

Indholdsfortegnelse

- 1. Indledning**
 - 1.1 Problemformulering
 - 1.2 Problemafgrænsning

- 2. Metodeafsnit**
 - 2.1 Søgestrategi
 - 2.2 Metode til første del af problemformuleringen
 - 2.3 Metode til anden del af problemformuleringen

- 3. Teori og analyse i henhold til første del af problemformuleringen**
 - 3.1 Kroppens forandringer og reaktioner på fysisk aktivitet
 - 3.2 Præsentation og analyse af det kvantitative review
 - 3.3 Jordemoderens juridiske referenceramme
 - 3.4 anbefalinger for svangreomsorgen

- 4 Teori og analyse i henhold til anden del af problemformuleringen**
 - 4.1 Hermeneutik
 - 4.2 Følelsen af sammenhæng
 - 4.3 Præsentation og analyse af ”Den motiverende samtale”
 - 4.4 Kaizen
 - 4.5 Præsentation og analyse af det kvalitative

- 5 Diskussion**

- 6 Refleksion over egen projekt**

- 7 Konklusion**

- 8 Perspektivering**

- 9 Litteraturliste**

10 Bilagsfortegnelse

1. Indledning

Danskernes levevis har ændret sig gennem årene, og fysisk inaktivitet samt adipositas er blevet to faktorer i stigende vækst med store konsekvenser i form af sygdom og død (Forsknings- og Innovationsstyrelsen 2008). Fysisk aktivitet er særligt kommet i fokus, da World Health Organization (WHO) har beregnet, at 70 % af alle sygdomme i år 2020 vil være som følge af vores livsstil, hvoraf de to livsstilsfaktorer, der giver den største risiko for tidlige sygdomme, kroniske sygdomme og død, er rygning og fysisk inaktivitet¹ (Sundhedsstyrelsen 2003:9). Der er mange sundhedsrelaterede fordele forbundet med en fysisk aktiv livsstil, herunder nedsat risiko for en række sygdomme såsom hjertekarsygdomme, diabetes, adipositas og psykiske lidelser (Sundhed 2011). Trods det så er andelen af fysisk inaktive mennesker steget kraftigt og ligger på 30-40 % af den voksne befolkning (Motions- og Ernæringsrådet 2007:11). Samtidig med et stigende antal af fysisk inaktive voksne, så er andelen af de meget fysisk aktive også voksende. Dette medfører en ny problemstilling for jordemødre med et større antal af henholdsvis inaktive og ekstrem aktive gravide kvinder (Sundhedsstyrelsen 2003: 125).

Fysisk aktivitet har vakt min interesse, når jeg som jordemoderstuderende i konsultationen har mødt gravide med spørgsmål omkring aktivitetsniveauer og træningsformer, hvilke har været vanskelige at besvare ud fra de foreliggende anbefalinger om fysisk aktivitet. I Anbefalinger for Svangreomsorgen står beskrevet, hvordan jordemoderen under sin vejledning kan anbefale den gravide aktive at anvende Borg Skalaen² (Sundhedsstyrelsen 2009: 85-86). Denne Borg Skala, har jeg i praksis aldrig hørt nævnt i klinikken, hvilket undrer mig, da man som jordemoder:

”har pligt til at hole sin uddannelse ved lige, følge udviklingen inden for jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for

¹ Definition ifølge WHO: Delvis, men utilstrækkelig fysisk aktivitet (< 2,5 time moderat fysisk aktivitet pr. uge) (Motions- og ernæringsrådet 2007)

² En skala der viser den oplevede anstrengelse fra 6-20. Ud fra denne, skal man anbefale den gravide at ligge på 12-13, som svarer til et moderat niveau (Anbefalinger for svangreomsorgen 2009: 85-86)

erhvervsudøvelsen” (Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. stk. 4)

Min erfaring fra klinikken er, at mange jordemødre føler en begrænsning af deres viden omkring fysisk aktivitet og ikke er opdaterede på området. Dette kan skyldes, at den foreliggende viden, hvorfra de bør holde deres uddannelse ved lige og følge udviklingen inden for jordemoderfaget, umiddelbar ikke er let tilgængelig. Som eksempel på en anbefaling der kan fremstå uklar, lyder anbefalingen til de meget aktive gravide:

”...fortsat være aktiv under graviditeten evt. på let nedsat niveau...”

(Sundhedsstyrelsen 2009:86). Men hvordan er let nedsat niveau defineret, og er der taget højde for eliteidrætsudøvere, som udsætter sig selv for ekstrem udholdenhed og belastning? Den eneste gruppe gravide, der ifølge Anbefalingerne for Svangreomsorgen tilrådes at undgå meget anstrengende fysisk aktivitet, er kvinder der tidligere har aborteret (Sundhedsstyrelsen 2009:87). Men en adipøs gravid kvinde vil formentlig finde det meget anstrengende at gå op af trapper, og hvis hun tidligere har aborteret, vil en sådan aktivitet da være at fraråde?

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) udgav i 2008 en guideline omkring fysisk aktivitet (DSOG 2008:4), og sidenhen har to danske jordemødre og forskere, Mette Juhl og Hanne Heegaard særlig interesseret sig for de fordele, der er forbundet med en fysisk aktiv graviditet (Juhl & Hegaard 2010). Dermed er der mere fokus på området end tidligere, hvorfor det undrer mig, at jeg i konsultationen oplevede emnet som nedprioriteret? Jeg forestiller mig flere grunde til dette. Den ene må være tidsfaktoren i konsultationen, hvor jordemødrene er tidsbegrænset og derfor nødsaget til en prioritering, mens jeg antager, at en anden grund kan være mangel på opdateringer i jordemødrenes fagkundskab. Det faktum, at emnet ikke tidligere har været prioriteret på grund af manglende viden, gør, at den nye viden tager tid at implementere blandt jordemødrene. Endvidere ser jeg en udfordring for jordemødrene, når de foreliggende retningslinjer muligvis er vanskelige at vejlede ud fra, da deres udmeldinger ikke er særlig håndgribelige.

I Amerika gives 10 konkrete advarselstegn, som de gravide skal være opmærksom på under og efter fysisk aktivitet, og stoppe hvis tegnene opstår. Hvor dansk praksis blot er at informere den gravide om, at hun skal lytte til sin krop og følge Borg Skalaen (Nielsen et al 2011). Men er det for upræcis en anbefaling og derfor svært for jordemødrene vejlede ud fra? Hvis det er tilfældet, at den foreliggende viden er svær at anvende, så kan man stille spørgsmål ved, om den gravide bliver tilstrækkelig informeret om fysisk aktivitet og vejledt i at lytte til sin krop og følge dens signaler?

Flere undersøgelser viser, at de gravide ikke efterlever anbefalingen om 30 minutters daglig fysisk aktivitet af moderat intensitet, men reducerer eller helt stopper deres aktiviteter (Hegaard et al 2010). Det kan undre mig, hvorfor en så simpel anbefaling ikke følges. Er det måske graviditetsgener såsom kvalme, træthed og bækkensmerter der er medvirkende til, at den gravide finder det ubehageligt at være fysisk aktiv? Eller kender de gravide ikke til fordelene under graviditeten, og frygter de en skadelig virkning på fostret? Hvis de gravide fra familie og venner har hørt, at det kan være risikabelt at være fysisk aktiv, så kan jordemødre måske have svært ved at vejlede dem, da de gravide oftere selv indsamler mere viden fra bekendte end de gjorde førhen, hvor de anså jordemoderen som værende en ubetvivlende autoritet (Birkler 2006:32). Derfor er det særlig vigtigt, at jordemødre holder deres uddannelse ved lige og gør sig fortrolig med ny viden, så de kan udøve deres erhverv på et evidensbaseret grundlag. På den måde bliver det muligt at informere den gravide om, hvad præcis der sker i kroppen ved fysisk aktiv, hvordan det påvirker helbredet og nedsætter risikoen for tilstande i graviditeten såsom Gestationel Diabetes Mellitus (GDM) og præeklampsi, som kan have store følger (DSOG). Men samtidig også informere om hvilken indvirke det har på fostret og det kommende barn, hvorved det gennem en god information til de gravide, kunne blive muligt at forbedre praksis på området.

Graviditeten er en periode, hvor mange kvinder er mere åbne over for livsstilsændringer (Brodén 2004: 21-25). Jeg forestiller mig, at de fysisk aktive har en forhåbning om at fortsætte deres aktive livsstil, mens de inaktive kan være mere åbne over for en ændring af deres aktivitetsniveau. Flere langtidsstudier har desuden vist, at en stor vægtøgning i graviditeten har betydning for kvinders risiko for overvægt senere i livet

(Sundhedsstyrelsen 2009:97). Med udgangspunkt heri ser jeg det sundhedsfremmende arbejde i graviditeten, som en meget vigtig faktor, og jeg finder det interessant at undersøge, hvordan jeg som kommende jordemoder i griber den henholdsvis aktive og inaktive gravide an i forsøg på at motivere hende.

Ovenstående refleksioner leder til følgende problemformulering:

1.1 Problemformulering

Hvilken sammenhæng er der mellem den gravides fysiske aktivitetsniveau og graviditetsoutcome, og hvordan kan jordemoderen motivere den gravide til at blive eller forblive aktiv?

I projektet vil følgende fire graviditetsoutcome belyses:

Gestationel diabetes mellitus (GDM) & præeklamsi: Jeg finder disse tilstande særlig vigtige at belyse, da de kan have fatale følger for kvinden både i graviditeten og for resten af hendes liv (Sundhedsstyrelsen 2003:130-131).

Præterm fødsel & barnets fødselsvægt: Disse to faktorer kan have stor betydning for barnets helbred livet igennem, hvorfor jeg finder det interessant at undersøge, om fysisk aktivitet kan påvirke fostret i en negativ retning.

1.2 Problemafgrænsning

Med afsæt i problemformuleringen vil jeg i følgende afsnit afgrænse projektet fra ellers væsentlige aspekter.

I projektet ønsker jeg at fokusere på de kvinder, der inden deres graviditet var raske, hvorfor der afgrænses fra at inddrage kvinder med sygdomme og lidelser, som på forhånd kan komplicere en graviditet.

Desuden vælger jeg som fokus de normalvægtige kvinder med et præ-graviditets Body Mass Index (BMI) på 18,5-24,9 (Sundhedsstyrelsen 2009:97), velvidende om, at det

kunne være interessant også at undersøge de adipøses tilgange til fysisk aktivitet under graviditeten og betydningen for deres graviditetsoutcome.

Endvidere kunne en interessant og også relevant vinkel på området være de gravides kostvaner og betydningen heraf for deres fysiske aktivitetsniveau. Dette aspekt undlader jeg at inddrage i projektet.

Jeg er bevidst om, at de fysisk aktive gravide har nedsat sectiofrekvens og færre obstetriske interventioner, såsom vestimulation, episiotomi og epudiralblokade (Sundhedsstyrelsen 2003:126), samt kortvarende hospitalsindlæggelser i barselsperioden (Sundhedsstyrelsen 2003:128). Men jeg vælger at fokusere på de faktorer, der har betydningen for både kvindens helbred under graviditeten samt barnets fødselsvægt.

2. Metode

I følgende afsnit redegøres for strukturen af projektet, ved først at beskrive søgestrategien som danner baggrund for valg af empiri, og efterfølgende hvordan jeg gennem det empiriske og teoretiske materiale sigter mod besvarelse af problemformuleringen.

2.1 Søgestrategi

Først søgte jeg efter kvantitative studier, der kunne belyse de målbare effekter af fysisk aktivitet under graviditeten, i henhold til besvarelse af første del af problemformuleringen. Jeg begyndte søgningen d. 25. september 2011 og søgte i den naturvidenskabelige database PubMed, der indeholder referencer til omkring 5000 internationale tidsskrifter inden for medicin, sundhed og sygdom, hvoraf størstedelen er kvantitative studier (UC bibliotek). Jeg søgte ved hjælp af databasen Medical Subject Headings (MeSH-databasen)³ for at søge præcise emneord omkring graviditet og fysisk aktivitet. Desuden specificerede jeg søgningen ved at opsætte begrænsninger (limits) i form af sprogbegrænsning til dansk, norsk, svensk og engelsk, som er de sprog jeg behersker, samt "humans", så det udelukkende var artikler om mennesker. Ordene

³ MeSH-databasen anvendes, når der skal søges efter bestemte aspekter af et emne.

