme er udarbejdet med det formål at beskrive, hvorledes sundhedsfremmebegrebet konkret overføres til kliniske redskaber som sundhedspersonalet kan bruge i mødet med patienten. Igennem kommunikation og lydhørhed kan

sundhedspersonen være med til at rejse nogle emner eller spørgsmål, der lige præcis er vigtige for denne patient (ibid:59). Sundhedspersonerne udøver derved "[...] **meneskearbejde før ekspertarbejde**", (ibid:26) hvilket er en forudsætning for, at ekspertarbejdet kan lykkes. Sundhedspersonerne skal forholde sig **ydmøge**, når de arbejder ud fra et sundhedsfremmende perspektiv, fordi de har "[...] brug for at få formidlet kendskab til andre levekår, livsformer og kulturer end de professionelles [deres egne]" (ibid:59). Den tid sundhedspersonen har til rådighed, bliver afgørende for, hvorvidt sundhedspersonen kan udføre det sundhedsfremmende arbejde, og yderligere er det vigtigt, at denne "[...] tør sætte sine fordomme på spil, for at få dem i spil" (ibid:57). Det menes herved, at sundhedspersonen skal **gå åbent ind i mødet** med patienten med den indstilling, at patienten eventuelt har en anden forståelse af situationen. Denne forståelse kan være ligeså rigtig som sundhedspersonens, og det skal denne være bevidst om. Dette leder os over i den videnskabsteoretiske teori hermeneutik.

9.1.1 Hermeneutik (Camilla)

Forud for selve forståelsen er, ifølge filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002), **forforståelsen**, som er et vigtigt begreb inden for hermeneutik. Forforståelsen kan eksemplificeres ved, at sundhedspersonen, altid på forhånd, har en forventning, for-mening eller fordom⁹ om patienten. Derved har sundhedspersonen ubevidst på forhånd nogle hypoteser om patienten, hvilket er helhedsforståelsen, som sundhedspersonen i mødet og dialogen med patienten får be- eller afkræftet. På den måde vil sundhedspersonen opnå en delforståelse af patienten, og denne vil virke tilbage på helhedsforståelsen. Derved har sundhedspersonen efter mødet med patienten en revideret helhedsforståelse af denne. Et centralt begreb, inden for hermeneutikken, er **den hermeneutiske cirkel**. Grundtanken er her, at der findes et cirkulært forhold mellem helheds- og delforståelse, som en løbende proces. Hermed ikke forstået, at man forbliver i den samme cirkel, men at man derimod når til nye forståelsesniveauer (Birkler 2005:98ff).

Ud fra ens forforståelse dannes der en personlig horisont, hvorudfra man som individ anskuer verden. Når to personer gennem dialog har fået viden om hinandens horisonter, kaldes det i et hermeneutisk perspektiv for **horisontsammensmeltning** (ibid:96f). Det

⁹ Fordomme er en del af den enkeltes forforståelse, og skal ifølge Gadamer forstås som menneskets forventninger og formodninger om blandt andet ting, situationer og andre mennesker. Det er fordomme, man som menneske lever ud fra, uden dog selv altid at være bevidst om det (Birkler 2005:96).

vil sige, at både patienten og sundhedspersonen får indblik i hinandens horisonter, og når derved til nye forståelser af hinanden. Sundhedspersonen får indblik i patientens horisont, ved som tidligere beskrevet, at gå åbent ind i mødet.

9.1.2 Empowerment (Pernille)

Vi vil i det følgende beskrive, hvad **empowerment** som metode¹⁰ er, og hvordan sundhedspersoner kan benytte denne tilgang i deres sundhedsfremmende arbejde. Begrebet empowerment er, ifølge Andersen, Brok og Mathiasen, en tilgang, der har til formål at få mennesker til at opnå kontrol over eget liv samt "[...] **øge deres ressourcer, styrke deres selvbillede og opbygge evne til at handle på egne vegne [...]**" (Andersen, Brok & Mathiasen 2000:13). Empowerment er ikke udviklet til specifikt at skulle bruges inden for sundhedssystemet, men Andersen, Brok og Mathiasen mener, det kan være en god metode, når man overordnet ønsker at arbejde sundhedsfremmende. Metoden kan benyttes over for mennesker, der har brug for hjælp til et begrænset emne i en begrænset periode, og kan anbefales i enhver sundhedsfremmende tilgang (ibid:14).

Ifølge Andersen, Brok og Mathiasen er det essentielt inden for empowerment som metode, at man benytter betegnelsen 'bruger' om den person, det sundhedsfremmende arbejde retter sig imod. Dette skyldes ambitionen om at 'bruger' i højere grad end 'patient' "[...] signalerer **aktivitet** frem for passivitet, **deltagelse** frem for udelukkelse og **ansvar** i stedet for ligegyldighed." (ibid:16). Derved er empowerments modsætning disempowerment. For at lade brugeren være aktiv og deltagende, kræver det ifølge teorien, at man som sundhedsperson træder tilbage fra sin rolle som rådgiver. Med dette forstås, at man inddrager brugeren i, hvordan kontakten skal foregå, og hvordan den givne ydelse skal sammensættes. Et eksempel på dette kunne være, at brugeren får lov at bestemme, hvilke emner der skal snakkes om med udgangspunkt i, hvilke behov denne har. Dette sikrer brugeren **involvering og medbestemmelse** i forløbet, og det kan, set i lyset af begrebet empowerment, være med til at give denne en fornemmelse af kontrol og meningsfuldhed. Målet med at benytte empowerment som metode er, at brugeren føler sig empowered og benytter denne følelse til at kunne opnå sociale eller

¹⁰ Empowerment kan både være strategi, metode, mål og værdigrundlag. Vi har valgt kun at fokusere på empowerment som metode.

sundhedsmæssige forandringer. På den måde vil det give brugeren mulighed for at håndtere forskellige situationer anderledes end tidligere (ibid:21).

Empowerment som metode ser individet i en samfundsmæssig sammenhæng, og handler derved om **fællesskab**, hvorfor fællesskabsfølelsen med sundhedspersonen er essentiel. Dette betyder, at sundhedspersonen ikke arbejder for brugeren, men sammen med denne. Yderligere forudsætter empowerment, at sundhedspersonen tager udgangspunkt i brugerens "[...] tilstedeværende **ressourcer**, frem for de tilstedeværende begrænsninger [...]" (ibid:22). Hermed menes at måden, hvorpå sundhedspersonen planlægger sit arbejde, skal gøres med udgangspunkt i brugerens ønsker.

9.2 Kommunikation (Line)

Et møde mellem to mennesker indbefatter altid en form for kommunikation. Vigtige spørgsmål inden for dette begreb beskriver Metze og Nystrup som, **hvad mennesker kommunikerer og hvordan**. Kommunikation omfatter to former, den **verbale kommunikation**, som indbefatter ord og tale, samt den **nonverbale kommunikation** som indbefatter tonefald, mimik og kropssprog. At kommunikere er en **cirkulær proces**, hvor der imellem de involverede parter, for eksempel en sundhedsperson og en patient, konstant sker en såkaldt tilbagemelding. Med tilbagemelding menes, at parterne konstant reagerer på hinandens kommunikation. Man sammenholder først den andens kommunikation med sine egne erfaringer, værdier og mål, hvorefter man både verbalt og nonverbalt, giver en tilbagemelding til den anden.

Idet kommunikation anses som en **cirkulær proces** må den professionelle gøre sig klart, hvad vedkommende selv gjorde eller sagde, som fik patienten til at reagere netop som denne gjorde. Alle parter i en kommunikation påvirker konstant gensidigt hinanden og forsøger enkeltvis at afpasse sin kommunikation i forhold til den andens tilbagemelding (Metze & Nystrup 2002:9-14).

9.2.1 Anerkendelse (Line)

Ligesom kommunikation er **anerkendelse** noget, der foregår i menneskelige relationer. Anerkendelse er, ifølge Metner og Storgård, en vigtig faktor i alle menneskers trivsel, og dermed et basalt behov. Yderligere pointeres det også, at hvis et menneske ikke føler sig anerkendt, kan det skabe negative følelser, og denne kan føle sig mindre værd. Når

man søger anerkendelse hos en anden person, for eksempel hos sin mor eller sin mand, er det fordi, man ønsker at blive **set som man er, taget alvorlig og mødt med ligeværd**. Hvis et menneske oplever anerkendelse fra en anden person, vækkes selvfølelsen og dette kan være kernen for, at mennesket udvikler et stabilt selvværd. Det er i den sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at det aldrig er for sent at arbejde med anerkendelse i en menneskelig relation (Metner & Storgård 2008:21ff).

Derudover beskriver Metner og Storgård, at der er forhold, som spiller ind på, om vi som mennesker kan modtage anerkendelse. Når man modtager anerkendelse, skal man føle, at den er givet **uden bagtanke og uden betingelser**. Man skal ikke føle, at man skal præstere noget for at modtage anerkendelse.

