

Skyld, skam & gestationel diabetes mellitus

Et kvalitativt bachelorprojekt omhandlende kvinder med gestationel diabetes mellitus, og det stigma de møder, samt jordemoderens varetagelse af omsorgen for dem.



Simone Lindholm Roed, 3030437
Sofie Tornby Christoffersen, 3030441
Victoria Anna Preece, 3030458
UC Syd, Jordemoderuddannelsen
7. semester, JM20S

Vejleder: Lisbeth Weller Laursen
Afleveringsdato: 20/12-2023
Antal anslag: 87.779
Dette projekt må lånes ud.

Resumé

Titel: Skyld, skam & gestationel diabetes mellitus

Baggrund: Igennem vores klinikperioder på studiet har vi erfaret, at mødet mellem kvinder med gestationel diabetes mellitus og jordemødre, kan være præget af udfordringer. Herunder adfærd, der kan tyde på stigmatisering. Med baggrund i dette, samt en nylig guideline fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, ønsker vi at undersøge, om kvinder med gestationel diabetes mellitus oplever stigmatisering i graviditeten. Yderligere ønskes der at belyse, hvorledes jordemoderen oplever dette møde. Dette bruges til at undersøge, hvordan jordemoderen kan imødekomme og støtte kvinderne i graviditeten, herunder gennem mestring af diagnosen.

Problemformulering: Oplever kvinder med gestationel diabetes mellitus stigmatisering i graviditeten? Hvordan oplever jordemoderen mødet med kvinderne, og hvordan kan hun støtte dem?

Fremgangsmåde: I projektet anvendes en humanvidenskabelig tilgang, hvorfor der anvendes kvalitativ empiri med hermeneutisk og fænomenologisk metode. Ved en systematisk søgning, blev der fundet to videnskabelige studier, som er relevante i henhold til opgavens problemformulering. Herved tager analysen og diskussionen udgangspunkt i studierne med afsæt i Goffman og Sundhedsstyrelsens stigmatiseringsteorier, samt Antonovskys teori om Oplevelsen af Sammenhæng.

Konklusion: Der konkluderes, at kvinder med gestationel diabetes mellitus oplever stigmatisering i graviditeten, og at dette skyldes stigmatisering fra jordemoderen, samfundet, samt selvstigmatisering. Fra jordemoderens synspunkt ses mødet med kvinderne som problematisk. Slutteligt konkluderes det, at jordemoderen kan støtte kvinderne gennem Oplevelsen af Sammenhæng. Herunder hvorledes netværket, gruppekonsultation, spørgeskema, sprogbrug og samtaler med jordemoderen, kan hjælpe kvinderne med at mestre diagnosen.

Forfattere: Simone Lindholm Roed, Sofie Tornby Christoffersen & Victoria Anna Preece

Institution: Jordemoderuddannelsen, UC SYD Esbjerg, Danmark 2023

Søgeord: Gestationel diabetes mellitus, Stigmatisering, Stigma, Oplevelsen af Sammenhæng, Jordemoder, Jordemoderfaglig støtte

Abstract

Title: Guilt, shame & gestational diabetes mellitus.

Background: Through our clinical periods during our studies, we've observed that the interaction between women with gestational diabetes mellitus and midwives can be challenging and include behavior that may indicate stigmatization. Based on this observation, and a recent guideline from the Danish Society for Obstetrics and Gynecology, we aim to investigate whether women with gestational diabetes mellitus experience stigma during the pregnancy. Furthermore, we aim to shed light on how midwives experience this interaction. This research aims to explore how midwives can meet and support women during pregnancy, particularly in coping with the diagnosis.

Objective: Do women with gestational diabetes mellitus experience stigma during pregnancy? How do midwives perceive their interactions with these women, and how can they support them?

Method: The project adopts a humanistic approach, utilizing qualitative empirical research with hermeneutic and phenomenological methodologies. Through a systematic search, two relevant scientific articles have been identified concerning the objective of this project. The analysis and discussion are grounded in these articles, employing Goffman and the Danish Health Authorities theories of stigma and Antonovsky's theory of the Sense of Coherence.

Conclusion: It is concluded that women with gestational diabetes mellitus do experience stigma during pregnancy, stemming from stigma from the midwife, society as well as self-stigmatization. From the midwives' perspective, the interaction between them and these women is viewed as problematic. Ultimately, it is concluded that midwives can support these women through facilitating a sense of coherence. This includes utilizing the network, group consultations, questionnaires, language use, and conversations with midwives to help the women cope with the diagnosis.

Authors: Simone Lindholm Roed, Sofie Tornby Christoffersen & Victoria Anna Preece.

Affiliation: Faculty of midwifery, UC SYD Esbjerg, Denmark 2023

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Stigmatization, Stigma, Sense of coherence, Midwife, Midwifery support

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	1
Abstract	2
1.0 Indledning.....	6
2.0 Problemformulering.....	7
3.0 Problemafgrænsning	8
4.0 Metodiske overvejelser	8
<i>4.1 Redegørelse for videnskabsteoretiske overvejelser</i>	<i>8</i>
4.1.1 Fænomenologi.....	8
4.1.2 Hermeneutik	9
<i>4.2 Søgestrategi.....</i>	<i>11</i>
4.2.1 Søgeprotokol 1	11
4.2.2. Søgeprotokol 2	12
<i>4.3 Begrundelse for valg af empiri og teori.....</i>	<i>14</i>
<i>4.4 Disponering af projektet</i>	<i>15</i>
5.0 Teori.....	15
5.1 Stigmatisering.....	15
5.2 Oplevelsen af Sammenhæng	18
6.0 Empiri.....	20
6.1 VAKS-modellen.....	20
6.2 Metodekritisk vurdering af “A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”	20
6.2.1 Validering af studiets troværdighed og overførbarhed	20

6.3 Metodekritisk vurdering af ““Mission Impossible”? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational mellitus”	22
6.3.1 Validering af studiets troværdighed og overførbarhed	22
6.4 Studiernes fund.....	23
6.4.1 Fundene i studiet: “A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”	24
6.4.2 Fundene i studiet: ““Mission Impossible”? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational mellitus”	25
7.0 Analyse.....	26
7.1 Samfundets opfattelse.....	26
7.2 Kvindernes forståelse for GDM.....	27
7.3 Kvindernes undgående adfærd	28
7.4 Selvbebrejdelse	30
7.5 Mødet med den sundhedsprofessionelle.....	30
7.6 Mødet mellem jordemoder og kvinde med GDM.....	32
7.7 Konsekvensen af stigmatisering.....	33
7.7 Delkonklusion	34
8.0 Diskussion.....	34
8.1 Afstigmatisering gennem aflivning af myter og sprogbrug.....	35
8.2 Jordemoderens støtte af kvindernes gennem oplysning og inddragelse.....	36
8.3 Mobilisering af netværket og netværksdannelse.....	38
8.4 Kritisk refleksion over vores projekt.....	41
9.0 Konklusion	42
10.0 Perspektivering	43
11.0 Referenceliste	45

12.0 Bilagsfortegnelse	49
<i>12.1 Bilag 1 - PICO-modellen</i>	<i>50</i>
<i>12.2 Bilag 2 - Søgeprotokol 1</i>	<i>51</i>
<i>12.3 Bilag 3 - Flowchart over bloksøgning 1</i>	<i>54</i>
<i>12.4 Bilag 4 - Søgeprotokol 2</i>	<i>55</i>
<i>12.5 Bilag 5 - Flowchart over bloksøgning 2</i>	<i>57</i>
<i>12.6 Bilag 6 - VAKS (Davidsen et al., 2023)</i>	<i>58</i>
<i>12.7 Bilag 7 - VAKS (Persson et al., 2010)</i>	<i>61</i>

1.0 Indledning

Gestationel diabetes mellitus (GDM) er en tilstand, som debuterer og/eller diagnosticeres i forbindelse med graviditet. GDM defineres, ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, som glukoseintolerans af varierende sværhedsgrad (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 191). Forekomsten af GDM er i Danmark stigende. Aktuelt konstateres GDM hos cirka 6 % af alle gravide i Danmark (Davidsen et al., 2022, s. 14), hvorfor GDM er en af de mest almindelige graviditetskomplikationer, og denne er associeret med en øget risiko for maternelle, samt perinatale komplikationer (DSOG, 2023, s. 9). GDM adskiller sig fra andre graviditetskomplikationer, idet den oftest er symptomfri. Derfor er det essentielt med screening, for at kunne opspore og behandle tilstanden, hvorved graviditets- og fødselskomplikationer kan forebygges (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 191). Screening og videre henvisning foretager egen læge og/eller konsultationsjordemoderen. Dermed er dét at arbejde forebyggende en del af jordemoderens virksomhedsområde i henhold til kvinder med GDM. Det forebyggende arbejde fremgår af Cirkulære om jordemodervirksomhed, §1:

“Jordemodervirksomhed omfatter konstatering af svangerskab, varetagelse af forebyggende helbredsmæssige undersøgelser under svangerskab, herunder behovsundersøgelser og undersøgelser med henblik på at diagnosticere risikosvangerskaber, [...]” (Cirkulære om jordemodervirksomhed § 1, jf. CIR nr 149 af 08/08/2001)

Kvinder som bliver diagnosticeret med GDM har et risikosvangerskab, hvilket betyder, at det er uden for jordemoderens selvstændige virksomhedsområde (Cirkulære om jordemodervirksomhed § 7, jf. CIR nr 149 af 08/08/2001). Dog er det fortsat jordemødrene, som har den primære kontakt med kvinderne, men det tværprofessionelle samarbejde mellem jordemødre og andre professioner, ses essentielt i håndteringen af kvinder med GDM. Dét at blive diagnosticeret med GDM kræver meget af kvinderne, idet de skal til mange kontroller med forskellige sundhedsprofessionelle (Lægehåndbogen, 2022). Alle disse aspekter vakte en nysgerrighed hos os omkring, hvordan kvinder med GDM oplever diagnosen og graviditetsforløbet. Herunder særligt

hvordan gravide med GDM oplever mødet med de sundhedsprofessionelle - specielt mødet med jordemoderen synes vi var interessant. Ydermere har vi i vores klinikperiode oplevet episoder med uhensigtsmæssig opførsel fra jordemødre til og om kvinder med GDM. Det følgende citat er et eksempel på uacceptabel og uhensigtsmæssig opførsel fra en jordemoder om en kvinde med GDM:

“Hvis hun ikke kan finde ud af at holde styr på sit blodsukker, kan hun så overhovedet varetage sit barn?” (Citat fra jordemoder).

Dette citat gav os yderligere interesse for, om kvinderne i mødet med de sundhedsprofessionelle føler sig stigmatiseret. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) er aktuelt ved at udarbejde en ny guideline omhandlende GDM (DSOG, 2023), herunder foreligger et appendix med fokus på netop stigmatisering af kvinder med GDM. Der er de senere år kommet et øget fokus på risikoen for stigmatisering af kvinder med overvægt og/eller GDM (DSOG, 2023, s. 10). I relation til dette beskriver DSOG, hvordan et stigma kan forstærkes gennem den måde, hvorpå sundhedsprofessionelle agerer - særligt hvordan der kommunikeres (DSOG, 2023, s. 52). Som jordemoderstuderende i klinikken har vi oplevet forskellige håndteringer af denne gruppe af gravide kvinder. Fællesnævneren er kompleksiteten i mødet mellem jordemoderen og kvinden med GDM.

På baggrund af vores egne oplevelser i klinikken, samt den nye guideline fra DSOG, finder vi det relevant at belyse, om dette er en reel problematik - om kvinder med GDM oplever stigmatisering i graviditeten. Ydermere ønsker vi at undersøge jordemødrenes oplevelse af mødet med kvinder med GDM. Herunder hvordan jordemødre kan imødekomme kvinder med GDM, samt støtte dem til mestring af diagnosen. Med udgangspunkt i dette har vi udarbejdet nedenstående problemformulering.

2.0 Problemformulering

Oplever kvinder med gestationel diabetes mellitus stigmatisering i graviditeten?
Hvordan oplever jordemoderen mødet med kvinderne, og hvordan kan hun støtte dem?

3.0 Problemafgrænsning

I dette projekt er der tilvalgt alle kvinder med GDM. Dette inkluderer kvinder med alle sværhedsgrader af GDM - også kvinder der bliver insulinkrævende i graviditeten. Dette tilvalg er gjort, da det, på trods af stigende prævalens, stadig er en relativt lille gruppe af kvinder, som udvikler GDM (Davidsen et al., 2022, s. 14). Derved vil det blive en for snæver gruppe, hvis der blev gjort fravalg i henhold til sværhedsgrader af GDM.

4.0 Metodiske overvejelser

I det følgende afsnit vil vi redegøre for projektets videnskabsteoretiske overvejelser, herunder hermeneutik og fænomenologi. Herefter vil vi præsentere vores søgestrategi, og begrunde vores valg af teori og empiri. Afslutningsvis fremlægges vores disponering af projektet.

4.1 Redegørelse for videnskabsteoretiske overvejelser

Jævnfør første del af problemformuleringen vil det undersøges om kvinder med GDM oplever stigmatisering i graviditeten. Da kvindernes individuelle oplevelser er i fokus, findes det relevant at bruge et humanvidenskabeligt perspektiv (Thisted, 2018, s. 57). Derved bruges den kvalitative metode, herunder en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang. Disse tilgange bruges også til anden del af problemformuleringen, hvor der ønskes en forståelse af jordemoderens subjektive oplevelse af mødet med kvinder med GDM.

4.1.1 Fænomenologi

Den humanvidenskabelige tradition fænomenologi blev grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938). Fænomenologien tager udgangspunkt i fænomenerne, og ønsker at skabe viden om bevidsthedsfænomener (Birkler, 2014, s. 103). Her forsøges at forstå subjektets oplevede verden, beskrevet med begrebet livsverden (Thisted, 2018, s. 64). Dermed er formålet med fænomenologien at forstå fænomenerne, der opleves i livsverden (Birkler, 2014, s. 106). Fænomenologien beskæftiger sig med den livsverden der udleveres og erfares, altså den umiddelbare levede verden (Birkler, 2014, s. 105).

Begrebet intentionalitet er rettet mod bevidstheden, og beskæftiger sig med forholdet mellem individet som oplever og det oplevede (Birkler, 2014, s. 104). Kvinderne og jordemødrene, de oplevende, vil altid være bevidste om noget - dette påvirker dem, og er en del af deres oplevede livsverden. Dermed opstår der en sammenhæng mellem den oplevende, og det oplevede (Birkler, 2014, s. 104). Kvindernes og jordemødrenes bevidsthed er rettet mod deres erfaringer med GDM, dermed vil deres synsvinkel på dette komme til syne.

Begrebet epoché henviser til en tilgang til bevidsthedsfænomenerne, hvor man ser bort fra alle forudfattede meninger og holdninger. Denne tilgang stræber efter en neutral beskrivelse af sagen, hvor informanternes bevidsthedsfænomener ikke forurenes (Birkler, 2014, s. 109). Dette gøres ved, at forskerne undlader at inddrage deres bevidsthed, og blot lader informanterne fortælle deres umiddelbare tanker og følelser vedrørende fænomenerne. Epoché kan være svært at udføre i praksis, hvorfor det er vigtigt, at vi i vores projekt er opmærksomme på, at vores empiri kan være påvirket af forskerens egen bevidsthed (Birkler, 2014, s. 109). Yderligere er det, i en fænomenologisk sammenhæng, vigtigt at forstå fænomenernes essens - til dette bruges begreberne eidetisk variation og eidetisk reduktion. Ved eidetisk variation tilstræbes varierende beskrivelser af informanternes prærefleksive oplevelser, så der slutteligt fremstår en synlig sammenhæng eller klynger af tematikker (Birkler, 2014, s. 109). Herefter reduceres informanternes fænomener, for at kunne finde fænomenernes essens - dette kaldes eidetisk reduktion (Birkler, 2014, s. 110). Fænomenologien søger ikke efter årsager, men sammenhænge. I denne opgave ønskes at undersøge fænomenet GDM gennem informanternes, kvindernes og jordemødrenes, livsverdenen.