”pregnancy” og ”exercise” forbandtes med ”AND” hvilket gav 965 resultater. Da jeg i min problemformulering blandt andet ønskede at anskue, hvilken indvirke fysisk aktivitet havde på graviditetsoutcome, tilføjede jeg ”pregnancy outcome” i MeSH-databasen. Herefter gav søgningen 112 studier. Efter at have gennemlæst overskrifter og abstracts udvalgte jeg det systematiske review: *”Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review”* (2008) af Schlüssel et al. Baggrunden for denne udvælgelse var, at det er et systematisk review, og derfor ligger øverst i evidenshierakiet. Endvidere er det et nyere studie, som anskuede flere effektmål, herunder de 4 jeg ønskede at belyse. Ikke mange studier anskuede flere effektmål, men derved kan opnås en bredere besvarelse af problemformuleringen.

For at belyse anden del af problemformuleringen, finder jeg det interessant at anskue de gravides holdninger og motivationer til fysisk aktivitet i graviditeten, hvorfor jeg søgte efter kvalitative studier.

Jeg søgte efter studier d. 26. oktober 2011 i Cinahl, som indeholder flest kvalitative studier med referencer inden for sundhedsområdet (UC bibliotek). Ordene: ”pregnancy”, ”exercise” og ”qualitative research” forbandt jeg med AND, hvilket gav fire resultater. Efter at have gennemlæst deres abstracts fandt jeg ingen brugbare, da de ikke belyste min problemstilling (Se bilag). Derfor foretog jeg samme søgning i PubMed med tre samme engelske ord i MeSH-databasen, ”pregnancy”, ”exercise” og ”qualitative research”, hvilket gav 5 resultatet. Efter at have læst abstracts udvalgte jeg: *”Experiences of physical activity during pregnancy in Danish nulliparous women with a physically active life before pregnancy. A qualitative study”*. Studiet er nylig publiceret i 2010, og undersøgte en dansk gruppe kvinder, som både inden og under deres graviditet var fysisk aktive. Jeg finder det derfor anvendeligt som led i besvarelse af anden del af problemformuleringen, da studiet endvidere beskriver de motiverende faktorer for kvinderne til at fortsætte deres fysiske aktivitet gennem graviditeten.

2.2 Metode til første del af problemformuleringen

I følgende afsnit præsenteres samt argumenteres for valg af teoretisk og empiriske materiale til projektet.

Indledningsvis vil jeg i projektet beskrive fysiske og fysiologiske forandringer i den gravides krop under fysisk aktivitet, og eventuelle faktorer der kan påvirke den gravide og fostret. Jeg vil benytte bogen: ”*Træning og graviditet*”(Vennestrøm 2011), da den giver en forklaring på, hvordan den gravides krop reagerer under fysisk aktivitet. Bogen er skrevet af Jean Vennestrøm, som er ph.d. i grundbiologi og har taget kurser og beskæftiget sig med sundhed, træning og graviditet i mange år. Desuden er den udgivet i år 2011 og dens kilder referer til en række nyere videnskabelige studier. Til beskrivelse af nogle af de fysiologiske forandringer der sker i kroppen under graviditeten, anvendes ”*Williams Obstetrics*” (Cunningham et al.2005), der er bygget op omkring evidensbaseret obstetrik. Endvidere bruger jeg ”*Fysisk aktivitet- håndbog om forebyggelse og behandling*” (Sundhedsstyrelsen 2003), til beskrivelse af, hvordan kroppen reagerer under fysisk aktivitet. Denne håndbog dokumenterer teoretisk og praksis viden om fysisk aktivitets rolle i forebyggelse og behandling af sygdomme og med referencer til mange forskellige publicerede studier. Derfor finder jeg både den og de to andre kilder troværdige, da deres udsagn og konklusioner alle bygger på forskningsresultater.

Ovenstående danner grundlag for forståelsen af projektets videre analyse af problemformuleringens første del, som omhandler graviditetsoutcome i sammenhæng med fysisk aktivitet. Dette perspektiv er fra en naturvidenskabelig sammenhæng, hvorfor jeg vil undersøge evidensen for effekten af fysisk aktivitet ved at analysere det kvantitative review: ”*Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review*” (2008) af Schlüssel et al. Dette systematiske review ligger øverst i evidenshierakiet samtidig med det er et nyere studie, som blandt andet studerer de fire effektmål, som jeg finder interessante, mens andre studier blot studerer et eller to graviditets outcomes. På den baggrund finder jeg dette review mest anvendeligt til en bred besvarelse af min problemformulering.

Til metodeanalyse af studiet anvendes bøgerne: ”*Epidemiologi og Evidens*” (Juul 2004) og ”*Metode valg og metode bruk*” (Holme et al 1993). Bøgerne beskriver, hvordan man gennem en kritisk gennemgang af studier, kan vurdere og omsætte dets resultater i en

evidensbaseret praksis. Endvidere anvender jeg artiklen: *"Kritisk vurdering af en oversigtsartikel"* (Lund 2000), da denne mere specifikt beskriver den gennemgang af et review der skal vurderes, hvorvidt det er anvendeligt til evidensbaseret praksis. Herefter vil jeg lave en fremstilling og analyse af de love og relaterede bekendtgørelser, som jordemoderen er underlagt og skal være bekendt med i sin information og vejledning af den fysisk aktive gravide. Ud fra *"Bekendtgørelse af sundhedsloven"* § 16 vil jeg belyse den information, som de gravide har ret til at få om deres helbredstilstande og behandlingsmuligheder. Mens indholdet og måden hvorpå informationen skal gives, vil belyses gennem inddragelsen af: *"Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv."* (VEJ nr. 161 af 16/09/1998).

Endeligt præsenteres og analyseres *"Anbefalinger for svangreomsorgen"* (Sundhedsstyrelsen 2009), som er rettesnor for regionernes fødeplaner inden for svangreomsorgen. Dermed er det de anbefalinger, som jordemødrene arbejder med i klinikken, hvorfor det er interessant at klarlægge baggrunden for deres information og vejledning af den gravide i forhold til fysisk aktivitet.

2.3 Metode til anden del af problemformuleringen

Under besvarelsen af anden del af problemformuleringen, omhandlende hvordan jordemoderen skal motivere de gravide, vil jeg først teoretisk inddrage elementer fra den hermeneutiske synsvinkel. Tilgangen til at motivere den gravide kan ligge flere steder, men for at kunne skabe et udgangspunkt for motivationen, er det vigtigt, at jordemoder og den gravide forstår hinanden. Til fremstillingen af dette teoretiske afsnit vil jeg benytte bogen: *"Videnskabsteori"* (Birkler 2005), da den gennem praktiske eksempler i sundhedsprofessionel sammenhæng, beskriver hermeneutikkens centrale plads.

Efterfølgende ønsker jeg at belyse en måde, hvorpå jordemoderen kan styrke den gravide til at være modtagelig for motivation. Den gravide kan motiveres, hvis hun bliver i stand til at betragte fysisk aktivitet som en udfordring. Til beskrivelsen af, hvordan jordemoderen kan styrke den gravide heri, inddrages professoren Aaron

Antonovsky og hans sundhedsfremmende teori om at styrke menneskers følelse af sammenhæng, hvorved de bliver i stand til at håndtere uvante situationer. Til fremstilling af Aaron Antonovskys teori anvendes kapitel 3 i bogen: ”*Sundhedsfremme i teori og praksis*” (Jensen og Johnsen 2005), som både beskriver teori og giver eksempler fra sundhedsfaglig praksis.

Når den gravide er i stand til at betragte fysisk aktivitet som en udfordring, kan jordemoderen motivere hende her til ved at lære den gravide at tage medansvar for sit liv. Jordemoderen kan motivere den gravide gennem tre stadier, og jeg vil benytte bogen ”*Den motiverende samtale*” af Carl Erik Mabeck (Mabeck 2005) til at danne forståelse herfor. Jeg vælger denne bog, da den inddrager flere teoretikere på området, og har illustreret motivationsteorier ud fra et sundhedsfagligt perspektiv.

Som supplement til hvordan motivationen kan gøres overskuelig, vil jeg præsentere og analysere bogen: ”*Kaizen – et lille skridt kan ændre dit liv*” (Maurer 2006). Kaizen omhandler en japansk tankegang, som har til formål at skabe livsændringer gennem en konstant fremadrettet proces med små skridt. Jeg vælger at inddrage denne bog, da det for særligt for den inaktive gravide kan være en stor omvæltning at omlægge vaner vedrørende fysisk aktivitet, hvorfor de små skridt gennem kaizen, kan være behjælpelig.

Endeligt vil jeg anskue fysisk aktivitets fra den gravides synsvinkel, både for at undersøge hvilke motiverende faktorer hun finder ved fysisk aktivitet, men også for at finde en forklaring på, hvorfor de gravide reducerer deres fysiske aktiviteter. Til det formål vil jeg præsentere og analysere det kvalitative studie: ”*Experiences of physical activity during pregnancy in Danish nulliparous women with a physically active life before pregnancy. A qualitative study*” (Hanne K Hegaard et al 2010). Studiet er dansk, hvorfor jeg finder det overførbart til besvarelsen af min problemformulering. Som grundlag for min kritiske vurdering af studiet vil jeg anvende artiklen: ”*Vurdering af kvalitative artikler*” (Lindahl og Juhl 2002), der er en oversigtsartikel over kritisk litteraturgennemgang af kvalitative artikler. Desuden vil bogen: ”*Kvalitative metoder i medicinsk forskning*” (Maleterud 2003) være baggrund for en mere uddybende forklaring af den kvalitative metode.

3. Teori og analyse i henhold til første del af problemformuleringen

3.1 Kroppens forandringer og reaktioner på fysisk aktivitet

Følgende afsnit har til formål at beskrive forandringerne i den gravides krop, samt kroppens reaktion på fysisk aktivitet. Afsnittet danner grundlag for en bedre forståelse af det inddragede kvantitative review og dets resultater.

Begrebsdefinition på fysisk aktivitet

I følge Statens Institut for Folkesundhed dækker ordet fysisk aktivitet over ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen (Statens Institut for Folkesundhed 2007:235). Fysisk aktivitet omfatter både ustruktureret arbejde, herunder eksempelvis trappegang og havearbejde, men også struktureret fysisk aktivitet med direkte formål at forbedre den fysiske form. Med det fysiske aktivitetsniveau menes den intensitet og varighed, hvormed den gravide udøver sine fysiske aktiviteter. Disse definitioner anvendes gennem hele projektet.

Den gravides krop

Under en graviditet er kvinden påvirket af hormonelle forandringer. Især hormonerne progesteron og østrogen er af betydning, men også relaxin, oxytocin, Humant Chorion Gonadotropin (HCG) og prolaktin spiller en stor rolle (Vennestrøm 2011: 17-18). De hormonelle forandringer kan medføre gener i form af kvalme, opkast, øget mavesyre og humørsvingninger, hvor særlig kvalme og opkast er en stor belastning og plager tre ud af fire gravide i de første 14-16 uger af graviditeten (Cunningham et al: 224). En sådan tilstand kan være medvirkende til manglende overskud til fysisk aktivitet for den gravide, som ofte er plaget af træthed. Trætheden opstår dels på grund af de hormonelle forandringer, men også fordi ilttilførselen til cellerne er reduceret. Dette sker, når blodvolumen under graviditeten forøges med en primær plasmaforøgelse og som følge deraf, er der færre røde blodlegemer til at bringe ilten rundt i kroppen (Cunningham et al:129). De hormonelle forandringer og trætheden gør, at kroppen reagerer anderledes på fysisk aktivitet end normalt, hvilket kan være årsag til, at de fysisk aktive gravide reducerer aktivitetsniveauet, mens de fysisk inaktive måske finder det vanskeligt at komme i gang.

