

# Overvekt hos gravide – en utfordring i svangerskapsomsorgen

**Wenke Moldjord, Sevald Høye og Kari Kvigne**

*Wenke Moldjord, jordmor, høgskolelektor, Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie, [wenke.moldjord@hihm.no](mailto:wenke.moldjord@hihm.no)*

*Sevald Høye, sykepleier, førsteamanuensis, Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie.*

*Kari Kvigne, sykepleier, professor i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie og Høgskolen i Nesna, Institutt for sykepleie.*

## Abstract

### **Obesity in pregnancy - a challenge in antenatal care**

*Purpose: The purpose of this study is to gain knowledge about the challenges midwives and public nurses are experiencing in health prevention and health promotion to obese pregnant women, and their reflections regarding the need for change in practice.*

*Method: The study has a qualitative exploratory design. Data was created by multistage focus group interviews and analyzed inspired by Lundman and Granheim's content analysis. The focus groups consisted of midwives and public health nurses.*

*Results: The informants were aware that obesity in pregnancy may cause complications for both mother and child, but they experienced obesity and lifestyle changes as challenging in antenatal care. Weight and body were perceived as something vulnerable. Informants found it hard to talk about weight because they were afraid of reactions from the pregnant women. They also expressed insecurity regarding their own expertise when it comes to communication and nutrition. Informants expressed the need for more interdisciplinary cooperation between different health workers in community health. They experienced such cooperation difficult to achieve.*

## Nøkkelord/Key words

*Graviditet; overvekt; forebyggende- og helsefremmende arbeid; fokusgruppeintervju  
Obesity; antenatal care; health promotion; health prevention; focusgroup interviews*

## Referee\*

## Innledning

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

Forebyggende og helsefremmende strategier vil være komplementære i det helsefremmende arbeidet (Mæland 2010). Svangerskapsomsorgen har som mål å fremme helse og forebygge komplikasjoner hos den gravide og hennes barn.

Stadig flere voksne passerer grensen for det som WHO definerer som overvekt og fedme. Vektøkningen er raskest blant unge voksne. I 2013 var 22 % av de gravide kvinnene i Norge overvektige, med kroppsmasseindeks (KMI) >25, 9.5 % hadde fedme med KMI > 30, før de ble gravide (Koepp, Andersen, Dahl-Joergensen, Stigum, Nass, Nystad 2012)

Overvekt og fedme regnes som helserisikofaktorer og representerer derfor en utfordring i svangerskapsomsorgen, fordi det kan føre til mange komplikasjoner. Svangerskapsdiabetes, preeklampsi og trombose forekommer hyppigere, er alvorligere og er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse i svangerskapet. Hos overvektige kvinner skjer oftere induksjon av fødselen, og frekvensen av planlagte keisersnitt er høyere enn hos gravide med normal vekt (Mattsson & Ladfors 2003). Utdrivningstiden tar lengre tid, noe som øker risikoen for forløsninger som vacuumekstraksjon og akutt keisersnitt. Ved operative forløsninger øker risikoen for atelektase og dyp venetrombose hos den gravide. Store blødninger i forbindelse med keisersnitt er vanligere ved overvekt enn hos de med normal vekt (Galtier-Dereure, Boegner, & Bringer 2000; Tsoi, Shaikh, Robinson, & Teoh 2010).

Morens KMI påvirker fosterets vekst, og kvinner med overvekt bør være restriktive med sitt kaloriinntak under graviditeten, ettersom fosteret hos disse kvinnene sjelden har dårlig vekst. De er snarere utsatt for å få barn med makrosomi. Barn som er makrosome ved fødselen, kan få svekket helse på lang sikt, som hyppigere forekomst av diabetes type 2, tidlig utvikling av hjerte-kar-sykdommer og visse typer kreftformer. Flere studier viser at det er større risiko for intrauterin fosterdød når mødrene er overvektige. Fødselskomplikasjoner er hyppigere blant makrosome barn (Mattsson & Ladfors 2003; Tsoi et al. 2010).

Under graviditeten beregnes den fysiologiske vektøkningen hos den gravide til å være mellom 10 og 16 kilo. Skal det oppnås optimal vekstutvikling hos fosteret, trenger kvinner med lav KMI ved svangerskapets start å øke mer i vekt enn de med høy KMI (Davies, Maxwell, & McLeod 2010). Det vil derfor være viktig på kort sikt å forebygge for stor vektøkning hos den gravide, og på lang sikt å bidra til livsstilsforandringer.

