

EN MAGE ATT VARA GLAD FÖR!

- En intervjustudie med gravida kvinnor som har BMI ≥ 30 kg/m²

A BELLY TO BE HAPPY ABOUT!

- An interview study of pregnant women with BMI ≥ 30 kg/m²

Examensarbete inom reproduktiv, perinatal och
sexuell hälsa

15 Högskolepoäng

Avancerad nivå

Höstterminen 2012

Författare: Andresen, Janne Finnerup
Edgren, Kristin Brattström

Handledare: Annsofie Adolfsson

Examinator: Lena Mårtensson

SAMMANFATTNING

Titel:	En mage att vara glad för! – En intervjustudie med gravida kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m ²
Författare:	Andresen, Janne Finnerup; Edgren, Kristin Brattström
Institution:	Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 hp
Handledare:	Adolfsson, Annsophie
Examinator:	Mårtensson, Lena
Sidor:	28
Datum:	2012-12-20
Nyckelord:	Fetma, graviditet, stöd, barnmorska

Enligt WHO är övervikt och fetma ett växande problem världen över. Att vara kvinna och ha ett BMI ≥ 30 kg/m² innebär risker i samband med en graviditet. Det kan exempelvis påverka kvinnans välmående under graviditeten i form av högt blodtryck, graviditetsdiabetes, risk för intrauterin fosterdöd och en långsam framskridande förlossning. Krav ställs på barnmorskan i mötet med den gravida kvinnan med BMI ≥ 30 kg/m² då kvinnan önskar att få information om risker kring graviditeten utan att barnmorskan är dömande. Att leva med fetma innebär för många kvinnor att inte bli sedda som den person de egentligen är. Kvinnan önskar att bli sedd som en egen person och inte som en person med fetma. Kvinnorna upplever att de inte passar in i samhällets ideal på grund av sin storlek och andras fördomar kring fetma. Vid graviditet får kvinnor som lever med fetma en känsla av att passa in då det nu finns en förklaring till magens storlek. De upplever att de kan vara glada och stolta över sin mage vid graviditet vilket känns befriande.

ABSTRACT

Title:	A belly to be happy about! – An interview study with pregnant women with BMI ≥ 30 kg/m ²
Author:	Andresen, Janne Finnerup; Edgren, Kristin Brattström
Department:	School of life Sciences, University of Skövde
Course:	Master Degree (One Year) Project in Reproductive, perinatal and sexual health, 15 ECTS
Supervisor:	Adolfsson, Annsophie
Examiner:	Mårtensson, Lena
Pages:	28
Date:	2012-12-20
Keywords:	Obesity, pregnancy, support, midwife

Overweight and obesity measured by body mass index are an increasing problem worldwide according to WHO. Women having a BMI ≥ 30 kg/m² run a great risk when being pregnant. Complications such as high blood pressure, gestational diabetes, risk of intrauterine fetal death and slow progress when giving birth to the baby are risks that can affect the wellbeing of the woman and the child. According to the women the midwife's most important role when meeting with the pregnant woman having a BMI ≥ 30 kg/m² is to inform about risks during pregnancy, but the midwife must not act judgmentally. Living with obesity means for many women not to be seen as the person they actually are. The women want to be seen as a person and not as a person with obesity. The women experience that they do not fit into the ideal of society because of their size and because of other people's prejudice against obesity. When being pregnant the obese women feel comfortable in society because there is an explanation to the size of their belly. They experience that they are happy and proud about their belly, and it gives them a feeling of relief.

Förord

Ett stort TACK till de gravida kvinnor som valde att delta i studien och till barnmorskorna och verksamhetscheferna på mödravården i Skaraborg. Utan er medverkan och engagemang hade denna studie inte varit möjlig att genomföra.

Ett stort TACK även till vår handledare Annsofie Adolfsson som har stöttat oss under arbetets gång. Du har verkligen ställt upp med snabba svar och gett möjlighet till diskussion när vi har behövt din hjälp under skrivandet.

Ett varmt TACK till våra familjer som fått stå ut med att vi inte varit så närvarande under de åtta veckor som uppsatsskrivandet pågick.

DEFINITIONER

APGAR score:	Metod att bedöma det nyfödda barnet utifrån 1) färg, 2) puls, 3) reflexer, 4) muskeltonus och 5) andning. Varje punkt pöängsätts efter 1, 5 och 10 minuter efter födelsen.
BMI:	Body Mass Index används för att uppskatta människans kroppsfett baserat på personens vikt i kilo dividerat med personens längd i meter i kvadrat (kg/m^2).
CTG:	Cardiotocografi. Mäter fostrets hjärtfrekvens i relation till livmoderns sammandragningar.
GDM:	Graviditetsdiabetes (Gestational Diabetes Mellitus) uppstår på grund av en ökad insulin resistens. Det innebär en ökad produktion av hormon från moderkakan (östrogen, kortisol och humant placentalaktogen) efter tjugonde graviditetsveckan.
Induktion:	Igångsättning av förlossning.
Makrosomi:	Stort barn. Ett barn som vid förlossningen har en födelsevikt över 4500 gram.
Preeklampsi:	Havandeskapsförgiftning. En graviditetskomplikation som ger högt blodtryck och äggvita i urinen, huvudvärk och värk i magen.
Prematur:	Barn födda före 37:e graviditetsveckans utgång. För tidigt född barn.
Skulderdystoci:	Fostrets huvud har framfötts men främre axeln har fastnat under symfysen, vilket leder till att fostret sitter fast i förlossningskanalen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INDLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Övervikt och fetma ur ett folkhälsoperspektiv	1
Definition övervikt och fetma.....	2
Livskvalitet	3
Påverkan reproduktiv hälsa, graviditet och förlossningsutfall utifrån ett BMI \geq 30 kg/m ²	3
Barnmorskans ansvar.....	6
Mödravården i Sverige.....	6
TEORETISK REFERENSRAM.....	7
Vårdrelation och barnmorskans professionella stöd.....	8
PROBLEMFÖRMULERING.....	9
SYFTE	10
METOD	10
Val av metod.....	10
Miljö.....	10
Urval	10
Datainsamling	11
Dataanalys.....	12
RESULTAT	13
Att väga mer än vad som rekommenderas känns som ett misslyckande och att inte passa in	14
Acceptans	14
Misslyckande	15
Befrielse	15
Informationsbehov	16
Barnmorskans öppna och trygga bemötande	17
DISKUSSION.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
SLUTSATS.....	24
Förslag på klinisk tillämpning	24
Förslag på fortsatt forskning	24
REFERENSLISTA	25

- Bilaga 1: PM Mödravården Skaraborg
Bilaga 2: Information och förfrågan om deltagande i studie
Bilaga 3: Intervjuunderlag
Bilaga 4: Arbetsfördelning

INDLEDNING

Forskning visar att människor världen över ökar i vikt. Orsakerna till detta är många och kan bero på hereditet, ett ökat utbud av färdigproducerade matvaror, snabbmatskedjor och större tillgång till godis och läsk. Många människor rör sig även mindre än tidigare eftersom fler använder bil och har stillasittande arbeten. Övervikt och fetma upplevs i dagens samhälle som ett tabubelagt ämne. En bidragande orsak kan vara den mängd av reklam och modemagasiner som finns att tillgå där smala och tillsynes lyckliga personer framträder och därmed skapar ett ideal för hur vi ska vara och se ut. En stor del av befolkningen och därmed personer med övervikt och fetma passar ofta inte in i samhällets ideal och kan upplevas som oattraktiva och ohälsosamma. Hälsa- och sjukvården märker också av den ökade andelen av människor som lever med övervikt och fetma. Detta visar sig i form av hälsosjukdomar som exempelvis hjärtproblem, diabetes och ökad risk för cancer. Inom barnmorskeyrket kan övervikt och fetma leda till oönskat barnlöshet på grund av infertilitet, riskgraviditet i form av högt blodtryck och utveckling av graviditetsdiabetes men även att förlossningen kan försvåras och ibland leda till kejsarsnitt. Det ställs dessutom krav på personalen i bemötandet av dessa patienter, att inte döma utifrån samhällets ideal. Ytterligare ställs det krav på miljön eftersom sängar, undersökningsbänkar, rullstolar och gynekologstolar behöver anpassas för den ökade vikten av den gravida kvinnan med övervikt och fetma.

Det finns forskning inom ämnet graviditet, övervikt och fetma men forskningen belyser huvudsakligen det medicinska perspektivet eller vårdpersonalens perspektiv. Under vår praktiska utbildning har vi upplevt att barnmorskor har olika sätt att bemöta och samtala med gravida kvinnor kring övervikt och fetma. Vi önskar belysa hur gravida kvinnor med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ upplever sin graviditet och mötet med barnmorskan på mödravården för att förbättra vården för dessa kvinnor.

BAKGRUND

Övervikt och fetma ur ett folkhälsoperspektiv

Hälsa är enligt WHO (2003) inte enbart frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd av fullständigt kroppsligt, socialt och psykiskt välbefinnande. Övervikt och fetma är ett globalt växande problem och omfattar män, kvinnor och barn (WHO, 2012a; Smith & Lavender, 2011). Fetma kan i dag liknas vid en folksjukdom eftersom den omfattar en så stor del av befolkningen (Lim & Cheng, 2011; Schmied, Duff, Dahlen, Mills & Kolt, 2011). Fetma har nästan fördubblats i världen mellan åren 1980 till 2008. Enligt WHO var mer än 1,4 miljarder människor i världen överviktiga år 2008 medan en halv miljard hade fetma. Övervikt och fetma var tidigare mest förekommande i västvärlden men ökar numera också i låg- och medelinkomst länder (WHO, 2012b).

Sammanlagt är antalet överviktiga högre än antalet feta. Enligt SBU-rapporten (2007) är fetma i Sverige nästan lika vanligt bland kvinnor som bland män om befolkningen jämförs som en helhet men fetma har ökat mest bland unga kvinnor. Att fetma har ökat mest bland unga kvinnor bekräftas i studier från bland annat Danmark och Australien (Ovesen,

Rasmussen & Kesmodel, 2011; Schmied et al. 2011). Det är dessutom känt att vikten ofta ökar med ålder vilket innebär att sjukdomar som är förknippade med övervikt och fetma kan uppkomma ju äldre personerna blir. Risken för övervikt och fetma är större för kvinnor under vissa perioder i livet såsom under och efter graviditet samt i samband med klimakteriet (SBU-rapport, 2007).

Definition övervikt och fetma

Enligt WHO (2012b) definieras övervikt och fetma som en onormal och överdriven fettansamling som kan påverka hälsan. Det mest använda sättet att mäta övervikt och fetma är med hjälp av Body Mass Index (BMI) då detta mäts på samma sätt hos såväl män som kvinnor. BMI beräknas utifrån personens vikt i kilo dividerat med personens längd i meter i kvadrat (kg/m^2). Med hjälp av BMI kan olika grader av övervikt och fetma definieras. Om BMI är mer än eller lika med 25 kallas det övervikt och om BMI är mer än eller lika med 30 kallas det fetma. Detta framgår i tabell 1.

Tabell 1. Klassificering av Body Mass Index (BMI)

Klassificering	BMI
Undervikt	< 18,5
Normalvikt	18,5 - 24,9
Övervikt	$\geq 25,0$
Fetma	$\geq 30,0$

Källa: WHO (2012a). Fact file. 10 facts on obesity.

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>

Enligt WHO räknas ett BMI över $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ som en sjukdom eftersom risken för följsjukdomar eller försämring av redan pågående sjukdom är väsentligt förhöjd (WHO, 2012a). Många olika faktorer har betydelse vid utveckling av fetma och dessa kan påverka varandra. Det kan vara ärftliga, beteendemässiga och kulturella faktorer. Den ökning som skett i Sverige under de senaste decennierna kan inte enbart förklaras av genetiska faktorer utan även på livsstilsförändringar som kostvanor och fysisk aktivitet. Risk för utveckling av fetma ökar även när det finns ökad tillgång till fett-och energirik kost och dryck samt att krav på fysisk aktivitet är lägre (WHO, 2012a). Enligt en rapport från SBU (2007) framgår det att sociala faktorer också kan ha betydelse för utveckling av fetma samt att det är vanligare hos både barn och vuxna hos de med sämre socioekonomiska förhållande. Detta bekräftas även i en rapport av Bergman, Bergman, Lewenhaupt och Möller (2009) som fann att den största andelen av människor som hade fetma återfanns i gruppen med lägre inkomst och utbildning.