Det øgede blodvolumen samt en øget puls på 10-15 slag per minut medfører et øget minutvolumen⁴ på op til 50 % hos de gravide (Cunningham et al:132). Denne forøgede blodgennemstrømning i kroppen øges yderligere under fysisk aktivitet fordi venepumper aktiveres. Dermed optimeres det venøse tilbageløb fra underekstremiteterne, som normalt er nedsat i graviditeten når vægten af barnet trykker på vena cava inferior (Vennestrøm 34). På den baggrund mindsker fysisk aktivitet risikoen for varicer og ødemer, samt risikoen for kramper i læg og fødder, som gravide ofte plages af. Fordele som disse må være essentielle i jordemoderens information, da de gravide gennem sådanne fordele muligvis kan finde motivation til fysisk aktivitet trods graviditetsgener og træthed.

Hormonet relaxin kan i samspil med vægtforøgelsen under graviditeten medvirke til løsere led ændringer i kropsholdningen (Vennestrøm 24). Særligt lænde- og bækkenmerter, som er den hyppigste årsag til sygefravær i graviditeten, er for mange gravide en stor belastning, og studier har vist, at fysisk aktivitet kan være forebyggende og lindrende på netop de smerter (Sundhedsstyrelsen 2003:133). Er den fysisk aktive gravide ikke bekendt med den lindrende effekt, når smerterne pludselig opstår, kunne det være årsag til reduktion af aktiviteten eller til inaktivitet. Hvorimod den oplyste fysisk aktive gravide, kunne tænkes at fortsætte med at være fysisk aktiv i håb om at lindre smerterne. Samtidig kunne et kendskab til forebyggelse af lænde- og bækkenmerter være en motivationsfaktor for den inaktive.

På grund af hormonelle forandringer virker graviditeten diabetogen på kroppen hvilket medfører øget insulinbehov. Hvis insulinproduktionen ikke øges tilstrækkeligt, medfører det nedsat glukosetolerance, hvorved den gravide udvikler GDM, hvilket sker i 2-3 % af alle graviditeter (Sundhedsstyrelsen 2003: 130). Fysisk aktivitet øger insulinfølsomheden, hvilket medfører, at en større mængde glukose kan optages under et mindre forbrug af insulin. På den baggrund anvendes fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling af type 2 diabetes mellitus. (Sundhedsstyrelsen 2003:209-

⁴ Minutvolumen: Den mængde blod der pumpes rundt i kroppen per minut. Et produkt af pulsen og slagvolumen, hvor pulsen er hjerteslag per minut og slagvolumen er den mængde blod hjertet pumper afsted ved hvert slag (KILDE)

210). Af samme grund er det nærliggende at forestille sig, at fysisk aktivitet også kunne indgå i forebyggelse eller behandling af en gravid med GDM. Hvis de gravide bliver bevidste om en sådan fordel, og samtidig kender til de følgerne ved en GDM, kunne det muligvis øge deres motivation til at være fysisk aktiv.

Endvidere er fysisk aktivitet i form af aerob træning, associeret med at blodtrykket falder, fordi hjertets minutvolumen øges. Derfor arbejder et veltrænet hjerte mindre for at få blodet pumpet rundt i kroppen (Sundhedsstyrelsen 2003:210). Blodtryksfald kan formodes gavnlig, da studier har vist, at hypertension øger den gravides risiko for at udvikle præeklamsi, hvilket GDM også gør (Sundhedsstyrrelse 2003:131-132). Man kan derfor forestille sig, at fysisk aktivitet også kan være et led i forebyggelsen af præeklamsi. På baggrund af dette er meget vigtigt, at jordemoderen kender til sådanne fordele for at kunne medvirke til forebyggelse af henholdsvis GDM og præeklamsi, hvis der er evidens for ovenstående.

Under fysisk aktivitet øges respirationen. Dermed stiger hastigheden, hvorved ilten bindes til blodet og transporteres videre ud til de arbejdende muskler. Ved meget hård fysisk aktivitet, er iltoptagelsen ikke længere tilstrækkelig, og energiforsyningen suppleres af anaerob forbrænding.⁵ I de arbejdende celler produceres mælkesyre, som sænker blodets pH-værdi, hvorved ventilationen opreguleres (Sundhedsstyrelsen 2003:27). Ved et sådant arbejde reduceres perfusionen til kroppens organer, da hoveddelen af blodet går til hjerte, hjerne og respiration (Sundhedsstyrelsen 2003:29). Hvis den gravide er fysisk aktiv på et så anstrengende niveau, kunne det mistænkes, at blodperfusionen til placenta og fostret reduceres. Er det tilfældet må det kunne påvirke fostrets tilstand i en negativ retning.

Fostret under fysisk aktivitet

Stor træningsmængde tidligt i graviditeten medfører større villi i placenta og dermed øget tilvækst heraf, hvorved fostrets ilt- og næringsoptag optimeres (Sundhedsstyrelsen

⁵ Anaerob forbrænding er uden ilt. En forbrænding der hurtigt leverer energi men efter kort tid hæmmer muskelfibrenes kontraktioner og i kroppen ophober laktat (Schibye og Klausen 2005:185). Det modsatte er en aerob forbrænding, hvor der er ilt tilstede, hvor muskelfibrene kun er påvirket meget lidt, hvorfor der kan arbejdes over lang tid.

2003). Samtidig har de fysisk aktive gravide et højere blod- og minutvolumen, således at mere blod transporteres rundt i kroppen og tilfører øget ilt til placenta og fostret (Vennestrøm2011:54). Når den gravide er fysisk aktiv, har studier fundet en lidt nedsat puls hos fostret, dog uden at have vist skadelige effekter (Vennestrøm 2001: 57,71).

Ovenstående kunne det tyde på, at de fysisk aktive har en optimeret placenta samtidig med en optimal iltransporten hertil under fysisk aktivitet. Dette kunne tænkes at være årsagen til at fostret ikke skades under fysisk aktivitet, trods den mindre perfusion af blodet rundt i kroppen som tidligere beskrevet.

3.2 Præsentation og analyse af det kvantitative review

I følgende afsnit præsenteres og analyseres ”Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review” (2008) af Schlüssel et al. Analysen af studiet har til formål at anskueliggøre fysisk aktivitets påvirkning af de fire outcome: GDM, præeklampsi, præterm fødsel og fødselsvægt. Afsnittet afrundes med en vurdering af den interne- og eksterne validitet samt en analyse af studiets resultater i forhold til besvarelse af første del af problemformuleringen.

Studiet har opdelt dets resultater under erhvervsmæssige- og fritidsaktiviteter, hvilke jeg samler under et resultat, da projektets begreb af fysisk aktivitet indbefatter begge.

Baggrund og formål

Forfatterne bag dette studie fandt mange uoverensstemmelser mellem de foreliggende studier omkring graviditet og fysisk aktivitet, hvorfor de ønskede at lave et systematisk review. Det systematiske review blev publiceret i år 2008 på baggrund af videnskabelige studier, hvis effektmål var associeret til fysisk aktivitet under graviditeten og graviditetsoutcome for kvinden og fostret.

Dataindsamling samt inklusions - og eksklusionskriterier

Søgningen af studier blev udført i juli 2006 gennem litteratursøgning i MEDLINE og LILACS med følgende søgeord: ”*physical activity / physical exercise*”, AND ”*pregnancy / gestation*” og med sprogbeholdninger til engelsk, spansk eller portugisisk. Primær outcome skulle være præeklampsi, GDM, graviditets vægtøgning,

abort, fødselsmåde, fosterudvikling, fødselsvægt, længde af barn eller præmaturitet. Forfatterne fandt ud fra søgeordene 3313 artikler, men efter outcomes-kriterier og læsning af abstracts, udvalgte de 39 studier. To blev yderligere udelukket idet kun deres abstracts var tilgængeligt. De 37 udvalgte studier havde en studiepopulation varierende mellem 67 til 21.342 deltagere og udvælgelsen af disse har forfatterne overskueliggjort i en tabel udviklet af den internationale komité af medicinske tidsskrifter.

Studie design og metode

Studiet blev publiceret i Brasilien år 2008 på baggrund af publicerede tværsnitsundersøgelser, case-kontrol eller kohorte studier fra 1980-2005. Studier fra 10 lande blev medtaget, hvoraf størstedelen fra Amerika, men også studier fra Danmark, Holland, Italien, England, Australien, Egypten og Indien var inkluderede.

Studiernes metodiske kvalitet blev evalueret af to forfattere uafhængigt af hinanden. De gav hvert studie en score på den metodiske kvalitet på nul, et, eller i et enkelt tilfælde to point, ud fra 19 kriterier, hvilket maksimalt kunne give 20 point. Oprindeligt havde studiet omkring denne metodiske kvalitet opstillet 20 kriterier, men et kriterium blev fravalgt, idet det omhandlede interventionsstudier, hvilke ikke var medtaget i reviewet. Den metodiske kvalitets gennemsnitscore af studierne var 15,9 point, med 9 som den laveste score. Forfatterne udelukkede ingen studier på grund af for lav score, men de med høje scores blev betragtet som mere konsekvente. Overensstemmelsen mellem de to evaluators tildelte score blev målt ved hjælp af korrelationskoefficienter kaldet: Intra-Class Correlation Coefficientens (ICC), og en tredje forfatter indgik i beregningen heraf. Resultaterne blev klassificeret under en skala med fem kategorier gående fra ICC=0 som laveste score, hvilket betød der ikke var overensstemmelse mellem evalueringsmetoderne, til kategorien (ICC=0,81-1,0) som betød betydelig overensstemmelse. De samlede resultater af score gav: ICC= 0,898; 95%CI: 0,835-0,961, hvilket var betydelig overensstemmelse mellem evaluatorenes tildelte scores.

Studiets resultater

Studiets resultater blev opstillet i en tabel med de forskellige graviditetsoutcome og med fysisk aktivitets effekter defineret som: Positiv, ingen eller skadelig effekt. De studier

med samme effektmål blev samlet, og deres metodiske gennemsnitsscore udregnet. Endvidere var tabellen delt op mellem erhvervs- og fritidsaktivitet, hvilket jeg ikke tillægger nogen betydning.

GDM og præeklampsi:

Resultaterne viste enighed omkring de sundhedsfremmende effekter, som let-moderat fysisk aktivitet viste på risikoen for at udvikle GDM og præeklampsi. Tre studier fandt en reduceret risiko for GDM hos de fysisk aktive, mens et enkelt studie ikke fandt en signifikant effekt. Nogenlunde samme tendens sås ved præeklampsi som graviditetsoutcome, hvor fire studier viste en reduceret risiko ved fysisk aktivitet. Dog var et studies resultater modsigende og viste skadelig effekt, hvilket ifølge forfatterne var et resultat baseret på moderat til hårdt fysisk erhvervsmæssig aktivitet.

Sammenfattende skrev forfatterne, at fysisk aktivitet nedsatte risikoen for GDM og præeklampsi. En yderligere reduceret risiko blev observeret ved de kvinder, der var fysisk aktive året forud for deres graviditet, samt hos de meget fysisk aktive gennem graviditeten med både forøget mængde og intensitet.

Præmaturitet og fødselsvægt

De studier der belyste præmaturitet og fødselsvægt, stemte i mindre grad overens. Den beskyttende effekt af fysisk aktivitet for præmaturitet sås i fire studier, mens ni ingen forskel viste. Fem studier viste forøget risiko for præmaturitet, hvilket dog påhvilede specifikke aktiviteter såsom over fire-otte timers stående arbejde, trappegang mere end ti gange daglig, fysisk aktivitet der forårsagede træthed eller meget hårdt fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitets indvirke på fødselsvægten viste gennem syv studier, at have en beskyttende effekt, tolv viste ingen effekt, mens fire studier fandt en lavere fødselsvægt blandt de fysisk aktive. Forfatterne påpegede også her, at resultaterne ikke påhvilede fysisk aktivitet på let til moderat niveau, men specifikke aktiviteter såsom vasketøjssortering over tre timer daglig, stående arbejde over fire timer eller fire-fem timers moderat fysisk aktivitet dagligt. Dog viste ingen af studierne en utilstrækkelig fødselsvægt.