4.1.2 Hermeneutik

En anden humanvidenskabelig tilgang er hermeneutikken, som betyder læren om forståelse. Begrebet for-forståelse er, ifølge filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002), grundvilkåret i hermeneutikken. Gennem dette begreb kan der reflekteres over, hvordan et udtryk kan overføres fra en andens verden til ens egen. Hermeneutik er ikke blot en teoretisk tilgang, men en praktisk metode, der giver os redskaber til at forstå og forklare virkeligheden på en nuanceret måde (Birkler, 2021, s. 111-112).

I vores projekt om kvinder med GDM og stigmatisering er hermeneutik en central tilgang til at forstå, hvordan kvinderne oplever stigmatisering, samt hvordan jordemødrene oplever mødet med kvinderne. Ved at anvende hermeneutiske begreber som for-forståelse, den hermeneutiske cirkel og horisontsammensmeltning kan vi opnå en dybere forståelse af den komplekse proces, som stigmatisering er, hvorved vi søger at bidrage til forbedring af omsorg og støtte til kvinder med GDM.

Ved en hermeneutisk forståelse vil forskeren søge at forstå kvindernes og jordemødrenes oplevelser med GDM. Dette kræver en dybdegående for-forståelse af de faktorer, der påvirker deres oplevelser. For-forståelse refererer til den eksisterende viden og erfaringer, som forskeren bringer ind i undersøgelsen, baseret på tidligere teoretisk og empirisk arbejde om emnet. For-forståelsen fungerer dermed som udgangspunkt, for at tolke og forstå de indsamlede data i sammenhæng med eksisterende viden om GDM og stigma (Birkler, 2021, s. 112-114). Det er vigtigt at forstå, at alle har en for-forståelse, som inkluderer fordomme og tidligere erfaringer - herudfra vil mennesket fortolke verdenen. Individet er dermed aldrig forudsætningsløse (Birkler, 2021, s. 114). Vores for-forståelse skaber, med alle sine fordomme, en horisont, som er det synsfelt vi ser et bestemt punkt ud fra. Dette kaldes forståelseshorisonten (Birkler, 2021, s. 114). Gennem projektet er det vigtigt, at vi er bevidste om, hvordan vores egen for-forståelse kan påvirke projektet.

Hermeneutikken sigter mod at opnå en horisontsammensmeltning, hvor forskernes meningshorisonter og informanternes meningshorisonter mødes for at opnå dybere forståelse. Målet er dog ikke, at forskerne og deltagernes horisonter smeltes sammen, og de dermed når til enighed, men snarere at deres horisont bliver oplyst i det samme lys. De deler herved, med andre ord, en forståelse (Birkler, 2021, s. 117-118). Forståelse er ikke en statisk tilstand, men en dynamisk proces, hvilket kan forklares ved den hermeneutiske cirkel. Grundtanken er, at der er et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse. Delene forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene (Birkler, 2021, s. 115). Helhedsforståelsen revideres i lyset af ny viden og refleksion, hvorved der skabes en ny delforståelse. Dermed kan man også kaldes

den hermeneutiske cirkel for en forståelsesmæssig spiralbevægelse, da man konstant bliver klogere (Birkler, 2014, s. 98).

4.2 Søgestrategi

I det følgende afsnit præsenteres vores to søgestrategier. Disse ligger til grund for udvælgelsen af vores empiri, der vurderes relevant som led i besvarelsen af vores problemformulering.

I vores strukturerede litteratursøgning for begge søgestrategier afgrænsede vi os til to internationale databaser, PubMed og CINAHL. Disse vurderes relevante, idet de begge er engelsksproget sundhedsfaglige databaser. Der er bevidst ikke søgt i databasen Cochrane, da studier siden 2016 automatisk er indekseret i PubMed (Petersen, u.å.). Vi valgte at anvende PICO-modellen (bilag 1), til at finde vores søgeord, med udgangspunkt i problemformuleringen. Dette er gjort, da vi ønskede den mest præcise søgning. De udvalgte specifikke søgeord blev oversat til engelsk, hvorefter vi har fundet relevante synonymmer. På PubMed brugte vi de tilhørende MeSH-termer, mens vi på CINAHL gjorde brug af CINAHL Headings - dette igen for at sikre en mere præcis søgning. Derudover søgte vi med frittekstord, for at sikre at nyere studier udgivet uden søgeord blev inkluderet. Søgeordene og frittekstordene blev kombineret med booleske operatorer "OR", hvorefter blokkene blev kombineret med booleske operatorer "AND". Dette sikrede en afgrænset søgning (CBS Bibliotek, 2023). Udover de strukturerede søgninger lavede vi også ustruktureret søgninger på henholdsvis den danske database, National Open Research Analytics og den norske database, Norwegian Open Research Archives, samt den svenske database SwePub. Dette blev gjort, for at afdække relevant nordisk empiri. Dog fandt vi ingen relevante studier i vores ustrukturerede søgninger.

4.2.1 Søgeprotokol 1

I vores første bloksøgning afgrænsede vi søgeordene til: "GDM", "Svangreomsorgen" og "Stigma", og inddelte dermed vores søgning i tre blokke (bilag 2). Med disse søgeord ønskede vi at belyse første del af vores problemformulering - nemlig om kvinder med GDM oplever stigmatisering i graviditeten. Fravælgelsen af studier ud fra in- og

eksklusionskriterier fremgår af bilag 3, men bliver også beskrevet nedenfor - først for PubMed, og herefter CINAHL.

Ved bloksøgningen på PubMed fremkom der 151 resultater. Vi valgte at ekskludere studierne udgivet før 2018, da vi ønskede nyeste evidens på området. Ved denne ekskludering fandt vi 81 resultater. Ydermere inkluderede vi kun sprog, vi kunne læse og forstå, hvorved vores søgning blev afgrænset til studier på dansk, norsk og engelsk. Dette gav fortsat 81 resultater. Herefter læste vi resultaternes titler, hvorved vi ekskluderede 71 resultater; 13 resultater på baggrund af studiedesign, 37 resultater på baggrund af studier foretaget uden for Europa, samt 21 resultater på grund af manglende relevans i forhold til vores problemformulering. Herefter læste vi abstracts på ti resultater, hvoraf vi yderligere ekskluderede seks studier, da studierne var foretaget uden for Europa. Ét studie blev valgt fra, da emnet ikke synes at besvare vores problemformulering. Afslutningsvis gennemlæste vi tre studier, hvoraf vi fandt ét relevant studie. Herefter lavede vi en bloksøgning i databasen CINAHL. Ved bloksøgningen fik vi 82 resultater. Vi valgte at ekskludere studier før år 2018, hvorved vi fik 50 resultater. Vi ekskluderede studier, som ikke var fra Europa, hvilket gav 21 resultater. Ud fra titlerne på de 21 studier ekskluderede vi atter 17 studier på grund af emne, samt to studier på grund af studiedesign. Heraf fandt vi to relevante resultater, som vi læste abstract på. Et studie blev valgt fra grundet land uden for Europa, hvorfor der kun var ét studie tilbage. Dette var en dublet fra bloksøgningen på PubMed, som vi allerede havde læst igennem og vurderet irrelevant.

Dermed blev studiet: *“A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”* af Davidsen et al., udgivet i 2023, valgt til at belyse første del af problemformuleringen.

4.2.2. Søgeprotokol 2

Til besvarelse af anden del af vores problemformulering anvendte vi en søgestrategi (bilag 4), som kunne belyse jordemødres oplevelse af mødet med kvinder med GDM. Vi brugte søgeordene: “GDM”, “Svangreomsorgen” og “Jordemoder”. Denne bloksøgning på tværs af databaser var for bred i forhold til emnet, og det ønskede resultat, hvorfor vi ændrede vores søgeord til: “GDM”, ”Jordemoder” og “Oplevelse”. Efter bloksøgningen

fravalgte vi studierne på baggrund af in- og eksklusionskriterier. Fravælgelsen af studierne fremgår af bilag 5, men bliver også beskrevet nedenfor - først for PubMed, og herefter CINAHL.

På PubMed gav vores bloksøgning 45 resultater. Herefter ekskluderede vi studier fra før 2018, hvorved vi fik 26 resultater. Ved kun at inkludere studier skrevet på dansk, norsk og engelsk fik vi 25 resultater. Herefter læste vi titlerne på studierne, hvoraf vi ekskluderede ti studier på grund af land udenfor Europa, to på grund af studiedesign, samt ti på grund af irrelevant emne. Vi læste abstract på de resterende tre resultater, hvoraf vi fandt to relevante studier, som vi læste igennem. Dog fandt vi ikke studierne relevante til belysningen af vores problemformulering. Derfor udvidede vi årstallet for søgningen til 2002-2017, da de første studier på området blev publiceret i 2002 på PubMed. Dette gav 20 resultater. Herefter inkluderede vi kun studier som var skrevet på dansk, norsk og engelsk, hvilket gav 18 resultater. Vi læste titler på de pågældende resultater - 13 studier blev valgt fra på grund af irrelevant emne og tre på grund af land udenfor Europa. Vi læste to studier igennem, hvorefter vi fandt ét relevant. Bloksøgning i CINAHL gav 36 resultater. Vi ekskluderede studier fra før 2018, hvorved vi fandt 19 resultater. Vi inkluderede kun studier fra Europa, hvilket gav otte resultater. Herefter læste vi titlerne på de studier, hvoraf vi ekskluderede fire studier på grund af land udenfor Europa og to på grund af studiedesign. Vi læste abstract på de resterende to resultater, og fandt ingen relevante studier. Da vi ønskede en ensartet søgestrategi på tværs af databaser, valgte vi også, på CINAHL, at udvide vores søgning. På denne database er der udgivet studier fra 2005, hvorfor vi ændrede søgningen fra 2005-2017, hvilket gav 17 resultater. Vi inkluderede kun studier fra Europa, hvilket gav 10 resultater. Herefter læste vi studierne titler, og ekskluderede otte resultater på baggrund af irrelevant emne. Vi læste abstract på de sidste to resultater, hvoraf den ene var en dublet fra PubMed, mens den anden vurderes irrelevant for besvarelsen af vores problemformulering.

Til besvarelsen af anden del af problemformulering valgte vi studiet: *“‘Mission Impossible’? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational diabetes mellitus”* af Persson et. al. udgivet i 2010.

4.3 Begrundelse for valg af empiri og teori

Til at belyse vores problemformulering benytter vi en humanistisk tilgang, hvorfor vi specifikt har søgt efter kvalitative studier, som kan belyse jordemødrenes og kvindernes oplevelser med GDM i graviditeten. Ét studie skulle belyse problemformuleringens første del, og dermed undersøge, om kvinder med GDM følte sig stigmatiseret i graviditeten. Det andet studie skulle belyse anden del af problemformuleringen, altså jordemødrenes oplevelse af mødet med kvinder med GDM.

Efter en systematisk søgning fandt vi det danske studie: *“A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”* (Davidsen et al., 2023) relevant, som belyser gravides oplevelse og opfattelse af GDM, med særligt fokus på stigmatisering. Dette studie giver os et relevant perspektiv på kvindernes oplevelse af GDM, samt mulighed for at undersøge om de oplever stigmatisering grundet deres diagnose. Til at belyse anden del af problemformuleringen fandt vi det svenske studie: *“‘Mission Impossible’? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational diabetes mellitus”* (Persson et al., 2010) relevant, da det belyser jordemødres oplevelse af at vejlede kvinder med GDM i jordemoderkonsultationen. Dette studie giver os mulighed for at undersøge mødet mellem jordemoderen og den gravide med GDM. Studierne giver os et indblik i emnet, som gør det muligt for os at diskutere, hvordan jordemoderen kan støtte kvinderne med GDM.

I projektet anvendes Erving Goffmans stigmatiseringsteori, samt Sundhedsstyrelsens teorier om stigmatisering og selvstigmatisering til at belyse, hvorvidt der forekommer stigmatisering af kvinder med GDM, og/eller om kvinderne oplever dette. Derudover inddrages Aaron Antonovskys teori om Oplevelsen af Sammenhæng, for at belyse, hvorvidt kvinderne formår at mestre deres situation med GDM, samt hvordan jordemoderen ved at styrke kvindernes oplevelse af sammenhæng vil kunne støtte kvinderne.

4.4 Disponering af projektet

I dette afsnit vil vi præsentere den videre disponeringen af projektet. Der redegøres for de valgte teorier, som danner baggrund for projektets analyse - Erving Goffman og Sundhedsstyrelsens stigmatiseringsteorier, samt Aaron Antonovskys teori om Oplevelsen af Sammenhæng. Efterfølgende præsenteres de to valgte studier - herunder følger en metodekritisk vurdering af disse, samt præsentation af studierne fund. De valgte teorier og vores empiri danner udgangspunkt i den kommende analyse. Her analyseres der, om kvinderne med GDM oplever stigmatisering i graviditeten, og hvordan dette kommer til udtryk. Herudover analyseres, hvorvidt kvinderne har en manglende oplevelse af sammenhæng. Desuden analyseres det, hvordan jordemødrene oplever varetagelsen af omsorgen for disse kvinder. Afslutningsvis præsenteres analysens resultater i en delkonklusion. Analysen, samt inddragelse af nye perspektiver, danner afsæt for den efterfølgende diskussion. Her diskuteres hvorvidt afstigmatisering kan ske gennem fokus på kommunikation, og information om ætiologien bag GDM. Derudover om jordemødrene, gennem spørgeskemaer og gruppekonsultationer, kan give kvinderne den nødvendige støtte under graviditeten med GDM. Diskussionen ender ud i en kritisk refleksion over projektet. Ydermere drages en konklusion på projektets problemformulering med udgangspunkt i analysen og diskussionen. Afslutningsvis fremlægges en perspektivering af projektets fund.

5.0 Teori

I det følgende afsnit redegøres der for de teorier, som bidrager til besvarelsen af problemformuleringen, herunder Erving Goffman og Sundhedsstyrelsens teorier om stigmatisering, samt Aaron Antonovskys teori om Oplevelsen af Sammenhæng.

5.1 Stigmatisering

Erving Goffman (1922-1982) er en af de mest indflydelsesrige sociologer inden for forståelsen af stigmatisering og social identitet. Den canadiske sociolog har bidraget væsentligt til vores forståelse af, hvordan samfundet etablerer normer og hvordan individer, der afviger fra disse normer, oplever stigmatisering (Goffman, 2009, s. 7). I hans banebrydende bog: *“Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity”*

præsenterede Goffman en dybtgående analyse af stigmatisering, og dets virkninger på individets sociale identitet (Goffman, 2009, s. 12). Goffman beskriver i denne bog de normale som dem, der ikke afviger fra samfundets normer og derfor ikke umiddelbart stigmatiseres (Goffman, 2009, s. 46). De stigmatiserede er dem, der kategoriseres og bedømmes ud fra samfundets holdninger til deres afvigelser (Goffman, 2009, s. 43). Goffman definerer dermed stigma, som en særlig relation mellem en egenskab og en stereotyp klassificering af mennesker, hvilket kan føre til negativt socialt omdømme og en forringelse af deres sociale identitet (Goffman, 2009, s. 44). Overordnet identificerede Goffman tre hovedkategorier af stigmatisering: kropslige vederstyggeligheder, karaktermæssige fejl og slægtsbetinget stigma. Kropslige vederstyggeligheder omfatter synlige tegn på afvigelse, såsom ar, handicap eller udseendemæssige forskelle. Karaktermæssige fejl giver sig til kende som viljesvaghed, dominerende, uhæderlighed eller unaturlige lidenskaber. Slægtsbetinget stigma refererer til stigma, der er knyttet til en persons tilhørsforhold til en bestemt gruppe såsom race, nation eller religion (Goffman, 2009, s. 46).