Anerkendelse beskrives også som en vigtig faktor i professionelle relationer. Det er den professionelles ansvar at etablere en relation mellem sig selv og patienten. Denne menneskelige relation har en asymmetrisk balance, fordi der ikke er tale om to ligestillede parter med hensyn til ansvar, magt, viden og kompetence, men parterne er dog ligeværdige (ibid:24ff). For eksempel kan den professionelle have større faglig viden end patienten på et givet område, men trods det er den professionelle og patienten ligeværdige.

Man kan som professionel til tider mærke følelsen af, at man ikke kan hjælpe en person, fordi denne har for mange psykiske belastninger med i bagagen, men man kan altid som professionel gøre en forskel ved hjælp af anerkendelse. En professionel kan vise at ville personen, selv om det ikke er muligt at ændre personens eventuelle svære grundlæggende livsvilkår. Samtidig kan den professionelle vise personen, at denne er villig til at påtage sig ansvaret for relationen (ibid:27-30).

Når en professionel kommunikerer med en patient og ønsker at gøre en forandring mulig hos denne, kan den professionelle ud over anerkendelse også benytte sig af **validering**. Validering er, når den professionelle får indblik i, hvordan den enkelte patient har det og derigennem forstår og anerkender den måde, hvorpå patienten lever sit liv ud fra de livsomstændigheder, patienten har. Der ud fra kan den professionelle være med til at skabe forandringer i patientens liv. Mange professionelle overser validering, når de møder et menneske med et behov. De ønsker at skabe en umiddelbar forandring for denne og kan komme til at tro, patienten derved får det bedre. Som patient ønsker man ikke, at den professionelle skal fortælle om sine erfaringer og rådgive ud fra disse,

førend den professionelle har vist, at denne magter at forstå patientens livsperspektiv og anerkender denne (ibid:30ff).

10 Analyse af Store ord, Store emner

For at komme nærmere en besvarelse af vores problemformulering vil vi i det følgende analysere resultaterne fra det svenske kvalitative studie, hvilket gøres med udgangspunkt i resultaternes temaer, som der tidligere er redegjort for. Til hvert tema knyttes dele af det udvalgte teoretiske grundlag.

I analysen inddrages herudover citater fra egen generet empiri, med henblik på at supplere det kvalitative studies resultater og er yderligere med til at teorierne bringes i spil. Når vi bruger citater, betegnes de to overvægtige gravide som Gravid1 og Gravid2 af hensyn til deres anonymitet, og jordemoderen, som de overvægtige omtaler i citaterne, betegnes J. Når et citat er brugt, er spørgsmålet fra interviewet, samt hele svaret hvori citatet forekommer, medtaget som bilag 6, og selve citatet er heri markeret med **fed** skrift. Efter hvert citat er der reference til, på hvilken side citatet står i bilaget.

10.1 *Being constantly aware of the obese pregnant body* (Pernille)

Ifølge dette tema er den overvægtige konstant opmærksom på sin krop og oplever større fokus på sin overvægt under graviditeten end ellers. For den overvægtige kan denne forøgede fokus blandt andet skyldes, at hun oplever, der er andre vejledninger for hende, end for den ikke-overvægtige gravide. I relation hertil udtalte Gravid2, at der på barselsgangen blev "[...] snakket om, at barnet skal ligge ved en, men det må det ikke, når man er overvægtig, for hvad nu hvis man maser barnet og altså..der var en masse" (s.1). Ifølge teorien om kommunikation som cirkulær proces, skal jordemoderen, når hun har givet den overvægtige vejledning om samsøvning, gøre sig klar, hvad der fik den overvægtige til at reagere, som hun gjorde på vejledningen, hvad end det er positivt eller negativt. Derved kan jordemoderen, ud fra den overvægtiges tilbagemeldinger, i form af, hvad hun siger, eller hvordan hun reagerer, vurdere hvorvidt den overvægtige oplever vejledningen som en negativ påmindelse af sin overvægt eller ej. Jordemoderen kan på den måde tilpasse sin kommunikation om et tabubelagt emne til den enkelte overvægtige. Gravid2 fortalte, i forhold til jordemoderens måde at tilpasse sin kommu-

nikation til den enkelte, at "[...] for mig, personligt, handlede det om hendes måde at kommunikere på, og det med at jeg ikke blev sat ind i en bås som..øh, værende et eller andet. Eller være et problem, eller.. Hun var meget anerkendende [...]" (s. 2). I henhold til begrebet anerkendelse er det jordmoderen, som bærer ansvaret for etablering af den anerkendende relation mellem hende og den overvægtige. Ligeledes er det jordmoderen, der er den professionelle og besidder den største faglige viden om det at være overvægtig gravid. De to parter er ikke ligestillede, dog skal deres relation stadig være ligeværdig. Jordmoderen skal, ifølge begrebet anerkendelse, lægge vægten på den overvægtiges personlighed og anerkende hende, som den person hun er.

Det følger af begrebet anerkendelse, at jordmoderen kan være med til at forbedre den overvægtiges selvværd, hvilket kan imødekomme, at de overvægtige i studiet har negative oplevelser med deres krop. Jordmoderen skal, når hun anerkender den overvægtige, vise at hun tager hende alvorlig. Hvis den overvægtige for eksempel giver udtryk for, at hun har det svært med at blive vejlet, skal jordmoderen have respekt for dette. I denne forbindelse kan jordmoderen med fordel sige til hende, at det har hun forståelse for, men at de sammen kan arbejde hen imod at gøre hende tryk, når hun skal vejes. Den overvægtige kan på den måde føle sig mødt med ligeværd, når jordmoderen taler med hende om, hvordan hun helst vil have, at vejningen skal foregå og imødekomme dette.

Studiet påpeger, at den øgede opmærksomhed også kan komme til udtryk, når de overvægtige oplever, at deres overvægt er årsag til fysiske smerter og ubehag under graviditeten. Dette giver dem et ønske om at reducere deres vægt, hvilket de dog tvivler på, de kan. Gravid2 fortalte om spekulationer i forhold til sin overvægt, at "[...] være overvægtig og skal spekulere på alt, hvad du propper i munden [...] da jeg blev gravid igen..(sukker dybt) orker næsten ikke" (s. 2). Når de overvægtige i studiet oplever deres overvægt som fysisk besværlig i forhold til deres graviditet, skaber det et ønske om at ændre livsstil. Inden for anerkendelse er begrebet validering benyttelsesværdig, når den overvægtige ønsker forandring. Validering indebærer, at jordmoderen skal forstå den overvægtiges livsperspektiv ved at lytte til hendes historie og livsomstændigheder. Når den overvægtige føler sig lyttet til og mødt med ligeværd, kan hun herefter magte at tage imod erfaringer og rådgivning fra jordmoderen omkring en begrænset vægtøgning eller vægtvedligeholdelse i graviditeten. Denne rådgivning kan for jordmoderen være

svær at kommunikere om, fordi det både for hende selv og for den overvægtige kan være belagt med tabu. Gravid2 berettede, at jordemoderen altid indledte konsultationen med "[...] hvordan har du det, hvad, hvad er vejrmeldingen fra din lejr [...] og så gennemgik vi vores kostplaner, og så øh fortalte hun faktisk mange ting sådan, hvis der var noget, vi havde nogle spørgsmål om, omkring sundhed eller kost [...]" (s.3). Dette er et eksempel på, at jordemoderen på den måde får indblik i Gravid2s livsomstændigheder, før hun påbegynder den egentlige vejledning omkring kost og motion. Herved formår jordemoderen yderligere at komme omkring anbefalingerne for overvægtige fra SSTs "Anbefalinger for svangreomsorgen" med udgangspunkt i validering. Kommunikationen om de tabubelagte emner kan på den måde blive nemmere.

Sammenfattende kan jordemoderen, gennem kommunikation som cirkulær proces, få indblik i, hvorledes den overvægtige oplever jordemoderens informationer, og herudfra kan hun tilpasse sin kommunikation til den enkelte, så denne ikke føler sig dømt ud fra sin vægt. Yderligere kan jordemoderen, imødekomme den overvægtiges negative tanker omkring den konstante opmærksomhed på kroppen, ved at kommunikere med hende på en anerkendende måde. Gennem validering kan jordemoderen hjælpe den overvægtige til at opnå positive forandringer i graviditeten som for eksempel livsstilsændringer. Herigennem formår jordemoderen at kommunikere om de emner, der både for hende selv og den overvægtige, kan føles tabubelagte.