Resultaterne af de studier der viste association mellem fysisk aktivitet og præmaturitet eller lav fødselsvægt, var varierende og viste både positive effekter mellem outcome og fysisk aktivitet, ingen association her imellem, eller forøget risiko ved specifikke aktivitetsformer. Forfatternes sammenfatning var, at på baggrund af de mange studier på området, som ikke indikerede risici i forhold til generel fysisk aktivitet, så syntes let til moderat fysisk aktivitet ikke at være en risikofaktor for de outcome men endda i nogle tilfælde beskyttende.

Studiets diskussion

Både på baggrund af studiets påviste fysiologiske fordele blandt de fysisk aktive men også da ingen risici blev observeret ved let-moderat fysisk aktivitet, mente forskerne, at ACOG's retningslinjer burde opfordre til mere fysisk aktivitet blandt de gravide. Endvidere finder de det manglende, at hverken ACOG eller de brasilianske guideline indeholder retningslinjer omkring frekvens, intensitet og varighed af fysisk aktivitet. På den baggrund konkluderede forfatterne, at informationen om fysisk aktivitet var vanskelig, men at den burde indeholde information om de mulige risici ved eksempelvis stående arbejde i længere tid, da dette havde betydning for flere graviditetsoutcome. På trods af at studiet ikke viste risici ved let til moderat fysisk aktivitet, så er forfatternes endelige konklusion, at flere studier er nødvendige.

Bias

Bias er systematiske fejl der kan skævvride resultater i en bestemt retning (Juul 2006:240). I dette review var forfatterne opmærksomme på nogle af de studiets bias, trods deres forsøg på at forebygge disse ved at være tre om databearbejdningen.

Selektionsbias forekommer, når den undersøgte population ikke er repræsentativ for målpopulationen, som der ønskes viden om (Juhl og Lindahl 2005:6) Sådanne selektionsbias kan muligvis være forekommet i reviewet, da de inkluderede studiers deltagere ikke var beskrevet. Det kan skævvride resultaterne idet nogle studiers deltagere muligvis selv meldte sig hertil, hvilket ofte er de ressourcestærke typer, som ikke repræsenterer den generelle målpopulation. Forfatterne er ikke opmærksomme på denne bias, men finder en lignende svaghed på grund af nogle studiers manglende

beskrivelser af deltagernes fysiske aktiviteter. Derved kan variationen af gruppen være stor og indeholde både eliteidrætsudøvere og de som påbegyndte fysisk aktivitet i graviditeten. I nogle studierne sås betydningen heraf, da de i forvejen fysisk aktive havde en yderligere reduceret risiko for visse graviditetsoutcome, i forhold til de der først startede i graviditeten. Det kan derfor have betydning for resultaterne, hvis alle fysisk aktive samles under samme gruppe, da resultaterne herved ikke er beskrivende for den generelle målpopulation, hvorved et selektionsbias er opstået.

Forfatterne er opmærksomme på, at de opstillede sprogbegrænsninger i søgningen muligvis kan medføre selektionsbias, da de førende medicinske tidsskrifter er oftest på engelsk. Derfor kan redaktørerne afvise studier på andre sprog, hvis ikke de viser interessante resultater. På den baggrund kunne det forestilles, at størstedelen af de medtagne studier i reviewet viste interessante resultater, da kun et studie i reviewet ikke var på engelsk. Mens de måske lige så valide studier uden signifikante sammenhænge, kan være sorteret fra og være publicerede på lokale sprog.

Informationsbias opstår hvis de anvendte måleinstrumenter til studiet ikke er passende til undersøgelsen, eller hvis informanterne giver forkert information, eksempelvis i form af desirability bias, hvor de gerne vil fremstå på en ønskelig måde (ibid:6). I reviewet kan informationsbias være forekommet, idet størstedelen af de inkluderede studier anvendte spørgeskemaer. Herved kan deltagere enten misforstå spørgsmål eller bevidst give forkerte informationer. Det kunne forestilles, at gravide ville angive et større fysisk aktivitetsniveau for at leve op til anbefalingerne, hvorved desirability bias kan være opstået. Forfatterne var ikke opmærksomme på informationsbias, men var opmærksomme på, at studiernes kvalitetsscore ikke havde involveret kvaliteten af måleinstrumenterne. På den baggrund mente de, at kommende studier med fordel kunne inddrage andre målemetoder end spørgeskemaer for at se udfaldet herved.

Intern validitet

Et systematisk review ligger øverst i evidenshierakiet, da det er en oversigtsartikel, der systematisk har indsamlet, analyseret og formidlet den eksisterende evidens på et område (Juul 2006:174-175). Dog er et review ikke bedre end de respektive studier,

hvorfor de skal vurderes ud fra videnskabelige og faglige kvaliteter, før den interne validitet kan vurderes. Den interne validitet afhænger af, hvordan de indhentede resultater fra informanterne præsenterer den konkrete målpopulation, og øges ved at forfatterne betragter forskellige aspekter (Juul 2006:126 og Lund 2003:2).

Reliabiliteten af reviewet vurderes høj, på baggrund af forfatternes detaljerede beskrivelser, både gennem studiets baggrund og formål, men også gennem den systematiske udvælgelse af studier på baggrund af eksplicite kriterier. De opstillede kriterier øger den interne validitet, hvilken også øges af, at to forfattere uafhængig af hinanden evaluerede studierne metodiske kvaliteter, mens en tredje forfatter deltog i overensstemmelserne af evalueringsmetoderne. Samtidig beskrev de, hvordan de fleste studier både fik høj metodiske kvalitetsscore og opnåede en betydelig overensstemmelse af korelationskoefficienterne, hvilket øger den interne validitet. Forfatterne var opmærksomme på, at de ældre studier havde den dårligste metodiske score, og beskrev hvilke årsager der kunne være hertil, hvilket øger den interne validitet, da det vidner om, at mange aspekter er taget i betragtning. Dog svækkes den interne validitet ved, at forfatterne ikke har betragtet søgningen af studier fra andre vinkler end de to medicinske databaser. En yderligere søgning ud fra studierne referencelister eller ved kontakt til nøglepersoner inden for området kunne have øget validiteten.

Den interne validitet kan yderligere være svækkes ved, at hverken fysisk aktivitet, lav fødselsvægt eller præmaturitet var definerede, hvorfor det kan være svært at vurdere deres betydninger. Forfatterne var selv opmærksomme på, at der manglede en definition af fysisk aktivitet gennem deres review, og fandt det på den baggrund også svært med en endelig konklusion. Dog er problematikken omkring manglende definition på lav fødselsvægt og præmaturitet ikke beskrevet, men må antages at kunne vanskeliggøre vurderingen af fysisk aktivitets betydning på disse outcome. Eksempelvis stod i et referat fra et studie, at der var øget risiko for præmatur fødsel ved fysisk aktivitet, idet fødslerne i gennemsnit foregik 18 dage før termin. Dette havde i Danmark ikke været en præmatur fødsel, hvorfor den interne validitet må være svækket, idet målpopulationen er svær at repræsentere uden definitioner på sådanne begreber.

På trods af de bias der kan påvirke den interne validitet, samt de ovenstående forhold der kan svække validiteten, vurderer jeg samlet den interne validitet for acceptabel.

Ekstern validitet

Den eksterne validitet beskriver resultaternes generaliserbarhed på andre målpulationer i et andet tid og sted (juul 2006:242). For at kunne vurdere den eksterne validitet skal patienterne der indgår i studiet, ligne de i praksis og effektmålene skal vurderes efter, hvordan de passer på ens praksis (Lund:5).

En væsentlig faktor for den eksterne validitet i studiet er, at størstedelen af studierne der indgår, er amerikanske. For at sådanne resultater kan generaliseres til danske sammenhænge, må de forskelligende faktorer vurderes. Fysisk aktivitet må antages at være almenlydig, idet eksempelvis 30 minutters løb er det samme i andre kulturer, hvorfor generaliserbarheden på det område vurderes god. Men tvivlen omkring præmaturitet og fødselsvægt kan svække den eksterne validitet, da det må antages, at sådanne definitioner er væsentlige før resultaterne kan bruges i en dansk kontekst. Endvidere må tidssammenhængen i studiet tages i betragtning, idet nogle studier var fra 1980 og opnåede de dårligste metodiske score. På den baggrund kunne man forestille sig, at et nyere studie på området ville opnå bedre scores, og derved højne både den intern og ekstern validitet.

På baggrund af den acceptable interne validitet og trods visse forbehold ved den eksterne validitet, vurderer jeg samlet studiets eksterne validitet anvendelig. På den baggrund vil jeg i nedenstående afsnit anvende reviewets resultater til en analyse op mod første del af min problemformulering.

Analyse af studiernes resultater

Reviewet fandt en enighed på området, om at fysisk aktivitet forebygger udviklingen af GDM og præeklampsi, med en særlig forebyggende effekt hos de der er fysisk aktive inden graviditeten. Den forebyggende effekt steg også i takt med øget mængde og intensitet. I forhold til at anvende dette resultat i praksis, skal tages i betragtning, at resultaterne trods alt bygger på en forholdsvis lille mængde studier. Men idet kun et

studie viste modsigende resultater om præeklampsi, vurderer jeg, at resultaterne er anvendelige som led i besvarelse af min første del af problemformuleringen.

Fysisk aktivitets indvirke på de præmature fødsler gav mere tvetydige resultater, hvor nogle viste en reduceret risiko for præmaturitet, mens andre specifikke aktiviteter eller meget hård fysisk aktivitet, viste sig at kunne øge risikoen. Dog var ingen definition af præmaturitet beskrevet, hvorfor en endelig stillingtagende til risikoen af disse aktivitetsformer er vanskelige. Den samme vurdering af de tvetydelige resultater omkring fysisk aktivitets indvirke på fødselsvægten kan være vanskelig, idet nogle studier der påpegede en reduceret fødselsvægt på baggrund af specifikke aktiviteter. Dog fandt forfatterne ingen utilstrækkelig lav vægt i nogen tilfælde. Vurderingen må da være, at der i de studier blot sås lavere fødselsvægt end gennemsnittet ved nogle specifikke aktiviteter, hvilket må antages ikke at have betydning for barnet.

På den baggrund af ovenstående er den samlede vurdering, at fysisk aktivitet af reducerer risikoen for kvindens udvikling af GDM og præeklampsi. Endvidere ses der ingen skadelig påvirkning af fysisk aktivitet af moderat intensitet på hverken præmaturitet eller fostervægten, men endda i nogle tilfælde positiv effekter heraf.

3.3 Jordemoderens juridiske referenceramme i forbindelse med information om fysisk aktivitet

Under informationen til den fysisk aktive gravide er jordemoderen underlagt nogle lovmæssige forpligtelser. Nedenfor vil relevante udsnit af lovkrav om information beskrives, med henblik på at klarlægge den information den gravide skal have om fysisk aktivitet.

Ifølge ”Bekendtgørelse af sundhedsloven” har patienten: ”[...] ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.” (LBK nr. 913 af 13/07/2010:§16).

Ifølge ovenstående lov er det vigtigt, at jordemoderen informerer den gravide om hendes helbredstilstand og muligheder for behandling. Ifølge ”Bekendtgørelse af sundhedsloven” omfatter en behandling: *”Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient”* (LBK nr. 913 af 13/07/2010:§5). På baggrund heraf er det væsentlig, at jordemoderen er bevidst om, at fysisk aktivitet er en behandling, da det indgår i forebyggelse og sundhedsfremme af blandt andet GDM og præeklamsi. På baggrund heraf, skal den gravide informeres omkring fysisk aktivitet som behandling, hvilket kræver grundig information.

Omfanget og indholdet af informationen uddybes i ”Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.” (VEJ nr. 161 af 16/09/1998), som støtter sig til Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr.665 af 14. september 1998. Heri står beskrevet at:

”Fyldestgørende information er betinget af god kommunikation mellem patient og sundhedsperson. Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet.” (VEJ nr. 161 af 16/09/1998:3.2)

Forudsætningen for at kunne informere den gravide er betinget af en god kommunikation, hvilket jordemoderen derfor må prioritere, inden hun informerer den gravide om fordele ved fysisk aktivitet. Informationen om fysisk aktivitet skal derefter være fyldestgørende, så den gravide kan tage stilling til, om hun på baggrund heraf ønsker at være fysisk aktiv. Endvidere skal er indholdet af information beskrevet således: *”[...]må hvile på den gældende, gode faglige norm på området”* (VEJ nr. 161 af 16/09/1998:3.2) og samtidig har sundhedspersonen: *[...]pligt til at give så meget information som er nødvendig for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet [...]* (VEJ nr. 161 af 16/09/1998:3.2).