5.1.1 Passere, sløre, de egne og de kloge

Nogle af de centrale begreber i stigmatiseringsteorien af Goffman er at passere, sløring, de egne og de kloge. Begrebet at passere beskrives ifølge Goffman som handlingen, hvor personer, der oplever stigmatisering, forsøger at skjule eller undertrykke deres sande identitet eller karakteristika for at undgå stigmatisering. Det kan involvere at præsentere sig selv som mere normativ eller mindre afvigende, for at passe ind i samfundets forventninger (Goffman, 2009, s. 113). Sløring indebærer, at en person skjuler sit stigma ved at manipulere sit udseende eller opførsel. Det kan omfatte at ændre ens fremtræden eller måden at tale på, for at undgå at blive genkendt som stigmatiseret (Goffman, 2009, s. 143). Det kan være mentalt udfordrende at skulle tage stilling til at passere eller sløre ens tilstand for at undgå stigmatisering. Goffman skriver i sit kapitel: "*De egne og de kloge*" (Goffman, 2009, s. 60-73) om situationer, hvor dette ikke er nødvendigt. Disse situationer opstår, når personer med stigma møder andre med samme stigma. Dette kaldes de egne, og henviser til en gruppe mennesker, der deler et bestemt karakteristikum, erfaring og/eller tilstand. De egne kan tilbyde støtte og forståelse for hinanden på grund

af deres fælles identitet (Goffman, 2009, s. 61). De stigmatiserede kan også føle sig mindre stigmatiseret i interaktion med personer, der har en dybere forståelse for stigmaet, og derfor ikke tildeler stigmaet nogen betydning (Goffman, 2009, s. 60-73). Dette beskriver Goffman med begrebet de kloge, hvilket henviser til normative personer, som har viden om stigmaet, hvorfor de kan bidrage med støtte og sympati for de stigmatiserede. Dette kræver gensidig tillid mellem de stigmatiserede og de kloge, samt en anerkendelse af, at det ikke blot handler om at undgå at italesætte stigmaet (Goffman, 2009, s. 69).

5.1.2 Selvstigmatisering og afstigmatisering

Sundhedsstyrelsen beskriver begrebet selvstigmatisering som en internalisering af de negative opfattelser og fordomme, der er i samfundet. Dette fører til, at personen som oplever stigma, føler sig mindre værd på grund af situationen. Dette kan have alvorlige konsekvenser for individets selvværd og mentale velbefindende. Selvstigmatisering er centralt for forståelsen af, hvordan stigmatisering påvirker mennesker og samfund, og hvordan mennesker reagerer på individuelt og samfundsniveau (Sundhedsstyrelsen, 2023b). Sundhedsstyrelsen beskriver at stigmatisering kan mindskes eller helt undgås gennem afstigmatisering. Dette kan ske gennem fokus på tre elementer - viden, holdning og adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Det vigtigste element i arbejdet med afstigmatisering er adfærd, da diskrimination og forskelsbehandling af mennesker, sker herigennem. Ydermere udtaler Sundhedsstyrelsen, at det er muligt at ændre adfærd uden nødvendigvis at ændre holdninger, mens mere viden ikke nødvendigvis kan føre til ændringer i holdninger og adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Det vil sige, at information fra den sundhedsprofessionelle om en diagnose, kan risikere at forstærke stigmatiseringen, da det kan resultere i et overdrevet fokus på diagnosen frem for individet. Dog er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle udfordrer myterne om diagnosen med fakta, samt har klare budskaber uden at være påtrængende eller moraliserende, for at kunne afstigmatisere (Sundhedsstyrelsen, 2023a).

5.2 Oplevelsen af Sammenhæng

Den israelske sociolog Aaron Antonovsky (1923-1994) udarbejdede i 1979 teorien om Oplevelsen af Sammenhæng (OAS). Teorien udspringer af en undren over, hvad der gør, at mennesker holder sig raske og sunde til trods for alle de belastninger, de udsættes for (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 263). Dette kaldes det salutogenetiske perspektiv - fokus på, hvad der fremmer sundhed (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 262). Antonovsky ser mennesket som formet af et komplekst samspil mellem individuelle og sociale forhold, og argumenterer for, at dette har betydning for, hvordan mennesket udvikler følelser, værdier, samt håndtering og mestring af hverdagssituationer (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 263). Antonovsky beskriver begrebet OAS som betydningsfuld for individets evne til at engagere ressourcer til at klare stressorer (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 267). Stressorer beskrives som: *“krav, der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på”*. Med dette menes alle de små og store situationer, mennesket gennem livet bliver udfordret af. Hvis individet formår at mestre disse stressorer, giver dette individet OAS (Antonovsky, 2000, s. 46). OAS henviser til, at mennesker, der oplever, at deres liv og tilværelse hænger sammen, grundlæggende er bedre til at håndtere de stressorer, som de står over for. Et menneske kan ikke behandle og håndtere en stressor, medmindre vedkommende oplever en forståelse af problemets karakter, hvorved det gøres muligt at komme ud af situationen gennem problemløsning (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 267). Antonovsky bruger tre centrale begreber til at beskrive OAS - nemlig begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 268).

5.2.1 Begribelighed

Begrebet begribelighed forstås som i hvilken udstrækning mennesket kognitivt begriber, oplever og tolker hverdagens fænomener i form af indre eller ydre stimuli. Opleves de stimuli som individet udsættes for som strukturerede, genkendelige og tydelige, da vil individet have en stærk oplevelse af begribelighed. Opleves stimuli som uventede, ustrukturerede, og ubegribelige, da skal disse kunne tilpasses og fremstå klarere for individet, for at mennesket opnår en oplevelse af begribelighed (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 268). Begribelighed hænger sammen med en grad af forudsigelighed. Hvis et

menneske har en høj oplevelse af begribelighed, vil individet bedre kunne møde udfordringer i livet (Antonovsky, 2000, s. 35).

5.2.2 Håndterbarhed

Håndterbarhed handler om, i hvilken udstrækning mennesket oplever at have ressourcerne til at imødekomme de krav og stimuli, som individet konfronteres med. Ressourcerne beskrives som værende indre og ydre ressourcer. Her er det særligt de ydre ressourcer, som støtte fra personer man har tillid til, der er vigtige for at opleve håndterbarhed. Når et menneske har en høj følelse af håndterbarhed, føler individet ikke uretfærdighed, og mennesket vil se udfordringerne som håndterbare (Antonovsky, 2000, s. 36). Yderligere tilknyttes begrebet belastningsbalance, da mennesket, gennem håndterbarhed, kan klare en vis mængde af belastning - dog er dette en balancegang (Antonovsky, 2000, s. 46).

5.2.3 Meningsfuldhed

Begrebet meningsfuldhed handler om, i hvilken udstrækning individet føler, at livet er forståeligt følelsesmæssigt - særligt hvilken følelsesmæssig motivation mennesket har, for at investere tid og energi i de vanskeligheder, de møder gennem livet. Derved vil mennesker med en lav følelse af meningsfuldhed ikke beskrive nogen motivation for at håndtere udfordringer. Modsat vil mennesker med en høj følelse af meningsfuldhed finde udfordringer værd at engagere sig i følelsesmæssigt, samt være motiveret for at løse disse problemer. Individet vil dermed føle en grad af medbestemmelse og deltagelse i eget liv (Antonovsky, 2000, s. 36-37).

5.2.4 Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i sammenspil

Antonovsky beskriver de tre komponenter - begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed - som uløseligt forbundet (Antonovsky, 2000, s. 38). Det motiverende element, som meningsfuldheden bidrager med, er det vigtigste element. Meningsfuldhed udgør den grundlæggende motivation i individets søgen efter begribelighed og håndterbarhed til mestring af livssituationer (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 269). Næst vigtigst findes begribelighed, da individets forståelse er essentiel for at individet opnår høj håndterbarhed. Dog er håndterbarhed også vigtigt, idet de ressourcer man har til

rådighed, betyder noget for meningsfuldheden og mestring af situationen. Mestring afhænger dermed af alle tre komponenter af OAS (Antonovsky, 2000, s. 37-40).

6.0 Empiri

Gennem det kommende afsnit vil en metodekritisk vurdering af de to udvalgte studier præsenteres og gennemgås. Herunder vil studierne interne og eksterne validitet vurderes.

6.1 VAKS-modellen

Til den metodekritiske vurdering af de to kvalitative studier, anvendes VAKS-modellen. Denne model er opbygget således, at der gennemgås fem hovedspørgsmål: formelle krav, troværdighed, overførbarhed, konsistens og transparens. VAKS-modellen er et redskab til systematisk validering af kvalitative studier med en sundhedsfaglig kontekst (Høstrup et al., 2009). Derved fandt vi denne metode relevant til at lave en systematisk metodekritisk vurdering af de to valgte studier.

6.2 Metodekritisk vurdering af “A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”

Studiet er udført af E. Davidsen et. al., og er publiceret af Elsevier B. V. i 2023. Formålet med dette studie var at undersøge gravide med GDM's oplevelse i Danmark, herunder særligt om de gravide med GDM oplevede stigma forbundet med deres sygdom. Studiet er et kvalitativt studie med resultater, der er fundet ved semistrukturerede interviews af 20 gravide med GDM.

6.2.1 Validering af studiets troværdighed og overførbarhed

I det følgende afsnit vil det ovenstående studie gennemgås i forhold til dets interne og eksterne validitet. Den interne validitet omhandler, hvorvidt studiet er gennemsigtigt og troværdigt - herved om det er stringent og systematisk udført (Malterud, 2017, s 24). Den eksterne validitet omhandler studiets overførbarhed, hvilket har betydning for, om studiets resultater kan generaliseres til en større befolkningsgruppe (Aarhus Universitet, u.å.a).

For at vurdere studiets validitet blev VAKS-modellen brugt, hvilket fremgår af bilag 6. Ud fra VAKS-modellens kriterier, gav vi studiet 18,14 point, hvorfor studiet kan anbefales, da summen af point er over 15. Der er fratrullet point under de formelle krav, idet forskerne ikke beskriver, hvordan informanterne påvirkes af interviewene, samt hvad forskerne vil gøre hvis deltagerne påvirkes uhensigtsmæssigt. Dette kunne have været relevant at tage stilling til, da stigmatisering kan være et sårbart emne. Dog scorer de resterende spørgsmål højt, hvorfor der vurderes, at de formelle krav er tilfredsstillende opfyldt. Studiets troværdighed højnes, idet forskerne beskriver formålet med studiet, samt den valgte metode. Dog er metoden ikke begrundet, hvilket er et kritikpunkt, men metoden vurderes velvalgt til studiets formål, da der ønskes at undersøge kvindernes oplevelser med GDM, hvorved semistrukturerede interviews findes relevant. Ydermere er det kritisabelt for troværdigheden, at det hovedsageligt er én forfatter, der har stået for interview, kodning og analyse, da dette kan føre til megen subjektivitet. Dog støtter førsteforfatteren sig op af en iterativ proces, hvorved forskeren får viden og resultater gennem en læringscyklus, samt Braun and Clarks framework, hvilket sikrer stringens i analysen. Forskerne har beskrevet udvælgelsen af informanter, samt begrundet, hvorfor informanterne deltager i det pågældende studie, hvilket ses som en styrke der højner overførbarheden. Dog var der i udvælgelsen af informanter risiko for selektionsbias, idet to GDM-specialiseret obstetrikere ekskluderede informanter på baggrund af graviditetskomplikationer eller manglende evne til at deltage. Dette er en svaghed i studiets overførbarhed, da man kan sætte spørgsmålstegn ved troværdigheden af resultaterne, idet informanterne muligvis ikke er repræsentative for den undersøgte gruppe (Aarhus Universitet, u.å.b). Forskerne beskriver selv denne bias, hvilket gør studiet mere valid, da de derved har forholdt sig til mulige bias. Forskerne erkender, at de endte med en overordnet homogen gruppe baseret på informanter med dansk etnicitet, veluddannet og i job. Herved kan man betvivle, om studiets resultater kan overføres til den brede befolkning. Vi vurderer dog, at gruppen er repræsentativ for den danske befolkning. Ydermere er informanterne udvalgt fra to forskellige universitetshospitaler, hvilket igen er med til at styrke studiets overførbarhed, da dataene indsamles fra forskellige demografier. Yderligere højnes studiets overførbarhed, da forskerne beskriver konteksten for studiet, samt hvilket forhold forskerne har til konteksten og informanterne. Undersøgelsen er lavet i Danmark, med danske informanter, og er dermed direkte

sammenlignelig med den danske svangreomsorg, hvilket styrker overførbarheden og dermed den eksterne validitet. I vurdering af studiets konsistens, fokuseres der på data og resultater. Der ses en logisk sammenhæng mellem data og de temaer forskerne har udviklet. Ydermere er der en beskrivelse af analyseprocessen, samt en klar fremstilling af fundene. Troværdigheden af disse fund styrkes, idet der foreligger ræsonnable citater til understøttelse af forskernes tolkning, samt overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og forskernes konklusion herpå. Dermed vurderes studiets konsistens høj. Slutteligt belyser førsteforfatteren sin baggrund, antagelser og for-forståelse, samt hvilken teori der har inspireret til analysen. Dette er ifølge Høstrup (2009, s. 3) vigtigt, da det øger læserens tillid til processen, idet forskerens position er transparent. Dermed vurderes studiets transparens høj. Samlet set vurderes studiets interne og eksterne validitet høj. Studiet opfylder størstedelen af kravene fra VAKS. Studiet vurderes dermed brugbart i projektet.

6.3 Metodekritisk vurdering af ““Mission Impossible”? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational mellitus”

Studiet er udarbejdet af M. Persson et al., i 2010, i Sverige og udgivet af Elsevier Ireland Ltd. Dette studiets formål er at undersøge jordemødres oplevelse af jordemoderkonsultationer med gravide med GDM. Der var 12 jordemødre, der deltog i undersøgelsen, gennem interviews.

6.3.1 Validering af studiets troværdighed og overførbarhed

I det nedenstående afsnit ønsker vi at undersøge den interne og eksterne validitet for det ovenstående studie. Hertil bruger vi VAKS-modellen for at vurdere, hvorvidt studiet er troværdigt og overførbart. Ud fra kriterierne fra VAKS-modellen gav vi studiet 18,5 point, hvilket fremgår af bilag 7. Vi vurderer på baggrund af dette, at studiet overordnet er validt og derfor kan anbefales, da summen af point er over 15.

Empiriens formelle krav vurderes højt, idet forskerne har beskrevet baggrunden for undersøgelsen, samt synliggjort hvordan Helsinki-deklarationen overholdes (Høstrup et al., 2009, s. 1). Der er fratrasket point, da forskerne ikke har beskrevet, hvad de vil gøre, hvis informanterne påvirkes uhensigtsmæssigt af undersøgelsen. Dog vurderes det, at studiet har en høj troværdighed, idet forskerne har beskrevet formålet med studiet, samt valg af metode til belysningen heraf. Der er fratrasket point, da forskerne ikke har

begrundet valg af metode, men metoden vurderes velvalgt til studiets formål, idet interviewene belyser jordemødres oplevelser. I studiet anvendes forskertrianglering, hvilket er med til at højne troværdigheden (Høstrup et al., 2009, s. 2). Forskerne har beskrevet udvælgelsen af informanter, hvilket ses som en styrke. Der gøres brug af heterogene informanter, hvilket ses i diversiteten af alder, etnicitet og anciennitet, hvorfor vi må antage, at resultaterne afspejler multikulturelle aspekter, samt forskellige sociale lag. Ydermere nævner forfatterne, at informanterne er fra forskellige geografiske områder i Sverige. Dermed vurderes informanterne repræsentative for en stor gruppe af jordemødre, hvilket øger overførbarheden. Dog udtrykte forskerne, at der var risiko for selektionsbias, idet administrative jordemødre fra hver kommune udvalgte informanterne. Herudover var førsteforfatteren ansat i én af kommunerne, og kendte dermed jordemødrene. For at undgå potentiel forskerbias blev interviews i denne kommune foretaget af andre forskere med relevant faglighed og viden indenfor området. Dermed viser forskerne, at de er velvidende omkring kritikpunkterne i overførbarheden, hvorfor denne vurderes høj. Ydermere bliver den svenske svangreomsorg, samt jordemødrenes opgaver beskrevet i studiet. Ud fra dette vurderer vi, på baggrund af vores viden om den danske svangreomsorg, at studiet er sammenligneligt med den danske praksis, og resultaterne dermed er overførbare. Studiets data og resultater fremgår tydeligt, hvorfor studiets konsistens vurderes høj. Slutteligt findes studiet transparent, idet forskerne har tydeliggjort, at temaerne, der er udledt af data, nøje blev gennemgået og drøftet af alle forskere, hvorefter essentielle aspekter blev diskuteret. Ydermere præsenterer forskerne sig selv og deres for-forståelse, hvilket øger læserens tillid (Høstrup et al., 2009, s. 3). Dermed vurderes studiets transparens høj. På denne baggrund vurderes studiets interne og eksterne validitet høj, da kritikpunkterne i den metodekritiske vurdering er få. Da studiet vurderes valid, er det brugbart til vores projekt.