10.2 *Being exposed and scrutinised* (Mette)

De overvægtige ønsker ikke, ifølge studiet, at deres overvægt skal være hovedfokus, når de møder jordemoderen i deres graviditet. Jordemoderen kan, fordi hun har et sundhedsfagligt sigte, og fordi det er en del af SSTs "Anbefalinger for svangreomsorgen", dog ikke undlade at tale med den overvægtige om dennes overvægt i konsultationen, selvom det kan være tabubelagte emner. Ifølge anbefalingerne skal jordemoderen tale med den overvægtige om glukosebelastning, ekstra scanning samt kost og motion (Bilag 1). Hun må dog være bevidst om, hvis hun skal imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger, at overvægten ikke skal tage alt tiden i konsultationerne. Der skal også være plads til, at der kan tales om emner, som ikke omhandler overvægten.

Yderligere føler de overvægtige fra studiet sig dømt ud fra deres vægt. Gravid2 udtalte om dette emne: "[...] nu skal vi sættes i sådan en bås igen, fordi vi er overvægtige" (s. 3). Hvis jordemoderen eksempelvis skal tilbyde den overvægtige, at hun kan være en del af en gruppekonsultation for overvægtige, som vi er blevet bevidste om tilbydes på flere fødesteder i Danmark (Bilag 2), skal hun gøre det, så den overvægtige ikke føler sig dømt ud fra sin vægt. Set i lyset af hermeneutik vil det sige, at jordemoderen først kan gøre dette, når hun har fået indblik i den overvægtiges personlige horisont, hvilket sker gennem dialog. Det er vigtigt, at jordemoderen ikke ser på overvægtige som én samlet gruppe, der alle skal imødekommes ens. De oplever deres overvægt forskelligt, og derfor må jordemoderen tilpasse sin rådgivning og vejledning herefter. For at få indblik i hvordan den enkelte overvægtige har det med sin overvægt, må jordemoderen gå åbent ind i mødet med hende. Det vil sige, at jordemoderen gennem dialog opnår en delforståelse af den overvægtige, som revurderer hendes helhedsforståelse. Jordemoderen har herefter ideelt opnået et nyt forståelsesniveau af den overvægtige, således at hun er blevet klogere på, hvordan den overvægtige har det med sin overvægt. Jordemoderen kan på den måde tilpasse sin kommunikation til den enkelte, når hun skal tilbyde den overvægtige at gå i en gruppekonsultation.

De overvægtige i studiet føler stor frustration, hvis jordemoderen finder det svært at foretage den udvendige undersøgelse. Ifølge teorien om kommunikation kan jordemoderen tage højde for denne frustration og forsøge at gøre den udvendige undersøgelse til en situation, hvor den overvægtige føler sig mindre frustreret. Gravid2 udtalte, hvad der for hende skabte frustration i forhold til den udvendige undersøgelse: "[...] det handler om, hvordan man snakker sammen, fordi første gang synes jeg, det var akavet og synes faktisk, at det var lidt pinligt, at hun ikke kunne mærke [...] men altså, fordi for hende var det akavet, og så blev det enormt akavet for mig [...]" (s. 4). Set i lyset af dette citat er det vigtigt, at jordemoderen er bevidst om sin måde at kommunikere på både verbalt og nonverbalt. Hvis jordemoderen gennem nonverbal kommunikation med sit kropssprog, tonefald og sin mimik udviser ubehag i forbindelse med, at hun skal røre den overvægtiges mave under den udvendige undersøgelse, kan det påvirke den overvægtige negativt, og hun kan føle sig frustreret.

Yderligere er vi igennem vores egne interviews blevet bevidste om at denne følelse også kan opstå, hvis jordemoderen gennem sin kommunikation ikke formår på en god måde at inddrage den overvægtige i, hvorfor hun eksempelvis skal til en ekstra scanning. Gravid2 fortalte om en sådan situation, da hendes jordemoder ringede for at bestille en ekstra scanningstid:

[...] da var det så akavet for mig, det der med, 'jeg vil godt bestille en ekstra scanning af en af mine..øh..gravide, fordi, det er med henblik på, det er fordi..', det tog hende i hvert fald flere minutter, at få det formuleret, og det var sådan så jeg tænkte, sig det nu bare: 'Gravid2 er tyk, jeg kan ikke mærke det', så er den pot ude [...] (s. 4).

Gravid2 udtrykker her vigtigheden af, at jordemoderen er meget klar i sin tale omkring den gravides overvægt. Selvom jordemoderen finder samtalen om overvægt tabubelagt, skal hun ikke prøve at tale udenom emnet, men i stedet være åben og ærlig over for den overvægtige. Derved skal jordemoderen bryde sine egne barrierer, i form af fordomme, for at imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger.

Yderligere kan jordemoderen i et sundhedsfremmende perspektiv neddæmpe den overvægtiges eventuelle frustration over en ekstra scanning, fordi jordemoderen kan have svært ved den udvendige undersøgelse. Dette kan jordemoderen gøre ved at tydeliggøre over for den overvægtige, at hun ikke er bekymret for barnet, men på grund af overvægten har svært ved at mærke, hvor stort barnet er, og hvilken stilling den ligger i. Jordemoderen kan med fordel fortælle den overvægtige, at den vigtigste faktor for barnets trivsel er, at hun mærker barnet, som hun plejer. På den måde hjælpes den overvægtige til at se sine egne handlemuligheder, og ifølge teorien om sundhedsfremme vil det styrke hendes modstandskraft over for frustration. Jordemoderen kan således gøre den overvægtige opmærksom på, at det er den overvægtige som bedst kender sin egen krops signaler. Dette kan styrke den overvægtiges tanker om sin krop i en positiv retning, hvilket kan øge hendes kropsbevidsthed. Yderligere kan jordemoderen, på baggrund af den overvægtiges ret til det informerede valg, lægge op til at beslutningen om en ekstra scanning er den overvægtiges eget valg, som hun må foretage på grundlag af jordemoderens fyldestgørende information herom. Dette informerede valg inddrager den overvægtige i beslutningerne og kan være med til, at hun føler det mindre frustrerende.

De overvægtige i studiet føler der ud over blottelse ved den udvendige undersøgelse, da de er nødsaget til at vise deres mave. I sådanne situationer føler de overvægtige, ifølge studiet, skam og forlegenhed. Gravid2 fortalte om den udvendige undersøgelse: "[...] det var ikke rart, de første gange, meget blufærdigt [...]" (s. 4). For at mindske denne følelse af skam og forlegenhed hos den overvægtige, er det vigtigt, at hun føler sig tryk ved situationen og ved jordemoderen. I lyset af begrebet anerkendelse kan jordemoderen mindske skam og forlegenhed ved at vise, at hun anerkender den overvægtige. Med reference til nonverbal kommunikation kan hun gøre dette, ved fysisk at berøre den overvægtige både under undersøgelser, men også i andre situationer. Anerkendelsen skal komme spontant fra jordemoderen, og den overvægtige skal ikke føle, at hun skal præstere noget for at få denne. Hermed kan den overvægtige føle, at hun bliver set som hun er, og det kan være med til at skabe tryghed. Den overvægtige kan, når hun føler sig tryk ved jordemoderen få lettere ved at fortælle hende, hvad hun bekymrer sig om i forhold til sin overvægt.

Vi kan hermed sammenfatte, at de overvægtige kan føle sig dømt i forhold til deres vægt og frustreret i mødet med jordemoderen. De har mange bekymringer om deres overvægt i forhold til graviditeten, og kan finde deres overvægt tabubelagt. Yderligere ønsker de ikke, at deres overvægt skal være det centrale emne i konsultationen. Jordemoderen må forsøge at få indblik i den overvægtiges personlige horisont og igennem verbal og nonverbal kommunikation, med en anerkendende tilgang, imødekomme denne følelse, som den overvægtige kan have. På den måde kan jordemoderen være med til, at den overvægtige føler sig mødt med ligeværd og behandlet som den, hun er.

10.3 Negative emotions and experiences of discomfort (Camilla)

Studiet påpeger, at de overvægtige har skyldfølelse i forhold til deres overvægt. Ligeledes udtrykte Gravid2, at hendes bekymring gik "[m]est på barnet..faktisk. Det var egentlig det, der sådan motiverede mig mest [...] fordi det der lille barn havde jo ikke selv valgt at skulle have en tyk mor [...]" (s. 4). Gravid2s skyldfølelse relaterede sig hovedsageligt til det ufødte barn. Jordemoderen kan, gennem en sundhedsfremmende tilgang, være med til at hjælpe den overvægtige med at mindske hendes skyldfølelse. Dette kan jordemoderen gøre ved at skabe en motivation hos den overvægtige for at

ændre det, der udløser skyldfølelsen. På den måde tager jordemoderen udgangspunkt i den overvægtiges ressourcer og har fokus på, hvad der holder hende rask. Når jordemoderen eksempelvis er i dialog med den overvægtige om hendes øgede risiko for at udvikle GDM, skal jordemoderen samtidig fortælle, hvilke konsekvenser dette kan have for hende og barnet. Jordemoderen skal, i et sundhedsfremmende perspektiv, bidrage til at styrke den overvægtiges handlekompetencer, så hun bliver bedre rustet til at fravælge usund kost, dyrke motion og herved mindsker risikoen for udvikling af GDM. Omkring risikofaktorer fortalte Gravid2, at det "[...] var nok nogle af de første ting, [...] hun [jordemoderen] fortalte om, alle de risikofaktorer der var. Men, vi gør bare sådan og sådan og sådan. Og så mindsker vi de risikofaktorer [...]" (s. 5). Med reference til citatet skaber det motivation hos den overvægtige, at hun kan gøre noget for at mindske de risici, der er forbundet med overvægt og graviditet, og dermed vil hendes følelse af skyld mindskes.