Et informationsindhold beskrevet på denne måde, må antages at være vanskelig som jordemoder at vurdere, da de gravide har individuelle behov for information, alt efter deres erfaringer, viden og den aktuelle situation. Derfor kan jordemoderen få svært ved at opfylde sine pligter omkring informationen af fysisk aktivitet, da indholdet påhviler hendes egen vurdering. Det samme gør sig gældende med omfanget af information, da jordemoderens opgave er, at gøre det overskueligt for den gravide. Man kunne forestille sig, at hvis ikke det lykkes, så ville den gravide frabede sig yderligere information, hvilket i sådan tilfælde skal respekteres ifølge Bekendtgørelse af sundhedsloven (LBK nr. 913 af 13/07/2010:§16 stk.2).

Ovenstående aspekter beskriver den information den jordemoderen har pligt til at give den gravide om fysisk aktivitet, idet det er en behandling. Endvidere hvordan jordemoderen herunder kan befinde sig i et dilemma i ønsket om at informere tilstrækkeligt og samtidig gøre det overskueligt for den gravide.

3.4 Præsentation og analyse af ”Anbefalinger for svangreomsorgen”

Følgende afsnit har til formål at anskueliggøre den viden i ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” (Sundhedsstyrelsen 2009) hvorfra jordemoderen henter sin information om vejledning. De specifikke anbefalinger om fysisk aktivitet vil blive præsenteret og analyseret i forhold til, hvordan de er anvendelige i jordemoderens information om fysisk aktivitet.

Introduktion

”Anbefalinger for svangreomsorgen” (Sundhedsstyrelsen 2009) er udarbejdet til formål at sikre kvalitet i sundhedsvæsenet og medinddragelse af den gravide med udgangspunkt i en differentielydelse til den enkelte (Sundhedsstyrelsen 2009:17). På den baggrund besidder jordemoderen en vigtig opgave i både at sikre kvalitet i den information hun giver den gravide og samtidig informere ud fra sundhedspædagogik, der defineres som:

”(...)pædagogik, der i dialog formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og den gravide (...) med henblik

på at fremme sundhedsrelaterede aktiviteter, der kan støtte kvinden i at træffe sunde, informerede valg.” (Sundhedsstyrelsen 2009:19)

Med baggrund heri er det essentielt, at jordemoderens viden er evidensbaseret for netop at sikre kvalitet i svangreomsorgen. Derfor skal jordemoderen være opdateret om fysisk aktivitetens indvirke på graviditeten, og tage udgangspunkt i den enkelte gravide når hun formidler sin viden. På den måde skal hun støtte den gravide i at træffe et sundhedsrelateret informeret valg omkring fysisk aktivitet.

Anbefalinger om fysisk aktivitet

”Anbefalinger for svangreomsorgen” indeholder et afsnit på to sider omhandlende fysisk aktivitet. Herunder en kort beskrivelse af, at fysisk aktivitet har positive effekter for både den gravide og fostret, og ved behov for yderligere information henvises til *”Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling”* (Sundhedsstyrelsen 2003).

Det kan synes manglende, at ingen yderligere beskrivelser af de sundhedsfremmende effekter ved fysisk aktivitet fremgår, da der foreligger meget viden på området, som kunne være vigtig for jordemødrene at kende til. Der beskrives dog, hvor yderligere information kan findes, og det må være jordemoderens opgave at læse dette, med henblik på at holde deres uddannelse ved lige. Men anbefalingerne omkring fysisk aktivitet kan virke mindre opdaterede, da der kun er to sider herom, mens syv sider om rygning og alkohols skadelige effekter er beskrevet.

Gravide anbefales at være moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter dagligt. Ved forståelsen af moderat aktivitetsniveau henvises til Borg Skalaen, som beskrives gående fra trin 6, som er hvile, til trin 20, som er maksimal anstrengelse. Moderat fysisk aktivitet svare til skalatrin 12-13 (ibid:85-86).

”Anbefalinger for svangreomsorgen” anvender denne Borg skala som reference til intensiteten af fysisk aktivitet gennem graviditeten. Uden yderligere forklaring af skalaen, kan den synes vanskelig at forstå, hvorfor det kunne forestilles, at nogle jordemødre ikke finder Borg skalaen anvendelig i deres anbefalinger af fysisk aktivitet.

Det kan være svært for jordemoderen anbefale ud fra et grundlag, vedkommende ikke selv har forståelse for. Der foreligger ingen yderligere forklaringer på Borg skalaen eller andre anbefalinger omkring intensitetsniveauet, hvorfor man kunne forestille sig, at området i konsultationen nedprioriteres. Resultatet heraf kan blive, at den gravide ikke anbefales fysisk aktivitet i tilstrækkeligt omfang til at kunne forstå vigtigheden heraf.

Kvinder disponerede for GDM eller præeklampsi, anbefales at de: *"(...)bør være fysisk aktive ud over de generelle anbefalinger (mængde og intensitet)* (Sundhedsstyrelsen 2009:86), mens de i forvejen fysisk aktive kan fortsætte deres træning, svarende til trin 14-15 på borgskalaen, hvilket beskrives som anstrengende fysisk aktivitet. Endvidere anbefales de kvinder der inden graviditeten var meget aktive: *"(...) fortsat være aktive under graviditeten evt. på let nedsat niveau, så længe de i øvrigt føler sig alment godt tilpas derved."* (ibid:86).

Ovenstående anbefalinger har hverken defineret mængde eller intensitet i forhold til den ekstra fysiske aktivitet som kvinderne i risiko for GDM og præeklampsi skal udøve, hvilket kan være svært som jordemoder at vejlede i. Endvidere kan det være frustrerende for den i forvejen meget aktive gravide, når hun anbefales at fortsætte sin aktivitet så længe hun er opmærksom på sine kropssignalet og føler sig tilpas. Det er individuelt hvor kropsbevidste de gravide er, og om de er i stand til at lytte til deres krop og følge dets signaler, hvorfor nogle muligvis ville reducere aktivitetsniveauet, da det påhviler deres egen vurdering.

Forsigtighedsregler ved fysisk aktivitet

Under forsigtighedsregler i *"Anbefalinger for Svangreomsorgen"* frarådes liggende styrketræning, tunge løft og dykning. Desuden beskrives, at der ikke skal udøves aktiviteter, der kan medføre stød mod maven og risiko for styr (ibid:86-88). Som udgangspunkt må sådanne anbefalinger, hvor der direkte frarådes aktiviteter, være enklere som jordemoder at forholde sig til, da hun ikke selv skal ind og definere grænser for intensitet og mængde.

Dog nævnes under forsigtighedsregler, at gravide der tidligere har aborteret ikke anbefales meget anstrengende fysisk arbejde (ibid:88). Definitionen på ”meget anstrengende fysisk arbejde” beskrives ikke, og må derfor antages at kunne variere meget jordemødrene imellem. Det kunne forekomme, at den jordemoder, der selv er fysisk aktiv, har et høj grænse før meget anstrengende arbejde er opnået, mens den inaktive jordemoder, ville fraråde kvinden at få sved på panden.

Ovenstående danner baggrund for en videre diskussion af, hvorledes jordemødrene gennem ”*Anbefalinger i svangreomsorgen*”, opnår en tilstrækkelig viden om fysisk aktivitets påvirkninger i graviditeten, og på den baggrund kan give tilstrækkelig information.

4. Teori og analyse i henhold til anden del af problemformuleringen

Til besvarelse af problemformuleringens anden del er jordemoderens forståelse af den gravide et vigtigt udgangspunkt, hvorfor hermeneutikken i det følgende afsnit inddrages. Dette som en videnskabsteoretisk indgangsvinkel til hvordan jordemoderen opnår forståelse af den gravide, for således at kunne motivere hende.

4.1 Hermeneutik

Hermeneutik omhandler læren om forståelse eller fortolkningskunst, og anvendes til forståelsen af hvordan et udtryk kan overføres fra en anden verden, til den man selv befinder sig i. Hermeneutikken er vigtig i forhold til forståelsen af andre, for først når en person kan formulere noget på en sådan måde, at det bliver forståeligt for andre, så er der tale om forståelse (Birkler 2005:94-95).

Et centralt begreb inden for hermeneutikken er for-forståelse, som går forud for forståelsen. Mennesket vil til enhver tid i nye sammenhænge anvende deres for-forståelse, som er de forventninger og formeninger det besidder. Dermed vil det vi forstår ske ud fra, at vi har en baggrund at forstå det med (ibid:97). Til forståelsen af hvordan ny viden skabes, trods denne for-forståelse, anvendes den hermeneutiske cirkel. Den beskriver et cirkulært forhold mellem menneskets helheds- og delforståelse, hvilke hænger uløseligt sammen, da det ene kun kan forstås, hvis den anden del inddrages (ibid:98,101). Ifølge hermeneutikken er kommunikation en vigtig tilgang til forståelse,

da man ved at provokere sin for-forståelse kan revurdere sine fordomme, således at den nye delforståelse revurderer helhedsforståelsen, og ens horisont udvides (ibid:102).

Den hermeneutiske cirkel kan medvirke til at skabe forståelse mellem jordmoderen og den gravide gennem kommunikation. Når jordmoderen gør sig bevidst om sin for-forståelse og er åben for nye indtryk fra den gravide, kan hun opnå en ny del-forståelse. Under jordmoderens møde med den inaktive gravide vil hendes faglige viden danne baggrund for hendes manglende forståelse for, hvorfor den gravide ikke er fysisk aktiv som det anbefales hende. Først når jordmoderen bliver bevidst om sin for-forståelse, bliver hun i stand til at forstå den gravide, hvis oplysninger kan føre til en ny del-forståelse hos jordmoderen, hvilket må være essentielt når jordmoderen skal tage udgangspunkt i den gravide under sin information.

Det samme gør sig gældende for den gravide, når jordmoderen informerer hende om fordelene ved en fysisk aktiv graviditet. Her må den gravide både være bevidst om sin for-forståelse om fysisk aktivitet og åben for jordmoderens information, for at opnå en ny delforståelse. Med baggrund i at både jordmoder og den gravide sætter deres for-forståelser til side, kan de opnå en ny del-forståelse, hvilket vil revurdere deres helhedsforståelse om fysisk aktivitet og dermed skabe ny viden for dem begge. På den baggrund bliver jordmoderen i stand til at forstå den gravide og give information ud fra hendes udgangspunkt, mens den gravide opnår forståelse af fysisk aktivitets betydning.

4.2 Følelsen af sammenhæng

Når jordmoderen skal motivere de gravide til fysisk aktivitet, er et interessant udgangspunkt, hvorfor nogle mennesker er mere motiverede for at være fysisk aktive end andre. For at belyse en mulig grundlæggende teori hertil, vil professor i medicinsk sociologi Aaron Antonovsky (Antonovsky) inddrages.

Antonovsky er kendt for sin salutogenetiske ide, hvilken omhandler hvordan mennesker bliver eller forbliver sunde i modsætning til en patogenetisk synsvinkel, der undersøger, hvorfor folk bliver syge (Jensen og Johnsen 2000:86). Antonovsky beskriver, hvordan mennesket livet igennem udsættes for forskellige stressorer, som er daglige krav eller

kroniske udfordringer, som det ikke umiddelbar finder tilgængelige svar på. Det sunde mennesker formår dog at komme gennem sådanne stressorer, uden der opstår en spænding. Når hjernen konstaterer et problem opstår en spænding som kan føre til stress og true livskvalitet og helbred. For at mennesket kan blive i stand til at håndterer stressorer, uden der opstår spænding, må det ifølge Antonovsky besidde følelsen af sammenhæng, hvilket opnås gennem begreberne: Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (ibid:87-88).