6.4 Studiernes fund

I de to kommende afsnit vil studiernes fund fremlægges og gennemgås, for derefter at lede frem til analysen af disse.

6.4.1 Fundene i studiet: “A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark”

I det kommende afsnit uddybes de fem temaer, som forskerne identificerede i studiet: *“victim-blaming narrative”*, *“identity threat”*, *“non-disclosure and anticipated stigma”*, *“stigma in a clinical setting”*, og *“stigma reduction in a clinical setting”*.

Det første tema omhandler kvindernes oplevelse af bebrejdelse på grund af det stigma, der kan være forbundet med GDM. Kvinderne pegede på, at den negative offentlige fortælling forbundet med diabetes gjorde, at de følte sig ansvarlige for udviklingen af tilstanden med GDM, idet diabetes er en livsstilssygdom. Det andet tema beskriver, hvordan kvinderne oplever, at diagnosen med GDM kan udgøre en trussel mod deres selvbillede. Kvinderne kunne ikke identificere sig med det stigma, der kan være forbundet med GDM. Reaktionen herpå kunne være, at de ændrede det stigma de tidligere associerede med GDM, eller at de tog helt afstand fra diagnosen. Det forrige tema leder op til det næste. Udover at GDM blev rapporteret som værende associeret med et stigma, blev det også opfattet som et tabu. Dette gav anledning til bekymringer hos kvinderne, da de var nervøse for, hvordan andre ville opfatte dem. Det betød, at kvinderne kun delte deres situation med de nærmeste. Ud fra det fjerde tema kunne det konkluderes, at kvinderne generelt var tilfredse med den behandling og omsorg de fik af de sundhedsprofessionelle. Dog havde nogle af informanterne oplevet situationer med sundhedsprofessionelle, som forstærkede deres selvbebrejdelse, samt situationer hvor de følte sig mødt med fordomme. Det femte tema omfatter forslag til opmærksomhedspunkter og/eller ændringer for at undgå stigmatisering i kliniske omgivelser. Det viste sig, at en øget viden om GDM-ætiologi og behandling, samt følelsesmæssig og social støtte gav kvinderne en forbedring af deres trivsel, samt nedsatte følelsen af skyld og skam. En forståelse af de biologiske processer i kroppen gav kvinder en bedre samvittighed.

6.4.2 Fundene i studiet: ““Mission Impossible”? Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational mellitus”

I det kommende afsnit vil studiets resultater blive præsenteret og uddybet. Studiet fandt frem til ét overordnet tema: *“Balancing fear of failure”* - herunder fire undertemaer: *“A snake in paradise”*, *“The caring companion”*, *“The medical guardian”* og *“The moral keeper”*.

Det overordnede tema var, at jordemødrene var bange for at fejle, når de varetog omsorg for kvinder med GDM. Herunder var det særligt svært for jordemødrene at finde en balance i at kontrollere graviditeten og komplikationer, motivere livsstilsændringer, samt at skabe et trygt forhold. Jordemødrene beskrev, at de så GDM, som noget der forvrængede kvindens oplevelse af graviditeten. De var opmærksomme på, at overleveringen af diagnosen ofte fik kvinderne til at panikke. Ydermere beskrev jordemødrene, at de var bevidste om de livsstilsændringer, kvinderne skulle foretage for at undgå komplikationer. Jordemødrene ønskede at støtte kvinderne bedst muligt og skabe et omsorgsfuldt forhold. De forsøgte derfor at balancere deres information mellem oplysning om sygdommen og livsstilsændringer op imod graviditeten som helhed og kvindens frie valg. For ikke at bringe det gode forhold i fare, valgte nogle jordemødre en undvigende strategi - herunder ikke at konfrontere kvinderne og/eller fralægge sig ansvaret for sygdommen. Jordemødrene beskrev, at de var meget opmærksomme på moderen og barnets helbred - dette var deres hovedformål. Herunder var jordemødrene bekymrede for at overse noget, hvilket de fandt svært at beskrive over for kvinderne, hvorfor de lod som om “alt var i kontrol” for at skabe tryghed og tillid hos kvinden. Et andet fokus fra jordemødrene var, at kvinderne havde et ansvar overfor deres kommende barn, om at træffe gode valg i forhold til kost og motion. Dog blev jordemødrene udfordret netop på dette, hvis kvinderne ikke tog diagnosen alvorlig. Dette skabte frustration hos jordemødrene, da de ønskede at hjælpe kvinden og det kommende barn bedst muligt. Nogle af jordemødrene beskrev, at det hjalp at tage en moraliserende rolle med udgangspunkt i barnets trivsel, da dette sås som den største motivationsfaktor.

7.0 Analyse

Til analysen anvendes en induktiv analysestrategi, hvorved analysen tager udgangspunkt i empirien. I analyseprocessen blev empirien splittet op i enkeltdele, hvorved der skabes nye mønstre. Herunder blev der fundet følgende temaer, ved umiddelbar gennemlæsning af artiklen af E. Davidsen et. al: påvirkning af livsstil, skyld og fortællingen om GDM, netværkets betydning og misforståelser. Ved artiklen af M. Persson et al. blev følgende temaer fundet: jordemoderens følelse af ansvar, motivationsskabelse, informationsmængde - balancegang og det svære møde. Disse temaer gav et overblik over empirien, hvorved der kunne kodes ud fra disse. I kodningen blev der identificeret nøgleord for de enkelte temaer, for at systematisere empirien yderligere. Herefter satte vi relevante tekststykker, med de forskellige nøgleord, under de fundne temaer. Disse tekststykker blev kondenseret i et sammendrag under hvert tema. Ud fra kodningen og kondenseringen blev derved dannet kategorier - for artiklen af E. Davidsen et. al: fordomme, netværk, ansvar og støtte. Ved artiklen af M. Persson et al. blev følgende kategorier fundet: ansvar, motivation, information og støtte. Gennem fortolkningsprocessen findes der mening med analysens fund på baggrund af Goffman og Sundhedsstyrelsens teorier om stigmatisering, samt Antonovskys teori om OAS. Ud fra de fundne kategorier i begge artikler, analyseres dette samtidigt med den valgte teori.

7.1 Samfundets opfattelse

Ifølge Goffmans stigmatiseringsteori kan individer, der afviger fra samfundets normer, opleve stigmatisering. Kvinder med GDM kan opleve stigmatisering på baggrund af, hvad Goffman beskriver som karaktermæssige fejl, herunder viljesvaghed (Goffman, 2009, s. 46). Det beskrives i empirien, hvordan de gravide med GDM oplevede fordomme om, hvem der udviklede sygdommen. De fordomme som kvinderne mødte, omhandlede særligt deres livsstil, og blev gengivet som værende associeret med en usund livsstil - kvinderne blev set som viljesvage, hvis ikke de formåede at holde en sund livsstil. Dermed lever kvinderne ikke op til de normative forventninger til dem, hvorved stigmatisering opstår. Kvinderne oplevede hvordan den fortælling, der er i samfundet omkring livsstilssygdomme, herunder GDM, fik dem til at føle sig ansvarlige for udviklingen af sygdommen:

“[...] the way we talk about lifestyle diseases in general. The conclusion seems to be that people could just shut their mouth and get off their ass [...] and that is not an expression of my opinion, but that’s the general narrative [...], because it’s your lifestyle and you are seen as responsible for it, but then on the other hand is it also your own responsibility if you get a disease?” (Davidsen et al., 2023, s. 3)

Dette kan fortolkes som, at kvinderne oplever stigmatisering grundet deres afvigelser fra samfundets etablerede normer. Kvinderne oplevede at blive identificeret med de fordomme og fortællinger, der er omkring GDM, hvilket fik dem til at føle sig truet på deres identitet, samt ansvarliggjorde dem for udviklingen af sygdommen. Kvinderne blev associeret med usund livsstil, fysisk inaktivitet og overvægt, hvilket også er det generelle stigma forbundet med GDM. For at sætte dette ind i en begrebsmæssig kontekst, i henhold til Goffmans stigmatiseringsteori, vil de normale være de raske gravide kvinder, da disse ikke afviger fra samfundets etablerede normer i henhold til at være gravid. Modsat vil de egne være kvinder med GDM, da disse ikke passer ind i samfundets normer som almindelig gravid. Dette kan føre til, at kvinderne oplever et negativt socialt omdømme, da de ikke passer ind i samfundets normer, hvilket ifølge Goffman kan påvirke deres sociale identitet (Goffman, 2009, s. 44).

7.2 Kvindernes forståelse for GDM

Jordemødrene beskrev, hvordan diagnosen med GDM kom som et chok for kvinderne. I empirien fremgår det, hvordan nogle af de gravide ikke så sig selv som "typen", der fik GDM, og derfor blev overrasket. Informanterne fortalte, hvordan de følte sig “puttet i en boks”. I relation hertil ses det, hvordan kvinderne forsøger at finde en forklaring på, hvorfor netop de har udviklet GDM. Nogle kvinder formåede ikke at begribe diagnosen, mens andre kvinder beskrev, at de mente at have udviklet GDM på grund af fysisk inaktivitet, overvægt og/eller usund livsstil. Dette er også de fordomme og det stigma som samfundet tilknytter livsstilssygdomme - herunder GDM. Det ses, hvordan kun nogle af kvinderne synes at kunne forklare udvikling af GDM ved deres livsstil. En søgen efter, hvorfor de havde udviklet GDM, fortolkes som kvindernes mangel på at kunne begribe deres situation, hvilket kan forklares ved Antonovskys teori om OAS. Dette er et udtryk for en lav oplevelse af begribelighed, og kan ses ved at kvinderne oplever at udsættes for

uventede og ubegribelige stimuli, som de ikke formår at tilpasse, således det står klarere for dem. De kvinder som i studiet finder en mening, har en høj begribelighed, idet de formår at gøre det uventede, som diagnosticering med GDM er, forståelig for dem selv. Det ses, hvordan de kvinder som har type 1-diabetes i familien, og dermed er genetisk disponeret, lettere kan begribe deres situation, da der er noget genkendeligt ved de stimuli de oplever.

Det ses hvordan nogle af kvinderne adapterede de normer og fordomme, som er tilknyttet GDM, i et forsøg på at finde en forklaring, mens andre ikke ville associeres med stigmaet forbundet med GDM. En kvinde beskrev, hvorledes hun følte sig stemplet af diagnosen:

“[...] I was labelled as someone who would just lie on the couch all day, drink Coca-Cola and eat pizza, which is not at all how I perceive myself. So, I felt like that was quite unfair” (Davidsen et al., 2023, s. 3)

Kvinden følte ikke, at hun passede ind i kategorien for, hvem der udviklede GDM, idet hun hverken så sig selv som værende en med usund livsstil, eller ville associeres med en, som har en usund livsstil. Dette er et eksempel på de kvinder, som ikke begriber deres situation, idet de ikke kan finde en årsag og/eller forklaring på, hvorfor netop de har udviklet sygdomme GDM. Dette kan forklares, gennem Antonovskys teori, som et udtryk for, at kvinderne oplever lav begribelighed, idet det indre og ydre miljø opleves som tilfældigt og uforklarligt. Kvinden synes dermed ikke at kunne forklare sin sygdom ved det ydre miljø, samfundets stigma, og ej heller gennem hendes indre miljø, altså hendes egen opfattelse af hvem hun er, samt hvordan hendes livsstil er. Hvorimod de kvinder som oplever begribelighed vil opleve det indre og ydre miljø som værende ordnet og sammenhængende, da de adapterer samfundets stigma, samt accepterer at de selv er ansvarlige for udviklingen af sygdommen.

7.3 Kvindernes undgående adfærd

Forskerne fandt frem til, at der forekom inkongruens i, hvordan kvinderne opfattede sig selv, og hvordan de opfattede andre kvinder, der udviklede GDM. Dette førte til, at kvinderne enten ændrede stigmaet forbundet til diagnosen, eller distancerede sig selv fra

diagnosen. Nogle af de gravide formåede at ændre stigmaet, og kunne derved tage afstand fra stigmaet, mens andre forsøgte enten at passere og/eller sløre deres tilstand (Goffman, 2009, s. 143). Dette betød, at de gravide med GDM tilbageholdt informationen om deres diagnose i et forsøg på ikke at skille sig ud fra samfundets opfattelse af en almindelig gravid. En af de gravide fortalte, hvordan hun undlod at dele hendes diagnose i nogle sociale sammenhænge:

“[...] So, it’s not something I would share at a parent-teacher meeting when I say no to the cookies being passed around” (Davidsen et al., 2023, s. 4)

Kvinden forsøgte derved at passere (Goffman, 2009, s. 113) sin tilstand, hvilket er muligt, da GDM er en usynlig tilstand. Ingen til forældremødet undrede sig over, hvorfor kvinden ikke tog en kage, da hendes diagnose ikke var synlig, og dermed kunne den gravide holde det privat. Hvis tilstanden derimod var mere synlig, for eksempel hvis kvinderne blev insulinkrævende, fortalte nogle af kvinderne, hvordan de ville bestræbe sig på at injicere insulin i enerum. Dette fortolkes som kvindernes forsøg på sløring af deres tilstand, og viser hvordan individet forsøger at undgå stigmatisering. Ud over at det ses, hvordan kvinderne slører deres tilstand, beskriver de yderligere, hvordan de kun delte diagnosen GDM med dem, de havde tillid til i deres omgangskreds. Ifølge Antonovsky er de ydre ressourcer, herunder støtte fra personer, man har tillid til vigtigt for oplevelsen af håndterbarhed. Oplever kvinden at have et mindre netværk, kan dette påvirke kvindens belastningsbalance, da hun mister noget robusthed, og dermed kan have sværere ved at håndtere de belastninger GDM bringer (Antonovsky, 2000, s. 37). Det ses, hvordan kvinderne søger et trygt og tillidsfuldt fællesskab, hvori de kunne dele deres oplevelser:

“It would be really nice to meet in groups where we could perhaps cook together or have more of a community. This would also enable us to share our experiences and make it less taboo” (Davidsen et al., 2023, s. 5)

Informanten foreslog at mødes i grupper med de egne, hvorved det ville være muligt at dele oplevelser i et trygt rum med ligesindede gravide. Kvinderne beskrev, hvordan de ønskede at nedbryde tabuet omkring GDM. I dette trygge rum vil kvinderne ikke skulle forsøge at passere eller sløre deres diagnose, da de, i selskab med ligesindede, føler sig trygge nok til for eksempel at måle blodsukker (Goffman, 2009, s. 143). Fællesskabet kan

ses som en ressource i kvindernes håndtering af GDM, og ønsket om dette fællesskab analyseres som en søgen efter at højne deres håndterbarhed. Det trygge rum med de egne vil give kvinderne ydre ressourcer, herunder et netværk til at kunne håndtere deres situation.