I SBU's rapport (2007) beskrivs de vanligaste följsjukdomarna som exempelvis diabetes typ två, hjärtinfarkt, högt blodtryck, gallsten, cancersjukdomar infertilitet samt komplikationer under graviditeten. Enligt Bergman et al. (2009) ses en koppling mellan övervikt och utveckling av cancer. Relationen mellan övervikt och cancer visar sig vara linjär. Det vill säga, ju mer överviktig man är, desto större är risken att drabbas av cancer. Orsakerna till varför övervikt och fetma ökar risken för cancer är endast delvis kända. Sambandet är dock särskilt tydligt mellan den ökade östrogenproduktionen hos överviktiga kvinnor efter klimakteriet och risken för att drabbas av bröst- eller livmoderkroppscancer. Andra cancerformer som ger en ökad risk för att insjukna på grund

av övervikt och fetma är bukspottkörtelcancer, matstrupscancer, njurcancer samt tjock- och ändrarmscancer (Bergman et al., 2009).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett vitt begrepp som innefattar en mängd aspekter på livet. Enligt WHO (1998) innefattar livskvalitet inte enbart frånvaro av sjukdom utan beror på en rad faktorer såsom fysiska, psykiska, sociala och miljömässiga faktorer. Enligt en studie av Folope, Chapelle, Grigioni, Coëffier och Déchelotte (2012) är oro och ångest samt missnöje över kroppsformen bland annat bidragande orsaker till sämre livskvalitet bland feta patienter. I studien framkommer även att kvinnor med fetma har sämre livskvalitet i jämförelse med män. Detta kan bero på att kvinnorna har mer ångest och är mer deprimerade än männen.

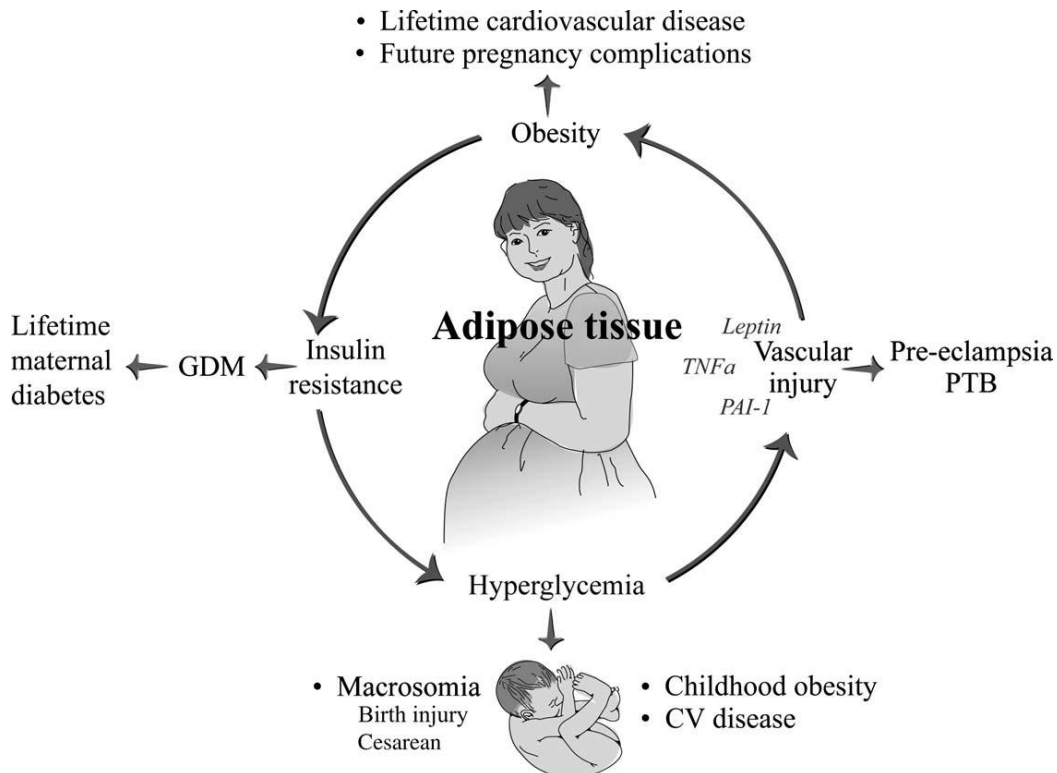
Enligt Statens Folkhälsoinstitutet (2012) har miljön stor betydelse för livskvaliteten. Boendemiljö och bostad samt möjligheten till fysisk aktivitet är av betydelse. Närheten till grönområden och fritidsanläggningar spelar stor roll liksom tillgång till sunda livsmedel som kan främja goda matvanor. Även sociala kvaliteter som exempelvis fritidsintressen är viktiga eftersom de ger en känsla av trygghet och säkerhet.

I en rapport från SBU (2007) framgår att fetma, kan påverka livskvaliteten negativt både fysiskt och psykiskt. Negativa attityder från omgivningen och fördomar om fetma kan leda till försämrad livskvalitet för personer med fetma. Fördomar kring fetma kan leda till attityder som kan kännas fördomande och nedsättande. Dessa fördomar kan förekomma både i samhället och inom hälso- och sjukvården. Detta kan för patienten leda till personlig skuldbeläggning och ökat lidande. Ett sätt att minska fördomar mot personer med fetma kan vara att få ökad förståelse för hur fetma uppkommer samt få kunskap om hur svårbehandlat det är.

Påverkan reproduktiv hälsa, graviditet och förlossningsutfall utifrån ett BMI ≥ 30 kg/m²

För många är önskan om att bilda familj en del av livet och något de flesta ser fram emot. För vissa går det lätt och för andra är det inte lika lätt. Studier visar att kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m² har större risk att drabbas av infertilitet (Hildingsson & Thomas, 2012). Detta beror enligt Kelly-Weeder och Cox (2006) bland annat på en ofta oregelmässig menscykel men även på en låg självkänsla. En annan studie bekräftar detta och grundar sina resultat på kvinnor med bakgrund i fem olika nationaliteter. Kvinnorna hade oskyddat samlag i mer än nio och en halv månad innan de blev gravida. Forskarna till studien fann därför ett starkt samband mellan fetma och försenad befruktning (Bolúmar, Olsen, Rebagliato, Sáez-Lloret, Bisanti & The European Study Group on Infertility and Subfecundity, 2000).

Graviditet innebär generellt en ökad belastning för kroppen. Om kvinnan ifråga har ett BMI ≥ 30 kg/m² innebär det ytterligare risk för kvinnans hälsa men även en risk för det ofödda barnets hälsa och framtid (Ovesen et al., 2011; Phillips, 2012; Smith & Lavender, 2011; Socialstyrelsen, 2012). Nedan visas en figur som illustrerar effekterna av fetmas påverkan av graviditet och foster.



Note . CV = cardiovascular; GDM = Gestational Diabetes Mellitus; PTB = preterm birth.

Källa: Smith, Hulsey and Goodnight, 2008, s. 178.

Figur 1. Patologiska effekter av fetma på graviditet och foster.

Många gravida kvinnor får under graviditeten ett högre blodtryck än innan graviditeten som i sin tur kan utvecklas till preeklampsi (Smith & Lavender, 2011). Enligt en studie av Schneider, Freerksen, Maul, Roehrig, Fischer och Hoeft (2011) är fetma en viktig oberoende riskfaktor när det gäller preeklampsi. Studier visar att preeklampsi förekommer i tre gånger så stor utsträckning bland kvinnor med övervikt och fetma jämfört med normalviktiga. Preeklampsi är dessutom orsak till komplikationer i tre till fem procent av alla graviditeter men de bakomliggande mekanismerna är oklara. Preeklampsi kan leda till att barnet föds prematurt (Ovesen et al. 2011; Smith et al., 2007; Socialstyrelsen, 2012).

Risken för att få en trombos under eller efter graviditeten ökar i takt med kvinnans vikt. I Ovesen et al. (2011) studie framgår det att risken och förekomsten av trombos hänger ihop med kvinnans BMI och att immobilitet och BMI ≥ 30 kg/m² ökar förekomsten markant.

Kvinnans vikt är enligt Socialstyrelsen (2012) direkt kopplad till barnets vikt och kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m² föder i större utsträckning barn som är stora för tiden. En av anledningarna till att barnen blir stora kan bero på GDM. Graviditetsdiabetes uppstår när bukspottkörtelns produktion av hormonet insulin inte räcker till eller på grund av insulinresistens som innebär att kroppens insulin inte kan verka fullt ut. Detta leder till att kvinnan och fostret utsätts för hyperglykemi (Hanson, 2008; Socialstyrelsen, 2012).

Förekomsten av makrosomi är mer än dubbel så stor hos kvinnor med fetma enligt en studie av Heude et al. (2012). En annan studie visar däremot att siffran är 90 procent högre

om kvinnan har ett BMI ≥ 30 kg/m² (Ovesen et al., 2011). Barn som är stora för tiden utgör en ökad risk för att förlossningen blir långdragen och att kvinnan får bristningar och andra förlossningsskador (Smith & Lavender, 2011; Socialstyrelsen, 2012). Fostret ska passera genom förlossningskanalen som kan vara trång på grund av den ökade fettvävnaden. Om förlossningen blir lång och utdragen kan det leda till ytterligare förlossningskomplikationer som till exempel skulderdystoci (Ovesen et al., 2011; Smith et al., 2007).

En annan faktor som har betydelse för förlossningens framgång är barnmorskans förmåga att utföra yttre palpation och inre undersökning av kvinnan för att få klarhet i fostrets läge i magen eller förlossningskanalen (Furber & McGowan, 2011; Heslehurst, Moore, Rankin, Ells, Wilkinson, Summberbell, 2011; Schmied et al., 2011). Barnmorskans bedömning av symfys-fundus mått blir inte heller lika pålitligt. Fettvävnaden försvårar oftast och förhindrar barnmorskan i att känna eller nå fostret fullt ut. Att övervaka fostret under förlossningen med hjälp av CTG kan också vara svårt då CTG ofta störs av den ökade fettvävnaden och därmed blir det svårare att mäta fostrets hjärtljud och livmoderns kontraktioner (Schmied et al., 2011).

Flera studier visar att antalet kejsarsnitt ökar i takt med antalet kvinnor som har BMI ≥ 30 kg/m² (Hildingsson & Thomas, 2012; Ovesen et al., 2011; Smith et al., 2007; Smith & Lavender, 2011). En studie visar att risken för kejsarsnitt är 50 procent högre för överviktiga kvinnor och att risken är mer än dubbel så stor för kvinnor med fetma jämfört med normalviktiga kvinnor (Poobalan, Aucott, Gurung, Smith & Bhattacharya, 2009). Enligt Ovesen et al. (2011) kan det bero på olika faktorer såsom makrosomi, ökad fettvävnad i förlossningskanalen och komplikationer som uppstår i samband med förlossning. Kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m² har dessutom större risk för komplikationer i samband med kejsarsnitt då operationstiden och risken för blodförlust över 1000 ml ökar. Dessutom ökar även risken för postoperativa sårinfektioner och inflammation i endometriet (Ovesen et al., 2011, Smith et al., 2007).

Enligt Socialstyrelsen (2012) har kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m² en högre risk att drabbas av intrauterin fosterdöd innan eller i samband med förlossning. Risken för att få ett dödfött barn visar sig öka i takt med ökat BMI och ju längre framskriden graviditeten är. Det visar sig även att barnet efter förlossningen har en högre risk för låg APGAR score och att en ökning kan ses i takt med kvinnans BMI (Ovesen et al., 2011). En annan studie visar att riskerna för att få ett barn med neuralrörsdefekter, läpp-käk-gomspalt och andra missbildningar ökar samt att barnet kan drabbas av fetma senare i livet (Smith & Lavender, 2011).

I studien Hildingsson och Thomas (2012) visar det sig att kvinnor med högt BMI föder barn med högre födelsevikt jämfört med normalviktiga. Forskningen visar att överviktiga kvinnor oftare får överviktiga barn och att graviditeten och förlossningen klassas som en riskgraviditet. I studier av Furber och McGowan (2011) samt Lim och Cheng (2011) framkommer det att kostnader för vården innan och efter förlossningen är större för kvinnor med övervikt och att barnen till överviktiga mödrar oftare behöver vårdas på neonatalavdelningen med flera inläggningsdagar till följd. Dessutom framkommer också att överviktiga mödrar kan ha betydelse för förekomsten av övervikt och kroniska sjukdomar hos den kommande generationen (Lim & Cheng, 2011).

Definitionen av fetma har gradvist ändrats. De som tidigare ansågs ha fetma accepteras nu som normalviktiga då det har blivit vanligare och det har blivit socialt accepterat att vara överviktig (Schmied et al., 2011). Vid en förfrågan ansåg 50 % av de tillfrågade att de var lite överviktiga trots att de hade ett BMI > 30 kg/m² (Howard, Hugo, Taylor & Wilson, 2008). I Schmied et al. (2011) studie framgår det också att ändringar har förekommit i samband med remisser som skickas för bedömning av kvinnor med högt BMI inför exempelvis anestesi eller dietist. De kvinnor som tidigare skickades för bedömning hade ett BMI på 30 kg/m². Detta ändrades till att gälla kvinnor med BMI över 39 kg/m² och remitteringen skedde enbart av medicinska skäl (exempelvis diabetes eller högt blodtryck). I studien framkommer vidare att det inte skulle finnas några kvinnor kvar i gruppen normalviktiga om BMI på 30 kg/m² skulle accepteras som övervikt.