Udover skyldfølelse oplever de overvægtige i studiet angst for, at andre skal kommentere deres størrelse, hvorfor de ofte er i forsvarsposition. Gravid1 fortalte i henhold til jordemødres kommentarer om overvægt, at "[d]et kommer jo ikke som et chok for mig, hvad I siger. Det er bare det der med at holde det på et professionelt plan [...]" (s. 5). Man kan udlede af citatet, at Gravid1 mener, at hvis overvægten omtales på en professionel måde, behøver den overvægtige således ikke at være angst og i forsvarsposition. I henhold til Gadammers hermeneutiske begreb forforståelse, vil jordemoderen og den gravide i det første møde aldrig mødes fordomsfrie. Den overvægtige har en forforståelse om, hvordan en konsultation hos jordemoderen er, hvilket kan medføre, at hun på forhånd føler angst. Ligeledes har jordemoderen, inden mødet med den overvægtige, en for-mening eller fordom om hende, da jordemoderen har erfaringer og oplevelser med andre overvægtige gravide samt faglig viden. Dette skal jordemoderen altid være bevidst om, så hun kan gå åbent ind i mødet med den overvægtige, og ikke lade sin forforståelse dominere. En jordemoder kan eksempelvis flere gange have oplevet overvægtige gravide mærke liv senere end ikke-overvægtige. Dette skal hun være bevidst om vil være en del af sin forforståelse. Hvis jordemoderen en dag i konsultationen møder en overvægtig gravid, der fortæller, at hun i uge 18 har mærket liv, skal jordemoderen tage udgangspunkt i den overvægtiges oplevelse og ikke negligere den,

selv om hun har andre erfaringer fra øvrige overvægtige i relation til dette.

I henhold til studiet har de overvægtige svært ved at vise sorg, vrede og skuffelse over jordemoderens behandling, hvis de føler, de er blevet behandlet dårligt. Når de overvægtige føler sig dårligt behandlet, frygter de, at en ytring af deres følelser og behov vil føre til en forringet behandling. Gravid1 fortalte omkring det med at sige fra overfor dårlig behandling, at "[...] hvis ikke jeg havde overskud til det, så tror jeg kunne sige det til min mand, og så ville han gøre det, fordi han ved, hvor meget det påvirkede [...]" (s. 5). I henhold til citatet kan det være svært for den overvægtige at have overskud til at sige fra overfor jordemoderen. I jordemoderens forforståelse vil der også ligge en formening om, hvor handlekraftig den overvægtige er. Denne forforståelse, skal jordemoderen, ifølge Gadamer, gennem dialog have be- eller afkræftet, hvorefter den egentlige forståelse af den overvægtiges handlekraft vil opstå. Ved at jordemoderen går åben ind i mødet med den overvægtige, kan hun få en viden om, hvordan den overvægtige har det med at ytre sin mening, når hun for eksempel føler sig dårligt behandlet. Derfor er det essentielt, at jordemoderen allerede i konsultationen informerer den overvægtige om, at det er hendes graviditet, der er i fokus, og at hun gerne vil vide, hvis hun har sagt noget, den overvægtige følte sig stødt eller såret over. Set i lyset af begrebet empowerment, skaber jordemoderen derved en åben og ærlig relation til den overvægtige, og samtidig involveres den overvægtige. Intentionen er hermed, at den overvægtige føler medansvar. Når jordemoderen bruger denne tilgang, vil det ideelt set resultere i, at den overvægtige bliver empowered og derved får kontrol over eget liv, et styrket selvbillede og øgede ressourcer. Disse ressourcer kan den overvægtige bruge til at håndtere situationer anderledes, når hun føler sig dårligt behandlet.

Opsummerende kan jordemoderen ved at tage udgangspunkt i sundhedsfremme mindske den overvægtiges skyldfølelse i graviditeten og hjælpe hende til at få motivation til at ændre livsstil for derigennem at nedsætte de risici, der er forbundet med overvægt. Ud fra et hermeneutisk perspektiv skal jordemoderen være bevidst om, at den overvægtige, før hun kommer til konsultationen, har en forforståelse om det at være gravid og skulle møde en jordemoder første gang. Samtidig skal jordemoderen også være sin egen forforståelse bevidst, og når jordemoderen er dette, kan hun arbejde på at

mindske den overvægtiges følelse af angst overfor eksempelvis dårlig behandling. Derudover kan jordemoderen, efter hun har været i en dybere dialog med den overvægtige, benytte begrebet empowerment, hvormed den overvægtige ideelt set opnår kontrol over eget liv, og derved bliver hun mere handlekraftig til at sige fra ved eventuel dårlig behandling.

10.4 Humiliating treatment (Line)

De overvægtige kan ifølge studiet føle sig ydmyget, hvis de møder en jordemoder, som er uhøflig, vred, bitter eller uforskammet. Overvægtige, som i forvejen har psykologiske problemstillinger på grund af deres overvægt, kan føle denne ydmygelse endnu stærkere end ikke-overvægtige. Gravid1 fortalte om en lignende situation, hvor hun mødte en jordemoder "[...] som jeg ikke var særlig glad for, fordi hun fik faktisk mig til at føle mig som en ufattelig dårlig mor [...] 'fordi du er fed..altså', og det var faktisk en rigtig ubehagelig oplevelse [...]. Hun fik mig til at føle mig rigtig rigtig dårlig tilpas [...] 'men prøv lige at tage dig sammen', sagde hun på et tidspunkt [...]" (s. 6). Man kan af citatet udlede, at Gravid1 følte ydmygelse på grund af jordemoderens måde at kommunikere på. I dette tilfælde burde jordemoderen med reference til hermeneutik have spurgt ind til den overvægtiges tanker og følelser og der i gennem fået indblik i hendes personlige horisont. Det er i mødet med den overvægtige nødvendigt, at jordemoderen er sin forforståelse bevidst og forholder sig åbent. Jordemoderen opnår ved denne tilgang en større viden om den overvægtige, og hun kan tilpasse sin kommunikation herefter, så den overvægtige ikke føler sig som en dårlig mor. Samtidig oplever den overvægtige ikke jordemoderen som værende uhøflig, vred, bitter eller uforskammet.

De overvægtige i studiet udtrykker skepsis, hvis jordemoderen tøver med at tro på deres oplevelser af kroppens tegn på veer, fosterbevægelser eller fosterposition. Samme aspekt, om at have en kropsfornemmelse, kom til udtryk hos Gravid2 der fortalte: "[...] nu fornemmer jeg jo, at han har hovedet nedad [...]" (s. 7). Jordemoderen må i denne situation ikke ignorere den overvægtiges kropsfornemmelse i henhold til begrebet anerkendelse, men hellere vise hende, at hun tror på hendes fornemmelse og på den måde anerkender hende. Det er muligt, at den overvægtiges fornemmelse er forkert, men jor-

demoderen må, hvis dette er tilfældet, på en anerkendende måde forklare den overvægtige, hvorfor hun tænker anderledes.

Ifølge studiet kan et tidligere møde med en sundhedsperson, hvor de overvægtige følte sig set ned på, være medvirkende til at de er skeptiske overfor andre sundhedspersoner. Gravid2 udtalte om mødet med en diabeteslæge: ”[...] der var én, der så ned på mig, fordi jeg var stor [...] han havde ingen forståelse [...] det var ikke rart, altså han var ikke rar, og det vil jeg stadig den dag i dag, jeg kan slet ikke overse, hvis jeg skal op til ham igen [...]” (s. 7). Dermed kan jordemoderen møde en overvægtig, der på forhånd føler skepsis mod hende, fordi den overvægtige har dårlige erfaringer med fra tidligere. Dette kan skabe en udfordring for jordemoderen. Men ifølge begrebet anerkendelse er det aldrig for sent for jordemoderen at arbejde med anerkendelse over for den overvægtige gravide. Derfor må jordemoderen ikke på forhånd, se det som en umulig opgave at anerkende den overvægtige, som udviser skepsis overfor hende, men i stedet se det som en positiv udfordring, at få den overvægtige til at føle sig anerkendt.

De overvægtige i studiet udtrykker, at de føler sig hjælpeløse, hvis jordemoderen ikke fokuserer på deres individuelle behov. Ved at bruge betegnelsen hjælpeløshed, kan de overvægtige, med reference til begrebet empowerment, føle sig sat uden for egne handlingskompetencer og ikke føle sig som en aktiv del af deres egen graviditet. Når den overvægtige føler sig hjælpeløs, kan hun derved føle sig disempowered, der som begreb signalerer passivitet, udelukkelse og ligegyldighed.