Et menneske med en stærk følelse af forudsigelighed oplever i højere grad, at de stimuli, det udsættes for, er begribelige og indeholder forventede mønstre. På den måde accepterer vedkommende disse og lever videre uden at blive svækket i følelsen af begribelighed. Føler mennesket endvidere, at de stillede krav ikke overskrider dets ressourcer, eller der er støtte til rådighed i form af andre mennesker, så vil vedkommende finde omstændighederne håndterbare (ibid: 88).

Gennem en stærk følelse af meningsfuldhed oplever mennesket, at kravene og problematikkerne det stilles over for, er værd at engagere sig i, og problemet anses som en udfordring frem for en byrde. For at opnå en stærk følelse af meningsfuldhed er det ifølge Antonovsky vigtig, at personen accepterer de opgaver der stilles, og selv føler et ansvar for handlinger og konsekvenserne heraf. Meningsfuldheden er således motivationsfaktoren, da den omhandler hvorvidt de forskellige stimuli er værd at investere tid og engagement i (ibid: 88-89).

Mennesker med en stærk følelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, opnår dermed en stærk følelse af sammenhæng. Ifølge Antonovsky tillægger de mennesker sig oftest mindre truende helbredsvaner og samarbejder mest hensigtsmæssigt med sundhedspersonalet (ibid:92).

Analyse af at styrke den gravides følelse af sammenhæng

Med baggrund i ovenstående må det antages, at fysisk aktivitet for nogle gravide kan være en stressor, da det er et krav, som ikke alle finder umiddelbar tilgængelig. I forsøg på at styrke den gravide i at håndtere en sådan stressor, uden en spænding opstår, kan

jordemoderen fremme den gravides følelse af sammenhæng gennem begreberne: Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, hvilket vil beskrives nedenfor.

Begribelighed

Når den gravide præsenteres for, at hun skal være fysisk aktiv, vil det have betydning for hendes begribelighed, at hun føler en forudsigelighed heri. Denne forudsigelighed kan jordemoderen fremme gennem løbende vejledning og information under graviditeten, så den gravide kender sine kropssignaler og forandringer. Herved vil den gravide finde det begribeligt, hvis hun eksempelvis føler sig mere træt efter fysisk aktivitet, da hun gennem jordemoderens støtte af hendes forudsigelighed har fået en bedre forståelse af fysisk aktivitet.

Håndterbarhed

Når jordemoderen skal styrke den gravides følelse af håndterbarhed, er det vigtigt, at den gravide føler sine egne ressourcer tilstrækkelige. Derfor er jordemoderens vigtige opgave i samarbejde med den gravide, at sætte nogle realistiske mål for fysisk aktivitet for den gravide, så hun finder dem håndterbare. Samtidig skal jordemoderen gøre opmærksom på sin støtte, såfremt den gravide har et ønske om det.

Meningsfuldhed

Formår jordemoderen endvidere at få den gravide til at betragte fysisk aktivitet som en positiv udfordring frem for en byrde, vil den gravide opnå meningsfuldhed og være mere motiveret for selv at tage ansvar for sin fysiske aktivitet. Jordemoderen kan eksempelvis fortælle om fordelene ved en fysisk aktiv graviditet både for kvinden og barnet, hvorved den gravide kan finde det værd at engagere sig i.

Følelsen af sammenhæng

Sammenfattende skal jordemoderen gennem de tre begreber: Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, fremme den gravides følelse af sammenhæng. Det kan medvirke til, at den gravide formår at håndtere fysisk aktivitet som en stressor uden der opstår spænding. Dermed vil den gravide som accepterer fysisk aktivitet som en positiv udfordring, føle et ansvar for handle, hvorfor jeg i nedenstående afsnit vil

præsentere en måde, hvorpå jordemoderen gennem den motiverende samtale kan støtte den gravide i at blive eller forblive fysisk aktiv.

4.3 Præsentation og analyse af ”Den motiverende samtale” (2006) af Carl Erik Mabeck

I følgende afsnit vil teorien omkring den motiverende samtale præsenteres og analyseres, med henblik på hvordan jordemoderen kan motivere den gravide til fysisk aktivitet. I bogen: *”den motiverende samtale”* anvender Mabeck betegnelsen ”hun” om patienten, hvorfor jeg også i min præsentation af teorien antager, at patienten er en kvinde.

Motivation af den gravide

”Motivation er parathed til handling. Graden af motivation udtrykker sandsynligheden for, at en bestemt handling bliver gennemført.” (Mabeck 2006:8) Sådan er motivation defineret, og den motiverende samtale opnås gennem self-management, som er et udtryk for, at patienten ved egen indsats skal opnå adfærdsændringer. Disse er oftest målet for motivation og sker gennem patientens bevidsthed om diskrepansen mellem hendes nuværende adfærd og den ønskelige adfærd. Behandleren skal blot fungere som katalysator for processen, ved at fastholde patienten i sit dilemma, uden at godkende eller undererkende hendes valg(ibid:8,13-15).

Når jordemoderen vil motivere den gravide til mere fysisk aktivitet, kan hun basere sin information og rådgivning på den motiverende samtale. Herved skal hun fremme den gravides tanker på egne løsninger, og ikke fortælle hvad den gravide gør rigtig og forkert. Dette vil fremme den gravides ekspertise i, selv at kunne træffe afgørende valg, og på egen hånd nå sine mål, blot med jordemoderen som støtte. Denne støtte kan jordemoderen yde gennem den motiverende samtale, ved at tage udgangspunkt i ”The tree function-model,” som i det følgende vil beskrives.

The tree function-model (ibid:15)

Funktionerne ved denne model er:

- 1) Behandleren opnår god kontakt med patienten.

- 2) Behandleren finder patienten hvor hun er, og begynder der.
- 3) Behandleren og patienten finder i samarbejde løsninger og definerer mål.

God kontakt med patienten

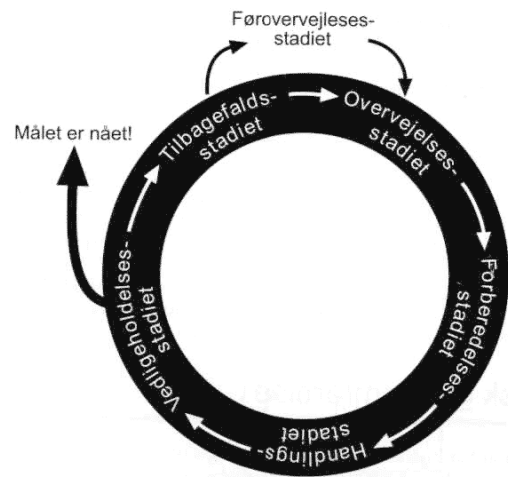
Forudsætningen for at kunne gennemføre den motiverende samtale er, at patienten har tillid til behandleren og tør fortælle om sine oplevelser og følelser. Endvidere danner tilliden baggrund for, at patienten er modtagelig for behandlerens råd og vejledning (ibid:41-42). De væsentlige faktorer for etableringen af et godt forhold mellem behandler og patienten beskrives ved PEARLS: "*Partnerskab, empati, accept, respekt, legitimering, støtte*" (ibid:43). Disse faktorer er baggrunden for, at behandleren opnår patientens tillid. Endnu en medvirkende faktor hertil kan også være aktiv lytten, der karakteriseres ved, at der både lyttes og reflekteres over det den anden fortæller. Når behandleren udøver aktiv lytning signalerer vedkommende opmærksomhed og interesse, hvorved patienten finder tillid (ibid:51-52). Patienten anvender derimod aktiv lytten til selv at analysere sine oplevelser og følelser. Behandleren styrer samtalen gennem åbne spørgsmål, både for at opnå en sundhedsfaglig opfattelse af patienten, samt en forståelse af vedkommende som et menneske i en unik situation (ibid:23).

Jordemoderens kontakt med den gravide

PEARLS faktorerne kan være anvendelig som baggrund for jordemoderens motivation, da den gravides tillid er essentiel for motivationen af hende. Ved at jordemoderen viser interesse og anerkendelse, vil den gravide føle sig accepteret og turde fortælle om sine oplevelser og følelser. Vigtige oplysninger omkring den gravides tidligere mislykkedes forsøg på at være fysisk aktiv, kan nogle gravide have svært ved at tale om, på grund af dårlig samvittighed over ikke at have anerkendt problemet og gjort noget ved det. Men gennem jordemoderens tillid, kan den gravide betro sig til jordemoderen, hvorved en bedre forståelse af den gravide også bliver mulig. Opnås denne tillid ikke i kontakten med den gravide, kunne man forestille sig en distance, hvorfor den gravide ikke ville være åben for jordemoderens information om fysisk aktivitet.

Find patienten og start hvor hun er

Som udgangspunkt for at kunne motivere patienten, skal behandleren: "[...] finde patienten der, hvor hun er - og begynde der." (Mabeck 2006:57), og gennem de forskellige stadier i forandringens hjul hjælpe hende videre med sine adfærdsændringer (Mabeck 2006:16).



I førovervejeses-stadiet er patienten endnu ikke motiveret for adfærdsændringer, og mangler tro på, at hendes adfærd kan ændres (ibid:58-59). Information om adfærdsændringernes fordele vigtige, og risici kan være motiverende, så længe de ikke inducerer en frygt i patienten, hvilket kan have den modsatte effekt (ibid:79). Med udgangspunkt heri skal informationen både indeholde fordele og risici med henblik på at patienten erkender sit problem, hvilket sker i overvejeses-stadiet, hvor hun dog endnu ikke er parat til forandringerne (ibid:59). Behandlerens rolle er opnå patientens refleksioner over diskrepansen mellem aktuel og ønskelig adfærd, hvilket kan føre hende videre til næste stadium. Oftest er dog en begivenhed i forberedelses-stadiet, der får patienten til at beslutte sig for vaneændringerne (ibid:59,83).

I handlings-stadiet er patienten motiveret, men indser at det er tidskrævende. For at fastholde hende i vaneændringerne er behandlerens rolle at vejlede i selv at finde løsninger, for at hun kan komme videre til vedligeholdelses-stadiet (ibid:84). I vedligeholdelses-stadiet er vaneændringerne implementeret, men endnu ikke indgroede, og kunsten er at forebygge tilbagefald. Behandleren skal både informere om den viljestyrke der kræves af hende for at blive i stadiet, og samtidig informere om risikoen for tilbagefald, da de håndteres bedst af den informerede patient (ibid:60,80). Forekommer der tilbagefald, må behandleren fokusere på, at det er en episode med erfaring til nye strategier for at styrke vedligeholdelsen (ibid:60-61)

Jordemoderens brug af forandringens hjul

Jordemoderens anvendelse af forandringens hjul er med henblik på at hjælpe den gravide til adfærdsændringer, hvorfor det må være vigtigt, at jordemoderen er bekendt med de forskellige stadier, og tager udgangspunkt i den gravides situation.

Den inaktive gravide, der befinder sig i et af de første stadier i forandringens hjul, kan jordemoderen motivere ved at tage udgangspunkt i aktiv lytten. På den måde kan hun stimulere den gravide til at fortælle om tidligere oplevelser med fysisk aktivitet og få hende til at reflektere over, hvorfor hun ikke er fysisk aktiv i sin hverdag. Ønsker den gravide at ændre sine vaner, må jordemoderen som katalysator fastholde den gravide i sit dilemma og få hende til at reflektere over, hvordan det skal gribes an. På baggrund af tilliden kan jordemoderen motivere den gravide, ved at anvende sin faglige ekspertise på området, til at informere omkring fordelene ved fysisk aktivitet.

Både den i forvejen fysisk aktive og den inaktive der er motiveret og i gang med fysisk aktivitet, skal begge støttes og opmuntres for at forebygge tilbagefald. Jordemoderen kan gennem self-management styrke den gravide i at finde egne ressourcer frem, ved at få hende til at reflektere over sin fysiske aktivitets fordele samt sine mål. Det kan ikke udelukkes at den gravide vil miste modet og reducere sit fysiske aktivitetsniveau, enten på grund af påvirkninger udefra eller på grund af kropssignaler, der gør hende angst. Men den ressourcestærke gravide vil gennem self-management og støtte fra jordemoderen nemmere komme sig over tilbagefaldene og igen vende tilbage til overvejelserstadiet, hvor motivationen som dannede grundlag for vaneændringerne, skal hentes frem igen.