Barnmorskans ansvar

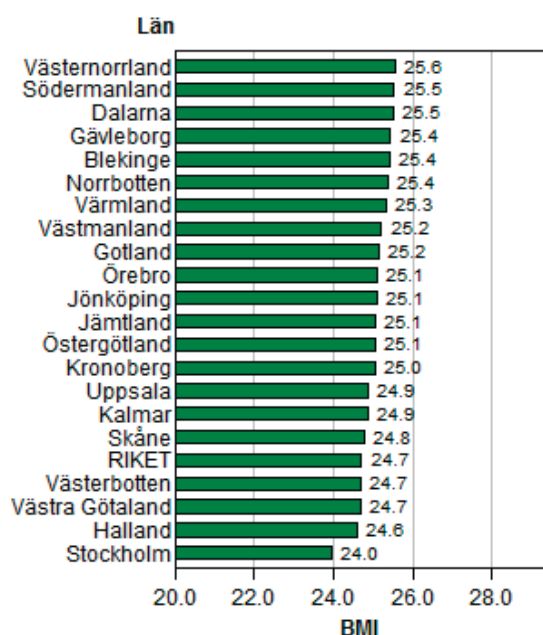
En barnmorska som arbetar i Sverige ansvarar självständigt för normal graviditet och förlossning men har även ansvar för det friska, nyfödda barnet (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2012) arbetar den svenska barnmorskan för kvinnors reproduktiva hälsa inom ett brett område. Där ingår förutom vård och stöd inom normal graviditet och förlossning bland annat att identifiera avvikande tillstånd och omvårdnad under graviditet, förlossning och barnsängs tid. Även hälsoinformation inom reproduktiv hälsa är en del av barnmorskans ansvar samt att verka för solidaritet och respekt för varje individ. I kompetensbeskrivningen för legitimerade barnmorskor skriver Socialstyrelsen (2006) bland annat att barnmorskan ska ha förmåga att vårda patienter med komplicerad graviditet, förlossning samt eftervård. När behovet av vård överskrider barnmorskans kompetens konsulteras och remitteras kvinnan till andra yrkeskategorier (Barnmorskeförbundet, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2006) krävs det att barnmorskan följer riktlinjer kring förhållningssätt gentemot patienten. Arbetet ska grundas på en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt samt grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån gällande författningar och riktlinjer. Barnmorskan ska visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Alla barnmorskor har en personlig värdegrund som består av logiska och etiska ståndpunkter. Dessa ståndpunkter har lett till en formulering av den gemensamma yrkesetiska koden (Berg, 2010). I den internationella etiska koden för barnmorskor (Barnmorskeförbundet, 2012) framgår det att förhållningssättet ska baseras på ömsesidig respekt och tillit samt att hänsyn ska tas till varje människas eget värde. Barnmorskan ska även delta i utveckling och genomförande av hälsoprogram som främjar hälsan hos kvinnan. Barnmorskan ska dessutom försöka få kvinnan att ha realistiska förväntningar inför barnafödandet.

Mödravården i Sverige

Den svenska mödrahälsovården grundades i slutet av 1930-talet och har internationellt sett en särställning. Mödravården är kostnadsfri och når 99 % av alla gravida kvinnor bosatta i Sverige. Barnmorskans uppgift på mödravården är att stötta kvinnan i allt hon är i behov av med målet att få en god upplevelse kring graviditeten. För att uppnå detta måste barnmorskan arbeta utifrån ett medicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv. För att säkerställa en hög kvalitet på vården finns det nationella riktlinjer för mödrahälsovårdens innehåll samt ett utarbetat basprogram. Basprogrammet innehåller ett antal undersökningar och provtagningar och anger det minsta antal, medicinskt motiverade besök för friska

kvinnor under graviditeten. Målet med basprogrammet är att upptäcka eventuella störningar i det ofödda barnets utveckling och tillväxt samt sjukdomar och tillstånd hos mamman som kan ha betydelse för graviditet, förlossning eller fosterutveckling. Vid inskrivningen på mödrahälsovården har det sedan 1992 noterats vad kvinnan väger och hur lång hon är. Vissa graviditeter kräver extra uppmärksamhet varav gruppen av kvinnor med BMI ≥ 30 kg/m² ingår (Santesson, 2009). Utifrån inskrivningsbesöket på mödravården där längd och vikt har antecknats bedöms om kvinnan tillhör en riskgrupp. BMI är en av flera faktorer som avgör om kvinnan ska följa det generella basprogrammet eller om hon tillhör kategorin riskgraviditet (Socialstyrelsen, 2012). Enligt Socialstyrelsen har en ökning av antalet kvinnor med BMI 25 kg/m² eller däröver vid inskrivning på mödravården ökat från 25 procent 1992 till nästan 37 procent 2009 (Socialstyrelsen, 2011). Efter 2002 har medelvärdet för BMI inte stigit lika mycket. År 2010 hade 25 procent av samtliga mödrar övervikt och 13 procent hade fetma. I en svensk studie av Hildingsson och Thomas (2012) fanns att antalet överviktiga gravida kvinnor har ökat med sex procent mellan åren 1993 till 2008. Enligt tabell 2 är viktökning även beroende av geografiska förhållanden i Sverige. BMI är högst hos de som bor i Västernorrland och lägst hos de som bor i Stockholm (Socialstyrelsen, 2012).

Tabell 2. Gravida kvinnors Body Mass Index (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården under 2010.



Källa: Socialstyrelsen, 2012. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2010 – Assisterad befruktning 1991–2009, s. 19.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-4-2>.

TEORETISK REFERENSRAM

Med utgångspunkt från vår blivande roll som barnmorskor valdes ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv utifrån barnmorskans och kvinnans vårdrelation samt betydelsen av stöd till kvinnan.

Vårdrelation och barnmorskans professionella stöd

Enligt Berg (2010) är vårdandet ett mänskligt behov som är nödvändigt för människans utveckling och överlevnad. Vårdandet har funnits i alla tider och kulturer så länge människan existerat. Själva vårdandet kan delas in i naturligt vårdande och professionellt vårdande. Det professionella vårdandet har sin grund i det naturliga vårdandet och utövas inom ramen för yrket. Professionella vårdare kan ge råd om hur kvinnan ska kunna leva för att få ett friskt barn. När en kvinna är på väg att bli mamma är hon mer sårbar men också mer mottaglig för råd och vård. Vårdpersonalens funktion är att vara som en förmedlare mellan kvinnan och barnet, med det främmande och okontrollerande som händer i hennes kropp. Barnmorskans sätt att vårda och förmedla kunskap till kvinnan kan ha betydelse för graviditeten, förlossningen och upplevelsen av att bli mamma samt hur barnet upplevs.

En vårdande relation betyder enligt Berg (2010) att vårdare och patient möts på grund av ett speciellt syfte. Vårdarens sätt att vara är av stor betydelse och båda parter bestämmer hur öppen relationen blir. Nyman, Prebensen och Flensner (2010) beskriver att vårda hänsynsfullt och intresserat leder till minskad känsla av obehag och situationen kan upplevas mer avslappnad. Enligt Nyman et al. (2010) bör barnmorskan i en vårdande relation vara öppen för kvinnans livsvärld samt ta del av hennes livsberättelse eftersom det är en del av kvinnan. Enligt Berg (2005) är grunden för kvinnans värdighet den relation som utvecklas mellan barnmorskan och kvinnan. Relationen bygger på fem olika delar, ömsesidighet, tillit, dialog, delat ansvar samt betydelsen av närvaro. Ömsesidighet skapas när barnmorskan och kvinnan har en öppen dialog. Tillit handlar om barnmorskans tilltro till kvinnan gällande känslor och förmågan som gravid och födande kvinna men även som mamma. Viktigt för kvinnans värdighet är en fortgående dialog genom att hålla kvinnan informerad om vad som händer. Kvinnorna har även behov av att dela ansvar med exempelvis barnmorskan för att kunna känna sig delaktiga i situationen. Kontinuerlig närvaro från barnmorskan både känslomässigt och fysiskt är också en nödvändig del av vårdandet.

Känslan av otillräcklighet som blivande mamma är enligt Berg (2005) något som den gravida kvinnan med ökad risk för komplikationer känner under graviditet, förlossning och den efterföljande tiden. Därför har barnmorskan en viktig uppgift i att stärka kvinnan genom att bekräfta hennes behov och stärka hennes identitet som mamma. Nyman et al. (2010) beskriver att många kvinnor med fetma sedan tidigare har negativa erfarenheter av vården och att dessa erfarenheter ska övervinnas. Om den gravida kvinnan med fetma får vårdgivarens fulla uppmärksamhet fick hon en känsla av att vara viktig och speciell. Att få uppmuntran från barnmorskan ökar känslor av glädje och kvinnan kan känna sig stolt över graviditeten och förmågan att föda barn. Kvinnorna kan genom en öppen och ärlig atmosfär lösa upp spänningar och slappna av i obekväma och nervösa situationer. Genom att prata och skratta tillsammans samt använda humor i förhållande till samtal kring kroppsstorleken skapas en lättnad för kvinnan. Det leder till en känsla av förståelse, lugn och säkerhet men även en känsla av att vara respekterad (Nyman et al., 2010).

Enligt Nyman et al. (2012) innebär det att leva med fetma och att vara gravid en konstant medvetenhet om kroppen och att känna sig utsatt, iakttagen och granskad av andra vilket kan leda till negativa känslor och obehag. Kvinnans känslighet för kommentarer om vikten ökar under graviditeten och kvinnorna upplever att det är svårt att väga sig och prata kring

sin vikt. Känslan av misstänksamhet mot vårdgivaren finns och att denna pratar bakom ryggen på kvinnan kring hur stor hon är och hur svår hon är att undersöka.

Litteraturen ger ingen enhetlig definition på stöd och används många gånger tvetydigt. Forskare har sedan 1970-talet försökt definiera begreppet och dess innebörd. (Hupcey & Morse, 1997).

Universitetsadjunkt Stina Thorstensson beskrev på en föreläsning i Göteborg (2011-08-30) stöd som den del av vårda som handlar om tilltro, att inte ta över, utan stå bredvid och ingjuta mod. Hall och Wigert (2010) menar att stöd kan ges på olika sätt och att stödet kan vara emotionellt, instrumentellt, informativt men även att visa uppskattning eller att småprata. Det viktigaste stödet är det emotionella stödet som innebär stöd genom vård, kärlek, tillit och omsorg. Enligt Thorstensson (2012) är känslomässigt stöd under graviditet viktigt för mammans känslor och relation till barnet. Enligt Hall & Wigert (2010) kan instrumentellt stöd ses som ett verktyg eller hjälp med det praktiska för att den enskilde ska kunna hantera sin situation. Informativt stöd innefattar information och råd som ges. Stöd kan även ges som uppskattning i form av att stötta den enskilde i dennas handlande, åsikter eller utveckling med målet att stärka individens självkänsla. Småprat kring vardagsupplevelser kan ge den enskilde ett andrum i en ansträngande och tung situation (Hall & Wigert, 2010).

Enligt Nyman et al. (2010) är stödet ännu viktigare för kvinnor med fetma på grund av förväntningar att inte bli behandlade som andra kvinnor. Att få stöd från vårdgivaren ger kraft och styrka samt förmågan att hävda sig själv i mötet med andra under graviditet och förlossning. Barnmorskan och andra vårdare bör vara medvetna om och reflektera över sina egna attityder och makt för att undvika dömande attityder och ökat lidande för gravida kvinnor med fetma. Att döma utifrån kroppsstorlek kan ge en känsla av utanförskap och en känsla av att inte bli sedd som andra kvinnor. Även Thorstensson (2012) menar att det är en utmaning för vårdgivaren att reflektera över sin egen attityd när det gäller stöd till den gravida kvinnan.