Det er ifølge begrebet empowerment vigtigt, at jordemoderen medinddrager den overvægtige. Gravid2 udtrykte om jordemoderens måde at inddrage hende på, at hun ”[...] er så god til at sige, det handler bare om at få sat ord på, og det kunne vi her [...]” (s. 8). Man kan ud fra citatet uddrage, at jordemoderen derved opfordrede den overvægtige til at fortælle om sine egne tanker og følelser i forhold til overvægten. Derved har hun prøvet at gøre hende medansvarlig og deltagende i sin egen graviditet, hvilket er vigtige elementer indenfor begrebet empowerment. Yderligere er det vigtigt, at den overvægtige ikke føler, at hun selv har alt ansvaret i sin graviditet. Jordemoderen skal vise hende, at de har et fælles ansvar og med den overvægtiges ressourcer for øje samarbejde med hende. Når jordemoderen giver den overvægtige plads til åbent at fortælle om sine

egne tanker og følelser, får hun også et indblik i, hvilke ressourcer den overvægtige er i besiddelse af, samt hvad der for den overvægtige er tabubelagt. Det vil i et hermeneutisk perspektiv sige, at der er sket en horisontsammensmeltning, fordi de begge forud herfor, er nået til nye forståelser af hinanden.

Opsummerende kan jordemoderen arbejde ud fra et hermeneutisk perspektiv og med en anerkendende tilgang for at forhindre, at den overvægtige føler sig ydmyget og ignoreret. Den overvægtige føler derved sine eventuelle bekymringer og behov taget alvorligt og samtidig mødt med ligeværd. Jordemoderen kan prøve at empower den overvægtige, hvilket hun gør ved at involvere hende og give hende medbestemmelse under graviditeten. Jordemoderen kan arbejde på denne måde, når hun ud fra et hermeneutisk synspunkt gennem dialog har fået indblik i den overvægtiges personlige horisont og derved kan mindske den overvægtiges følelse af hjælpeløshed og skuffelse.

10.5 Affirming encounters (Mette)

Ifølge de overvægtige i studiet, er det vigtigt, at jordemoderen i mødet med de overvægtige viser interesse og hensynfuldhed. Dette skal jordemoderen gøre for at mindske den overvægtiges ubehag og gøre stemningen mellem dem mere afslappet. Jordemoderen viser for eksempel interesse i den overvægtige ved at involvere sig personligt, hvilket Gravid2 her fortæller om: "[d]et motiverede mig faktisk, og det gjorde mig enormt tryk, [...] og jeg tror, det er fordi, hun engagerer sig personligt i de her piger, hun har med at gøre" (s. 8). Jordemoderens personlige involvering giver, ifølge begrebet empowerment, den overvægtige en fællesskabsfølelse med hende. Hun viser på den måde den overvægtige, at hun ikke arbejder for hende, men sammen med hende. Herved kan den overvægtige føle sig empowered.

Flere gange under vores interviews med Gravid1 og Gravid2 omtalte de ligeledes jordemoderen og sig selv som et *vi*. Eksempelvis sagde Gravid2, at hun havde "[...] mange spekulationer om det her barn, fordi jeg fik det der skide sukkersyge, men altså. Som J hun sagde, den her gang bestræber *vi* os så på, at *vi* ikke udvikler det [...]" [vores fremhævnings] (s. 9). Af citatet kan vi udlede, at jordemoderen har arbejdet ud fra det ovenstående om at styrke den overvægtiges fællesskabsfølelse, hvilket medvirker til, at den overvægtige føler, jordemoderen står sammen med hende om at klare udfordringer-

ne gennem graviditeten.

De overvægtige vil ifølge studiet gerne 'ses bag fedtet' og lyttes til, da de føler det vækker følelser af at blive behandlet som alle andre gravide, og det øger derved deres selvværd. Det er i henhold til dette vigtigt, at jordemoderen ikke får den overvægtige til at føle, at hun ser på hende som en overvægtig, men først og fremmest som en gravid. Som tidligere nævnt kan jordemoderen ikke komme udenom at tale med den overvægtige om hendes overvægt i henhold til blandt andet SSTs "Anbefalinger for svangreomsorgen", fordi der er mange risikofaktorer forbundet med overvægt. I forhold til risikofaktorer udtalte Gravid2, at jordemoderen "[...] fortalte om, alle de risikofaktorer der var. Men, vi gør bare sådan og sådan og sådan. Og så mindsker vi de risikofaktorer, altså sådan var hun meget, det var jo kolde facts, men alligevel på en ordentlig måde" (s. 9). Med denne udtalelse udleder vi, at Gravid2 giver udtryk for, at hun selvfølgelig er bevidst om, at jordemoderen ikke kan undlade at snakke med hende om hendes overvægt, og hvilke risikofaktorer der følger med. Dette skal blot gøres på en hensynsfuld måde, så den overvægtige ikke føler det tabubelagt, og det dermed ikke påvirker den overvægtiges selvværd. Når Gravid2 fortalte, at jordemoderen sagde "[...] vi gør bare sådan og sådan og sådan" (s. 9), kan det ses som udtryk for, at jordemoderen bevidst sprogligt forsøger at fremlægge risikofaktorerne, så de ikke virker uoverskuelige at mindske. Jordemoderen arbejder her forebyggende, men forsøger at gøre dette med en sundhedsfremmende tilgang, og derved kommer risikotænkningen i relation til overvægten ikke til at være det primære fokus i konsultationen. Den overvægtige føler sig derved ikke anderledes, selv om der er andre problemstillinger i forhold til ikke-overvægtige, som jordemoderen skal være opmærksom på og tale med hende om. For at risikofaktorerne kan formidles på en hensynsfuld måde, så den overvægtige synes, at hun kan arbejde hen mod at mindske dem, skal jordemoderen gennem en sundhedsfremmende tilgang udøve menneskearbejde før ekspertarbejde. Ifølge dette skal jordemoderen gå åbent ind i mødet med den overvægtige med en indstilling om, at den overvægtige kan have andre tanker om, hvordan hun mindsker risikofaktorerne, end dem jordemoderen har. Jordemoderen skal ud fra en hermeneutisk tilgang være bevidst om, at de har hver deres personlige horisont. På den måde skal jordemoderen være åben overfor, at den overvægtiges indstilling til mindskningen af risikofaktorerne, kan være

lige så rigtig som jordemoderens indstilling hertil. Dog har jordemoderen fagligt belæg for sin viden omkring risici forbundet med overvægt, hvilket hun også må inddrage den overvægtige i.

At jordemoderen og den overvægtige har det sjovt sammen, og at konsultationerne er forbundet med humor, fortæller de overvægtige i studiet, er positivt i forhold til deres psykiske velbefindende. Dog er humor meget individuelt betinget, og hvad der er humoristisk for én person, kan forstås anderledes af en anden. Derfor skal jordemoderen være varsom med humor, som relaterer sig til den overvægtiges krop og vægt. Set i lyset af hvad de overvægtige i studiet synes er vigtigt, skal jordemoderen medinddrage humor i sin konsultation. Med reference til kommunikationens cirkulære proces, skal jordemoderen konstant være opmærksom på den måde, hvorpå den overvægtige reagerer både verbalt og nonverbalt, når jordemoderen inddrager humor. Hvis jordemoderen fornemmer, at den overvægtige finder humoren upassende eller bliver ked af det, må jordemoderen skrive sig bag øret, hvad hun sagde eller gjorde, som den overvægtige blev ked af. Jordemoderen kan på den måde afpasse sin kommunikation i forhold til den overvægtiges tilbagemelding.

I henhold til studiet mener de overvægtige, at det generelt forbedrer rammerne for konsultationen, når jordemoderen er smilende og glad. Dette knytter sig, set i lyset af kommunikation, både til jordemoderens verbale samt nonverbale udtryk. Yderligere mener de overvægtige i studiet, at det er vigtigt, at der er en åben atmosfære. Dette kom også til udtryk, da Gravid2 sagde: "[...] jeg har spist en hel pakke cookies, jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre. 'Gravid2 sagde hun' [jordemoderen], 'nu skal du sige til dig selv, det er i orden, for du spiste ikke to pakker, smagte de godt?' Ja, det gjorde de. 'Fint, så op på hesten igen' [...] vi blev aldrig banket i hovedet [...]" (s. 9). Med udgangspunkt i citatet skaber jordemoderen her en åben atmosfære ved ikke at møde den overvægtige med løftet pegefinger, men prøver derimod at finde en positiv vinkel på det aktuelle emne. I et anerkendende perspektiv viser jordemoderen i dette tilfælde, at hun anerkender den overvægtige, fordi den overvægtige mærker, at jordemoderen ser hende, som den hun er. Dette er med til at styrke den overvægtiges selvværd, og hun føler sig mere tryk, så hun kan åbne op og tale om de tabubelagte emner, som er forbundet med hendes

overvægt.