7.4 Selvbebrejdelse

Sundhedsstyrelsen beskriver, hvordan selvstigmatisering kan føre til lavt selvværd, samt have konsekvenser for individets mentale velbefindende. Det kan tolkes, gennem empirien og teorien om stigmatisering, at kvinderne var tilbøjelige til at internalisere de negative opfattelser, der er om GDM, hvilket kan forklares gennem begrebet selvstigmatisering (Sundhedsstyrelsen, 2023b). De gravide gav udtryk for at tænke negativt om sig selv i henhold til diagnosen:

“I feel like it is my own fault that I got it [GDM] - it's not that anyone has said that to me, but I'm the one who chose to be overweight [light chuckle] [...] I also feel like type 2 diabetes is kind of your own fault” (Davidsen et al., 2023, s. 3)

Kvinden gav udtryk for en følelse af skyld og ansvar over for sin egen tilstand. Det ses i citatet, at den gravide internaliserer samfundets fordomme om, at hendes overvægt har medført GDM-diagnosen. Ydermere sammenlignede hun GDM med type 2-diabetes og konkluderede nærmest, at det måtte betyde, at hendes usunde livsstil har medført, at hun har fået GDM. Kvinden har adapteret, samt internaliseret, samfundets stigma vedrørende GDM. Jævnfør teorien kan selvstigmatisering have konsekvenser for individets mentale helbred (Sundhedsstyrelsen, 2023b). Dette bakkes op af, at de gravide i empirien giver udtryk for et ønske om at blive spurgt ind til deres mentale velbefindende samt bekymringer. Dette ses som et behov og/eller ønske fra kvinderne, om at få italesat disse emner. Det fortolkes således, at kvinderne finder dette mangelfuldt i mødet med den sundhedsprofessionelle.

7.5 Mødet med den sundhedsprofessionelle

Ifølge Goffman kan de stigmatiserede føle sig mindre stigmatiseret i mødet med de kloge eller de egne, da de i dette møde ikke behøver at passere eller sløre deres tilstand (Goffman, 2009, s. 113,143). I vores opgave kan jordemødrene anses som de normale

eller de kloge, da jordemødrene ikke deler samme tilstand som kvinderne med GDM. For at jordemoderen er en del af de kloge, kræver det, at jordemoderen har en dybere forståelse for stigmaet, da hun derved kan bidrage med støtte og sympati. Dette er betinget af gensidig tillid mellem de kloge og de stigmatiserede. Kvinderne følte sig overordnet tilfredse med sundhedspersonalets behandling - særligt følte de sig respekteret og hørt. Dog fortalte informanterne om, hvordan mødet med den sundhedsprofessionelle også kunne være svært, idet svære emner blev italesat:

“It’s a difficult situation because when you see the nurse for the first time then your body is being evaluated. [...] The focus is on what you weigh and what you eat. Those foci very much emphasise what you can do yourself as an individual and what you haven’t done and why.” (Davidsen et al., 2023, s. 4)

Ved dette citat ser vi, at nogle kvinder føler sig mødt af fordomme fra den sundhedsprofessionelle, idet den sundhedsprofessionelle sætter fokus på kost og vægt, samt hvad individet selv kan gøre. Det tolkes, at denne tilgang kan bidrage til, at kvinden føler sig stigmatiseret. Ydermere kan det skabe en følelse af skyld og utilstrækkelighed hos kvinden, idet den sundhedsprofessionelle insinuerer, at hun selv har været skyld i GDM-diagnosen på grund af hendes livsstil. Herved ses, hvordan stigmatisering forekommer så snart den sundhedsprofessionelle ikke er en del af de kloge, og dermed ikke udviser forståelse og sympati for stigmaet, trods faglig viden om emnet. Modsat dette, kan den sundhedsprofessionelle, ved at være en del af de kloge, skabe et trygt forhold til kvinderne. En kvinde beskrev et trygt møde med den sundhedsprofessionelle:

“They [healthcare personnel] have been really great and they’ve told me it [high blood glucose levels] isn’t my fault. They know I’m new to all this” (Davidsen et al., 2023, s. 5)

Kvinden beskrev, hvordan hun synes det har været godt, at den sundhedsprofessionelle forsikrede hende om, at de høje blodsukre ikke var hendes fejl, og pointerede at det hele var nyt for hende. Dette tolkes som et forsøg på at nedbryde stigmaet fra den sundhedsprofessionelle, og er derfor afstigmatiserende adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Desuden ses dette som et trygt møde mellem den stigmatiserede og de kloge. I mødet formår jordemoderen at være en af de kloge, idet hun bidrager med støtte og

sympati, samt udviser forståelse for stigmaet omkring GDM. Helt konkret ses dette ved, at jordemoderen støtter kvinden i, at hun er ny i håndtering af diagnosen. Dette kan ifølge Antonovsky gøre jordemoderen til en ydre ressource, idet hun skaber tillid til kvinden med GDM og dermed er en støtte for hende. Dette vil højne kvindens oplevelse af håndterbarhed (Antonovsky, 2000, s. 46).

7.6 Mødet mellem jordemoder og kvinde med GDM

Jordemødrene beskrev, hvordan de betragtede sig selv som den ansvarlige for moderen og barnets trivsel under graviditeten. De så sig selv som de rådgivende eksperter inden for området. Dog kunne jordemoderen godt finde på at undlade at fortælle alle risici, for at bevare trygheden og tilliden over for den gravide, hvilket ses som et udtryk for et forsøg på at bevare den gode relation. Kvinderne havde derimod et ønske om at blive velinformeret, herunder nævnes blandt andet viden om sygdommens ætiologi - særligt viden om hormonernes påvirkning, samt viden om insulin. Kvinderne beskrev, hvordan denne viden kunne mindske deres følelse af skyld og selvbefejdelse - dermed afstigmatiserende viden (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Jordemødrene oplevede dog, at kvinderne ikke altid fulgte deres instrukser, hvilket fik dem til at føle sig mindre kompetente som fagpersoner. Dette skabte afmagt og frustration hos jordemødrene:

“I mean, if you don’t care for yourself properly, how could you take care for your child?” (Persson et al., 2010, s. 81)

Jordemoderen udtrykte hendes holdning til den gravides håndtering af GDM, og satte spørgsmålstejn ved hendes evne til at være mor. Ifølge Goffman er kvindens manglende evne til at varetage GDM et tegn på viljesvagthed, da kvinden ikke tager vare på sig selv eller barnet, hvorved hun afviger fra samfundets og jordemoderens forventninger (Goffman, 2009, s. 46). Jordemoderen sætter lighedstejn mellem dysreguleret GDM, og manglende evne til håndtering af moderskabet, hvilket tolkes som stigmatisering af kvinden, idet jordemoderen udviser diskriminerende adfærd.

Kvinderne beskrev mødet med sundhedspersonalet som overordnet godt. Modsat beskrev jordemødrene, hvordan de oplevede, at der opstod udfordringer - særligt at det var svært at få kvinderne til at adlyde. Jordemødrene fremstår frustrerede og opgivende i deres forsøg på at få den gravide til at forstå dem. Jordemødrene beskrev, hvordan de brugte

forskellige metoder til konflikthåndtering i mødet med de gravide. Herunder hvordan de forsøgte at motivere kvinderne til at adlyde gennem barnets velbefindende:

“You can reach to the woman’s heart through the fetus, so you may beg and plea by using this [...] then it’s easier to get them motivated.” (Persson et al., 2010, s. 81)

Jordemoderen udtrykte, hvordan dét at bruge barnets velbefindende som argument for at tage imod deres vejledning, gjorde det nemmere at få kvinderne motiveret. Dette tolkes, gennem Antonovskys teori om OAS, som jordemødrenes forsøg på at højne kvindernes meningsfuldhed ved at motivere dem. Opnår jordemødrene dette, vil kvinderne finde motivation for håndteringen af stressorerne. Antonovsky mener, at meningsfuldhed bidrager centralt til Oplevelsen af Sammenhæng, og er derfor helt essentiel (Antonovsky, 2000, s. 37-40).

7.7 Konsekvensen af stigmatisering

I empirien blev det beskrevet, hvordan nogle af informanterne oplevede de sundhedsprofessionelles rådgivning som generaliserende. Grundet dette tog nogle af de gravide afstand til de offentlige tilbud. Ydermere gjorde de sig tanker om ikke at deltage i oral glukose tolerance test (OGTT) i næste graviditet:

“I know there’s a big risk of getting it [GDM] in the next pregnancy, but I would probably say no thank you [to test for GDM] because I know how it’s been in this pregnancy [...] so, in the next pregnancy I will probably spare myself from the implications of having GDM [...] it’s got to do with being put in this box again [...]” (Davidsen et al., 2023, s. 3-4)

Den gravide gav udtryk for, at hun i næste graviditet ikke ønskede en OGTT, da hun ikke ville risikere at blive “puttet i en boks”. Kvinden ser ikke sig selv, som “en af dem, der får GDM”, og forsøger dermed at tage afstand til sygdommen. Dette tolkes som et forsøg på at undgå at blive stigmatiseret, og kan ses som et udtryk for, i hvilken grad individet kan blive påvirket af stigmatisering, og derfor forsøger at undgå disse situationer.

Goffmans stigmatiseringsteori beskriver, hvordan det at blive bedømt ud fra samfundets holdninger og normer, kan føre til negativt socialt omdømme, samt en forringelse af ens sociale identitet (Goffman, 2009, s. 44). Kvindernes undgående adfærd kan også fortolkes som en manglende forståelse af alvoren af sygdommen. Desuden ses dette som et forsøg på at passere, da kvinden, ved ikke at blive diagnosticeret med GDM, helt kan undgå stigmatiseringen forbundet hertil. Ydermere ses det, at disse kvinder ikke finder motivation til at investere følelsesmæssig energi og tid i diagnosen, hvilket kvinden beskriver, idet hun vil skåne sig selv for GDM i næste graviditet. Dette tolkes gennem Antonovskys teori om OAS, som en manglende følelse af meningsfuldhed, idet kvinderne ikke beskriver nogen motivation for at håndtere udfordringerne som GDM medfører (Antonovsky, 2000, s. 36–37). Diagnosen ses som en byrde, som kvinderne hellere vil være foruden, snarere end at blive styrket af erfaringen.

7.7 Delkonklusion

Ud fra den ovenstående analyse, kan det dermed konkluderes, at kvinderne med GDM oplever stigmatisering i graviditeten. Dette ses særligt gennem samfundets fordomme og normer samt generaliseret vejledning og fordomme fra jordemoderen. Ydermere oplevede kvinderne især selvstigmatisering. Det kan yderligere konkluderes, at kvinderne med GDM mangler oplevelsen af sammenhæng, hvorfor de har udfordringer med at mestre og forstå deres diagnose. Stigmaet forbundet med GDM medførte, at kvinderne følte skyld og skam over diagnosen. Derudover kan det konkluderes, at jordemødrene finder mødet med kvinderne svært, idet jordemødrene føler, at kvinderne ikke adlyder. Dette medfører frustration hos jordemødrene i deres forsøg på at få den gravide til at forstå dem og tage deres situation alvorlig.

8.0 Diskussion

I det følgende afsnit diskuteres udvalgte fund fra analysen. Der ønskes gennem diskussionen at belyse, hvordan jordemødrene kan støtte kvinderne med GDM. Slutteligt fremlægges en kritisk refleksion af projektet, her belyses styrker og svagheder for projektet.

8.1 Afstigmatisering gennem aflivning af myter og sprogbrug

Viden om, hvordan kvinder med GDM oplever stigmatisering i graviditeten, samt hvorledes jordemoderen oplever mødet med disse kvinder, kan bidrage til, hvordan jordemødre, og andre sundhedsprofessionelle, kan støtte denne gruppe af gravide. Særligt at de har fokus på stigmaet forbundet med diagnosen. En stor befolkningsundersøgelse lavet af Diabetesforeningen viser, hvordan hver tredje dansker mener, at type 2-diabetes er selvforskyldt for dem med overvægt og usund livsstil (Tingkær, 2022). Dette ses som et eksempel på, hvordan samfundet stigmatiserer mennesker med livsstilssygdomme som diabetes. Diabetesforeningen arbejder aktivt for at mindske stigmaet omkring diabetes, ved at aflive myter forbundet hertil (Tingkær, 2022) - hvilket ses som et udtryk for en afstigmatiserende indsats (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Dette har til formål at mindske skyld og skam hos mennesker med diabetes (Tingkær, 2022). Jordemoderen kan gøre en afstigmatiserende indsats ved at bytte kvindernes myter omkring GDM ud med fakta (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Vores analyse viser, at kvinderne internaliserer de fordomme og myter der er i samfundet, og dermed er selvstigmatiserende (Sundhedsstyrelsen, 2023b). Dette fremkom tydeligt gennem kvindernes opfattelse af, at diagnosen var en konsekvens af egne valg og handlinger. Dog fandt vi også, at der forekom stigmatiserende adfærd fra jordemødrene. I den kommende retningslinje fra DSOG vedrørende GDM, har de udarbejdet et appendix, som skal sætte fokus på sprogbrug og patientkommunikation mellem de sundhedsprofessionelle og de gravide. Det beskrives her, hvorledes stigma kan forstærkes gennem sundhedsprofessionelles kommunikation (DSOG, 2023, s. 52), hvorfor det er relevant, at jordemoderen har fokus herpå. Dette kræver, at jordemødrene er bevidste om stigmaet, samt at de internt påminder hinanden vigtigheden af deres sprogbrug om kvinderne med GDM. DSOG foreslår, at der gøres brug af et personcentreret neutral sprogbrug (DSOG, 2023, s. 52). Dog kan det diskuteres, hvorvidt DSOG's anbefaling om personcentreret sprogbrug er det mest relevante i forhold til at mindske stigmaet. Sundhedsstyrelsen skriver, at et personcentreret sprog kan være med til at understrege, at den sundhedsprofessionelle har at gøre med en sårbar gruppe, som risikerer at blive stigmatiseret, hvis ikke der gives en sproglig beskyttelse (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 57). Der ses dog en lang række fordele ved at bruge et personcentreret og neutralt sprogbrug. Kvinderne i studiet efterspørger rådgivning, som ikke er generaliserende, hvilket personcentreret sprogbrug netop imødekommer

(Davidsen et al., 2023, s. 4). Gennem et personcentreret sprogbrug sikrer man, at kommunikationen er respektfuld og inkluderende. Dette antyder, at den sundhedsprofessionelle er samarbejdende, støttende og ser kvinderne med GDM som individer med præferencer og prioriteter (DiaTribe, u.å.). Et neutralt sprogbrug er mindre dømmende og sikrer, at der ikke placeres et unødigt stort ansvar hos den enkelte (DSOG, 2023, s. 52). Analysen pegede netop på, at kvinderne oplevede at have et unødigt stort ansvar. Dermed ses et neutral sprogbrug som relevant at gøre brug af for at støtte kvinder med GDM. For eksempel kan jordemoderen bruge ordet tilstand i stedet for sygdom. Ordet sygdom kan have negative konnotationer, og påvirke personens selvopfattelse. Hvorimod ordet tilstand er et mere neutralt alternativ, der gør det muligt at se GDM som en håndterbar, og ikke-truende tilstand (DiaTribe, u.å.). I en kamp mod stigmaet forbundet med diabetes, har Diabetesforeningen netop fokus på sproget, da de mener, at det kan have en væsentlig betydning (Festersen, 2023). Dette understreger, hvordan DSOG's fokus på kommunikation er vigtigt, og en måde hvorpå jordemoderen kan afstigmatisere.