PROBLEMFORMULERING

Övervikt och fetma är ett växande problem världen över och räknas enligt WHO som en folksjukdom. Orsaken till problemet kan bero på ändrad livsstil men även på ärftlighet. Att vara gravid och ha ett BMI ≥ 30 kg/m² innebär risker för såväl kvinnan som det ofödda barnet. För kvinnan kan det bland annat innebära en förlängd förlossning, graviditetsdiabetes, ökat risk för kejsarsnitt och för barnet finns det bland annat risk för missbildningar och makrosomi. För barnmorskan innebär det att det är svårare att bedöma kvinnan på mödravården och under förlossningen och graviditeten klassas i regel som en riskgraviditet. Stödet från barnmorskan kan ha betydelse för hur kvinnan upplever sin graviditet och förlossning. Det ställs krav på barnmorskan i bemötandet och att barnmorskan lägger sina egna värderingar och attityder åt sidan. Det har forskats mycket kring de medicinska riskerna för kvinnan och barnet och även kring hur barnmorskan upplever mötet med den gravida kvinnan med fetma. En del barnmorskor upplever det känsligt och svårt att prata kring fetma och vilka följder det kan ha för kvinnan under graviditeten. Studien avser att bidra med mer kunskap kring hur den gravida kvinnan med

fetma upplever mötet med barnmorskan och hur hon tänker och känner angående sin graviditet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av att vara gravida och ha ett BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ samt hur de upplever mötet med barnmorskan på mödravården.

METOD

Val av metod

För att få en ökad förståelse av hur det är att vara gravid och överviktig valdes att göra en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Till vår studie valdes kvalitativ forskningsmetod eftersom den har som mål att beskriva och förstå hur den intervjuade upplever en given situation utifrån samtal. Den kvalitativa forskningsmetoden ses som en mellanmänsklig process, ett samtal mellan två parter kring ett ämne av bådats intresse. Forskarens uppgift är att leda uppmärksamheten mot ett specifikt område där svar saknas kring ett specifikt ämne. Forskaren anses vara medskapare till det som framkommer i intervjun och därmed medskapare av texten. För att förstå det centrala budskapet i samtalet ska forskaren sträva efter att lyssna in vad den intervjuade egentligen förmedlar. Detta är en konst och kräver övning. Forskaren bör ha en öppenhet, vilket kännetecknas av en vilja av att se, höra och förstå. För att fånga erfarenheter, upplevelser och känslor ur den intervjuades liv krävs en känslig men på samma gång kraftfull metod som grundar sig på en empatisk dialog mellan forskaren och den intervjuade. Samtidigt handlar det om en ödmjukhet och respekt inför det område som studeras. En forskare måste sträva efter att inte ta något för givet utan vara nyfiken och ha lusten att se och samtidigt försöka lägga sina förutfattade meningar åt sidan. Med en kvalitativ forskningsmetod växlar forskaren mellan närhet och distans (Kvale & Brinkmann, 2009; Graneheim & Lundman, 2008).

Miljö

Studien genomfördes med gravida kvinnor inskrivna på mödravården i Skaraborg. Skaraborg utgör en del av Västra Götaland som består av sammanlagt 15 kommuner varav Skaraborg mestadels består av mindre städer och landsbygd. I Skaraborg arbetar barnmorskorna utifrån fastställda riktlinjer gällande graviditet och fetma. Ett utarbetat promemoria (PM) finns kring gravida med BMI över 30 eller hög viktuppgång vid andra trimestern. PM-et består av fem huvudpunkter: 1) *Målsättning*, 2) *Medicinska risker med fetma under graviditeten*, 3) *Förslag på frågor att ställa vid inskrivningsbesöket*, 4) *Åtgärder samt* 5) *Åtgärder vid efterkontroll* (se bilaga 1).

Urval

Ett strategiskt urval gjordes. Kvinnorna skulle vara bosatta i Skaraborg. En blandning av ålder, utbildning, bostadsort (landsbygd, stad), bakgrund, socioekonomiska förhållanden och graviditetslängd eftersträvades. Urvalskriterierna var att kvinnorna skulle vara gravida med ett BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ vid inskrivningstillfället samt vara svensktalande. Förfrågan om

deltagande i studien skulle ske vid inskrivningstillfället och utföras av barnmorskor på tre utvalda mödravårdscentraler i Skaraborg där intresset för forskning var stort.

För att få tillstånd att intervjua gravida kvinnor inskrivna på mödravården i Skaraborg kontaktades verksamhetsansvariga i Skaraborg. Informationsbrev (se bilaga 2) skickades till verksamhetsansvariga som sedan vidarebefordrade informationen till barnmorskorna på MVC. Barnmorskorna presenterade sedan studien för målgruppen och om kvinnan visade sig intresserad kontaktade barnmorskan intervjuarna. Informanterna fick själv bestämma plats och tid för intervjun enligt tre angivna förslag: mödravårdscentralen, hemma hos informanten eller Högskolan. Information kring studien förmedlades av mödravårdsbarnmorskorna.

Förfrågan om deltagande utfördes av barnmorskorna under sommaren 2012 men ledde inte till några deltagare. Information om studien skickades därför till alla mödravårdscentraler, sammanlagt elva stycken, i Skaraborg enligt överenskommelse med verksamhetsansvariga. Författarna kontaktade även alla mödravårdscentralerna per telefon vid tre tillfällen för att höra hur det gick med rekryteringen av kvinnor till studien. För att ytterligare öka möjligheterna till att få deltagare ändrades inklusionskriterierna till att omfatta gravida kvinnor med ett BMI ≥ 30 kg/m² vid inskrivningstillfället. Tillfrågan om deltagande vid inskrivningstillfället ändrades till att kvinnorna kunde tillfrågas när som helst under graviditeten. Detta resulterade i sex deltagare från sex olika mödravårdscentraler i Skaraborg. En deltagare valde att i sista stund avstå från deltagande. Barnmorskorna kontaktade författarna när en kvinna tackat ja till deltagande varpå intervjuarna via telefon kontaktade kvinnan för att komma överens om tid och plats för intervju. De sex kvinnorna var mellan 26 och 34 år gamla med ett BMI från 31,3 till 41,5. Fyra kvinnor var omföderskor och en var förstföderska. Alla kvinnorna arbetade och hade jobb inom vård, skola, barnomsorg och kontor. Tre av kvinnorna var gifta och två var sammanboende.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) beror antalet av nödvändiga intervjuade på undersökningens syfte. De menar att antalet i kvalitativa intervjuundersökningar antingen tenderar att vara för litet eller för stort. Det brukliga antalet ligger oftast kring fem till tjugo fem informanter. Antalet informanter kan variera med hänsyn till resurser och tid som finns tillgänglig för studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Datainsamling

Innan intervjun påbörjades upprepades tillvägagångssättet för intervjun och vilka roller författarna hade. Under intervjun var en författare den aktiva och ställde frågorna och den andra observatör som fokuserade på det latent innehåll och utifrån detta ställde eventuella följdfrågor i slutet av intervjun som inkluderades i det inspelade materialet. Författarna deltog i alla fem intervjuer varav en var aktiv i tre respektive två intervjuer. Kvinnorna tillfrågades om de tagit del av den skriftliga informationen annars fick de läsa igenom informationen innan intervjun startade. Varje deltagare fick skriva på ett skriftligt godkännande av att delta i studien. Intervjuunderlaget utformades enligt intervjuguiden med öppna ostrukturerade frågor. Följdfrågorna och de tolkande frågorna var inspirerade ur Kvale och Brinkmanns (2009) intervjuguide (se bilaga 3). Kvinnorna uppmuntrades att prata fritt utifrån frågorna och för att hon skulle få tid för reflektion tilläts en längre tids tystnad (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna varade mellan 28 och 40 min och

utfördes i en lugn miljö utan att bli avbrutna av andra personer eller störande moment. Tre intervjuer utfördes på informanternas mödravårdscentral, en intervju hemma hos informanten samt en intervju på Högskolan. Efter varje intervju diskuterade och dokumenterade författarna sina upplevelser av intervjusituationen. Intervjuerna spelades in i sin helhet för sedan att transkriberas ordagrant till text. Transkriberingen utfördes av den författare som varit passiv under intervjun. Därefter bearbetades och analyserades datamaterialet för sammanställning. De inspelade samtalen kodades innan analys så det inte framgick vem som sagt vad. En kodnyckel upprättades. Kodnyckeln och datamaterialet förvarades så att endast författarna kunde komma åt dem (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Dataanalys

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna för att få en helhet kring innehållet utifrån syftet. Därefter diskuterades de bakomliggande budskapen i materialet författarna emellan. Meningsbärande enheter, som konstellationer av ord eller citat som var relevanta för studiens syfte, plockades ur texten. Viktigt var att ta med hela meningar så att sammanhanget kvarstod. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna för att göra texten kortare och mera lätthanterlig samtidigt som det centrala budskapet bevarades så att budskapet kvarstod. De meningsbärande enheterna gavs olika färgkoder för att kunna skilja mellan likheter och olikheter i texten. Enligt Coffey och Atkinson (1996) skapades koder med hänsynstagande till de meningsbärande enheternas kontext. Koderna hjälpte forskarna att reflektera över sina data på ett nytt sätt (Coffey & Atkinson, 1996). De dolda budskapen, det latenta innehållet, försökte identifieras och synliggöras i skapandet av tema (Graneheim & Lundman, 2004). Under analys av texten tolkades intervjun utifrån sitt sammanhang och intervjupersonernas berättelser försökte ses utifrån deras bakgrund, historia, livsvillkor samt kultur (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Se tabell 2. Enligt Krippendorff (2004) får den transkriberade intervjutexten sin mening genom läsarna. I förhållande till kvalitativ innehållsanalys menar Krippendorff (2004) att texter inte har en given mening och att flera tolkningar kan förekomma. Det finns därmed möjlighet att tolka texter olika men tolkningarna anses ändå vara giltiga. I tabell 3 visas ett exempel på hur innehållsanalysen gjordes.

Tabell 3. Tabellen visar exempel på hur författarna gått tillväga vid innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
... har dom tankarna ... finns med hela tiden... passa in i mallen helt enkelt på något sätt...	Tankar om att passa in i mallen finns hela tiden	Passa in i mallen	Passa in	
... jag känner mig fortfarande ganska normal om jag inte ser mig själv...	Känner mig normal om jag inte ser mig själv	Känna sig normal		Acceptans
... folktittar konstigt ... kommenterar att jag äter för mycket, rör mig för lite och har dålig karaktär...	Vara utsatt för andra blickar och åsikter	Känna sig uttittad	Känna sig accepterad	
... jag vill bli sedd som en egen person och inte som en person med fetma	Sedd som en egen person och inte en person med fetma	Sedd som person		

Etiska aspekter

Vid studier som har med människor att göra måste hänsyn tas till deltagarnas integritet och värdighet så dessa inte kränks. Enligt Helsingforsdeklarationen (Codex, 2012) ska deltagarna vara väl informerade om studiens syfte och tillvägagångssätt. Deltagandet ska bygga på frivillighet och de medverkande ska ha lämnat ett informerat samtycke (se bilaga 2) samt vara informerade om att de kan avbryta sitt medverkande när som helst under studien. Forskarna ska enligt Helsingforsdeklarationen göra en bedömning av fördelar och nackdelar som kan uppstå för deltagaren och väga det mot de positiva effekter studien kan leda till. Forskarna ska respektera de medverkandes integritet och vidta åtgärder för att kunna uppfylla kravet om sekretess (Codex, 2012).

Materialet som framkom under studien har endast varit tillgängligt för författarna till studien och de ovan beskrivna förhållningssätten har följts enligt de etiska riktlinjerna. Då examensarbete på avancerad nivå inte räknas som forskning krävs inget etiskt tillstånd (Etikprövningsnämnderna, 2012). Däremot beaktas alltid etiska frågor under hela forskningsprocessen.

RESULTAT

Studiens resultat beskriver hur fem gravida kvinnor med fetma upplever sin graviditet och mötet med barnmorskan på mödravården. Efter analys av de transkriberade intervjuerna

växte följande tema Att väga mer än vad som rekommenderas känns som ett misslyckande och att inte passa in och fem kategorier fram som redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Översikt av resultatet indelat i ett tema, fem kategorier och 18 underkategorier.

Tema	Kategori	Underkategori
Att väga mer än vad som rekommenderas känns som ett misslyckande och att inte passa in	Acceptans	Passa in Känna sig accepterad
	Misslyckande	Utebliven viktnedgång Känna sig oattraktiv Dålig självkänsla
	Befrielse	Förklaring till magens storlek Passa in Känsla av acceptans
	Informationsbehov	Tydlig information Säga som det är Få information på naturligt sätt Bli guidad
	Barnmorskans öppna och trygga bemötande	Bemött som viktig person Positivt bemötande Känna trygghet Ömsidig relation Att oron blir bemött Att barnmorskan tar sig tid

Resultatet presenteras med hjälp av temat och varje kategori redovisas var för sig och styrks med beskrivande citat i texten.