Opsummerende kan jordemoderen vise den overvægtige interesse ved at engagere sig personligt, og mindsker på den måde den overvægtiges følelse af ubehag i mødet mellem dem. Når jordemoderen skaber en fællesskabsfølelse, kan den overvægtige mærke, at hun ikke står alene, og dette kan empower hende. Jordemoderen kan ikke undgå at arbejde forbyggende og derved inddrage risikotænkning i konsultationen med den overvægtige. Hvis jordemoderen formår at formidle de tabubelagte emner, med et sundhedsfremmende perspektiv for øje, føler de overvægtige sig på trods af forebyggelsesperspektivet behandlet som alle andre gravide. Jordemoderen kan inddrage humor, så længe hun har kommunikationens cirkulære proces for øje. Ligeledes skal jordemoderen gennem hendes verbale, samt nonverbale kommunikation være åben og smilende.

11 Diskussion

Vi vil i det følgende diskutere vores empiri og teori i forhold til problemformuleringen og redegøre for vores overvejelser omhandlende, hvordan jordemoderen bedst mulig i konsultationen imødekommer de overvægtige gravides psykologiske problemstillinger og hvordan hun kommunikerer om tabubelagte emner. Vi vil gøre dette med afsæt i resultaterne fra afsnittet 'Analyse af Store ord, Store emner' og slutteligt vil vi reflektere kritisk over vores eget projekt.

11.1 De tabubelagte emner (Line)

Med reference til vores problemformulering, kan det diskuteres, om alle jordemødre har lige nemt ved at kommunikere med overvægtige omkring tabubelagte emner i relation til overvægt, hvilket kan skyldes jordemødrenes egne barrierer. Disse barrierer kan være, at den gravides overvægt generelt i samfundet eller for den enkelte jordemoder personligt er tabubelagt. Dermed mener vi, at nogle jordemødre i deres kommunikation ikke kan skjule, at de finder overvægten tabubelagt. Det kan komme til udtryk ved, at jordemoderen ikke får talt dybdegående med den gravide om hendes overvægt, men bliver på det overfladiske plan. Dette kan resultere i, at jordemoderen ikke tager udgangs-

punkt i den enkelte overvægtige. De to overvægtige gravide, som vi interviewede (Gravid1 og Gravid2), ønskede at jordemoderen skulle tage udgangspunkt i dem som enkelt individ og yderligere være åben og ærlig omkring deres overvægt. Hvis jordemoderen modsat viste overfor dem, at det blev akavet for hende at snakke med dem om deres overvægt, blev det også akavet for Gravid1 og Gravid2, og de følte sig utilpasse.

Yderligere kan de overvægtige også selv føle tabu omkring deres overvægt, og derfor have svært ved at tale om emnet, selvom jordemoderen åbent og ærligt kommunikerer og opfordrer dem til at gøre det samme. Dette kan yderligere være en udfordring for jordemoderen, når hun skal prøve at imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger.

I henhold til et kvalitativt studie, udarbejdet af Schmied, V.A. et al. (2010)¹¹, som undersøger sundhedspersoners erfaringer med overvægtige gravide, udtrykker flere jordemødre yderligere at deres anciennitet og vægt kan være faktorer, der spiller ind på, hvordan de har det med at tale med overvægtige om emner forbundet med overvægt. Eksempelvis syntes en overvægtig jordemoder ikke, at hun kunne tillade sig at være klog på overvægt og belære den overvægtige gravide om kost, motion og vægttab. Man kunne forestille sig at dette også kunne gøre sig gældende for andre overvægtige jordemødre.

Yderligere kan en anden barriere være, at nogle jordemødre ser den gravides overvægt som selvforskyldt, hvilket understøttes af Schmied, V.A., et al. (2010), der beskriver, at nogle jordemødre mener, at der er en høj grad af ubehag og intolerance overfor overvægtige gravide, da mange er af den opfattelse, at overvægt er uacceptabelt og den overvægtiges egen skyld. Det er et problem, hvis jordemødre kun overfladisk taler med de overvægtige om tabubelagte emner i relation til overvægt. På den måde kan man risikere, at de ikke bliver informeret fyldestgørende om risikofaktorer forbundet med overvægt, og derudover kan det, de har det psykisk svært med, ligge urørt hen. Hvis jordemoderen derimod trods sine barrierer og tager udgangspunkt i den enkelte overvægtige, vil hun på den måde få indblik i den gravides tanker om sin egen overvægt. Derudfra kan hun tilrettelægge, hvordan hun kan kommunikere om de tabubelagte emner med den enkelte.

¹¹ Se afsnit 5.1 Søgestrategi

11.2 Jordmoderens personlige involvering (Camilla)

De overvægtige i det svenske studie giver udtryk for, at det er vigtigt, at jordmoderen viser interesse for dem. Vigtigheden af denne interesse kom også flere gange til udtryk i vores egne interviews både med Gravid1 og Gravid2, hvor de beskrev, hvordan deres jordmoder gennem rådgivning og vejledning engagerede sig personligt i dem hver især. Man kan forestille sig, at jordmoderen nemmere kan imødekomme nogle af den overvægtiges psykologiske problemstillinger, hvis den overvægtige og jordmoderen, på grund af jordmoderens personlige involvering, kender hinanden godt, og den overvægtige derved føler sig tryk ved jordmoderen. Herved kan den overvægtige have nemmere ved at betro sig til jordmoderen og fortælle, hvad hun tænker og føler. Derudover kan jordmoderen måske også have nemmere ved at tale med den overvægtige gravide om de tabubelagte emner, hvis hun kender den overvægtiges baggrund, og hendes følelser omkring det at være overvægtig. Dette er i et sundhedsfremmende perspektiv, som tidligere beskrevet, at udøve menneskearbejde før ekspertarbejde. Det "[...] at de professionelles arbejde er spændt ud imellem på den ene side 'menneskearbejde' [...] og på den anden side 'ekspertarbejde' [...] gør sundhedsmedarbejdernes [...] arbejde fyldt med dilemmaer" (Jensen & Johnsen 2000:36). Derfor kan det diskuteres, i hvilken grad en jordmoder skal involvere sig personligt. Jordmoderen kan involvere sig så personligt, at det kan være svært at vurdere den mest effektive hjælp til den overvægtige gravide. Derved bliver grænsen mellem ven og professionel overskredet, og jordmoderen glemmer at bibeholde sin professionelle rolle (ibid:38-41).

11.3 Rammerne for jordmoderens konsultation (Pernille & Camilla)

Vi har gennem projektet analyseret os frem til at jordmoderen, hvis hun benytter det teoretiske grundlag overfor den overvægtige, kan imødekomme nogle af hendes psykologiske problemstillinger. Der er dog rammer i den danske svangreomsorg, som besværliggør at jordmoderen kan benytte disse tilgange, hvorfor jordmoderen har brug for effektive redskaber til bedst muligt at imødekomme de psykologiske problemstillinger hos den overvægtige. Eksempelvis kan jordmoderen have brug for mere tid til rådighed, hvis hun skal arbejde ud fra teorierne, som vi har benyttet i dette projekt.

Der er flere faktorer i den overvægtiges hverdag, der påvirker hende, hvilket kan skabe

udfordringer for jordmoderen. Blandt andet har den overvægtiges opvækst, vennekreds og partner indflydelse og betydning for, hvilke psykologiske problemstillinger den gravide oplever i relation til sin overvægt, og hvilke ressourcer hun har. Hvis partneren er opmuntrende, støttende og bakker den overvægtige op, er denne med til at empower den overvægtige ved at give hende et styrket selvbillede. Modsat kan den overvægtige føle sig disempowered, hvis hun oplever, at hendes partner er passiv og ikke deltagende i hendes graviditet. Jordmoderen skal i mødet med den overvægtige tage udgangspunkt i de ressourcer, den enkelte overvægtige har. Det er jordmoderens opgave, hvad end den overvægtige har få eller mange ressourcer, at forsøge at empower hende.

I SSTs "Anbefalinger for svangreomsorgen" er der ingen anbefalinger der beskriver, hvilke psykologiske problemstillinger overvægtige ofte kan have, og hvordan jordmoderen bedst mulig imødekommer disse. Jordmoderen kunne igennem sådanne anbefalinger få indblik i, hvorledes den overvægtige kan have det. Derved er der nogle problemstillinger som jordmoderen på forhånd kender til, og som hun kan have for øje. Derved kan det medvirke til, at det bliver lettere for jordmoderen, når hun forsøger at komme i dybden med den enkelte overvægtiges problemstillinger. Dog kan det være uhensigtsmæssigt at generalisere de overvægtige, og jordmoderen kan gennem anbefalingerne få en forståelse af overvægtige gravide, som ikke passer på den enkelte overvægtige, hun har i sin konsultation. Dette kan resultere i en uhensigtsmæssig kommunikation, hvor jordmoderen ikke tager udgangspunkt i den enkelte.