8.2 Jordemoderens støtte af kvindernes gennem oplysning og inddragelse

Det handler ikke blot om, at jordemødrene støtter kvinderne gennem personcentreret og neutralt sprogbrug. Analysens fund viste yderligere, at kvinderne efterspurgte mere viden om GDM, samt et større fokus på deres mentale velbefindende og bekymringer. GDM beskrives i studiet som en kompleks diagnose, der ikke blot berører den fysiske sundhed hos kvinder, men også har en indvirkning på deres mentale velbefindende og selvopfattelse (Davidsen et al., 2023, s. 5). Diabetesforeningen beskriver, at en undersøgelse af den danske befolknings viden og meninger om diabetes viste, at mange danskere har en ukorrekt opfattelse af, hvad diabetes er, og hvad sygdommen skyldes. Konsekvensen heraf er, at det kan skabe helbredsproblemer for mennesker med diabetes - fysisk og mentalt (Brandt, 2022). Med afsæt i dette, og analysens fund, ses det betydningsfuldt for kvinderne, at jordemødrene understreger, at ætiologi bag GDM er multifaktorielt. Herved kan jordemødrene spille en central rolle i indsatsen for afstigmatisering ved at flytte fokus fra individets egen opfattelse som værende skyldig i sygdommen, til en forståelse af GDM's kompleksitet (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Herved

kan jordemoderen udfordre kvindernes myter med fakta. Dette kan gennem Antonovskys teori om OAS ses, som en måde hvorpå jordemødrene kan få kvinderne til at forstå deres sygdom, idet de lærer kvinderne kognitivt at begribe de stimuli, som de møder (Antonovsky, 2000, s.35). Får kvinden ikke viden om sygdommens ætiologi, vil kvinden have udfordringer med at begribe diagnosen, hvorved kvinden fortsat vil internalisere samfundets fordomme. Dog er det jordemoderens lovmæssige opgave, at informere den gravide om komplikationer og risici forbundet med GDM (Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. *VEJ nr. 151 af 08/08/2001*). Ved at italesætte sygdommens ætiologi, samt komplikationerne og risici det kan medføre, bidrager dette til forudsigelighed over forløbet.

En anden måde, hvorpå kvinderne kan opnå forudsigelighed, er gennem et spørgeskema. Kvinderne efterspørger et spørgeskema før hver jordemoderkonsultation, som fokuserer på deres mentale velbefindende og bekymringer. Det fremgår i anbefalinger for svangreomsorgen, som noget der bør være almen praksis ved første jordemoderkonsultation, hvoraf relevante punkter drøftes og uddybes (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 59). Ydermere fremgår det, hvorledes patientrapporterede oplysninger styrker patientinddragelsen (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 48). Da GDM først debuterer senere i graviditeten (Videncenter for diabetes, 2022), kan et generaliseret spørgeskema ved første jordemoderkonsultation ses som et mangelfuldt tiltag for kvinder med GDM. Med baggrund i kvindernes efterspørgsel, vurderes det, at et GDM specifikt spørgeskema med fokus på deres mentale velbefindende, bekymringer, samt det kendte stigma forbundet med GDM, vil være et foretrukken tiltag før alle jordemoderkonsultationer. Spørgeskemaet beskrives af kvinderne som et udgangspunkt for disse svære følelsesmæssige samtaler (Davidsen et al., 2023, s. 5). Dette kan dermed give kvinderne forudsigelighed før jordemoderkonsultationerne (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 270). Dog argumenterer anbefalinger for svangreomsorgen for, at et spørgeskema også kan medføre, at nogle kvinder tabes, idet de har læsevanskeligheder, sprogbarrierer eller manglende IT-kundskaber (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 48), hvorved der ses ulemper ved brugen af spørgeskemaer. Dog, hvis kvinderne udfylder spørgeskemaet efter hensigten, kan jordemoderen herigennem drøfte sammenhængen mellem mor og barnets sundhed under graviditeten med udgangspunkt i det enkelte pars viden og ønsker om forandring (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 59). Samtalen med

udgangspunkt i spørgeskemaet ses derfor som et konkret redskab, som jordemoderen kan bruge til at støtte de gravide med GDM. Derudover ses det essentielt, at jordemoderen afstigmatiserer ved at give kvinderne viden om GDM.

8.3 Mobilisering af netværket og netværksdannelse

Analysens fund viste, at kvinderne med GDM forsøger at passere eller sløre i mødet med samfundet, og herunder også dele af deres netværk. Dette blev fortolket som et udtryk for lav håndterbarhed i henhold til kvindens ydre ressourcer. Derfor finder vi det relevant at diskutere, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden til en større OAS ved at højne hendes ydre ressourcer - dermed hendes håndterbarhed (Antonovsky, 2000, s. 36).

Det findes essentielt, at jordemoderen afdækker kvindens ydre ressourcer, da det er beskrevet i analysen, at nogle kvinder ikke deler diagnosticeringen af GDM med deres netværk. Ved at afdække kvindens ydre ressourcer, kan jordemoderen hjælpe til at mobilisere kvindens netværk. En måde hvorpå jordemoderen kan gøre dette, er ved at opfordre kvinden til at have partneren med til jordemoderkonsultationerne. Denne medinddragelse af partneren beskrives af Sundhedsstyrelsen som essentielt, da forskning på området indikerer, at partneren har stor betydning for familiens sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 14). Jordemoderen kan dermed give partneren en større viden om diagnosen, hvorved han/hun bedre kan hjælpe kvinden i håndteringen af GDM. Dette findes yderligere relevant, da diskriminerende og stigmatiserende adfærd fra familie og partner, er beskrevet blandt kvinder med GDM (Davidsen et al., 2022, s. 16). Derfor kunne det være ideelt for kvinden at inddrage og oplyse sin familie og nære venner om diagnosen. Kvinden vil selv være i stand til at informere hendes netværk om diagnosen, hvis hun har en høj oplevelse af begribelighed i henhold til GDM (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 268).

Analysen viser yderligere, hvorledes nogle af de gravide efterspørger et fællesskab med ligesindede gravide. Dette tolkes som et ønske om at få et større netværk, hvilket giver kvinden de nødvendige ressourcer til at håndtere udfordringerne (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 269). En måde, hvorved jordemoderen kunne facilitere dette er ved

brug af gruppekonsultationer. Det beskrives i anbefalinger for svangreomsorgen, at gruppekonsultationer kan bidrage til netværksdannelse (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 51). Kvinderne ønsker et fællesskab, hvor de kan dele deres oplevelser og mindske tabuet, herunder stigmaet, der er tilknyttet GDM. Denne deling af sårbare emner i en gruppe bør jordemoderen facilitere, da hun er erfaren i at italesætte sårbare emner i jordemoderkonsultationen (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 59). Det ses dog også i analysen, at nogle af kvinderne helt distancerer sig fra diagnosen, samt at de ikke føler de har noget til fælles med de andre kvinder med GDM (Davidsen et al., 2023, s. 5). For denne gruppe af kvinder, vil det derfor ikke være relevant med gruppekonsultationer. Dog kunne deltagelsen i gruppekonsultationer gøres frivilligt. Dette anbefales fra Sundhedsstyrelsen, hvor det beskrives, at den første jordemoderkonsultation bør være individuel, mens kommende jordemoderkonsultationer kan være individuelle- eller gruppekonsultationer (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 60). Ydermere beskriver Sundhedsstyrelsen, at en velfungerende gruppe kan føre til personlige relationer mellem kvinderne (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 51). Herved vurderes det, at jordemoderen kan støtte kvinden gennem gruppekonsultationer, da jordemoderen faciliterer et tillidsfuldt netværk, hvorved kvinderne får ydre ressourcer. (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 268). Fordelene ved gruppekonsultationer underbygges af studiet: *“Group prenatal care for women with gestational diabetes”* (Mazzoni et al., 2016). Her konkluderes, at de kvinder med GDM, der har været en del af gruppekonsultationer i deres graviditet, er mere tilbøjelige til at deltage i efterfødselskonsultationer, screeningen for diabetes post partum, samt mindre tilbøjelige til at blive insulinkrævende i graviditeten (Mazzoni et al., 2016, s. 1). Disse positive fund kunne fremhæves som et argument for, hvorfor kvinderne skulle deltage i gruppekonsultationer frem for individuelle jordemoderkonsultationer. Studiet forklarer, at fundene skyldes, at kvinderne oftere modtog dybdegående information om sygdommen, grundet de hyppige jordemoderkonsultationer, og at dette blev forstærket ved diskussioner i gruppen. Yderligere erfarede forskerne i studiet, at gruppedynamikken motiverede kvinderne til at øge deres fysiske aktivitet, samt ændre deres kostvaner (Mazzoni et al., 2016, s. 4). Den dybdegående og hyppige informationsmængde om GDM gør, at kvindernes begribelighed kan højnes. Yderligere ses motivationen til

livsstilsændringer i gruppen, som et udtryk for meningsfuldhed blandt kvinderne. Slutteligt gør den generelle støtte fra gruppen, at kvindernes ydre ressourcer højnes, og dermed højnes kvindernes håndterbarhed. Med udgangspunkt i dette vurderes, at gruppekonsultationer kan højne kvindernes oplevelse af sammenhæng, da alle tre komponenter af OAS højnes (Dalsgaard & Meldgaard, 2018, s. 68–69). Yderligere kan det vurderes, ud fra Goffmans stigmatiseringsteori, at kvinderne i disse grupper ikke har behov for at passere eller sløre, da gruppen består af de egne. Herunder vil jordemoderen, være den eneste, der ikke en del af de egne - men hvis hun optræder som en af de kloge, kan hun hjælpe med at facilitere et rum, hvor kvinderne er fri for stigmaet forbundet med deres diagnose (Goffman, 2009, s. 60–73). Herunder finder vi det relevant at diskutere, hvorledes gruppekonsultationer konkret kan implementeres i praksis. I anbefalinger for svangreomsorgen beskrives det, at grupperne skal være på fire til otte gravide, og at disse jordemoderkonsultationer skal vare cirka 1 ½ time (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 51). Det beskrives, hvordan det kræver forberedelse og pædagogisk tilrettelæggelse fra jordemoderen, for at gruppekonsultation bliver velfungerende (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 60). Derfor vurderes det, at jordemødre skal modtage undervisning i varetagelsen af gruppekonsultationer. Den type af gruppekonsultation, der blev nævnt i studiet (Mazzoni et al., 2016), tog udgangspunkt i metoden CenteringPregnancy (Centering Healthcare Institute, u.å.). Derved kunne det være relevant at uddanne jordemødrene i CenteringPregnancy, for at få det bedst mulige resultat. I modellen for CenteringPregnancy beskrives det, at ti jordemoderkonsultationer af 1 ½ til 2 timer med otte til ti kvinder er det anbefalede (Centering Healthcare Institute, u.å.). Da kvinder med GDM ofte diagnosticeres omkring gestationsalder 24-28 (Videncenter for diabetes, 2022) findes det ikke muligt at nå de ti jordemoderkonsultationer, da det vil betyde, at kvinderne skulle have én gruppekonsultation om ugen. Her kunne løsningen være én gruppekonsultation hver anden uge, hvorved kvinder får fem mødegange i alt. Det kan være relevant at passe gruppekonsultationerne ind i forhold til kvindernes mange andre konsultationer med sundhedsprofessionelle (AUH, u.å.). Ydermere finder Sundhedsstyrelsen det relevant med opdelte grupper, hvor de ligesindede gravide med GDM taler med hinanden, og partnerne taler med hinanden (Sundhedsstyrelsen, 2022, s.

61). Dette kunne implementeres i denne sammenhæng ved, at partnerne blev sat sammen, og derved fik mulighed for at diskutere deres rolle som partner til en med GDM - herunder hvordan de kan støtte den gravide bedst samt udveksle erfaringer i forhold til kost, motion og monitorering.

Der findes dermed flere muligheder for, at jordemoderen kan støtte kvinderne med GDM. Dette kan gøres gennem samtaler i jordemoderkonsultationen med partner eller ved at facilitere gruppekonsultationer. Herigennem kan jordemoderen højne kvindens ydre ressourcer, og dermed øges hendes OAS.

8.4 Kritisk refleksion over vores projekt

I det kommende afsnit, vil vi kritisk reflektere over den valgte metode, i henhold til vores problemformulering - herunder styrker og svagheder ved den valgte metode.

Vi valgte en humanvidenskabelig metode til at tilgå denne opgave, da vi ønskede at undersøge problemstillingen på individplan - herunder fænomenologi og hermeneutik. Det kunne også have været relevant at bruge en samfundsvidenskabelig tilgang, da vi anvender stigmatiseringsteorien af Goffman, som er en sociologisk teori, og stigmatisering er en problematik, der opstår på samfundsniveau. Til dette kunne man have anvendt kritisk hermeneutik, da Jürgen Habermas (1929-) gennem denne videnskabsteori beskriver, hvorledes magtfulde systemer i samfundet påvirker menneskets forståelse (Birkler, 2021, s. 133). Derved findes dette relevant at bruge, hvis man ønskede at undersøge GDM i henhold til samfundet. Dog er vores opgave forankret i kvinderne og jordemødrenes livsverden, hvorfor der anvendes en humanvidenskabelig tilgang, da dette giver indsigt i individets liv. Valget af en humanvidenskabelig tilgang ses dermed som en styrke i vores opgave.

Med udgangspunkt i den humanvidenskabelige metode anvendte vi en kvalitativ tilgang til valg af empiri. Dette ses som en styrke i undersøgelsen af individets livsverden, hvor interviews i empirien gav os et nuanceret billede af gruppens følelser, tanker og oplevelser. Modsat dette kunne der også bruges en kvantitativ tilgang, gennem en samfundsvidenskabelig metode, hvorved vi kunne belyse, i hvilken grad stigmatisering af kvinder med GDM forekommer, samt hvilke konsekvenser dette kunne have.

Den hermeneutiske cirkel kom i spil, idet vores for-forståelse ændredes i takt med nyerhvervede viden gennem projektet. For-forståelsen ændredes fra en opfattelse af, at kvinderne med GDM oplevede stigmatisering fra de sundhedsprofessionelle til en forståelse af, at denne stigmatisering oftere skyldes samfundets fordomme og normer, som kvinden internaliserer, så disse bliver sande for hende selv. Denne ændring i vores forståelse ses som en styrke, da vi derved tilpassede os empiriens fund og dannede en ny forståelse. På baggrund af vores nye forståelse valgte vi at ændre vores teori. Initialt inddrog vi forskellige kommunikationsteorier for at belyse, hvordan jordemoderen gennem sin kommunikation kunne undgå at stigmatisere. Dette blev ændret til et fokus på kvinderne selv, hvorfor vi inddrog Antonovskys teori om OAS, samt Sundhedsstyrelsens teori om selvstigmatisering og afstigmatisering.

9.0 Konklusion

I det følgende afsnit vil vi besvare projektets problemformulering med afsæt i analysen og diskussionen. Formålet med dette projekt var at undersøge, om kvinder med GDM oplever stigmatisering i graviditeten, samt hvordan jordemødrene oplever mødet med disse kvinder. Med udgangspunkt i dette ville vi undersøge, hvordan jordemoderen kunne støtte de gravide med GDM.

Efter en analytisk gennemgang af empirien, set i lyset af den valgte teori, kan vi konkludere, at kvinder med GDM føler sig stigmatiseret i graviditeten. Denne stigmatisering kommer fra samfundet og jordemoderen, men også fra kvinden selv i form af selvstigmatisering. Stigmaet forbundet med GDM medførte, at kvinderne følte skyld og skam over diagnosen. Ydermere kan vi konkludere, at jordemødrene oplever mødet med kvinderne som svært, da de skal finde en balance i at kontrollere graviditeten og komplikationer, motivere livsstilsændringer, samt skabe et trygt forhold. Det kan yderligere konkluderes, på baggrund af jordemødrenes oplevelser af mødet, at de også stigmatiserer kvinderne. Dog ses det, at jordemødrene også kan være en stor støtte for kvinderne og facilitere afstigmatisering. Gennem diskussionen ses det, hvorledes netværket, gruppekonsultation, spørgeskema, sprogbrug og samtaler med jordemoderen, kan hjælpe kvinderne med at mestre diagnosen, samt støtte dem. Særligt kan det konkluderes, at gruppekonsultationer kan være en løsning på, hvordan jordemødrene

støtter kvinderne, og herigennem styrker deres OAS. Derudover kan en implementering af et spørgeskema ses som en måde, hvorpå jordemoderen sikrer italesættelsen af bekymringer og følelsesmæssige udfordringer.