En reviewstudie viser at helsepersonell har motvilje mot å diskutere vekt med overvektige kvinner. Forestillinger om at fysisk aktivitet kan skade fosteret ble oppgitt å stå i veien for informasjon om fysisk aktivitet og riktig kosthold. I tillegg var helsepersonell redde for at de gravide skulle oppfatte informasjonen på en annen måte enn den var ment som, og at kvinnene kunne bli såret. Videre at de overvektige gravide følte seg stigmatiserte ved rutinemessige kontroller, og at de opplevde informasjonen de fikk som vag og inadekvat (Johnson, Camphell, Messina, Preston, Woods & Goyder 2013).

En sentral oppgave for jordmødre er å informere overvektige gravide om risiko i graviditeten. De bør være tilbakeholdne med fordømmelse, fordi mange overvektige kvinner opplever ikke å bli sett som den de er, men kun som overvektig (Adolfsson, Andresen, & Edgren 2013). Svangerskapsomsorgen har hatt en tendens til å fokusere på overvekt ut ifra et somatisk og medisinsk perspektiv, men trenger også å ha fokus på hvordan kvinner selv ser på overvekt (Allen, Kildea, & Stapleton, 2015; Nyman, Prebensen, & Flensner 2010).

Samarbeid mellom den gravide, jordmor og andre aktører som har ansvar for familiers helse, er nødvendig for et godt resultat i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i svangerskapsomsorgen. Det vil være med på å styrke helsetilstanden hos den gravide og hennes barn. Svangerskapsomsorgen skal planlegges individuelt for hver kvinne og hennes familie i lys av de risikovurderinger som svangerskap og fødsel byr på. Allerede i det første møte mellom jordmor og den gravide er det anbefalt at temaer som omhandler levevaner blir tatt opp, slik at kvinnen på et tidlig tidspunkt er i stand til å fatte beslutninger om egen helse, basert på informasjon (Helsedirektoratet 2005).

### **Studiens hensikt**

Hensikten med denne studien er å få kunnskaper om hvilke utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med overvektige gravide, og hvilke refleksjoner de har angående behov for endret praksis.

### **Design og metode**

Studien har en kvalitativ eksplorerende design. Data ble innhentet ved flerstegs fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju karakteriseres ved at data skapes ved dialog mellom flere om et fokusert område som er bestemt på forhånd. Metoden er velegnet til utforskning av menneskers erfaringer, ønskemål eller problemer og/eller når man søker en dypere forståelse av et fenomen (Hummelvoll 2008). Fokusgruppemetoden er velegnet når forskeren søker et mangfold av ideer eller følelser knyttet til bestemte opplevelser (Krueger 2009). Flerstegs fokusgruppeintervju karakteriseres ved at samme gruppe undersøker et fokusert problem, tema eller fenomen gjennom flere møter. Dialogen mellom gruppemedlemmene gir muligheter til å løfte erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. En annen karakteristik er gruppesammensetningens bevegelighet, dvs. at gruppesammensetningen kan være noe forskjellig i møtene (Hummelvoll 2008).

### **Rekruttering og utvalg**

Jordmødre og helsesøstre deltar i svangerskapsomsorgen på forskjellige måter. Jordmødre ved at de undersøker og veileder den gravide. Helsesøstre ved at de følger mor og barn etter fødselen. Hvis den gravide er flergangsfødende, kan hun kjenne helsesøster fra tidligere helsekontroller av seg og barnet. Både jordmødre og helsesøstre var derfor aktuelle som informanter i denne studien. Helse sjefen i to bykommuner og tre landkommuner ble kontaktet og gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien, samt forespurt om tillatelse til å rekruttere aktuelle deltagere fra de respektive kommunene. En bykommune svarte raskt at de ikke så seg i stand til å delta. Fem jordmødre og to helsesøstre samtykket i å delta i studien. Fem av de sju medlemmene møtte på alle fokusgruppemøtene. En deltaker (jordmor) hadde ikke anledning til å komme på første møte, men møtte på resterende møter. En deltaker (helsesøster) var fraværende på det andre møte. To av jordmødrene arbeidet både i fødeavdelingen og i kommunehelsetjenesten, tre bare i kommunehelsetjenesten. Jordmødrene hadde mellom tre og 27 års erfaring med gravide og fødende. Begge helsesøstrene jobbet i 100 % stilling på helsestasjonen og hadde over 15 års praksiserfaring fra dette arbeidet. Alle informantene var kvinner mellom 30 og 62 år.