Vi må stille spørgsmålstegn ved, om individuel tilrettelagt konsultation, som er fokus i projektet, giver de bedste rammer, for at jordmoderen kan imødekomme de overvægtige gravides psykologiske problemstillinger. En dansk undersøgelse viser, at overvægtige gravide finder det meget positivt at gå i gruppekonsultationer, hvor de mødes med andre overvægtige gravide, der kan have samme fysiske og psykiske problemstillinger som dem selv (Skov & Bjerre 2006). De får i grupperne en følelse af fællesskab, hvilket er essentielt indenfor empowerment, og det er, som vi ser det, styrken ved denne måde at tilrettelægge omsorgen på. Modsat kan jordmoderen i gruppekonsultationer ikke kommunikere i dybden om den enkeltes psykologiske problemstilling.

11.4 Anerkendende kommunikation (Mette & Line)

Vi har gennem opgaven fundet ud af, at jordemoderen kan benytte anerkendelse, når hun blandt andet informerer den overvægtige om risikofaktorer og skal tilbyde hende yderligere undersøgelser på grund af hendes overvægt. Der kan dog være forhindringer i praksis, der gør det svært for jordemoderen at benytte den anerkendende tilgang. Denne situation kan opstå, da den overvægtige ifølge Sundhedsloven (Sundhedsloven LBK nr 913 af 13/07/2010. Kap.5, §16, stk.2), kan frabede sig information om sin aktuelle helbreds- og behandlingssituation, på trods af, at hun skal give sit samtykke til en given behandling, eksempelvis OGTT. I henhold til samme lov, skal den overvægtige nemlig give sit samtykke, før en given behandling kan udføres (ibid: §15, stk.1).

Forudsætningen for informeret samtykke er, at den overvægtige er blevet informeret fyldestgørende af jordemoderen om fordele og ulemper ved en eventuel behandling. På den måde kan den overvægtige give samtykke til en given behandling, uden at hun forud for dette har fået fyldestgørende information, fordi hun frabeder sig det. Modsat kan den overvægtige også få informationen om OGTT af jordemoderen, men træffe valget om at hun ikke ønsker en sådan. Disse modsætninger, hvor kvinden kan frabede sig information, og hvor hun skal træffe et valg på et eventuelt ikke informeret grundlag, kan stille jordemoderen i et dilemma. Et eksempel herpå kan være at jordemoderen møder en overvægtig i dennes første konsultation i graviditeten, som allerede her fortæller, at hun ved, at hun er overvægtig, men hverken ønsker at snakke om selve overvægten eller risikofaktorerne herved. Jordemoderen må i en sådan situation vise den overvægtige, at hun respekterer den overvægtiges mening herom. Samtidig kan jordemoderen gennem anerkendende kommunikation forsøge at få en forståelse af, hvorfor den overvægtige siger, som hun gør. Dette kan medvirke til, at den overvægtige åbner op og giver jordemoderen en dybere forståelse for, hvorfor hun ikke vil tale om sin overvægt. I forhold til kommunikations cirkulære proces skal jordemoderen handle ud fra, hvordan den overvægtige reagerer, når hun kommunikerer med hende. I ovenstående tilfælde har jordemoderen derved en udfordring i at tolke den overvægtiges reaktion, når hun spørger dybere ind til, hvorfor den overvægtige ikke ønsker at tale om sin overvægt. Det kan diskuteres om jordemoderen, hver gang hun kommunikerer med en overvægtig, får den rigtige forståelse af den overvægtiges tilbagemelding og reaktion, så hun på den måde kan tilpasse sin kommunikation. Det afhænger derved af,

hvordan den overvægtige udtrykker sig både verbalt og nonverbalt og ligeledes jordemoderens evne til at tolke dette.

Tilfældet kan også modsat være, at den overvægtige fastholder sit ønske om ikke at tale om sin overvægt og følgerne heraf, og da må jordemoderen respektere den overvægtiges ønske herom, ved ikke mundtligt at berøre emnet i konsultationerne. Dog har jordemoderen en faglig viden og ekspertise om overvægt, som hun bør dele med den overvægtige, fordi hun er forpligtet til det. Spørgsmålet er, hvordan jordemoderen løser sine faglige forpligtelser, så hun ved, at den overvægtige bliver informeret om blandt andet risikofaktorerne ved overvægt. Dette kunne eksempelvis ske ved, at jordemoderen udleverer skriftlig information herom til den overvægtige. På den måde ved jordemoderen, at hun har videregivet sin faglige viden. Jordemoderen kan klarlægge over for den overvægtige, at hun opfordrer hende til at læse informationen, og hvis den overvægtige alligevel vælger ikke at gøre det, må jordemoderen fortælle hende, at hun selv er ansvarlig for, at hun har fravalgt informationen.

Når den overvægtige og jordemoderen har lært hinanden bedre at kende, og jordemoderen har haft mulighed for at benytte anerkendende kommunikation og empowerment i konsultationen, vil den overvægtige eventuel føle sig mere tryk. Derved kan man forestille sig, at den overvægtige får lettere ved at tale om de tabubelagte emner forbundet med hendes overvægt. Jordemoderen skal være åben overfor, at den overvægtige med tiden kan få lyst til at tale om sin overvægt, selvom hun i starten af sin graviditet ikke ville.

11.5 Kritisk refleksion (Camilla)

Vi er bevidste om, at der er mange forskellige teoretikere med forskellige synsvinkler inden for kommunikation og sundhedsfremme. De teorier og begreber vi har valgt at inddrage i vores projekt, angiver ét perspektiv, men vi er bevidste om, at der kan være andre relevante perspektiver.

Filosoffen Hans-Georg Gadamer udgav i 1960 sit hovedværk, der beskæftiger sig med, hvordan man opnår viden igennem fortolkning og forståelse. Hans værk har haft stor indflydelse på, hvad vi i dag forbinder med hermeneutik (Birkler 2005:95). Vi mener, at Gadamers forståelse af teorien har almenmenneskelig karakter, og dermed kan bruges i

et hvilket som helst møde mellem mennesker, og derved også i mødet mellem jordemoderen og den overvægtige.

Begrebet empowerment er ikke specifikt tænkt til at skulle anvendes inden for sundhedssektoren, og derved heller ikke med henblik på jordemoderens arbejde med overvægtige gravide. Dog er empowerment blandt andet udviklet, for at professionelle kan reflektere over deres praksis med det formål at styrke kvaliteten i arbejdet og forbedre egen faglighed og glæde ved arbejdet. Yderligere har empowerment, som tidligere beskrevet, det formål at styrke ressourcerne hos det individ som den professionelle møder i sit arbejde. Vi mener derfor, at empowerment er en relevant metode, hvor jordemoderen kan styrke den overvægtiges ressourcer og samtidig styrke kvaliteten i sit arbejde.

Begrebet anerkendelse er udbredt inden for pædagogik, og har inspireret mange af nutidens ledere. Anerkendelse er, ifølge Metner og Storgård, vigtigt for at man som menneske udvikler et stabilt selvværd (Metner & Storgård 2008: 24), hvorfor vi mener, at begrebet anerkendelse er relevant i forhold til overvægtige gravide. Når jordemoderen ønsker at imødekomme den overvægtiges psykologiske problemstillinger, kan hun med anerkendelse få den overvægtige til at føle bedre selvværd, og derved være med til at opnå forandringer i den overvægtiges liv.

Vi forholder os kritiske i forhold til måden, hvorpå vi har indsamlet egen empiri. Med fordel kunne vi have interviewet overvægtige førstegangsgravide i stedet for anden-gangsgravide, da vi forestiller os at deres psykologiske problemstillinger ville fremkomme i højere grad i konsultationen, hvor de for første gang konfronteres med deres overvægt. Derudover havde det været mere aktuelt at interviewe overvægtige, som havde valgt, at gå i en individuel konsultation, da dette er udgangspunktet i vores projekt og ikke gruppekonsultationerne. Det kunne eventuelt have givet andre besvarelser under interviewene. Vi mener dog, at vi med rette kan inddrage citaterne fra interviewene, da de to overvægtige beskriver nogle grundlæggende følelser og oplevelser om det, at være gravid og overvægtig.