Att väga mer än vad som rekommenderas känns som ett misslyckande och att inte passa in

Acceptans

Att delta i en studie kring kvinnors upplevelser av att vara gravida med BMI ≥ 30 kg/m² kändes inte självklart för alla kvinnorna. De kunde inte förstå att de passade in i en studie med detta syfte. Då barnmorskan tog kontakt med dem uttryckte en kvinna en del förvåning men valde ändå att ingå i studien.

....när barnmorskan ringde igår så tänkte jag uhhhh.....är det så illa

Studien visade att en del av kvinnorna samtidigt gav uttryck för att de innerst inne visste att deras bild av sig själva kanske inte stämde överens med verkligheten.

...jag känner mig fortfarande ganska.....ganska normal....om jag inte ser mig själv...

Kvinnorna beskrev även hur de upplever att leva med fetma och känslan av att inte passa in. De hade en känsla av att inte vara ”normala”. Alla kvinnorna uttryckte att de ville kunna vara sig själva i mötet med andra människor. De önskade att bli sedda som en egen person och inte som en person med fetma. I studien framgick att merparten av kvinnorna var känsliga för hur folk uppfattade dem och de uttryckte att andra människor dömer dem efter hur stora de är. Kvinnorna upplevde att folk tittar konstigt och de får även höra kommentarer som att de äter för mycket, rör sig för lite eller att de har dålig karaktär. Blickar och kommentarer gör att de på förhand känner att folk bedömer dem efter storlek. Enligt kvinnorna berodde det på andras förutfattade meningar om personer med fetma och deras fördomar. Kvinnornas egen syn på smala människor speglade en förutfattad mening om att smala personer är mer attraktiva, att de orkar mer och att de är värda mer som människor. I studien framgick att en del av kvinnorna var av den tron att smala människor lever ett bättre och enklare liv. Några av kvinnorna var av den uppfattningen att viktnedgång inte automatiskt leder till ett gladare och lyckligare liv medan andra inte upplevde att bemötandet med andra människor skiljde sig på grund av deras storlek.

Några kvinnor skiljde sig från mängden vid att tycka att de dög som de var och accepterade sig själva för den de var trots att de levde med fetma. En kvinna uttryckte sig på följande sätt

...jaaavisst det kan vara en känslig sak så...men fakta är att jag väger det jag väger och ser ut som jag gör och det liksom....mhmmm..det är ju bara.....så...

Studien visade att några av kvinnorna hade haft ätstörningar under tonåren och att de upplevde det jobbigt att pendla i vikt. I vuxenålder hade de nu insett att det att pendla i vikt var något de fick leva med eftersom de hade ärftlighet för viktuppgång. En del av kvinnorna hade bearbetat och fått hjälp att hantera tankarna kring mat och vikt. De hade kommit till insikt och accepterade numera sig själva som den person de är.

Misslyckande

Att leva med fetma gav kvinnorna en känsla av att inte passa in. Kvinnorna upplevde sig större än alla andra under sina uppväxter och studien visade att flera av kvinnorna hade försökt gå ned i vikt ett antal gånger men inte lyckats. Detta beskrev kvinnorna som en känsla att misslyckande. Känslan av att inte fullfölja viktplanerna upplevdes jobbigt. Kvinnorna upplevde ett misslyckande när det gällde utebliven viktning vilket ledde till att de inte kände sig attraktiva och en känsla av att inte tycka om sig själv. Detta gjorde att de kände att självförtroendet försämrades.

....både jag och min sambo var överviktiga förut men han har ju gått ner rätt så bra och jag står ju fortfarande kvar stilla....och då känner jag mig inte attraktiv

Befrielse

Studien visade att kvinnorna gick in i graviditeten med ett lågt självförtroende och en känsla av att inte vara nöjda med sig själva på grund av fetman. När graviditeten däremot blev en realitet gav kvinnorna uttryck för det motsatta. De kände att de passade in och var ”normala”. En kvinna till och med uttryckte att det var befriande att vara gravid då hon

därmed kunde vara sig själv utan att tänka på vad andra tyckte. En förklaring till varför magen växte fanns och de fick en känsla av acceptans i mötet med andra människor trots deras storlek. För de flesta kvinnor var det viktigt att andra såg graviditeten samtidigt som de tyckte att det kändes jobbigt att andra skulle tänka att de gått upp ytterligare i vikt när det i stället förhöll sig så att de var gravida. Kvinnorna upplevde det också jobbigt att graviditeten inte syntes tidigare som hos ”smala” kvinnor. För de flesta av kvinnorna var det viktigt att visa hur stolta och glada de var över sin graviditet medan det för andra enbart var viktigt att de närmaste anhöriga visste om den. Alla kvinnorna i studien uttryckte dock att det kändes bättre om andra såg graviditeten utan att de själva behövde tala om faktum att de var gravida.

.....men det är väl att man känner....att man också vill visa i början att man är gravid...en annan känner ju liksom att det växer och allting...men det är ingen annan som ser det...

.....men jag vill inte vänta nästan hela graviditeten för att dom ska se att jag är gravid.....så får det bli att man talar om det själv.....det är en jobbig upplevelse ibland

Gemensamt för alla var att barnet i magen var välkommet oavsett om det var planerat eller icke planerat. För några ledde känslan av att inte vara attraktiva inför partnern till minskat sexlust i relationen och därmed lät graviditeten vänta på sig. Andra beskriver att de efter tidigare missfall haft svårt att bli gravida och att de under utredning för barnlöshet fått råd att gå ned i vikt. Flera av kvinnorna uttryckte dock förvåning över att bli gravida trots utebliven eller minimal viktnedgång. Gemensamt för kvinnorna var att de kände sig nöjda över att kroppen fungerade och de kände sig mycket stolta över sina gravida magar.

...jag menar att som gravid kan man....jag menar....kan jag vara stolt över min mage....och det kanske jag inte är annars.....

Alla kvinnorna upplevde sin graviditet positivt. De beskrev att det var en speciell känsla och de beskrev det att bli gravida med ord som: det känns kvinnligt, mäktigt, underbart, spännande, härligt och coolt. En kvinna uttryckte att det kändes skönt att det mjuka blev hårt och en annan beskrev graviditeten som en mage att vara glad för.

...jag är överviktig det vill man dölja...det ska inte synas...nu väntar man mera på att det ska synas och att man ska kunna visa att man har en mage och sådana där grejer till exempel...

Informationsbehov

I studien framkom att några av kvinnorna aktivt sökte information kring graviditet i böcker och via internet. Kvinnorna som sökte information skiljde sig i uppfattningen kring komplikationer varav några var mer medvetna om eventuella komplikationer jämfört med andra. Kvinnorna som hade fött barn tidigare var mer medvetna om komplikationer och risker under graviditet och förlossning. Studien visade ytterligare att en del av kvinnorna hade kunskap kring det att vara gravid kvinna med fetma men att de inte var lika medvetna om vad det innebar för dem själva. Några uttryckte att de ansåg sig veta det mesta och att

barnmorskan inte bidrog med någon ny kunskap. Gemensamt för kvinnorna var att de upplevde att de mådde bra trots risk för komplikationer.

...jag vet ju inte riktigt hur farligt överviktig jag är....jag mår ju väldigt bra.....men äh samtidigt så.....jag tror ju inte att det är något livsfarligt just nu.....det känns det inte som i alla fall....

Studien visade också att en del av kvinnor ställde sig undrande till att de inte hade flera komplikationer med tanke på riskerna som finns kring fetma och graviditet såsom exempelvis högt blodtryck och svårighet att bli gravid.

....alla komplikationer man ska ha när man är stor och gravid...än så länge vet jag inte om jag uppfyller någon av de där riskerna....högt blodtryck och allt vad det kan vara...att just nu är det inget som jag tror stämmer på mig....

Gemensamt för kvinnorna i studien var att de alla kände en viss oro för att något skulle gå fel under graviditeten och en oro inför den kommande förlossningen. Funderingar inför förlossningen framträdde i alla intervjuerna med omfödskor och byggde på tidigare erfarenheter kring förlossningslängd, möjligheten att få epiduralbedövning, bristningar, och att barnet inte skulle må bra precis efter förlossningen. När ingen tidigare erfarenhet av förlossning fanns gällde funderingarna hur det till exempel skulle kännas när vattnet gick och hur det kommer att kännas att föda.

Studien visade att kvinnorna tyckte det var viktigt att barnmorskan var kompetent och duktig så att hon kunde ge relevant information och råd. De flesta av kvinnorna tyckte också att informationen skulle vara rak och ärlig och att ingen information undanhölls.

...att det inte får bli något tramsigt....jag vill bara....såhär är det....såhär...ja..såhär är det...inte såhär vad gjorde du igår liksom.....utan ja....bara fokusera på det som gäller

Kvinnorna tyckte att betydelsen av graviditet och fetma varken skulle förstöras eller förminska. Barnmorskan skulle säga som det var på ett naturligt sätt. De ansåg att barnmorskan skulle förmedla information kring riskerna och att hon skulle göra det sakligt och tydligt, utan ”krusiduller” som en kvinna uttryckte det.

Alla kvinnorna önskade att bli guidade av barnmorskan genom graviditeten och att få information om vad som var bäst för barnet i magen och dem själva. De önskade att barnmorskan var erfaren och gav bra och rätt svar på frågor utifrån sin kunskap.

.....dom har koll och dom vilar i det....det är skönt liksom....

Barnmorskans öppna och trygga bemötande

För kvinnorna var det viktigt att barnmorskan hade ett öppet bemötande och att de kände sig välkomna från första början. De flesta kvinnorna tyckte att besöken hos barnmorskan var mysiga och bra stunder och kände ingen oro för att gå dit. Kvinnorna uttryckte att de ville att barnmorskan skulle tycka att det var viktigt att just de var där.

...när det är min tur i kön...så ska det vara jag och...det...ja...det ska vara fokus på mig och mitt barn och inte så mycket prat med...helst inte svara i telefon.....

...jag vill bli bemött som att det är viktigt att jag är där...och att hon tycker det är intressant med...att jag är där.

Flera kvinnor uttryckte att det var viktigt att kunna vara sig själva vid besöken hos barnmorskan och att känna sig accepterad som person. Alla kvinnor beskrev att de ville bli bemötta med respekt och som person, inte som en överviktig person. Kvinnorna ville inte bli dömda efter sin storlek. En kvinna berättade

...hon har det bemötandet liksom...det finns inte en blick...inte en kommentar nån stans som får en att känna sig liksom att man har misslyckats...utan.....hon är....hon är tillmötesgående från första början liksom...man känner inte att man gjort nåt fel liksom...

Känslan av att bli sedd och lyssnad på kände alla kvinnorna var viktigt. Stödet från barnmorskan ansåg kvinnorna var viktigt under graviditeten och de önskade att en möjlighet skulle finnas att prata om annat än enbart graviditeten. De önskade en ömsesidig relation för att kunna känna ett förtroende för barnmorskan och därmed kunna öppna sig. För att kvinnorna skulle kunna öppna sig önskade de att få möjlighet att berätta om sig själva och att barnmorskan tog sig tid till att lyssna på vad de sa. De beskrev vikten av att bli hörda och lyssnad på och att deras ord betydde något för barnmorskan. De såg det som en trygghet att barnmorskan alltid fanns där för dem om det skulle kännas svårt eller om de behövde stöd kring något annat.

...så ringde jag och fick ett bra svar direkt...man fick komma in och träffa henne och....att oron blev bemött...och inte bara...bortsopad...

Flera kvinnor påpekade vikten av att ha samma barnmorska under tiden på mödravården för att lättare kunna bygga upp en kontakt. Det kändes tryggt med kontinuitet och det gav kvinnorna och barnmorskan möjlighet att veta vad de skulle kunna prata om och vad som kändes bra att prata om. Kvinnorna uppskattade när barnmorskan redan i väntrummet kände igen dem vilket gjorde att de kände sig välkomna och väntade.

För de flesta av kvinnorna var det viktigt att barnmorskan var trygg i sig själv och vilade i sin erfarenhet och kunskap. De ville att barnmorskan var en trygg och stabil person som fanns där för dem så de kunde känna sig i trygga händer. De ville att barnmorskan skulle ställa upp till hundra procent om det skulle behövas. De uttryckte också vikten av att barnmorskan var positivt inställd och tillmötesgående men även att de ville bli bemötta med värme. En kvinna uttryckte:

...det är med varma armar...liksom att man känner sig välkommen....att det här kommer gå bra...att hon ska vara positivt inställd hela tiden....så det....ärviktigt...

Alla kvinnor tyckte om besöken hos barnmorskan. Några hade bytt barnmorska när de upplevde att hon inte stämde överens med egna förväntningar kring hur en barnmorska ska vara. Barnmorskan kunde för en kvinna upplevas som stel och obekvämlig och för en annan kunde samma barnmorska upplevas som trygg och kunnig. Kvinnorna konstaterade att det

handlade om hur barnmorskan var som person och hur personkemin stämde. Generellt var kvinnorna nöjda med sina barnmorskor och en kvinna uttryckte att hon kände att hon var omtyckt av barnmorskan och en annan uttryckte att hennes barnmorska var världens bästa.