### **Gjennomføring av fokusgruppesamtalene**

Malterud (2012) anbefaler mellom fem og åtte deltager i fokusgrupper. Alle gruppedeltagerne visste om hverandre, noen var bedre kjent enn andre og de arbeidet alle med graviditet, svangerskap, fødsel og barseltid. Det ble gjennomført fire fokusgruppesamtaler, som ble ledet av en moderator (WM). En sekretær (KK) deltok med ansvar for å skrive feltnotater om samhandling, klima og stemning i gruppa. Samtalene fant sted på et møterom utenfor deltagerens arbeidsplass, og varte i to timer. Alle samtaler ble tatt opp på bånd. Samtalene tok utgangspunkt i en intervjuguide, hvor hvert møte hadde fokus på et spesielt tema. I de to første møtene ble det fokusert på retningslinjene for svangerskapsomsorgen i Norge, hvilke krav som ble stilt til helsearbeiderne, hvilke strategier som ble benyttet og hvordan de opplevde å ta opp vektspørsmål med den gravide. Fokus i møte tre og fire var behov for nye strategier og metoder i svangerskapsomsorgen, og hvordan de kunne tenke seg en annerledes svangerskapsomsorg som gjorde det lettere å ta opp vektproblematikk. Alle deltok aktivt i diskusjonen med engasjement og ulike synspunkter. Etter hvert av de tre første møtene gjorde moderator og sekretær en oppsummering som ble presentert i begynnelsen av neste møte. Gruppen fikk anledning til å korrigere og presisere. Dette ga grunnlag for kontinuitet og videre utdypning av tema.

### **Dataanalyse**

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon av Lundman og Granheims (2012) innholdsanalyse. I følge (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge 2009) starter analysen under datasamlingen. Etter hvert møte diskuterte moderator og sekretær hva intervjuet handlet om, hvilke tema som umiddelbart framkom. Disse ble notert. Førsteforfatter transkriberte intervjuene. Hvert intervju ble deretter lest flere ganger for å få en oversikt over hva det handlet om. I den endelige analysen ble alle intervjuene lest og analysert i sammenheng. Til tross for at det i utgangspunktet var ulike temaer på alle de fire fokusgruppeintervjuene, gikk disse i noen grad om hverandre i løpet av samtalene. Deretter ble meningsenheter identifisert. Kondenserte meningsenheter ble kodet og satt navn på. Kodene ble sammenlignet, og de som uttrykte det samme, ble slått sammen til underkategorier. Underkategoriene ble deretter vurdert, og de som handlet om det samme, ble slått sammen til kategorier. Kategoriene ble satt sammen til et overordnet tema. Hensikten med feltnotatene var blant annet å sikre data i tilfelle teknisk svikt ved opptak under intervjuene, og beskrive aktiviteten og samspillet i fokusgruppen. Feltnotatene inngår ikke i analysen.

### **Forskningsetiske vurderinger**

Personvernombudet (NSD nr. 15403) ga tilrådning til gjennomføring av prosjektet. Skriftlig informasjon om studien, invitasjon til å delta og samtykkeerklæring, ble sendt til jordmødre og helsesøstre i de kommunene som hadde gitt tillatelse til å rekruttere deltakere.

### **Funn**

Funnene viser at informantene erfarer overvekt og livsstilsendringer som et vanskelig tema i svangerskapsomsorgen. De oppfatter vekt og kropp som noe sårbart, som kan gi reaksjoner fra de gravide og føre til at de uteblir fra svangerskapsomsorgen. De er også utrygge på egen

kompetanse. I de to siste fokusgruppemøtene ble alternativer til den tradisjonelle svangerskapsomsorgen diskutert. Oversikt over funn med kategorier og underkategorier presenteres i tabell.

**Tabell 1 Oversikt over funn**

| <b>Tema: Kropp, vekt og livsstil et vanskelig tema i svangerskapsomsorgen</b> |  |
|---|--|
| Kategori  | Underkategori  |
| De overvektige kvinnene krever noe ekstra                                     | Vanskelig kontroll av uterus og fosterlyd<br>Registrering av KMI<br>Fokus på livsstil                            |
| Utrygghet om tematisering av overvekt   | Tvil om egen kompetanse<br>Redd for reaksjoner fra de gravide<br>Ønske om samarbeid med annet helsepersonell     |
| Fra tradisjonell svangerskapskontroll til helsefremmende svangerskapsomsorg   | Individuelle samtaler versus gruppesamtaler<br>Aktivitet og kunnskapsformidling i fellesskap<br>Helhetlig omsorg |

### **De overvektige kvinnene krever noe ekstra**

De overvektige kvinnene er synlige i dagens svangerskapsomsorg fordi de er mange. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at KMI bør registreres ved første kontroll, og gravide med overvekt bør få individuell veiledning om kosthold og fysisk aktivitet utover den generelle veiledningen som alle gravide får. Overvekt kan gjøre det vanskelig å undersøke kvinnene.