Vi mener, at dette projekt kan bidrage med større viden i forhold til kvinder med GDM's oplevelse i graviditeten, hvordan jordemoderen oplever dette møde, samt hvordan hun kan støtte dem bedst muligt. Ud fra den ovenstående konklusion ses gruppekonsultation og spørgeskema som en mulig løsning. Derved kunne det være relevant at undersøge dette gennem yderligere forskning, for at belyse effekten af disse løsningsforslag.

10.0 Perspektivering

I det kommende afsnit, vil der perspektiveres til, hvorledes dette projekt bidrager med større viden om emnet. Ud fra denne nye viden vil der gives forslag til praksisændring.

Vores projekt bidrager til større viden om kvindernes oplevelse af GDM, herunder om de føler sig stigmatiseret. Desuden belyser vores projekt hvordan jordemødrene oplever mødet med kvinderne. Vores projekt peger på, at gruppekonsultationer kan være en relevant tilføjelse til svangreomsorgen, i et forsøg på at imødekomme problemstillingen med kvindernes oplevelser af stigmatisering, samt jordemødrenes problematikker. Vi finder DSOG's fokus på kommunikation (DSOG, 2023, s. 52), relevant i relation til at mindske stigmatisering af kvinder med GDM i klinikken - herunder hvordan vi taler med og om kvinder med GDM. Derfor vurderes det relevant, grundet fund i dette projekt, samt DSOG's appendix, at undersøge sundhedsprofessionelles adfærd yderligere i henhold til stigmatisering. Herunder om det er muligt at forbedre denne adfærd gennem kommunikation. Hvis DSOG's appendix bliver implementeret ude i praksis, ville det være interessant at undersøge indvirkningen heraf - om dette leder til en praksisændring. En praksisændring i form af implementering af gruppekonsultationer, mener vi vil give øget fokus på gravide med GDM. Vi ser, hvordan gruppekonsultationer kan imødekomme kvindernes behov, samt hjælpe jordemødre til at kunne give kvinderne den nødvendige støtte i deres situation.

For at jordemødre kan varetage gruppekonsultationer, samt give den nødvendige støtte til kvinder med GDM, kunne en overvejelse være, at der indsættes jordemødre i

specialstillinger. Disse jordemødre skal uddannes inden for gruppekonsultation, samt have undervisning i kommunikation og stigmatisering, hvorved de opnår de rette kompetencer. Gruppekonsultation vil give kvinderne mere tid med en sundhedsprofessionel, og mulighed for mere information. Der er mange måder at udføre disse gruppekonsultationer på - med og uden partner, forskellige størrelse grupper, samt inddragelse af forskellige sundhedsprofessioner. Disse forskellige typer af gruppekonsultation kunne overvejes at afprøves i praksis for at vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt.

11.0 Referenceliste

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- AUH. (u.å.). *Graviditetsdiabetes (GDM)—En guide til dig*. Hentet 8. december 2023, <https://www.auh.dk/patientvejledninger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-fodsel-barsel/graviditetsdiabetes-gdm-en-guide-til-dig/>
- Birkler, J. (2014). *Videnskabsteori: En grundbog* (1. udg.). Munksgaard.
- Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori: En grundbog* (2. udg.). Munksgaard.
- Brandt, N. R. (2022). *Myter og misforståelser kan godt gøre ondt*. Diabetesforeningen. <https://diabetes.dk/nyheder/2022/myter-og-misforstaelser-kan-godt-gore-ondt/>
- CBS Bibliotek. (2023, marts 28). *5 smarte søgeteknikker*. CBS - Copenhagen Business School. <https://www.cbs.dk/bibliotek/nyheder/5-smarte-soegeteknikker>
- Centering Healthcare Institute. (u.å.). *CenteringPregnancy*. Hentet 7. december 2023, fra <https://centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy>
- Cirkulære om jordemodervirksomhed, CIR nr 149 af 08/08/2001.
- Dalsgaard, A., & Meldgaard, L. (2018). *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (1. udg.). Gad.
- Davidsen, E., Maindal, H. T., Nielsen, K. K., & Damm, P. (2022, december). *Skyld, skam og gestationel diabetes*. Diabetesforeningen. https://diabetes.dk/media/qmpdaqie/_beh_02_2022_graviditetsdiabetes-3.pdf
- Davidsen, E., Terkildsen Maindal, H., Byrne, M., Kelstrup, L., Ovesen, P., Damm, P., & Kragelund Nielsen, K. (2023). A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 203(110858), 1–

6. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110858>

DiaTribe. (u.å.). *Language Guide*. dStigmatize. Hentet 8. december 2023, fra

<https://www.dstigmatize.org/language-tools/>

DSOG. (2023). *Gestationel diabetes mellitus (GDM)—Behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning samt standarder for OGTT og screening af bariatrisk*

opererede. DSOG. [https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-](https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/klinisk-biokemiske-afdeling/sundhedsfaglige/Documents/Informationsbreve%202023/Bilag%20-%20Guideline_GDM_Behandling_OpfolgningFinal_150623.pdf)

[klinikker/klinisk-biokemiske-](https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/klinisk-biokemiske-afdeling/sundhedsfaglige/Documents/Informationsbreve%202023/Bilag%20-%20Guideline_GDM_Behandling_OpfolgningFinal_150623.pdf)

[afdeling/sundhedsfaglige/Documents/Informationsbreve%202023/Bilag%20-](https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/klinisk-biokemiske-afdeling/sundhedsfaglige/Documents/Informationsbreve%202023/Bilag%20-%20Guideline_GDM_Behandling_OpfolgningFinal_150623.pdf)

[%20Guideline_GDM_Behandling_OpfolgningFinal_150623.pdf](https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/klinisk-biokemiske-afdeling/sundhedsfaglige/Documents/Informationsbreve%202023/Bilag%20-%20Guideline_GDM_Behandling_OpfolgningFinal_150623.pdf)

Festersen, S. (2023, september 18). *Sukkersyge eller diabetes – ord skaber virkelighed*.

Diabetesforeningen. <https://diabetes.dk/nyheder/2023/sukkersyge-eller-diabetes-ord-skaber-virkelighed/>

Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (Brian Gooseman, Overs.; 2. udg.). Samfundslitteratur.

Høstrup, H., Schou, L., Poulsen, I., Larsen, S., & Lyngsø, E. E. (2009, september 17).

VAKS - Vurdering Af Kvalitative Studier. Dansk Sygeplejeråd. <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-2009-13/vaks-vurdering-af-kvalitative-studier/>

Lægehåndbogen. (2022, november 22). *Gestationel diabetes (GDM)—Lægehåndbogen på sundhed.dk*. Sundhed.dk.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/gestationel-diabetes-gdm/>

Mazzoni, S. E., Hill, P. K., Webster, K. W., Heinrichs, G. A., & Hoffman, M. C. (2016).

Group prenatal care for women with gestational diabetes (.). *The Journal of*

Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29(17), 2852–2856.

<https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1107541>

Persson, M., Hörnsten, Å., Winkvist, A., & Mogren, I. (2010). “Mission Impossible”?

Midwives’ experiences counseling pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 84, 78–83.

Petersen, S. L. (u.å.). *UC SYD Biblioteket: Jordemoder: Databaser*. Hentet 15.

november 2023, fra <https://bibl.ucsyd.dk/jordemoder/databaser>

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen* (4. udg.).

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/anbefalinger-for-svangreomsorgen>

Sundhedsstyrelsen. (2008, december). *Stigmatisering—Debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2008/->

[/media/Udgivelser/2008/Publ2008/CFF/Socialt_udsatte/Stigmatisering,-d-,pdf.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2008/-/media/Udgivelser/2008/Publ2008/CFF/Socialt_udsatte/Stigmatisering,-d-,pdf.ashx)

Sundhedsstyrelsen. (2023a, september 19). *Hvordan arbejder vi med afstigmatisering?*

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/en-af-os/fakta-og-viden/afstigmatisering>

Sundhedsstyrelsen. (2023b, september 19). *Selvstigmatisering*.

<https://www.sst.dk/da/en-af-os/livet-med-psykisk-lidelse/selvstigmatisering>

Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (2. udg.). Jens Thisted og Munksgaard.

Tingkær, E. (2022, september 21). *Diabetesforeningen: Vi blæser til kamp mod myterne om diabetes*. Diabetesforeningen.

<https://diabetes.dk/nyheder/2022/diabetesforeningen-vi-blaeser-til-kamp-mod-myterne-om-diabetes/>

Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt

mv., *VEJ nr 151 af 08/08/2001*.

Videncenter for diabetes. (2022, januar 11). *Hvad er graviditetsdiabetes?*

<https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/hvad-er-graviditetsdiabetes>

Aarhus Universitet. (u.å.a). *Ekstern validitet*. Metodeguiden. Hentet 11. december 2023,

fra <https://metodeguiden.au.dk/ekstern-validitet>

Aarhus Universitet. (u.å.b). *Selektionsbias*. Metodeguiden. Hentet 11. december 2023,

fra <https://metodeguiden.au.dk/selektionsbias>

12.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1 - PICO modellen.....	50
Bilag 2 - Søgeprotokol 1.....	51
Bilag 3 - Flowchart over bloksøgning 1.....	54
Bilag 4 - Søgeprotokol 2.....	55
Bilag 5 - Flowchart over bloksøgning 2.....	57
Bilag 6 - VAKS (Davidsen et al., 2023)	58
Bilag 7 - VAKS (Persson et al., 2010).....	61

12.1 Bilag 1 - PICo-modellen

P: Participants – Deltager/patient/målgruppen eller sygdommen/problem

I: Phenomenon of interest – Hvad interesserer man sig for?

Co: Context – I hvilken sammenhæng eller miljø?

P: Kvinder med GDM

I: Stigma

Co: Graviditet

P: Jordemødre

I: Oplevelse

Co: Graviditet med GDM

Kilde: <https://bibliotek.kp.dk/kp/opgaveskrivning/sundhedsfaglig>

12.2 Bilag 2 - Søgeprotokol 1

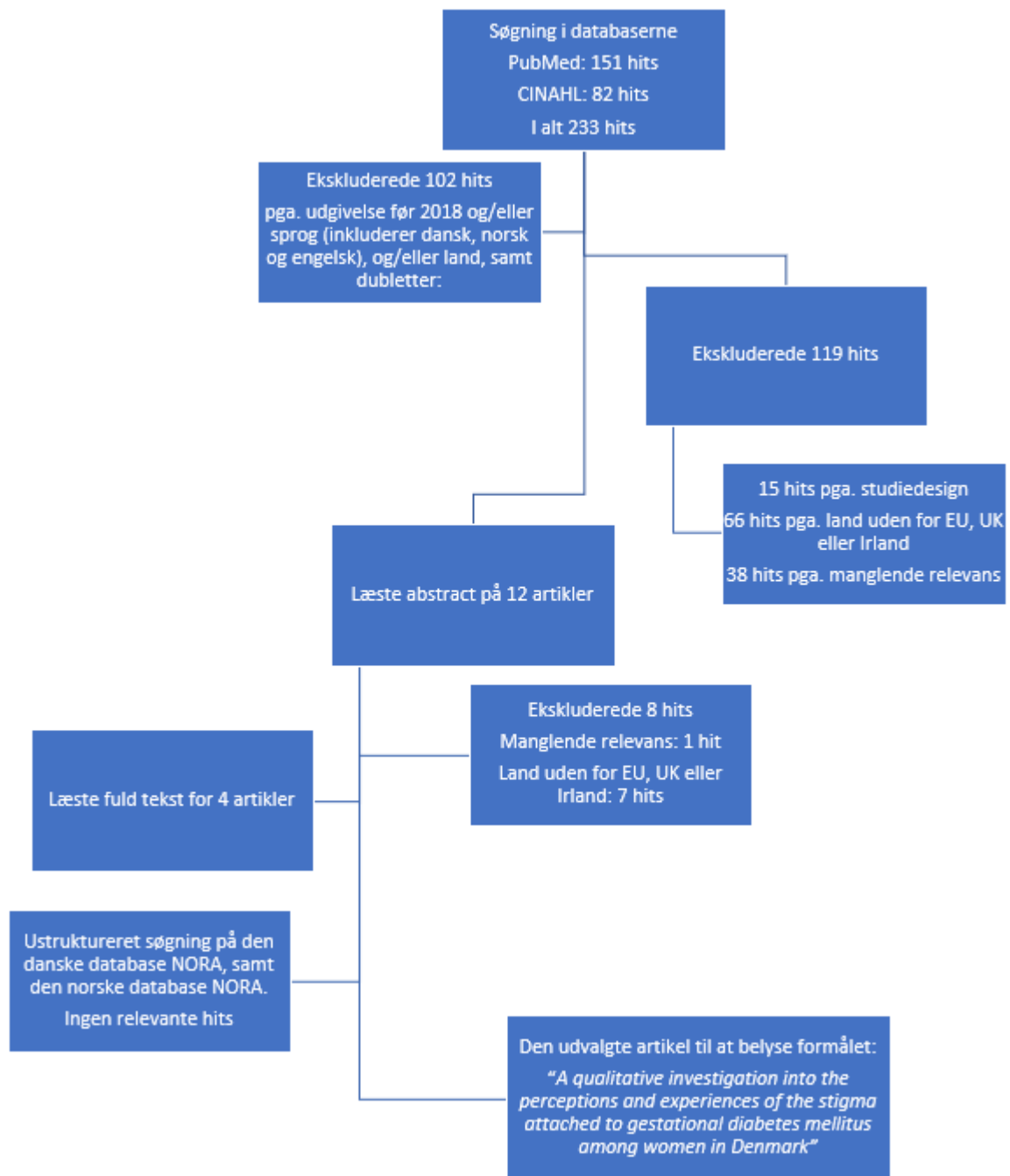
	Blok 1	Blok 2	Blok 3
Søgeord	GDM	Svangreomsorg	Stigma
Engelske synonymer, overtermer og undertermer	"Gestational diabetes" "Gestational diabetes mellitus" "Diabetes, Gestational mellitus"	"Healthcare system" "Medical system" Healthcare "Public healthcare" "Prenatal care" "Prepartum care" "Antenatal care" "Care antenatal" "Health service" "Health services" "Delivery of health care"	Perception* Stigma* "Social Stigma" "Stigma social" Stereotyping Guilt Shame Embarrassment Stigmatization
Kontrollerede emneord	MeSH termer: Diabetes, Gestational Cinahl Headings: Diabetes Mellitus, Gestational	MeSH termer: Delivery of Health Care Health services Prenatal care Cinahl Headings: Medical Care Maternal Health Services	MeSH termer: Perception Social Stigma Stereotyping Guilt Cinahl Headings: Perception Stigma Stereotyping Guilt

Database:	Blok 1	Blok 2	Blok 3
PubMed Dato: 18/10-2023 Antal hits: 151 Antal relevante hits: 81 Antal relevante hits ud fra titel: 11	"diabetes, gestational"[MeSH Terms] OR "Gestational diabetes"[Title/Abstract] OR "Gestational diabetes mellitus"[Title/Abstract] OR "diabetes gestational mellitus"[Title/Abstract]	"Delivery of Health Care"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Prenatal Care"[MeSH Terms] OR "Healthcare system"[Title/Abstract] OR "Medical system"[Title/Abstract] OR "Healthcare"[Title/Abstract] OR "Public healthcare"[Title/Abstract] OR "Prenatal Care"[Title/Abstract] OR "prepartum care"[Title/Abstract] OR "antenatal care"[Title/Abstract] OR "care antenatal"[Title/Abstract] OR "health service"[Title/Abstract] OR "Health Services"[Title/Abstract] OR "Delivery of Health Care"[Title/Abstract]	"Perception"[MeSH Terms] OR "Social Stigma"[MeSH Terms] OR "Stereotyping"[MeSH Terms] OR "Guilt"[MeSH Terms] OR ("perception*" [Title/Abstract] OR "stigma*" [Title/Abstract] OR "Social Stigma"[Title/Abstract] OR "stigma social"[Title/Abstract] OR "Stereotyping"[Title/Abstract] OR "Guilt"[Title/Abstract] OR "Shame"[Title/Abstract] OR "Embarrassment"[Title/Abstract] OR "Stigmatization"[Title/Abstract]