Find løsninger sammen med patienten

Behandleren har sin sundhedsfaglige ekspertise, men er ikke ekspert i patientens liv. Derfor skal vedkommende passe på ikke at lade sin viden og erfaring danne grundlag for, hvad der er bedst for patienten, men tage udgangspunkt i den enkelte og sammen finde en løsning (ibid:23,76). Den motiverende samtale fremhæver empowering som en proces, der stimulerer patientens holdninger og selvbevidsthed til formål at øge hendes handlekompetencer. Behandleren skal i den motiverende samtale fokusere på at fremme denne proces, ved at finde patientens ressourcer frem, og styrke hendes vilje og tro på,

at hun gennem self-management selv kan finde løsninger og tage ansvar for sine beslutninger og handlinger (Mabeck 2006:73-74 og 96-97).

Jordemoderen finder løsninger med den gravide

Hvis den gravide har haft tillid til sin jordemoder og eksempelvis fortalt, at hun tidligere løbetrænede, men stoppede på grund af kedsommelighed herved, så er det vigtigt, at jordemoderen ikke gør sig til ekspert på området og fortæller, hvordan løbetræning kan være godt for hende alligevel. Jordemoderen skal i stedet tage udgangspunkt i den gravides situation og gennem empowering finde hendes selvbevidsthed frem. Herved styrkes hun i selv at tage beslutninger, det kunne eksempelvis være beslutninger om handlinger, som kunne motivere til fysisk aktivitet, hvorved den gravide bliver ekspert på eget område.

Sammenfatning af den motiverende samtale

”Motivation er parathed til handling. Det kan være parathed til at ændre adfærd [...] Det kan også være parathed til at fortsætte en bestemt adfærd [...]” (Mabeck 2006:31)

Motivation er derved rettet mod handling, men styret af patientens overbevisning, som skal ændres før hun kan ændre sin adfærd. Det overordnede formål med den motiverende samtale, er at øge patientens indre motivation, så paratheden til adfærdsændringer opstår indefra (ibid: 2006:26,77).

Ovenstående analyse af ”The tree function model” har vist, hvordan jordemoderen kan anvende denne form til motivation af både den allerede fysisk aktive, hvis ønske er at fortsætte gennem graviditeten, samt den inaktive der har et ønske om vaneændringer. Den gravides tillid til jordemoderen er essentielt for den motiverende samtale, men det må også tages i betragtning, at ikke alle gravide kan motiveres til adfærdsændringer gennem ”the tree function model”. Det må antages, at kræve stor selvdisciplin for at fastholde adfærdsændringer, da jordemoderen støtte kun er af begrænset omfang på grund af de forholdsvis få gange, den gravide er til jordemoderkonsultation. På baggrund heraf kunne man forestille sig, at nogle gravide ville have problemer med at

fastholde de noget krævende ændringer, hvorfor nedenstående afsnit vil præsentere kaizen, som er en mindre drastisk metode til at skabe adfærdsændringer på.

4.4 Præsentation og analyse af kaizen

I følgende afsnit præsenteres filosofien kaizen, med udgangspunkt i bogen: *"Kaizen – et lille skridt kan ændre dit liv"* (Maurer 2004). Teorien vil analyseres som supplement til, hvordan jordemoderen kan motivere den inaktive gravide, der ikke parat til store vaneændringer.

Præsentation af kaizen

Mennesket har livet igennem forskellige mål, som kan opnås gennem vaneændringer. Den oftest anvendte metode hertil er innovation, som er en forandringsproces, der sigter efter størst mulig resultat på kortest tid (Maurer 2004:15). En sådan proces vil for den inaktive gravide betyde, at hun skal være fysisk aktiv hver dag i 30 minutter for at følge anbefalingerne, hvilket dog for mange vil være en stor omvæltning og medvirke til at modet mistes.

En alternativ og mindre drastisk metode til vaneændringer er kaizen, hvor ændringerne skabes gennem små skridt, hvorved bevidstheden på sigt vil føle en trang til den nye adfærd (ibid:21-22,27-28). Hvis jordemoderen kender til kaizen, kan hun anvende metoden til den inaktive gravide, som har svært ved at motiveres til fysisk aktivitet på grund af manglende overskud og parathed hertil. Det er dog vigtigt, at jordemoderen påbegynder kaizen på en overkommelig måde, hvilket gøres gennem tankeskulptur.

Tankeskulptur

En ideel måde at indlede kaizen på er tankeskulptur, som forbereder bevidstheden på at beherske nye mønstre. Fremgangsmåden er, at personen mentalt skal nærme sig en opgave med små skridt for at undgå angst for det uvante, hvorved hjernen optrænes til at udvikle nødvendige færdigheder til løsning af opgaven (Maurer 2004:83,91).

Jordemoderen kan introducere kaizen for den inaktive gravide, der ønsker at blive fysisk aktiv, ved at lære hende tankeskulptur-fremgangen. Her igennem skal den gravide

forestille sig, hvordan hun bliver gradvis mere fysisk aktiv, begyndende på et niveau hvor hun går mere omkring end hun plejer, til hun langsomt øger mængden af sit fysiske aktivitetsniveau. Når den gravide herved mentalt oplever forbedringer og glæder ved fysisk aktivitet, optrænes hjernen til at udvikle færdigheden, hvormed ændringerne bliver mere overskuelige. Efterhånden vil den gravide føle sig parat til at være fysisk aktiv, hvorfor det er vigtigt at jordemoderen står til rådighed og introducerer hende til de små skridt.

De små skridt

Når personen mentalt er klar vaneændringer, skal det indledes med et meget lille skridt, som næsten kan virke ubetydelig. Herved bliver det muligt at overvinde forhindringer uden samme krav til viljestyrke, som innovation behøver (Maurer 2004:98). En lille vane der langsomt indøves, bliver efterhånden en tillært vane for hjernen, som på sigt vil føles som en naturlig del af personens adfærd. Som eksempel beskriver Maurer, hvordan den inaktive kan gå et minut foran fjernsynet hver dag, og når det bliver en indøvet vane, så udvide det til at bevæge sig i flere sammenhænge. Når vanerne bliver indgroede, kan der sigtes mod næste skridt, igen gennem tankeskulptur (ibid:26,117).

Det er jordemoderens opgave, at hjælpe den gravide til vaneændringer ved at præsentere hende for små skridt der kan indøves i hendes hverdag. Jordemoderen kan foreslå den inaktive gravide, at hun eksempelvis går en runde i huset under reklamerne i fjernsynet, hvilket efter nogen tid vil blive en tillært vane. Herefter kan den gravide tilrådes flere små skridt mod ændringer, såsom at tage trappen i stedet for elevatoren eller parkere bilen længere væk fra butikken. På den måde vænner den gravide sig til nye vaner, som på sigt vil motivere hende til ønsket om, at påbegynde en fysisk aktivitet. I den situation må det være jordemoderens opgave at hjælpe den gravide med en langsom introduktion hertil, som igen skal starte ved tankeskulptur.

Kaizenspørgsmål

Kaizenspørgsmål er en vigtig del af kaizen, da hjernen her igennem påmindes om at fokusere på problemløsning og handling. Ved at stille sig selv små spørgsmål hver dag, fastholdes fokus på de igangværende vaneændringer (ibid 55,75). En ide til et sådan

spørgsmål kunne være: ”Hvilket lille skridt kan jeg tage i retning mod mit mål”
(ibid:76)

Jordemoderen kan hjælpe den gravide til at fastholde sit ønske om ændrede fysiske aktivitetsvaner, ved at fremhæve vigtigheden af den gravides egen engagement. Ved at lære hende kaizenspørgsmål, bliver hun mindet om sine adfærdsændringer. Hvis hun hver dag stiller sig selv et spørgsmål, eksempelvis hvad hun kan gøre fem minutter dagligt for at fremme sit fysiske aktivitetsniveau, vil hun på den måde påmindes metoderne til problemløsning. En anden mulighed kunne være en dagligt påmindelse om de mål hun ønsker at opnå gennem et kaizenspørgsmål.

Sammenfatning af kaizen

For at fortsætte den ønskelige adfærdsændring er det vigtigt, at man fastholder: ”en optimistiske tro på muligheden for din mulighed for kontinuerlig forbedring (ibid 188). Kaizen tager lang tid og kræver tålmodighed, da de forskellige processorer ikke må fremtvinges, men for mange skal arbejdes med kaizen resten af livet (ibid108,188).

På baggrund af ovenstående kan kaizen anvendes som en hjælp til jordemoderens motivation af den inaktive gravide, der ønsker at blive fysisk aktiv, men ikke har overskuddet på grund af tidligere mislykkede forsøg gennem innovation. Det er dog vigtig ikke at fremtvinge processen, men som jordemoder at fremhæve den tålmodighed der kræves af den gravide, da forandringerne tager tid.

4.5 Præsentation og analyse af det kvalitative studie

I følgende afsnit præsenteres og analyseres ”*Experiences of physical activity during pregnancy in Danish nulliparous women with a physically active life before pregnancy. A qualitative study*” (2010) af Hegaard⁶ et al. Løbende vurderes studiets validitet og reliabilitet. Til sidst gives en samlet vurdering af studiets almengørelse, og resultaterne analyseres i forhold til deres anvendelig til besvarelse af anden del af

⁶ Hegaard blev i 1989 uddannet jordemoder, og har efterfølgende skrevet en ph.d. omkring graviditet og fysisk aktivitet. Hendes forskningsinteresse er inden for rygning og fysisk aktivitet.

problemformuleringen. Når der gennem præsentationen og analysen henvises til studiet eller forskerne, er det ovenstående der refereres til.

Baggrund og genstandsfelt

Tidligere studier har vist, at de gravide af flere årsager ikke efterlever de 30 minutter daglige fysisk aktiviteter som anbefales, men ofte reducerer eller helt stopper når de bliver gravide. Forskerne bag dette studie fandt antallet af kvalitative studier på området manglende, og mente, at et kendskab til de gravides årsager til redueringen af fysisk aktivitet kunne medvirke til en bedre forståelse. Med baggrund heri var forskernes genstandsfelt, med udgangspunkt i de allerede fysisk aktive, at belyse de førstegangsgravides oplevelser af fysisk aktivitet gennem graviditeten.

I et kvalitativt studie skal genstandsfeltet fremgå, hvilket er problemfeltet, som forskerne ønsker at udforske for at opnå en dybere forståelse af menneskets livsverden (Nyt om forskning 17). I dette studie var forskernes genstandsfelt tydelig beskrevet og blev gennem metodetriangulering sat i relevant sammenhæng. Forskerne inddrog både kvantitative studier, der belyste problemets omfang, samt kvalitative studier som supplerede med uddybende forklaringer på de gravides tanker. Herved fremhævedes problematikken omkring de gravides reduering af deres fysiske aktivitetsniveau.

Deltagerne

I studiet blev oprindeligt udvalgt 20 deltagere, men en kvinde udgik på grund af sygdom, hvorved studiet bestod af 19 deltagere. Deltagerne var udvalgt på baggrund af et dansk dystoci-studie af Hanne Kjaergaard et al som foregik fra 2004-2005, hvor 4800 førstegangsgravide deltog. Kvinderne udfyldte et spørgeskema i deres 38. graviditetsuge, hvori de blandt andet angav deres fysiske aktivitetsniveau i året forud for graviditeten. Forskerne i dette studie udvalgte de kvinder, der havde angivet et moderat-hårdt fysisk aktivitetsniveau inden graviditeten, og endvidere at de havde fortsat dette gennem graviditeten eller reduceret til let-aktivitet og stillesiddende.

I kvalitative studier sigtes efter en kvalitativ repræsentativitet, hvilket betyder, at forskerne overvejer det kausale felt (Nyt om forskning 18). Dette var forskerne bag

studiet bevidste om, idet de medtog flere kategorier af de fysisk aktive, hvorved flere aspekter og nuancer af deres genstandsfelt kunne belyses.