### **Vanskelig kontroll av uterus og fosterlyd**

Informantene erfarte at de møter flere overvektige førstegangsfødende i dag enn for en del år tilbake. Før var det slik at kiloene kom sigende etter hvert som kvinnene fikk flere barn, men nå sees mange flere overvektige førstegangsfødende. Følgende sitat understreker dette:

*«Vi er inne i en tid med mange kontraster når det gjelder kropp, men det mest synlige er at overvekt blir mer og mer vanlig blant unge gravide i midten av 20-årene».*

En informant fortalte om et tilfelle der hun tok opp overvekt med en kvinne som veide mer enn vekta på helsestasjonen kunne måle. Kvinnen var så overvektig at det var vanskelig å palpere uterus, slik at hun i tillegg til besøkene på helsestasjonen ble kontrollert jevnlig via ultralyd på sykehuset. Hun måtte sendes til et universitetssykehus når terminen nærmet seg, fordi det var stor sjanse for at fødselen skulle ende med keisersnitt.

## Registrering av KMI

Det å snakke om overvekt mente informantene var en stor utfordring. De var opptatt av at omsorg for den gravide var viktig, samtidig som de også så at de har en klar kontrollfunksjon. Et eksempel på det er at KMI skal beregnes og føres på helsekortet ved første konsultasjon:

*«Når en kvinne har KMI på 30 eller mer, er hun i en risikogruppe i graviditeten. Det betyr at når hun skal føde, blir hun regnet som en risikogavid. Hun får en "rød prikk" i journalen. Hun får heller ikke velge å føde på den måten som hun vil. For eksempel i vann. Gravide med høy KMI skal også sjekkes grundigere og oftere av lege, og de får dermed en annerledes svangerskapsomsorg og en annen fødsel enn de som har "grønn prikk", hvor alt er normalt.»*

Informantene mente at beregning av KMI på det første møte med den overvektige kunne være en innfallsvinkel til å snakke om kosthold:

*«Jeg tar utgangspunkt i KMI når jeg snakker om kosthold også til de som har målinger innenfor normalen, men jeg synes at det er vanskelig å snakke om kosthold selv om den gravide ikke er overvektig»*

Informantene hadde en oppfatning av at de overvektige selv var klar over sin tilstand. Mye fokus på KMI kunne gå på bekostning av hva de gravide ville snakke med jordmor om, for eksempel utviklingen av barnet, plager i svangerskapet, den forestående fødselen osv. Ved KMI på 30 eller mer skal det rutinemessig tas glukosebelastning. Dette må jordmødre informere de gravide om.

## Fokus på livsstil

Informantene sammenlignet utfordringene med overvekt i svangerskapet med å få gravide til å slutte å røyke. De hadde erfart at mye informasjon om røykingens skadevirkninger gjorde at en del kvinner uteble fra svangerskapsomsorgen. Det førte til at informantene berørte temaet i generelle vendinger. I stedet for å være tydelig og gi tilstrekkelig informasjon, ga de heller ut en brosjyre om røykens skadevirkninger.

Informantene var klar over sitt ansvar når det gjelder betydningen av å motivere til livsstilsendringer i tråd med nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorg. De hadde også erfaringer med at gravide kvinner var motiverte til å endre livsstil:

*«Svangerskap er en periode i folks liv hvor de er villige til å endre atferd.... I det ligger en unik mulighet for meg til å hjelpe kvinnen, hvis jeg bare ble tryggere i en metode. ... Hvordan skal jeg nærme meg den gravide i en slik situasjon? Er det kanskje ikke problematisk for den gravide? Jeg er redd for at jeg problematiserer noe som den gravide ikke synes er et problem. Kanskje det er mitt syn på kropp som får gjelde.»*

Informantene hevdet at graviditet kan være mulighetenes tid, og at de gravide ofte gir uttrykk for at graviditet kan være en tid da kvinner kan tenke seg å forandre levevanene sine. De er mottakelige for forandring i hverdagen. Stor pågang av gravide og mangel på tid var også en grunn til at informantene var tilbakeholdne med å ta tak i livsstilsendringer. Videre sa informantene at før obligatorisk måling av KMI ble innført, var vekta til den gravide et

ømtålig tema som de kvidde seg for å ta opp. Det gjaldt både gravide som var over- eller undervektige.