Kvinnorna i studien tyckte att det var viktigt att inte känna sig nedtryckt eller kränkt genom att inte göra vikten till ett större problem än vad det var. De behövde höra från barnmorskan att det kommer att gå bra. Kvinnorna var rädda för dömande ord som gällde vikten eftersom de själva var så medvetna kring sin kroppsstorlek. De upplevde att barnmorskorna hade lyckats med detta.

...jag känner mig trygg....jag känner aldrig någon oro inför att gå hit...utan man känner sig trygg när man kommer och vet...att hon hjälper mig genom detta om det skulle vara något man tycker är svårt...då vet jag att hon skulle hjälpa till...

Merparten av kvinnorna tyckte att det kändes bra att kunna prata om allt vid besöken hos barnmorskan och att lite småprat lättade upp stämningen och gav en möjlighet att lära känna varandra. Några kvinnor gav dock uttryck för att de inte var intresserade av småprat men enbart önskade gå dit och göra det som hade med graviditeten att göra. Kvinnorna uttryckte att de inte önskade någon kompisrelation med barnmorskan.

Att barnmorskan använde humor vid bemötandet på mödravården upplevdes positivt av några av kvinnorna men negativt av andra. Kvinnor som upplevde humorn negativt upplevde att barnmorskan var härlig som person men ofokuserad och att det inte passade dem. Andra tyckte det kändes bra när barnmorskan med humor konstaterade att de hade gått upp i vikt och samtidigt skrattade bort det. På så sätt kände kvinnorna att barnmorskan såg deras oro för hur de skulle reagera och vad barnmorskan skulle säga om vikten. Med hjälp av humorn upplevde kvinnorna att barnmorskan hjälpte dem till att inte känna misslyckande i förhållande till att kunna hålla vikten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ett strategiskt urval användes för att hitta deltagare till studien. Detta urval anses av Polit och Beck (2006) vara mest representativt för studien då de utvalda informanterna därmed förväntas ha mycket att berätta kring ämnet. För att på bästa sätt kunna besvara syftet valdes att utföra intervjuer. Detta visade sig vara en bra metod för att få en nyanserad beskrivning av hur det är att vara gravid kvinna med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Att utföra studien med hjälp av enkäter var inget som övervägdes då det latent innehåll antagligen skulle ha förlorats. Under intervjuerna kunde samma fråga ställas flera gånger och deltagarna gavs möjlighet att beskriva och utveckla sina svar. Denna möjlighet skulle inte varit möjligt med enkäter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

En medvetenhet fanns att intervjuerna skulle kunna tolka svaret och ändra frågorna efter eget intresse. Syftet och frågorna fanns nedskrivet under intervjuerna för att lättare kunna fokusera på det valda problemområdet. Samma frågor ställdes till samtliga deltagare och var utgångspunkt för samtalet. Under samtalets gång användes olika tilläggsfrågor för att få kvinnan att berätta mera (se bilaga 3). Intervjuerna valdes att göras med båda forskarna

närvarande med tanke på att författarna inte var vana att intervjua. Detta anser författarna är en styrka vid studien då den som var den aktiva kunde koncentrera sig på att vara närvarande under intervjun och försökte ställa frågorna så öppna som möjligt enligt Kvale och Brinkmanns (2009) intervjuguide. Dessutom kunde den som var den passiva lättare anteckna under intervjun och därmed följa upp på frågor som kunde klargöra det latenta innehållet. En nackdel med att vara två intervjuare var att det kunde upplevas som ojämnt i förhållande till deltagaren. Detta var författarna medvetna om varför den som var passiv under intervjun alltid placerade sig på samma sida som deltagaren. Dessutom gav det den aktiva möjlighet att få ögonkontakt och skapa en närhet med den som intervjuades. Det blev därmed ett samtal mellan två personer och därmed lättare för den som intervjuades att veta vem hon skulle vända sig till. För att minska risken att den intervjuade skulle känna sig otrygg med att öppna sig för en okänd person var författarna noga med att få deltagaren att känna sig välkommen. Det småpratades lite innan intervjun och författarna talade om för deltagaren att de inte var vana att intervjua men att de mera såg intervjun som ett samtal. Alla intervjuerna utfördes i en lugn miljö utan att bli störd av ljud utifrån. Detta anses vara en styrka för studien då det gav den intervjuade möjlighet att berätta fritt utan att bli avbruten.

Fem kvinnor deltog i studien vilket anses vara tillräckligt för att få en variation i upplevelsen samt att finna mångfald i svaren. Efter den femte intervjun framkom inte så mycket nytt varför det ansågs finnas en mättnad i antalet deltagare. Studier med kvalitativ ansats ger enligt Polit och Beck (2006) mycket information om ett få antal personer. De fem kvinnorna representerade nästan hälften av alla mödravårdscentralerna i Skaraborg vilket också anses vara en styrka då kvinnorna kommer från olika orter i Skaraborg. Det fanns dessutom en ålderskillnad mellan kvinnorna och de representerade både förstföderskor och omföderskor och hade ett spann i BMI mellan 31,3 och 41,5. Detta är styrkor för studien. Variation i deltagarnas ålder, antal graviditeter och olika sociala status kan enligt Graneheim och Lundman (2004) ses som en styrka för studien och därmed stärka studiens trovärdighet.

En svaghet för studien är att rekrytering av deltagare skedde under sommaren 2012 då arbetsbelastningen för barnmorskorna på mödravården var högre under sommaren och att ordinarie personal ersattes av semestervikarier. Det är dessutom oklart för författarna hur mycket av informationen kring studien barnmorskorna tagit del av. Detta kan ha påverkat antalet deltagare och presentation av studien. Tillfrågan om deltagande i studien utfördes av barnmorskorna på mödravården för att kvinnan inte ska känna sig tvingad att delta i studien samt att hänsyn ska tas till sekretesslagen. Detta kan enligt Schmeid et al. (2012) också vara av betydelse för rekryteringsprocessen eftersom sättet som kvinnorna tillfrågades på kan ha haft betydelse, att barnmorskan kom ihåg att fråga och att barnmorskan fått information kring studien. Bortsett från ett känt bortfall är det oklart hur många kvinnor som tillfrågats och hur många som avstått deltagande. Detta är också en svaghet för studien.

Med tanke på tidigare forskning som visade att övervikt och fetma är ett växande problem i samhället (Socialstyrelsen, 2012) borde det inte varit svårt att få deltagare till studien. En annan anledning kan vara att ämnet upplevs känsligt för kvinnan som tillfrågas om deltagande. Det kan också ha betydelse om barnmorskan upplever det svårt att fråga eller möta denna grupp av kvinnor på grund av egna attityder och värderingar vilket

framkommer i studier av exempelvis Furber och McGowan (2011), Heslehurst et al. (2011), Nyman et al. (2010), Schmied et al. (2011) samt Smith och Lavender (2011).

Innehållsanalys valdes för att det passade studiens metodval. Syftet med innehållsanalys är att få fram trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet i den kvalitativa studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att data som framkommit under analysen stämmer med studiens syfte. Studiens trovärdighet kunde styrkas i kraft av att två författare utförde analysen och hade möjlighet att reflektera och diskutera under analys av intervjutexterna. De transkriberade intervjuerna lästes igenom av bägge författarna ett flertal gånger. Att läsa igenom transkriptionerna flera gånger stärker tillförlitligheten och trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). För att ytterligare öka trovärdigheten av studien anses det värdefullt att två författare har granskat koder och kategorier som framkom under analysprocessen så att de stämmer med analysens innehåll. Under analysprocessen uppkom många kategorier som belyste många olika delar. Allt var inte relevant för studiens syfte och enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det en risk att helheten kan gå förlorad med detaljerad kodning. Författarna till studien har under arbetets gång fått stöd av handledare. Handledaren har som Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar granskat koder och kategorier som framkom under analysen. Diskussion har förts om koder och kategorier överensstämde i förhållande till textinnehållet. För att deltagarnas egna ord om upplevelserna skulle komma fram användes citat. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) stärker citat giltighet och trovärdighet.

I kvalitativa studier eftersöks förståelse av fenomen som kan överföras till andra situationer (Polit & Beck, 2006). Resultatet som framkom gav djupare insikt om upplevelsen av att vara gravid med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ samt upplevelsen av mötet med barnmorskan på mödravården. Denna kunskap anser författarna till studien är överförbart till barnmorskorna på mödravården för att få en ökad förståelse kring denna grupp av kvinnor.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visade att gravida kvinnor med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ upplevde att de inte passade in i samhällets ideal på grund av deras storlek. Kvinnorna upplevde en känsla av misslyckande som bidrog till ett försämrat självförtroende. I samband med graviditet kände kvinnorna däremot en befrielse eftersom det fanns en förklaring till magens storlek. Kvinnorna gick ofta in i sin graviditet med ett lågt självförtroende och rädsla för dömande kommentarer vilket kräver att barnmorskan på mödravården möter kvinnorna med respekt för den person de är och inte agerar dömande.

I studien framkom att en del av kvinnorna uppfattade sig som normalviktiga. Enligt WHO's (2012a) klassificering av fetma ingår alla personer med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ och det räknas dessutom som en sjukdom (SBU-rapport, 2007). Denna klassificering används numera inom sjukvården inklusive mödravården i Sverige. I och med att antalet människor med fetma har ökat blir det därmed allt vanligare i samhället och mera accepterat. Gränserna för vad som är normalvikt, övervikt och fetma förskjuts vilket även framkom i Schmied et al. (2011) studie. Detta anser vi kan skapa förvirring och oro för den gravida kvinnan med fetma som skrivs in på mödravården vilket barnmorskan bör ha i åtanke i mötet med kvinnan. Vi har under studien funderat kring användning av orden överviktig

respektive fetma. I dagligt tal upplever vi ordet fetma som negativt laddat varför det känns svårt att använda ordet gentemot kvinnorna. I mötet med barnmorskorna på mödravården framkom det att även barnmorskorna ibland hade svårt att använda ordet fetma. Detta framkom även i en studie av Heslehurst et al. (2011). Ordet övervikt känns enligt vår uppfattning mera neutralt och inte lika laddat.

Samhällets ideal för kroppstorlek är en återkommande faktor under intervjuerna av de fem kvinnorna med $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Fetman syns utåt och går inte att dölja varför kvinnorna i denna studie ofta upplever fördomar och okunskap från andra människor kring fetma. Andras fördomar gav kvinnorna en känsla av att inte passa in och därmed ett sämre självförtroende vilket överensstämmer med en studie av Heslehurst et al. (2011). Nyman et al. (2010) beskriver hur det är att leva med fetma och att det innebär en konstant medvetenhet om sin kropp. Känslan av att känna sig iakttagen leder till negativa känslor och obehag (Nyman et al., 2010; Smith & Lavender, 2011). Detta bekräftas även i denna studie där kvinnornas egna fördomar och uppfattningar framkommer kring att vara fet respektive smal.

Som beskrivits i bakgrunden finns det risker med att ha ett $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ och därför är det viktigt att eftersträva en lägre vikt. Kvinnorna i denna studie uttryckte bland annat att smala kvinnor hade ett lättare och mer bekymmersfritt liv jämfört med dem själva. Vi kan tycka det är tänkvärt att kvinnorna med fetma hade denna syn på smala kvinnor och vi har funderat och diskuterat en del kring denna uppfattning. Det kan vara så att det har sitt ursprung ur samhällets ideal, om hur vi ska vara och se ut. Detta ideal stöter vi på dagligen i media och kan även ligga till grund för fördomar mot fetma.

I studien framgick även att kvinnorna hade olika uppfattningar kring hur det är att leva med fetma. Erfarenheten kring viktnedgång varierade. Kvinnorna hade efter varje försök till viktnedgång fått en känsla av att misslyckas och denna känsla ökade i takt med upprepande försök till viktnedgång. Enligt en studie av Folope et al. (2012) leder missbelåtenhet kring kroppsstorlek till försämrad livskvalitet och Nyman et al. (2010) menar att dömande utifrån kroppsstorlek kan leda till en känsla av utanförskap och att inte bli sedd som andra kvinnor. Kvinnorna i denna studie uttryckte en vilja att bli sedda som en egen person och att inte bli dömda i förväg på grund av kroppsstorlek. Nyman et al. (2010) framhäver även att kvinnornas känslighet när det gäller vikten ökar under graviditeten. I denna studie framkom att kvinnorna under årens lopp haft svårt att hantera sin vikt men att några av kvinnorna numera hade accepterat sig själva och att de dög som de var genom stöd och acceptans från familjen. Detta framkommer även i studien Schmied et al., 2011. Det är därför viktigt att barnmorskan i mötet med den gravida kvinnan med fetma tar sig tid till att bilda sig en uppfattning kring vilken syn kvinnan har på sig själv för att kunna ge henne det stöd hon behöver.