I henhold til induktionsproblemet¹² må vi reflektere over, om vi har været tilbøjelige til at opdage ting eller udsagn, der understøtter de hypoteser, vi på forhånd havde, inden vi

¹² Induktionsproblemet er, at man ikke kan antage, at tidligere begivenheder vil ske i fremtiden, blot fordi de er sket flere gange efter hinanden (Birkler 2005:70f)

skrev projektet. Eksempelvis havde vi en hypotese om, at de overvægtige i mødet med jordemoderen kunne føle sig dømt ud fra deres vægt, hvilket vi også fandt, at de overvægtige i det kvalitative studie gjorde. Derudover kan det, som følge af induktionsproblemet, diskuteres om man, som vi gør i dette projekt, kan forudsige hvordan overvægtige gravide i fremtiden vil opleve mødet med jordemødre. Derfor kan vi med vores projekt konkludere, hvilke psykologiske problemstillinger overvægtige kan have, og hvilke teorier jordemoderen kan arbejde ud fra, for at tale om tabubelagte emner i nutidens samfund. Vi kan dog ikke foretage konklusioner inden for disse felter, som med sikkerhed også vil være gældende i fremtiden (Birkler 2005:70f).

12 Konklusion

Konkluderende må det først nævnes, at overvægtige ikke kan ses som én samlet gruppe, hvor omsorgen tilrettelægges ens, og hvor de overvægtige derved imødekommes ens. Tværtimod skal omsorgen individualiseres og gøres personlig, så den overvægtige ikke føler sig som en overvægtig i jordemoderens konsultation, men føler at hun bliver set, som den hun er.

Vi kan konkludere, at jordemoderen for at imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger i form af eksempelvis lavt selvværd, skam og skyldfølelse må gøre menneskearbejde forud for dette. For at jordemoderen specifikt kan imødekomme den enkelte overvægtiges psykologiske problemstillinger, må hun først prøve at få kendskab til disse. Dette kendskab får jordemoderen, set i lyset af hermeneutikken, når hun tilegner sig forståelse af den enkelte overvægtiges personlige horisont, og det er i den forbindelse nødvendigt, at jordemoderen er sin egen forforståelse bevidst. På den måde kan jordemoderen finde ud af, hvilke problemstillinger den overvægtige har brug for få talt om og på hvilken måde.

For at opnå denne forståelse af den overvægtige er det ligeledes vigtigt, at jordemoderen gennem sin verbale samt nonverbale kommunikation viser den overvægtige, at hun møder hende med ligeværd og derved også bruger begrebet anerkendelse i hendes tilgang. På den måde skaber jordemoderen de optimale betingelser for at imødekomme den enkeltes psykologiske problemstillinger.

Vi kan konkludere, at det er helt essentielt, når jordmoderen skal tale med den overvægtige om tabubelagte emner, i form af overvægten og risikofaktorer forbundet med overvægten, at hun ikke udelukkende kan arbejde ud fra et sundhedsfremmende perspektiv. Jordmoderen må også inddrage et forbyggende perspektiv, da hun har en faglig viden, et sundhedsfagligt sigte og en forpligtelse til at mindske de risici, som den overvægtige gravide har. Jordmoderen må ikke kommunikere om de tabubelagte emner i form af overvægten og risikofaktorerne på en overfladisk måde, men skal derimod vise den overvægtige, at hun åbent og ærligt taler om emnerne. Jordmoderen kan bruge empowerment til at styrke den overvægtige, så denne bliver en aktiv deltager i konsultationen og ideelt føler fællesskab med jordmoderen. Yderligere kan jordmoderen skabe fællesskab ved personligt, men stadig på et professionelt plan, at engagere og involvere sig i den enkelte. Det er en vigtig pointe, at jordmoderen formår at gøre dette forebyggende arbejde på ovenstående måde, fordi den overvægtige, på trods af de tabubelagte emner, derved føler sig mindre dømt ud fra sin vægt.

13 Perspektivering

Vi har gennem projektet fundet ud af, hvordan jordmoderen bedst kan arbejde, for at imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger, når kvinden går i individuel konsultation. Vi er blevet bekendt med, fra vores egen genererede empiri, samt fra det danske interventionsprojekt fra Frederiksberg (Skov & Bjerre 2006), at overvægtige gravide synes, det er meget positivt at gå i gruppekonsultationer, hvor de mødes med andre overvægtige gravide, der kan have samme psykologiske problemstillinger som dem selv. De finder derved et stort fællesskab, og det er, som vi ser det, styrken ved denne måde at tilrettelægge omsorgen på. I et hermeneutisk perspektiv åbner fællesskabet op for, at de overvægtige gravide i gruppekonsultationen får indblik i hinandens horisonter. Derved kan den enkelte overvægtige lære noget af de andre overvægtige. Jordmoderen kan også ved gruppekonsultationer arbejde ud fra et sundhedsfremmende perspektiv, med anerkendende kommunikation og med metoden empowerment. Jordmoderen kan derimod have sværere ved at få en dybere forståelse af den enkelte overvægtige. Derfor hører de dybdegående personlige samtaler ofte til i den individuelle konsultation, da vi formoder, at nogle overvægtige har sværere ved at tale om deres psykologiske problemstillinger i en gruppesammenhæng. Vi mener, at den opti-

male måde at tilrettelægge omsorgen på, er at kombinere disse to, så de overvægtige både går i gruppekonsultation, hvor de møder andre ligestillede, og også sideløbende går i individuel konsultation, hvor jordemoderen har den overvægtige på tomandshånd. Man kan i nogle tilfælde forestille sig, at jordemoderen på trods af, at hun arbejder ud fra de teorier og med de begreber, som vi har inddraget i dette projekt, ikke føler at hun kan imødekomme de overvægtiges psykologiske problemstillinger, fordi hun har begrænset tid til rådighed i konsultationen.

Der er i grunduddannelsen til jordemoder begrænset undervisning i kommunikation og om, hvordan man imødekommer psykologiske problemstillinger hos gravide. Derfor er vi i tvivl, om danske jordemødre føler sig rustet til at indgå i en dialog med overvægtige gravide om psykologiske problemstillinger. Dette kan skabe en yderligere barriere for jordemoderen, som derved ikke får talt åbent om de tabubelagte emner. Vi mener det ville være fordelagtigt, hvis danske jordemødre havde bedre muligheder for kompetenceudvikling inden for ”Store ord, Store emner”.

14 Litteraturliste

- Andersen, Maja L; Brok, Pernille N; Mathiasen, Henrik (2000): *Empowerment på dansk*. Frederikshavn. Dafolo
- Birkler, Jacob (2006): *Etik i sundhedsvæsenet*, 1. udgave, (4. oplag). København, Munksgaard Danmark s. 168-172
- Birkler, Jacob (2005): *Videnskabsteori – en grundbog*. København, Munksgaard Danmark
- Cunningham, F. Gary et al. (2005): *Williams Obstetrics*, 22. udgave, New York, Mc GRAW-HILL, s. 1012
- Den Store Danske (2009a): *Stigmatisering*. Lokaliseret [091110] på http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Jura/Kriminologi/stigmatisering?highlight=stigmatisering
- Den Store Danske (2009b): *Tabu*. Lokaliseret [161110] på http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Religion_og_mystik/Primitiv_religion/tabu?highlight=tabu
- Hovmand, Bente; Præstegaard Jeanette (2002): Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion. *Nyt om forskning* (2) s. 40-57
- Jensen, Torben K; Johnsen, Tommy J (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus. Philosophia
- Linddahl, Marianne; Juhl, Carsten B (2002): Vurdering af kvalitative artikler. *Nyt om forskning* (1), s. 17-21
- Metner, Lene; Storgård, Peter (2008): *KRAP – Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik*. Dafolo, s. 21-32
- Metze, Erno; Nystrup, Jørgen (2002): *Samtaletræning, håndbog i præcis kommunikation*. København, Munksgaard
- Netdoktor (2008): *Overvægt set i et psykologisk perspektiv*. Lokaliseret [281010] på <http://www.netdoktor.dk/overvaegt/psykeogovervaegt.htm>
- Nøhr et. al (2005): Prepregnancy Obesity and Fetal Death: A study Within the Danish National Birth Cohort. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 106, (2) s. 250-259

Schmied V.A., et al. (2010): 'Not waving, but drowning': a study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery* (2010), doi:10.1016/j.midw.2010.02.010.

Skov, Lisbeth; Bjerre, Lise (2006): *Gruppekonsultation for overvægtige gravide*. Lokaliseret [091110] på http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Lise_Lisbeth-rapportGOG-5.pdf

Sundhedsloven. LBK nr. 913 af 13/07/2010, kap. 5

Teknologirådet (2010): *Behandling af fedme og overvægt, tal og fakta*. Danske Regioner

Videnskab (2008): *Alle bliver fede i fremtidens USA*. Lokaliseret [281010] på http://videnskab.dk/content/dk/krop_sundhed/alle_blicher_fede_i_fremtidens_usa

WHO (2006): *BMI-classification*. Lokaliseret [261010] på http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

15 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Sundhedsstyrelsens anbefalinger for overvægtige gravide
- Bilag 2: Tilbud for overvægtige gravide på fødesteder i Danmark
- Bilag 3: WHO's BMI-klassifikation
- Bilag 4: Søgestrategi
- Bilag 5: Studiet ”Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth”
- Bilag 6: Interviewguide
- Bilag 7: Citater brugt i ’Analyse af Store ord, Store emner’