Informantene var opptatt av at de gravide skulle være mottagelige for deres veiledning, hjelp og støtte. De ønsket derfor å unngå å komme i en situasjon hvor de avslørte noe som ble opplevd som skambelagt. Videre prøvde de å komme på kvinnens «arena», det vil si å snakke om det kvinnene var opptatt av. Hvis ikke kvinnene tok opp tema som angikk overvekt, fysisk aktivitet, kosthold o.l., mente informantene at det var deres ansvar å bringe dette på bane. Informantene ønsket å tilrettelegge for at kvinnene skulle oppleve svangerskapet som en god periode.

Overvekt er ikke bare en utfordring i svangerskapsomsorgen, men problematikken gjenspeiles på alle områder i helsestasjonsarbeidet. Helsesøstre i denne studien uttrykte at de også møter flere overvektige unge mødre, nyfødte med høy fødselsvekt og overvektige skolebarn og ungdommer. Overvektige mødre får store barn som blir overvektige ungdommer og voksne.

### **Utrygghet om tematisering av overvekt**

Informantene var tvilende til egen kompetanse i veiledningen av overvektige. De syntes at de ikke hadde nok kunnskaper om kosthold, og de var redde for reaksjoner fra de gravid. De hadde også ønsker om et bedre samarbeid med annet helsepersonell.

### **Tvil om egen kompetanse**

Informantene understreket at jordmor er definert som den som har kompetanse til å ivareta den gravide, og at innholdet i den gode svangerskapsomsorgen er å finne fram til den enkelte kvinnes behov. Dette ble vanskeliggjort ved manglende tro på egen kompetanse:

*«Jeg synes det er vanskelig å være alene med omsorgen av de overvektige gravide. Har jeg nok kunnskaper? Sier jeg de rette tingene?»*

Informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke om slanking i forbindelse med graviditet. Kostveiledning kan være mer akseptabelt, men å finne de rette ordene kan være vanskelig:

*«Jeg spør av og til de overvektige om hvorfor de tror at vi måler KMI. Så pleier jeg å fortelle litt om at det er stor sjanse for å få sukkersyke ved overvekt, og om at det er flere tilfeller av sukkersyke blant barn født av overvektige og at gjennomsnittsvekten til nyfødte er høyere når mor er overvektig.»*

Informantene uttrykte usikkerhet om hvordan skal de skal følge opp den enkelte. De forsøkte noen ganger å stille åpne spørsmål til de gravide om hva de forventer av jordmor i svangerskapsomsorgen. Informantene hevdet at de ikke har fått mye trening i kommunikasjon i sin utdanning. De mente at de har en form å nærme seg de gravide på som kan virke kontrollerende.

### **Redd for reaksjoner fra de gravide**

Informantene hadde erfart forskjellige reaksjoner fra de gravide når de snakker om vekt og kosthold. Noen kvinner syntes det var greit å prate om kosthold og lignende, mens andre kvinner kunne bli såret:

*«Når jeg skal ta opp temaet overvekt, handler det litt om å tørre å kjenne på det ubehaget det kan være å snakke om tabubelagte ting. Det er viktig å kjenne seg sjøl, fordi vi sender sterke signaler til de vi informerer når vi er utrygge. For hvis følelser tar overhånd, blir vi kanskje ikke så fagorienterte. Det kan hende at de gravide føler veldig skam ved å være overvektig, og da blir det ekstra irriterende å få det kommunisert på en utydelig måte fra jordmor.»*

Informantene hadde ingen gode løsninger på hvordan de skulle takle at de gravide ble irriterte og sinte. Samtidig var de bevisst sine strategier når de unnlot å gå inn i problematikken for å beskytte seg mot ubehagelige reaksjoner fra den gravide:

*«Jeg føler at jeg er veldig rask til å gjøre noe annet i en slik situasjon. Som for eksempel å gi ut brosjyrer. Særlig gjelder dette kostveiledning. Da kan jeg ofte bli uklar og for eksempel si: Her står det noe riktig fint om kosthold. På denne måten mener jeg at jeg beskytter meg sjøl litt.»*

Informantene mente at det er krevende å gå videre i en samtale når folk er avvisende. De stopper når ubehaget blir for stort og begynner å snakke om noe annet. De tenker mye på slike samtaler i etterkant av konsultasjonen:

*«Jeg føler at jeg ikke har lært nok om å takle eget sinne og redsel når pasientene reagerer. Fordi jeg vet at når folk reagerer sterkt, har jeg en tendens til å trekke meg. Og det bør jeg kanskje ikke gjøre.»*

Informantene ga uttrykk for at overvekt er et tabubelagt tema:

*«Jeg tror at det å være overvektig handler om at det er skamfullt. Overvekt er et tabubelagt område. Jeg har av og til følelsen av at vi 'går rundt grøten' når vi snakker om overvekt.»*

### **Ønske om samarbeid med annet personell**

Fokusgruppen mente at en god svangerskapsomsorg innebærer samarbeid mellom ulike typer helsepersonell. Det er ikke alltid så lett å få gjennomført. En deltaker fortalte at en gravid med ekstrem overvekt var interessert i å bli henvist til ernæringsfysiolog. Det ble tatt kontakt med ernæringsfysiolog på nærmeste sykehus, men svaret var at de ikke tok i mot henvendelser fra jordmor. Jordmor henvendte seg derfor til kvinnens fastlege for å få en rekvisisjon. Etter fødselen møtte informanten kvinnen igjen og spurte om hennes fastlege hadde henvist henne til ernæringsfysiolog. Det hadde ikke skjedd. Det var ingen som hadde foreslått noe spesielt program for henne i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid.

Noen informanter sa at en svangerskapsperiode er for kort tid for en overvektig til å gjøre store forandringer. Samtidig mente de at noe bør bli gjort, fordi en lettere kropp vil gi den gravide en bedre tid med barnet etter fødselen. Informantene uttrykte at dette tema burde lege eller ernæringsfysiolog ta hånd om:



*«Jeg tenker mye på hvordan jeg skal gå fram. Ofte tenker jeg, er dette mitt felt, eller burde jeg henvise kvinnene til noen andre, for eksempel lege eller ernæringsfysiolog?»*

Deltakerne i fokusgruppen oppfattet de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen som bindende, særlig med hensyn til at jordmor på et tidlig tidspunkt i graviditeten skal rette spesiell oppmerksomhet mot de kvinnene som trenger mest oppfølging. Dette kan for eksempel være vanskelig hvis en gravid har sin første kontroll hos sin fastlege. Hun vil da normalt ikke komme til jordmor før nesten halvgått svangerskap, og det kan være seint å begynne med kostholdsveiledning. Informantene mente det ideelle ville være at kvinnene har sin første konsultasjon hos jordmor. Hvis ikke det er mulig, er det nødvendig med samarbeid mellom lege og jordmor for at kvinner som trenger en spesiell oppfølging skulle få den nødvendige hjelpen.

*«Det hadde vært fint med mer kontakt, f.eks. med kvinnens fastlege. De fleste mennesker går til fastlegen over tid, så det kan være en person som kvinnen har et forhold til, både før og etter graviditeten. Men jeg vet ikke om det er så mye å hente i slik kontakt, det er forskjell på det å ha problemer med vekta og ha en medisinsk diagnose. Jeg har følelsen av at det blir litt for lite å bry seg om for legen».*

### **Fra tradisjonell svangerskapskontroll til helsefremmende svangerskapsomsorg**

Informantene ga ulike definisjoner på svangerskapsomsorg og svangerskapskontroll. Kontroll er å ta blodtrykk, blodprøver og lignende, mens det å sette av tid til samtaler og se enkeltmennesket med forskjellige ressurser, kunnskaper og erfaringer, er omsorg. Det vanligste var at når de gravide oppsøkte både lege og jordmor i svangerskapet, fungerte det slik at legene kontrollerer BT, urin, KMI og lignende og overlater til jordmor å prate mer med de gravide om svangerskapets små og store utfordringer.