Stödet från barnmorskorna var viktigt enligt kvinnorna i studien. De önskade att bli guidade av barnmorskorna under graviditeten och få bekräftelse på att det kommer att gå bra. Detta bekräftas i studien av Nyman et al. (2010). Författarna till studien anser att barnmorskorna ska känna av vilken sorts stöd som behövs i mötet med den gravida kvinnan med fetma. Enligt Hall och Wigert (2010) finns det fyra olika typer av stöd varav det emotionella stödet anses vara det viktigaste. Vi anser också att det emotionella stödet är det viktigaste men att de olika typer av stöd ska ges i en kombination utifrån kvinnans

behov. Detta är en balansgång eftersom kvinnorna är olika som individer med olika erfarenheter och bakgrund.

I samband med graviditet framkom att kvinnorna i studien kunde känna sig stolta över sin mage. Det fanns nu en accepterad förklaring till magens storlek. Detta resultat överensstämmer med tidigare studier av bland annat Fox och Yamaguchi (1997) samt Smith och Lavender (2011). Kvinnorna i denna studie samt i Furber och McGowan (2011) studie upplevde det jobbigt att graviditeten inte syntes utåt eftersom de önskade dela sin glädje över att vara gravida med andra. En graviditet förknippas ofta med glädje och förväntan och är en naturlig del av livet. Det kan därför kännas svårt när graviditeten inte uppmärksammas samtidigt som det känns skönt att det finns en accepterad förklaring till magens storlek.

Studien visade att kvinnorna var nöjda med barnmorskornas bemötande på mödravården då de blev bemötta utifrån deras behov. Barnmorskorna på mödravården i Skaraborg arbetar utifrån ett PM vid omhändertagandet av kvinnor med fetma (se bilaga 1) och kan därmed vidta ytterligare åtgärder om något avviker från det normala graviditetsförloppet. Författarna till studien anser att PM-et kanske är en fördel för barnmorskorna i mötet med dessa kvinnor då de har en handlingsplan till en känd riskfaktor och att samma information ges till alla gravida kvinnor med fetma. Detta kan ge barnmorskan en trygghet i bemötandet av denna grupp av kvinnor kring ett känsligt ämne. Det omtyckta bemötandet kan också bero på att fetma är vanligt förekommande på de utvalda mödravårdscentralerna och att barnmorskorna därför känner sig mera erfarna i bemötandet av dessa kvinnor. Enligt den yrkesetiska koden är det barnmorskans ansvar att försöka ge kvinnan realistiska förväntningar inför barnafödandet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2012) vilket kvinnorna i studien efterfrågade i form av information. De uttryckte att informationen från barnmorskan skulle ges på ett rakt, tydligt och ärligt sätt med barnets och det egna välmående i centrum. Detta resultat framkom även i studier av Furber och McGowan (2011) samt Smith och Lavender (2011). Vi anser att det är en utmaning då det kan upplevas känsligt av kvinnan samtidigt som det är barnmorskans ansvar att informera.

När kvinnorna i studien kom till mödravården förväntade de sig barnmorskans fulla uppmärksamhet för att känna sig betydelsefulla. Enligt Nyman et al. (2010) betyder uppmärksamhet och närvaro i mötet med den gravida kvinnan med fetma en upplevelse av att vara viktig och speciell. Berg (2005) nämner också vikten av att barnmorskan är närvarande både känslomässigt och fysiskt i mötet med kvinnan och att det är en nödvändig del av vårdandet. Om barnmorskan visar hänsyn och intresse för kvinnan innebär det en minskad känsla av obehag och mötet upplevs därmed mera avslappnat (Berg, 2010).

Om inte barnmorskan stämde med kvinnornas förväntningar bytte de barnmorska. Kvinnorna upplevde att det handlade om hur barnmorskan var som person och inte hennes kunskaper som barnmorska. Enligt Berg (2010) handlar relationen mellan kvinna och barnmorskan om ett ömsesidigt förhållande som avgör hur öppen relationen blir. Detta stämmer överens med barnmorskans yrkesetiska kod som säger att förhållningssättet ska bygga på ömsesidig respekt och tillit (Barnmorskeförbundet, 2012). Studien visade att kvinnorna i mötet med barnmorskan ville prata om annat än enbart graviditeten men önskade samtidigt ingen kompisrelation. Enligt Hall och Wigert (2010) leder småprat kring

vardagsupplevelser till ett avbrott i en känslig och personlig situation. Kvinnorna i studien upplevde barnmorskans användning av humor i bemötandet på olika sätt. Några av kvinnorna upplevde det positivt då barnmorskan därmed förminskade betydelsen av vikten och kvinnorna kände sig respekterade för den person de var. Däremot kunde humorn även upplevas negativt i form av att barnmorskan kändes ofokuserad. Användning av humor kan enligt Nyman et al. (2010) skapa en lättnad för kvinnan genom att prata och skratta tillsammans. Humor kring kroppsstorlek kan även leda till förståelse, lugn, säkerhet och en känsla av att vara respekterad. En öppen och ärlig atmosfär ger kvinnan möjlighet att slappna av och lösa upp spänningar i nervösa situationer.

SLUTSATS

Kvinnorna i studien uttrycker att de i samband med graviditet känner att de passar in i samhället i motsättning till vad de annars gör. De känner att det nu finns en förklaring till magens storlek och att det är normalt och accepteras av omgivningen. I mötet med barnmorskan lyfter kvinnorna vikten av att bli sedda som en egen person och inte som en person med fetma. Viktigt är att barnmorskan inte är dömande och möter kvinnorna utan att förmana. Samtidigt ska barnmorskan vara rak och ärlig i förhållande till information kring kvinnans fetma utifrån barnet och kvinnans välmående under graviditeten. Alla kvinnorna är mycket nöjda med sina barnmorskor och känner att just deras behov för råd och stöd blir bemötta av barnmorskorna på MVC.

Förslag på klinisk tillämpning

Resultatet visade att alla kvinnor mådde dåligt av sin fetma men att vissa hade lärt sig acceptera sin vikt. Med tanke på kvinnans hälsa och framtida barns hälsa är det viktigt att de kvinnor som önskar att gå ned i vikt får stöd och hjälp med detta. Därför är det viktigt att barnmorskan bemöter kvinnans behov av information och att hon får hjälp och stöd att gå ned i vikt innan en graviditet. Hjälp och stöd kan ske i form av samtalsgrupper innan graviditet men även post partum. Målet med samtalen ska vara motiverande diskussioner tillsammans med andra i liknande situation och beröra frågor kring hälsa, vikt, kost och motion.

Förslag på fortsatt forskning

Intressant skulle vara att forska kring samtalsgruppers effekt på gravida kvinnors hälsa. Detta utifrån aktuell målgrupp ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) jämfört med befintligt handläggande enligt gällande PM på MVC i Skaraborg där kvinnorna bemöts enskilt.

REFERENSLISTA

- Berg, M. (2005). A midwifery model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *The Journal of Perinatal Education*, 14 (1), 9-21. doi: 10.1624/105812405X23577.
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. I B. Berg, M. & Lundgren, I. (Red.), *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande* (s. 145-168). Lund: Studentlitteratur.
- Bergman, O., Bergman, S-E., Lewenhaupt, J. & Möller, R. (2009). *Cancerfondsrapporten* (Cancerfonden, 2009 R) Stockholm: Cancerfonden. Från <http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/Cancerfonden/Cancerfondsrapporter/Cancerfondsrapporten2009.pdf>, s. 79.
- Bolúmar, F., Olsen, J., Rebagliato, M., Sáez-Lloret, I., Bisanti, L. & the European Study Group on Infertility and Subfecundity (2000). Body Mass Index and Delayed Conception: A European Multicenter Study on Infertility and Subfecundity. *American Journal of Epidemiology*. 151 (11), 1072-1079.
- Codex (2012). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 20 december, 2012, Vetenskapsrådet och Centrum för forsknings- & bioetik, www.codex.vr.se/.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). *Making Sense of Qualitative Data. Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Etikprövningsnämnderna (2012). Etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 20 december, 2012, från Etikprövningsnämnderna, <http://www.epn.se/sv/start/startside/>.
- Folope, V., Chapelle, C., Grigioni, S., Coëffier, M., Déchelotte, P. (2012). Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*, 28, 7-13. doi: 10.1016/j.nut.2011.12.005.
- Fox, P., Yamaguchi, C. (1997). Body Images Change in Pregnancy: A Comparison of Normal Weight and Overweight Primigravidas. *BIRTH* 24 (1), 35-39.
- Furber, C. M. & McGowan, L. (2011). A qualitative study of experiences of women who are obese and pregnant in the UK. *Midwifery* 27, 437-444. doi: 10.1016/j.midw.2010.04.001.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

- Hall, E. & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. I B. Berg, M. & Lundgren, I. (Red.), *Att stödja och stärka* (s. 191-201). Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, U. (2008). Diabetes och graviditet. I B Hagberg, H.; Maršál, K. & Westgren, M. (Red.), *Obstetrik* (s. 379-392). Lund: Studentlitteratur.
- Heslehurst, N., Moore, H., Rankin, J., Ells, L. J., Wilkinson, J. R. & Summberbell, C. D. (2011). How can maternity services be developed to effectively address maternal obesity? A qualitative study. *Midwifery* 27, 170-177. doi:10.1016/j.midw.2010.01.007.
- Heude, B., Thiébauges, O., Goua, V., Forhan, A., Kaminski, M., Foliguet, B., Schweitzer, M., Magnin, G. & Charles, M. A. (2012). Pre-Pregnancy Body Mass Index and Weight Gain During Pregnancy. Relations with Gestational Diabetes and Hypertension, and Birth Outcomes. *Maternal Child Health Journal* 16, 335-363. doi: 10.1007/s10995-011-0741-9.
- Hildingsson, I. & Thomas, J. (2012). Perinatal Outcomes and Satisfaction with Care in Women with high Body Mass Index. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57 (4), 336-344. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00141.x
- Howard, N. J., Hugo, G. J., Taylor, A. W. & Wilson, D. H. (2008). Our perception of weight: Socioeconomic and sociocultural explanations. *Obesity Research and Clinical Practice* 2, 125-131. doi:10.1016/j.orcp.2008.03.003.
- Hupcey, J. E. & Morse, J. M. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support? *Nursing Outlook*, 45 (6), 270-276.
- Kelly-Weeder, S. & Cox, C. L. (2006). The Impact of Lifestyle Risk Factors on Female Infertility. *Women and Health*, 44 (4), 1-23. doi: 10.1300/J013v44n04_01.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Upplaga 2:1. Lund: Studentlitteratur.
- Lim, C. & Cheng, N. (2011). Obesity and Reproduction. *JATMS* 17, (3), 143-145. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. I.B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-188). Lund: Studentlitteratur.
- Nyman, V., Prebensen, Å., Flensner, G. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26, 424-429. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.008.

Ovesen, P., Rasmussen, S. & Kesmodel, U. (2011). Effect of Pregnancy Maternal Overweight and Obesity on Pregnancy Outcome. *Obstetrics & Gynecology* 118 (2), 305-312. doi:10.1097/AOG.0b013e3182245d49.

Phillips, F. (2012). Obesity in pregnancy. *Practice Nurse*, 42 (6). Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2006). Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Gurung, T., Smith, W. C. S. & Bhattacharya, S. (2009). Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women – systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obesity reviews* 10, 28-35. doi: 10.111/j.1467-789X.2008.00537.x.

Santesson, C. (2009). *Mödrahälsovård*. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. B. (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3.e uppl., s. 193-198). Lund: Studentlitteratur. SBU-rapport (Välfärd nr 2007:1) Stockholm: Statistiska Centralbyrån. Från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/sammanfattning.pdf

Schmied, V. A., Duff, M., Dahlen, H. G., Mills, A. E. & Kolt, G. S. (2011). ‘Not waving but drowning’: a study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery* 27, 424-430. doi:10.1016/j.midw.2010.02.010.

Schneider, S., Freerksen, N., Maul, H., Roehrig, S., Fischer, B. & Hoefft, B. (2011). Risk groups and maternal-neonatal complication of preeclampsia - Current results from the national German Perinatal Quality Registry. *Journal Perinatal Medicine*, 39, 257-265. doi: 10.1515/JPM.2011.010.

Smith, D. & Lavender, T. (2011). The maternity experience for women with a body mass index ≥ 30 kg/m²: a meta-synthesis. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 779-789. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02924.x

Smith, G., Shah, I., Pell, J., Crossley, J. & Dobbie, R. (2007). Maternal Obesity in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous and Elective Preterm Deliveries: A Retrospective Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 157-162. doi:10.2105/AJPH.2005.074294.