Database:	Blok 1	Blok 2	Blok 3
Cinahl Dato: 18/10-2023 Antal hits: 82 Antal relevante hits: 21 Antal relevante hits ud fra titel: 2	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR "Gestational diabetes" OR "Gestational diabetes mellitus" OR "Diabetes, Gestational mellitus"	(MH "Medical Care+") OR (MH "Maternal Health Services+") OR "Healthcare system" OR "Medical system" OR "Healthcare OR "Public healthcare" OR "prenatal care" OR "prepartum care" OR "antenatal care" OR "care antenatal" OR "health service" OR "health services" OR "delivery of health care"	(MH "Perception+") OR (MH "Stigma") OR (MH "Stereotyping") OR (MH "Guilt+") OR Perception* OR Stigma* OR "Social Stigma" OR "stigma social" OR Stereotyping OR Guilt OR Shame OR Embarrassment OR Stigmatization

Valg af informationskilder samt kort begrundelse: (databaser, søgemaskine, internet-hjemmesider m.v.)	
PubMed	Vi har valgt at bruge PubMed, da det er en engelsksproget database med fokus på medicin, sundhed og sygdom - derved får vi en bred international søgning.
Cinahl	Vi har valgt også at bruge Cinahl for at sikre en bred søgning. Cinahl er også en engelsksproget database med internationale sundhedsfaglige artikler.
Cochrane	Vi har valgt ikke at bruge Cochrane, da videnskabelige artikler siden 2016 er blevet automatisk indekseret fra Cochrane til PubMed. Da vi ekskluderer artikler fra før 2018, finder vi dette ikke relevant, da vi laver søgningen i PubMed.
PsycINFO	PsycINFO fandt vi ikke relevant.

12.3 Bilag 3 - Flowchart over bloksøgning 1



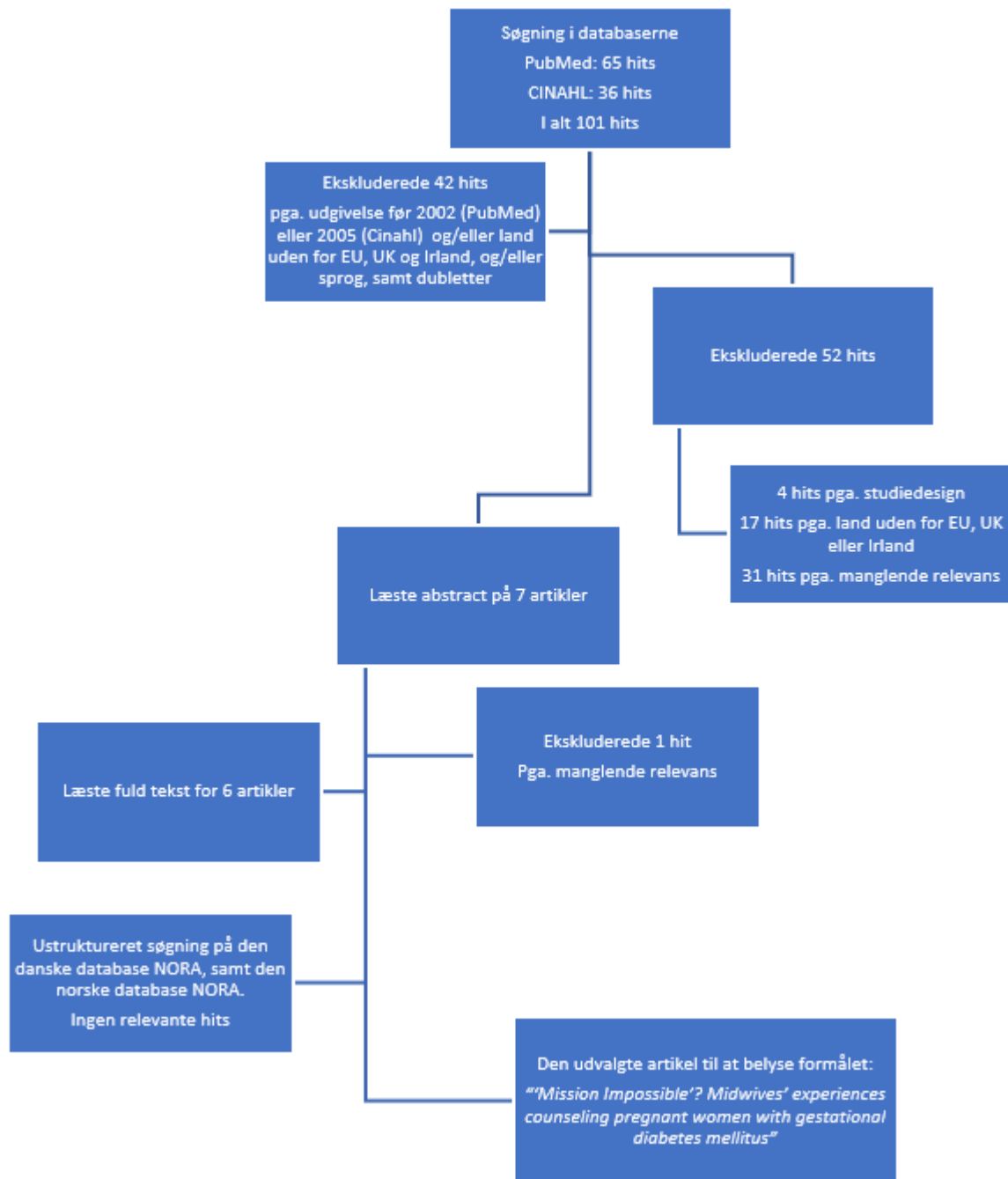
12.4 Bilag 4 - Søgeprotokol 2

	Blok 1	Blok 2	Blok 3
Søgeord	GDM	Jordemoder	Oplevelse
Engelske synonymer, overtermer og undertermer	"Gestational diabetes" "Gestational diabetes mellitus" "Diabetes, Gestational mellitus"	Midwife Midwives	Perception* Experience* Viewpoint* Understanding Perceptiveness Comprehension
Kontrollerede emneord	PubMed: Diabetes, Gestational Cinahl: Diabetes Mellitus, Gestational	PubMed: Midwifery Nurse Midwives Cinahl: Midwifery Service Midwife attitudes Midwives	PubMed: Perception Comprehension Cinahl: Job experience Perception Reflection

Database:	Blok 1	Blok 2	Blok 3
PubMed Dato: 18/10-2023 Antal hits: 45 (2018-2023) 20 (2002-2017) Antal relevante hits: 25 (2018-2023) 18 (2002-2017) Antal relevante hits ud fra titel: 3 (2018-2023) 2 (2002-2017)	"diabetes, gestational"[MeSH Terms] OR "Gestational diabetes"[Title/Abstract] OR "Gestational diabetes mellitus"[Title/Abstract] OR "diabetes gestational mellitus"[Title/Abstract]	(("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh]) OR (Midwife[Title/Abstract] OR Midwives[Title/Abstract])	(("Perception"[Mesh]) OR "Comprehension"[Mesh]) OR (Perception*[Title/Abstract] OR Experience*[Title/Abstract] OR Viewpoint*[Title/Abstract] OR Understanding[Title/Abstract] OR Perceptiveness[Title/Abstract] OR Comprehension[Title/Abstract])

Database:	Blok 1	Blok 2	Blok 3
Cinahl Dato: 18/10-2023 Antal hits: 19 (2018-2023) 17 (2005-2017) Antal relevante hits: 8 (2018-2023) 10 (2005-2017) Antal relevante hits ud fra titel: 2 (2018-2013) 2 (2005-2017)	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR "Gestational diabetes" OR "Gestational diabetes mellitus" OR "Diabetes, Gestational mellitus"	(MH "Midwifery Service+") OR (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives+") OR Midwife OR Midwives	(MH "Job Experience") OR (MH "Reflection") OR (MH "Perception+") OR Perception* OR Experience* OR Viewpoint* OR Understanding OR Perceptiveness OR Comprehension

12.5 Bilag 5 - Flowchart over bloksøgning 2



12.6 Bilag 6 - VAKS (Davidsen et al., 2023)

Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

Titel på artiklen: *"A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark"*

Vurderet af: Victoria Anna Preece, Sofie Tornby Christoffersen og Simone Lindholm Roed

Formelle krav	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.				x	Scoping review. Høj risiko. Tidligere studier (kigger på det med stigmatisering, kan man se en sammenligning) Scoping review har vist at det er et problem, men de ønsker at analysere med teoretisk baggrund med stigma. Informeret samtykke, anonymisering + pseudonymer. Frivillighed da de måtte trække deres data tilbage. Godkendt af "the centre for data review"
Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.				x	
Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).				x	
Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).				x	
Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.	x				
Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.	x				
	I alt point: 18 / 6 = 3				

Troværdighed	Helt uenig				helt enig	Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4		Abstract + introduktion + metodeafsnit
• Formålet er klart beskrevet.				x		Kvalitativ + semistruktureret interview
• Metoden er beskrevet.				x		Vi kan ikke finde en begrundelse for valg af interview.
• Metoden er begrundet.	x					Det omhandler den pågældende graviditet (godt (%recall bias)).
• Metoden er valgt i forhold til formålet.				x		Fokusgrupper kunne gøre, at informanterne ville påvirke hinanden
• Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).				x		Lydoptaget + transskriberet ad verbatim
• Der er anvendt triangulering.	x					Forskningsprocessen er beskrevet indirekte
• Forskningsprocessen er beskrevet.				x		
	I alt point: 22/7=3,14					

Overførbarehed	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet. • Der er en beskrivelse af informanterne. • Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage. • Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet. • Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.	1	2	3	4	Ja udvælgelsen er beskrevet (fra to forskellige universitetshospitaler)
				x	
				x	Fin tabel (1) med baggrundsbeskrivelse
				x	Ja det er beskrevet fordi de har GDM, men ingen andre store graviditetsproblemer + sprogbarrierer.
				x	
				x	Online / telefon eller in person alt efter hvad informanterne ville. Sammenhængen er graviditeten.
				x	
I alt point:					Ingen forhold til informanterne. Interesse i stigma, hvorfor man har valgt at undersøge dette felt.
20 / 5 = 4					

Konsistens	Helt uenig_____helt enig				Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4	
Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.				x	Data og tema stemmer overens.
Der er en beskrivelse af analyseproces.				x	Beskriver klart at de bruger Braun and Clarks framework
Der er en klar fremstilling af fundene.				x	Fundene fremstår klart idet de er delt op i 5 temaer.
Fundene er troværdige.				x	Valide da der er koblet citater op på dem.
Eventuelle citater er ræsonnable/understøttende for tolkningen.				x	Ja
Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.				x	Ja
	I alt point: 24/ 6 = 4				

Transparens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.	☐	☐	☐	☒	De viser hvad deres tidligere studie har vist. En forskers baggrund er godt beskrevet + hendes for-forståelse.
Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).	☐	☐	☐	☒	Goffman har inspireret til analysen.
Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.	☐	☐	☐	☒	Der er fundet fem temaer på baggrund af data.
Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.	☐	☐	☐	☒	ED
Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen	☐	☐	☐	☒	Ja det er beskrevet hvad den enkelte forsker gør.
Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.	☐	☐	☐	☒	Ja det er beskrevet i
	I alt point: 24 / 6 = 4				

Kan du anbefale denne artikel?

Anbefales (≥ 15) Samlet antal point: 18,14
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15) Samlet antal point:
Anbefales ikke (< 10) Samlet antal point

12.7 Bilag 7 - VAKS (Persson et al., 2010)

Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

Titel på artiklen: *Mission Impossible'? Midwives' experiences counseling pregnant women with gestational diabetes mellitus*

Vurderet af: Sofie Tornby Christoffersen, Victoria Anna Preece og Simone Lindholm Roed

Formelle krav	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.	☐	☐	☐	☒	Det er beskrevet. Dog findes der ikke eksisterende litteratur på det pågældende emne, men der findes et studie, som de læner sig op af, og gav afsæt til undersøgelsen.
Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.	☐	☐	☐	☒	
Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklarationen).	☐	☐	☐	☒	Det var frivilligt, og der står klart og tydeligt at der er hentet samtykke, det er frivilligt, og at de må trække sig når som helst uden begrundelse. Der står også at der er fortrolighed ift. data og dette tolker vi som anonymisering.
Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).	☐	☐	☐	☒	
Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.	☐	☐	☐	☒	Den er godkendt. Forskerne har forholdt sig til potentiel bias ift. for forståelse af informanterne.
Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.	☒	☐	☐	☐	
	I alt point: 21 / 6 = 3,5				

Troværdighed	Helt uenig_____helt enig				Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4	
Formålet er klart beskrevet.	☐	☐	☐	☒	Beskrevet i introduktion og abstract.
Metoden er beskrevet.	☐	☐	☐	☒	Den er beskrevet som et interview.
Metoden er begrundet.	☒	☐	☐	☐	De begrundet ej hvorfor de har valgt interview til at belyse emnet.
Metoden er velvalgt i forhold til formålet.	☐	☐	☐	☒	Ja.
Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).	☐	☐	☐	☒	Alle blev optaget og transskriberet ad verbatim.
Der er anvendt triangulering.	☐	☐	☐	☒	Forskertriangulering bruges.
Forskningsprocessen er beskrevet.	☐	☐	☐	☒	Ja forskerne beskriver trin for trin hvordan de har forholdt sig til processen.
	I alt point: 25 / 7 = 3.5				

Overførbarehed	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.				x	Ja, jordemødrene er udvalgt ud fra tre kommuner + information om informanternes alder, anciennitet og hvor de praktiserer.
Der er en beskrivelse af informanterne.				x	
Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.				x	Ja det er beskrevet, at jordemødrene er valgt fordi de arbejder med GDM.
Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.				x	
Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.				x	Stedet og formen er valgt af informanterne
					Dette er beskrevet.
	I alt point:				
	20/5 = 4				

Konsistens	Helt uenig				helt enig		Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4	x		
Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.					x		Ja det er der. Der bruges citater til understøttelse af fundene temaer.
Der er en beskrivelse af analyseproces.					x		Alle forskere har været med i analyseprocessen og der er en klar fremstilling af fundene.
Der er en klar fremstilling af fundene.					x		Det virker troværdigt, da forskerne er transparente, samt at man kan se at citaterne er understøttende for tolkningen.
Fundene er troværdige.					x		Ja.
Eventuelle citater er resonable understøttende for tolkningen.					x		Ja.
Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.					x		
	I alt point:						
	24 / 6 = 4						

Transparens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.				x	Deres baggrund er beskrevet, samt at alle kvalitative studier har forforståelse fra forskerne. De har analyseret data hver for sig, hvorefter de har analyseret dem sammen, hvilket gør resultaterne mere troværdige. De har ikke brugt nogen teoretiker eller teori. Temaerne er udvundet af data; én hovedkategori og fire undertemaer. To forskere har gennemført interviews. Ja det har de alle. Ja det har de i styrker og svagheder.
Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).	x				
Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.				x	
Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.				x	
Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen				x	
Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.				x	
	I alt point: 21/6 = 3,5				

Kan du anbefale denne artikel?

Anbefales (≥ 15) Samlet antal point: 18,5
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15) Samlet antal point:
Anbefales ikke (< 10) Samlet antal point