### **Individuelle samtaler versus gruppesamtaler**

På det siste fokusgruppemøtet ble det diskutert hvordan tiden ble brukt i svangerskapsomsorgen. Informantene fortalte at det vanligste var å ha individuelle møter med de gravide. De møtte mange kvinner per dag, og av og til hadde de følelsen av at konsultasjonene gikk på løpende bånd uten at det ble gjort stor forskjell i omsorgen til den enkelte. Refleksjonene rundt disponeringen av tid til hver enkelt kvinne gjorde at informantene stilte spørsmål som; kan tiden vi har til rådighet til de gravide brukes annerledes, er det på tide å etablere nye metoder i svangerskapsomsorgen? En informant uttrykte:

*«De nye retningslinjene handler jo nettopp om å finne fram til noe ekstra for de som trenger det. Vi må gjøre noe for å få sett den enkelte og komme bort fra at alle skal behandles likt.»*

Det ble stilt spørsmål om det ville være mulig og hensiktsmessig rent faglig å drive svangerskapsomsorg ved å ha gruppevis samtaler med de overvektige. Informantene mente at det ikke ville være noe problem å møte de overvektige i grupper, men om de selv kunne være leder for gruppen var det mange meninger om:

*«Å lede en gruppe hvor overvekt er et tema, ville jeg ikke føle meg kompetent til. Fordi jeg kan ikke nok om verken gruppeprosesser eller ernæring.»*

Dette utsagnet skapte stor aktivitet, og etter en del diskusjon svarte en annen:

*«Jeg tror ikke at jeg ville være kompetent til å lede en gruppe. Jeg ville være en bidragsyter med hensyn til å få en gruppe til å fungere hvor hensikten var å etablere en likemannsgruppe. En slik gruppe vil etter hvert leve sitt eget liv, og det vil være positivt. Men når det gjelder kunnskaper om overvekt, så må jeg kunne mer.»*

### **Aktivitet og kunnskapsformidling i fellesskap**

Fra å reservere seg mot å lede grupper, begynte informantene å samtale om hvordan de kunne utnytte det å samle de gravide i grupper. De kom med mange forslag om tema som kan tas opp på de forskjellige gruppemøtene. Informantene mente det var viktig at de gravide får stille spørsmål som de er opptatt av, noe de lærer mest av. Som en av informantene sa:

*«Det er ikke vi som skal forandre livsstil, men de overvektige.»*

Informantene kom etter hvert fram til at det går an, innenfor de rammene som finnes i svangerskapsomsorgen, å tilby veiledning i grupper. Med bakgrunn i erfaringer de hadde med svangerskapskurs, som nettopp var gruppesamlinger hvor deltakerne fikk reflektert og gitt av sine erfaringer, trodde de at mange gravide ville benytte seg av tilbudet om aktivitet i svangerskapet. Informantene understreket at dette kan være med på å utvide tilbudet til den gravide. Å etablere grupper i svangerskapet som også kan følges opp etter fødselen, vil være en styrking av samarbeidet mellom helsepersonell, spesielt mellom jordmor og helsesøster. Diskusjonen gled over til hvordan de skulle lede gruppen og hva de kan gjøre hvis de får spørsmål de ikke kan svare på. En informant sa det på følgende måte:

*«Hvis jeg leder en slik gruppe og det kommer opp spørsmål som jeg ikke kan svare på, så er det bare å si: Dette var et godt spørsmål. Dette skal jeg finne svar på til neste gang vi møtes.»*

Et tema som ble diskutert var fysisk aktivitet. Informantene argumenterte med at mange av de gravide sannsynligvis hadde veldig forskjellige erfaringer med fysisk aktivitet. Dersom dette skulle inngå i svangerskapsomsorgen, var det viktig med en aktivitet som var enkel å gjennomføre, og at jordmor måtte delta sammen med de gravide.

*«Vi kan arrangere gå-turer og lignende aktiviteter for de overvektige gravide, og så kan jordmor være med å gå. For gjennom fysisk aktivitet kan det komme spørsmål som er viktig å besvare for en jordmor. Etter gå-turen kan vi ha "jordmorkafé". Her kan vi ha en enkel servering med for eksempel frukt og grønnsaker. En slik servering sender signaler om at det går an å kose seg uten boller og napoleonskaker. På denne måten kan vi få etablert et fellesskap med samtaler i avslappende omgivelser.»*

Informantene mente at dette vil føre til at jordmor ikke bare blir sett på som en kontrollør gjennom svangerskapet, men en som støtter og oppmuntrer. Jordmor kan med andre ord være en som både motiverer til fysisk aktivitet og en som tar vare på det som må kontrolleres og måles. Det kunne også være aktuelt å invitere for eksempel fysioterapeut eller ernæringsfysiolog inn i samtalegruppen etter gå-turen.