Metode og dataanalyse

Interviewene af deltagerne foregik hovedsageligt i kvindernes hjem og blev gennemført af forskeren Hanne Hegaard (Hegaard) fra februar til juli 2008. Interviewene var baserede på semistrukturerede enkeltinterview med tematiske spørgsmål. Interviewene blev optaget på bånd og interviewlængden varierede mellem 15-50 minutter.

Umiddelbart efter hvert interview transskriberede Heggard materialet ordret, inklusiv nonverbale udtryk, hvorefter hun gav koder⁷ til hvert tekststykke. Efterfølgende læste og kodede Hegaard, sammen med tre andre forskere hver to uafhængige interviews, hvorefter de diskuterede deres kodningssæt, indtil overensstemmelser var nået. Resten af interviewene kodede Hegaard samt en af de andre forskere på skift, hvorefter Hegaard grupperede interviewene i 4 kategorier og 9 sub-kategorier. Slutteligt læste samtlige forskere materialet igennem, og da ingen nye kategorier fremkom, antog de at have opnået datamætning.

Intervieweren bør selv foretage den første kodning for at opnå en korrekt forståelse af det meningsbærende, men ved at inddrage flere forskere til databearbejdningen gennem forskertrianglering, øges validiteten (Malterud 2003:100-102,107). Endvidere er det vigtigt at der inden et kvalitativ studie er foretages pilotinterview⁸ (Nyt om forskning 19). Hegaard er både interviewer og transskribent, hvilket øger validiteten i studiet, da den første kodning af det meningsbærende er en vigtig proces i dataanalysen. Endvidere vidner den forskertrianglering der forekom under databearbejdningen om, at materialet er set fra flere forskellige vinkler og nuancer, hvilket også øger validiteten.

Reliabiliteten øges af, at interviewene blev båndoptaget, hvorved det rent teknisk er muligt at gengive, men at der ikke er foretaget pilotinterview svækker denne.

Resultater

⁷ En kode er et overordnet mærke, som skal samle de tekststykker, der har noget til fælles (Malterud 2003:102)

⁸ Pilotinterview er en slags prøveinterview hvor interviewguiden og interviewteknikken testes (Nyt om forskning: 19)

Studiets resultater blev opdelt under fire hovedkategorier og ni subkategorier, som beskrev baggrunden for de gravides fysiske aktivitet med uddybende forklaringer.

Fysisk aktivitet som livsstil:

- Vanerne for at være fysisk aktiv gjorde, at størstedelen af kvinderne under denne subkategori fortsatte gennem graviditeten. De fleste dog på et reduceret niveau.
- Beslutningen om at fortsætte trods graviditeten, udgjorde den anden subkategori. Kvinderne blev motiveret både ved at se andre gravide være fysisk aktive, men også gennem de fordele herved, som de fysisk aktive kunne have.

Kropsbevidsthed:

- Graviditetsrelaterede gener som især kvalme og opkast, gjorde, at de gravide reducerede træning i fitnesscentre.
- Komplicerede graviditeter med blødning, opkast eller gener efter fertilitetsbehandling, fik de gravide til at holde pauser fra fysisk aktiviteter.
- Forøget vægt var skyld i at mange gravide skiftede træningsformer og ikke følte sig godt tilpas i træningscentre med slanke kvinder.

Omsorgsfuldhed:

- Bekymringer for at miste barnet influerede på de gravides aktivitetsniveauer. Særlig de fertilitetsbehandlede eller de med en tidligere spontan abort, reducerede niveauet eller stoppede helt.
- Valget om at fortsætte trods bekymringer gjorde, at de gravide skiftede træningsformer. Især de gravide der deltog i prænatale træningstimer, følte tryk, da der var professionelle til at bestemme træningsmængde og intensitet.

Psykiske fordele:

- Glæden ved at være fysisk aktiv gjorde, at kvinderne i denne gruppe fortsatte.
- Psykiske fordele angav en anden gruppe gravide som grund til at fortsætte.

Trods de mange barrierer som de gravide stødte på, fandt de fleste alternative aktivitetsformer. De som cyklede, erstattede det i stedet med en cross-trainer eller hævede styret, mens andre især begyndte til svømning, gymnastik eller yoga.

Når resultater i kvalitative studier grupperes, bliver de mere overskuelige samtidig tydeliggøres det meningsbærende (Malterud 2003:102-103). Når resultaterne understøttes af centrale og korte citater, der repræsenterer alle interviewpersoner og belyser modsætninger, øges validiteten (Nyt om forskning 20). Forskerne bag studiet opstillede deres resultater på en overskuelig måde med kategori- og subkategori-overskrifter under hvert emne. Endvidere underbyggede de deres resultater med korte, identificerede citater fra 16 af de 19 deltagere, hvilket øger reliabiliteten, da de kan lede tilbage til interviewpersonen. De fleste deltagere var også repræsenterer, hvilket øger validiteten, som dog kan svækkes af, at samtlige citater underbygger resultaterne, da modsætninger kunne have vist, at forskerne ikke blot bekræftede deres forforståelse.

Forskernes diskussioner gennem studiet

I diskussionsafsnittet sammenfattede forskernes deres resultater og sammenlignede dem med tidligere studier, hvilke alle sammen fandt lignende resultater. Dog fandt forskerne et nyt perspektiv, da de gravide i dette studie formåede at fortsætte cykling ved at ændre cykelstilling eller højde på styret. Endvidere var forskerne opmærksomme på risikoen for recall bias, idet studiet foregik 3-4 år efter kvindernes fødsel. Men ved at inddrage et studie der viste, at kvinder med stor nøjagtighed erindrede deres første fødsel i op til 20 år, illustrerede de ubetydeligheden heraf.

Forskerne skrev i et afsnit, hvordan deres for-forståelse kunne have betydning, hvorfor de inden studiet nedskrev og diskutererede deres erfaringer på området, for at belyse vigtigheden heraf. Denne erfaring og viden på området var de også opmærksomme på, kunne ændres over den tid interviewene foregik, hvilket de forebyggede ved at stille samme introduktionsspørgsmål til kvinderne og fastholde samme temaer.

Studiets konklusion

Studiet konkluderede at størstedelen af kvinderne var fysisk aktive gennem graviditeten, de fleste på reduceret niveau eller andre træningsformer, hvilket de drog mange fysiske og psykiske fordele af. Patologiske tilstande eller overdreven bekymring skabte inaktivitet, og forskerne fandt i studiet forskellige måder, hvorpå de gravide overkom disse. Enten gennem egne erfaringer, rollemodeller eller ved hjælp fra deres jordemoder eller fysioterapeut, hvilket tidligere studier ikke havde beskrevet. Endelig konkluderede forskerne, at der måtte supplerende viden til på området for at validere deres resultater.

Studiets validitet og reliabilitet

Reliabiliteten i et kvalitativt studie har betydning for pålideligheden af måleinstrumentets præcision og at objektivitet er sikret, hvilket også påvirker validiteten, som er en vurdering af dataets troværdighed og analysens gyldighed (Nyt om forskning 21).

Gennem præsentationen og analysen er validitet og reliabilitet vurderet, hvilke særlig er øget af den intersubjektivitet⁹ der gennem hele studiet fandt sted og som vidner om forskernes pålidelighed. Forskerne har gennem deres velbeskrevne og detaljerede baggrund, genstandsfelt, metode og datagennemgang skabt en systematisk redegørelse, hvilket øger reliabiliteten. Metodefremgangen vidner om, at forskerne var åbne for deltagernes data, idet de opstillede kategorier på baggrund af interviewene og ikke lod deres forforståelse danne baggrund herfor. På samme måde har forskerne gennem deres systematiske dataanalyse og bearbejdningsmetoder vist, at resultaterne ikke er fremkommet ved tilfældigheder. Både båndoptager og forskertrianglering vidner om et validt grundlag for resultaterne, da det sikrede konsistens af databearbejdningen, hvilket sammen med resten af metodefremgangen vidner om en pålidelig fremgang og bekræfter resultaternes oprigtighed, hvilket øger både validitet og reliabilitet.

Forskernes viser gennem deres diskussioner, at de var opmærksomme på at forebygge usystematiske fejl. Både deres beskrivelse af recall bias, som de forsøgte at afklare gennem et tidligere studie, samt deres redegørelse for for-forståelse, vidner om høj

⁹ Intersubjektivitet er at gøre læseren til en informeret ledsager, som får indsigt i alle beretninger der udvikles undervejs (Malterud 2003:22)

validitet og reliabilitet. Her igennem viste forskerne, at de var refleksive over egen forskningsmetode og erkendte begrænsninger og svagheder i deres studie. Dette øger validiteten, da målet ikke er at eliminere problemer men at synliggøre dem. Dog har forskerne kun underbygget deres resultater gennem andre studier og citater, hvilket kan svække validiteten, idet modsætninger havde tydeliggjort, at forskerne var i stand til at lægge for-forståelsen til side og anskue resultaterne fra flere sider. Samtidig kan mangel på pilotinterview svække både validitet og reliabilitet, da de teoretiske referencerammer er vigtigt at afprøve inden et kvalitativt studie.

Under den kritiske analyse gennemgang af studiet, har jeg vurderet på studiets validitet og reliabilitet, og konklusionen må være, at studiets validitet vurderes høj. Reliabiliteten samlet vurdering er også høj, men det skal tages i betragtning, at reliabiliteten svækkes af, at der inden forskningsprocessen ikke blev foretaget pilotinterview.

Almengørelse af studiet

I kvalitative studier betyder almengørelsen af studiet, hvorvidt resultaterne er almene for en gruppe. Baggrunden herfor er validitet og reliabilitet, altså om resultaterne er valide til den valgte referenceramme og kan anvendes i klinisk praksis (Nyt om forskning 21). Da den samlede vurdering på validitet og reliabilitet er høj, er det interessant at vurdere, hvorvidt resultaterne fra studiet er anvendelige i andre sammenhænge. Idet forskerne medtog meget empirisk materiale på området, vidnede det om, at de var velorienterede på området, og derfor i stand til at vise, hvordan deres studie bidrog til ny viden på området. Herved anskueliggøres resultaternes anvendelighed i praksis. Endvidere er det af betydning, at studiet er udarbejdet i en dansk kontekst, hvorfor resultaterne må være overførbare til det danske sundhedsvæsen uden videre.

Med baggrund i ovenstående finder jeg studiets almengørelse god, og resultaterne synes almene for en gruppe gravide i Danmark. Derfor vil jeg i følgende afsnit analysere de resultater der har relevans for projektets anden del af problemformuleringen.

Analyse af studiets resultater

Studiets resultater viste, at gravide reducerede deres fysiske aktivitetsniveau på grund af barrierer såsom graviditetsrelaterede komplikationer, utilpashed og bekymringer. Det må for jordmoderen være vigtig at kende til disse barrierer, for gennem information og

motivation af den gravide, at kunne forebygge deres indvirke. Netop i jordemoderens motivation af den gravide, kan den viden fra studiet om, at de gravide finder store glæder ved træningshold kun for gravide benyttes. De gravide fandt en motiverende faktor i at se andre gravide træne og samtidig var det en tryghed for de bekymrede gravide, idet en ekspert på området tog ansvaret for intensitet og træningsmængde, hvorved de ikke overbelastede sig.

Endvidere kunne det tyde på, at jordemoderen i sin motivation af den gravide, med fordel kan fortælle omkring de positive effekter der er gennem en fysisk aktiv graviditet, da flere nævnte det som en motiverende faktor. Men også i sin motivation opfordre de gravide aktivitetsformer som svømning, gymnastik og yoga, da disse var aktiviteter mange af de gravide fandt behagelige.

Jordemoderens kendskab til, at de fleste gravide reducerer deres fysiske aktiviteter og støder på barrierer må antages at være væsentlig viden for jordemoderen. Endvidere er de forskellige motiverende faktorer et vigtigt kendskab i jordemoderen motivation af den gravide, hvorfor en videre diskussion af, hvordan denne viden kobles sammen med den motiverende samtale må være interessant at belyse i diskussionen.