Smith, S. A., Hulsey, T. & Goodnight, W. (2008). Effects of Obesity on Pregnancy. *JOGNN*, 37 (2), 176-184. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00222.x.

Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.

Socialstyrelsen (2011). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2009 – Assisterad befruktning 1991–2008. (Socialstyrelsen 2012 R) Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19>.

Socialstyrelsen (2012). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2010 – Assisterad befruktning 1991–2009. (Socialstyrelsen 2012 R) Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-4-2>.

Svenska Barnmorskeförbundet (2012). Hämtad 20 december, 2012, från Barnmorskeförbundet, <http://www.barnmorskeforbundet.se>.

Statens Folkhälsoinstitut (2012). Livsmiljö och levnadsvanor. Hämtad 20 december 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Livsmiljo/Livsmiljo-och-levnadsvanor/>.

Thorstensson, S. (2012). Professional support in childbearing, a challenging act of balance. Avhandling, Örebro University. Från www.avhandlingar.se/om/Stina+Thorstensson/.

WHO (1998). WHOQOL Group. User Manual. Hämtad 19 december, 2012, från WHO, http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf.

WHO (2003). WHO definition of Health. Hämtad 20 december, 2012, från WHO, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

WHO (2012a). Fact file. 10 facts on obesity. Hämtad 20 december, 2012, från WHO, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>.

WHO (2012b). Obesity and overweight. Hämtad 20 december, 2012, från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#>.

Handläggning av gravida med fetma och/eller hög viktuppgång

Gravida med BMI > 30 eller hög viktuppgång vid 2:a trimestern

(Def: BMI > 30 (fetma) BMI > 35 (svår fetma))

1. Informera om målsättningen

- Förhindra komplikationer genom max 8 kg viktökning totalt under graviditeten. Stillastående vikt är ingen risk för barnet. (ARG-rapp. nr 59; 2008, Lars Grennert 2009, Beslutstöd fetma, VGR 2010).
- Graviditeten är ett bra tillfälle att etablera bra matvanor för familjen/familjebildningen.
- Regelbundna matvanor är mycket viktigt. Frukost, lunch, middag + 2 mellanmål förebygger kraftig viktuppgång och säkrar näringsintaget.
- Regelbundna motionsvanor är också mycket viktigt. Gärna vattengymnastik, simning och 30 min. promenader/dag. (ARG-rapp. nr 59; 2008, Beslutstöd fetma VGR).

2. Medicinska risker med fetma under graviditeten (ARG-rapp. nr 59; 2008)

GDM (4-6 ggr ökad risk)	Sectio(2-3ggr ökad risk)	Hypertoni	IUFD +
missbildningar	Preeklampsi (4ggr ökad risk)	Utdragen förlossning	Stort barn
			Skulderdystoci

3. Förslag på frågor att ställa vid inskrivningsbesöket:

- När inträffade viktuppgången?
- Hände något särskilt då?
- Har kvinnan någon egen uppfattning om orsak/er?
- Finns det något hon själv vill/tror hon kan förändra?

4. Åtgärder

- Följande material (se flik Broschyrbeställning, MHV:s hemsida) gås igenom och delas ut:
Tycker du vi tjar om vikten?
Kostråd vid hög viktuppgång
Mat under graviditeten
- Remiss skickas till dietist på närmaste VåC (se lista på dietist; flik Kostinformation)
Om dietist ej finns att tillgå. Kontakta dietist Lena Ljungkrona-Falk för att etablera telefonrådgivning, tel. 0501-62970.
- Informera om att det är särskilt viktigt i andra trimestern att hindra för kraftig viktuppgång, för dem som ligger i riskzonen för det. Viktuppgång på mer än 6 kg till och med andra trimestern löper större risk att bli bestående. Studier har visat att kvinnor med höga viktuppgångar (20-25 kg) ofta har högre viktuppgång under andra trimestern (Anna Magouli 2008).
- Om viktuppgången är **mer än 6 kg under andra trimestern** tas vikt vid varje besök.

5. Åtgärder vid efterkontroll

- Vägning, beräkning av BMI samt information om målsättningen att eftersträva ursprungsvikten inom 1 år.

Till verksamhetsansvarig Agneta Olsson, Gro Ims-Johansson och Pia Gustavsson mödrahälsovården i Skaraborg

Information och förfrågan om deltagande i studie Barnmorskans förståelse av överviktiga kvinnors livsvärd under graviditet

Vi är två kvinnliga studenter, Kristin Brattström Edgren och Janne Finnerup Andresen, som läser barnmorskeprogrammet i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats och under våren hoppas vi kunna påbörja vår studie som planeras färdigställas under hösten 2012.

Studiens bakgrund och syfte

Vi har under utbildningen träffat många kvinnor som har problem med övervikt och förstått att det är ett växande problem i dagens samhälle. Övervikt påverkar kvinnan under olika delar av hennes liv och på olika vis. Vi som barnmorskor behöver bli bättre på att förstå och bemöta dessa kvinnor. Med denna studie vill vi öka kunskapen om hur överviktiga kvinnor upplever sin graviditet och hur de upplever kontakten med barnmorskan på MHV.

Syftet är att öka barnmorskans kunskap om kvinnors upplevelser av att vara gravida och ha en högre vikt vid början av sin graviditet.

Av detta skäl anhåller vi om tillstånd att få intervjua 6-8 kvinnor via mödrahälsovården i Skaraborg. Vi önskar ditt/ert medgivande som verksamhetsansvariga, att få tillstånd att lämna skriftlig information kring studien till barnmorskorna på MHV i Skaraborg, samt ett medgivande om att namn och telefonnummer på deltagare lämnas ut till oss.

Barnmorskan på MHV ställer förfrågan om deltagande i studien vid besök hos barnmorska på MHV. Vi kommer sedan att ta kontakt med deltagarna och skicka skriftlig information om studien samt bestämma tid och plats för intervjun.

För att ingå i studien krävs följande:

- Gravida kvinnor inskrivna på MHV under perioden 120625 tom 120810
- BMI > 30 vid inskrivning
- Svensktalande

Studiens genomförande

Det är vi två studenter som kommer att intervjua kvinnorna under vecka 33 och 34. Intervjuerna skulle om möjligt kunna genomföras i mödrahälsovårdens lokaler eller på Högskolan i Skövde alternativt i kvinnans hemmiljö. Intervjuerna beräknas ta ca 45 minuter. Samtalen kommer att spelas in på bandspelare, skrivas till text, analyseras för att sedan redovisas. I redovisningen kommer citat från intervjuerna att ingå men de kommer inte att kunna härledas till någon av kvinnorna. Identiteten är skyddad och vi kommer att

Bilaga 2

hantera intervjun med sekretess. Endast vi som intervjuar har tillgång till intervjumaterialet.

Då examensarbete på avancerad nivå inte räknas som forskning krävs inget etiskt tillstånd (www.epn.se). Däremot beaktas alltid etiska frågor under arbetets gång. Kvinnorna kan när som helst avbryta sitt deltagande i studien.

Önskas ytterligare information om studien för att kunna fatta beslut i frågan går det bra att kontakta oss.

Vi bifogar med denna förfrågan ” Skriftligt godkännande från verksamhetsansvarig” (bilaga 1), ”Informationsbrev till deltagare” (bilaga 2).

Med vänlig hälsning

Ansvariga:

Kristin Brattström Edgren
Leg. sjuksköterska/barnmorskestudent
E-post: d11kribr@student.his.se
Tel: 070-315 87 99

Janne Finnerup Andresen
Leg. sjuksköterska/barnmorskestudent
E-post: b11janan@student.his.se
Tel: 073-809 01 71

Handledare:

Annsophie Adolfsson
Universitetslektor/ Leg. barnmorska
Institutionen för vård och natur
Högskolan i Skövde
E-post: annsofie.adolfsson@his.se
Tel: 0500-44 84 73

**Skriftligt godkännande från verksamhetsansvarig mödrahälsovården i
Skaraborg**

Härmed ger jag mitt tillstånd att Kristin Brattström Edgren och Janne Finnerup Andresen får utföra studien vars syfte är att öka barnmorskans kunskap om kvinnors upplevelser av att vara gravida och ha en högre vikt i början av graviditeten.

Ort och Datum

Namnteckning verksamhetsansvarig

Namnförtydligande

Barnmorskans förståelse av överviktiga kvinnors livsvärd under graviditet

Vi har under utbildningen träffat många kvinnor som har problem med övervikt och förstått att det är ett växande problem i dagens samhälle. Övervikt påverkar kvinnan under olika delar av hennes liv och på olika vis. Vi som barnmorskor behöver bli bättre på att förstå och bemöta gravida kvinnor med övervikt.

Syftet är att öka kunskapen om kvinnors upplevelser av att vara gravida och ha en högre vikt vid början av graviditeten.

Genom din medverkan i studien bidrar du till att öka kunskapen och förståelsen för gravida kvinnor med övervikt. Vårt mål är att få samtala med 6-8 kvinnor. Intervjun kommer att ta ca 45 minuter. Utifrån dina önskemål kan intervjun utföras i din hemmiljö, i mödrahälsovårdens lokaler eller på högskolan i Skövde. Det är vi två studenter som kommer att intervjua och samtalen kommer att spelas in på bandspelare för sedan att analyseras. I redovisningen kommer citat från samtalen att ingå men de kommer inte att kunna kopplas till dig. Din identitet är skyddad. Endast vi som intervjuar dig har tillgång till intervjumaterialet.

Önskar du ytterligare information om studien går det bra att kontakta oss. Ditt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Studiens resultat kommer att publiceras via Internet på databasen Diva under våren 2013.

Lämna den bifogade svarstalongen till din barnmorska oavsett om du svarat ja eller nej för deltagande. Vi (Kristin eller Janne) kommer att ta kontakt med dig när du angett att du önskar att delta i studien. Tillsammans bestämmer vi dag och tid som kan passa dig under vecka 33 eller 34. Vi försöker anpassa oss till dina önskemål. Om Du har frågor kring studien är du välkommen att vända dig till:

Ansvariga:

Kristin Brattström Edgren
Leg. sjuksköterska/barnmorskestudent
E-post: d11kribr@student.his.se
Tel: 070-315 87 99

Janne Finnerup Andresen
Leg. sjuksköterska/barnmorskestudent
E-post: b11janan@student.his.se
Tel: 073-809 01 71

Handledare:

Annsophie Adolfsson
Universitetslektor/ Leg. barnmorska
Institutionen för vård och natur
Högskolan i Skövde
E-post: annsophie.adolfsson@his.se
Tel: 0500-44 84 73

Svarstalong

Studie kring barnmorskans förståelse av överviktiga kvinnors livsvärd under graviditet

Efter att ha blivit informerad och fått svar på mina frågor accepterar jag att delta i ovan nämnda studie. Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att ange något skäl. Intervjun kommer inte att påverka den vård som jag får under graviditeten.

Ja, jag önskar att delta

Intervju önskas på:

MHV/barnmorskemottagningen

I mitt hem

Högskolan i Skövde

Nej, jag önskar inte att delta

Ort och Datum

Namnsteckning

Namnförtydligande

Telefon/mobilnummer

INTERVJUUNDERLAG

Inledande fråga

- Kan du berätta lite om dig själv och vem du är?

Huvudfrågor

- Kan du berätta för mig hur det var för dig att bli gravid?
- Hur är det för dig att vara gravid kvinna?
- Hur har dina besök hos barnmorskan varit under graviditeten?
- Hur skulle du vilja bli bemött av barnmorskan på mödravården?

Typer av intervjufrågor som användes enligt intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2009).

Uppföljningsfrågor

Upprepning av de betydelsesfulla orden som just sagts för att få informanten att fortsätta prata, nicka med huvudet, ”mm”, paus.

Sonderande frågor

Kan du säga något mer om det...?

Kan du ge ett exempel på det...?

Hur reagerade du då...?

Specificerande frågor

Vad gjorde du...?

Hur reagerade du...?

Direkta frågor

Intervjuaren introducerar ämnen och dimensioner direkt med möjlighet att få ett kort svar i form av ja eller nej.

Indirekta frågor

Hur tror du andra upplever/tänker/ser på...?

Strukturerade frågor

Jag skulle nu vilja ta upp ett annat ämne...

Intervjuaren ändrar till annat ämne.

Tystnad

Utnyttja tystnaden för att driva intervjun vidare.

Tolkande frågor

Du menar alltså att...?

Är det så att du upplever att...?

ARBETSFÖRDELNING

Arbetet med uppsatsen har utförts gemensamt och därför är båda lika mycket ansvariga för uppsatsens innehåll.