## Helhetlig omsorg

Informantene innså at å ha de overvektige gravide i én gruppe kunne være en måte å samle data om den gravide på. Det blir viktig å observere hvordan den enkelte gravide fungerer i gruppen. Jordmor kan for eksempel oppdage at kvinnens overvekt ikke nødvendigvis bare handler om feil kosthold, men også om hvordan hun har det i sin hjemmesituasjon. Slike data kan bli et utgangspunkt for samtalen når de møter kvinnen individuelt. Informantene sa de vet at overvekt handler om mye mer enn å spise riktig og å være i aktivitet. Og det kan være årsaken til at de føler seg så fattige på metoder når de er i møte med en overvektig gravid. En informant sa:

*«Ved at vi er sammen med de gravide utenom den vanlige kontrollen, viser vi en stor interesse for dem, og på denne måten møter vi kvinnene i flere sammenhenger. Det kan gi oss mer innsikt i den enkelte kvinnes situasjon, og det kan være nyttige opplysninger når vi møter kvinnene individuelt.»*

Fokusgruppen var opptatt av helhetlig helse for den gravide. Flere informanter var enige i dette utsagnet:

*«Det er viktig å fokusere på at det tilbudet vi lager ikke bare handler om fysisk aktivitet, men også psykisk helse. Både før under og etter fødselen. Fordi det er undersøkelser som viser at opptil 20 % av de gravide utvikler depresjoner etter fødselen. Og det er bevist at fysisk aktivitet er et godt tiltak for en bedre psykisk helse.»*

Diskusjonen i fokusgruppen om innholdet i en alternativ svangerskapsomsorg, ble av en informant oppsummert slik:

*«Mosjon, direkte kunnskapsformidling og sosialt samvær. I tillegg kommer den vanlige svangerskapskontrollen. Jeg tenker at det får to positive resultater. Det ene er endring av livsstil og det andre er den psykiske effekten dette kommer til å ha på den overvektige.»*

## Diskusjon

Hensikten med studien er å få kunnskaper om hvilke utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarer i møte med overvektige gravide, og hvilke refleksjoner de har angående behov for endret praksis. Funnene viser at jordmødre og helsesøstre møter flere overvektige kvinner og barn i sitt arbeid i dag enn de gjorde for noen år siden. Informantene har kunnskaper om konsekvensene av overvekt, men de føler usikkerhet på egen kompetanse med hensyn til veiledning om temaet kropp, vekt og livsstilsendring. Informantene reflekterte også over andre måter å gjennomføre svangerskapsomsorg på. Diskusjonen er organisert under følgende overskrifter; Kvinner, kropp og vekt, omsorg og kontroll og hjelp til en helsefremmende livsstil, som er vokst fram av funnene.

### Kvinner, kropp og vekt

Funnene viser at å veie de gravide og regne ut KMI var i følge informantene uproblematisk, men å snakke om overvekt var utfordrende. Informantene uttrykker også at en av grunnene til

at de unngår å snakke om vekt og kosthold, er at de vil beskytte seg selv mot reaksjoner fra den gravide, som for eksempel sinne, eller at de blir såret og uteblir fra svangerskapsomsorgen. Allerede i det første møtet mellom den gravide og jordmor er det anbefalt at temaer som omhandler kvinnens vekt, KMI og levevaner blir tatt opp (Sosial-og helsedirektoratet 2005). Studier viser at overvekt i graviditeten kan føre til helsesvikt hos mor (Galtier-Dereure et al., 2000; Kaiser & Kirby, 2001; Mattsson & Ladfors 2003), og barn (Cnattingius, Bergström, Lipworth, & Kramer, 1998; Mattsson & Ladfors 2003). Derfor er det nødvendig at jordmødrene foretar denne kontrollen og informerer kvinnene om konsekvensene av overvekt for mor og barn. Dette må gjøres på en slik måte at de gravide ikke opplever det som støtende og stigmatiserende (Adolfsson et al. 2013). Johansson (2000) hevder at å være tykk er for mange kvinner koblet sammen med en følelse av å være mislykket, både som kvinne og menneske. Det å være slank anses som tegn på kontroll, fremgang og autonomi. Overvekt derimot, tolkes som mangel på kontroll, som fiasko. Fedme vurderes ikke bare som noe stygt, men også som et moralsk subjekt. Kvinner har ofte langvarige og gjentatte erfaringer med å kontrollere vekt (Årøen 1999). Slike erfaringer kan også være tilfelle hos kvinner i helsetjenesten, som jordmødrene og helsesøstrene i denne studien. Dette kan gjøre at de kjenner på skamfølelsen de påfører de gravide ved å påpeke overvekt og derfor vegrer seg mot å snakke om vekt. I følge Johnson et al. (2013) har helsepersonell en motvilje mot å diskutere vekt ut fra en forestilling om at fysisk aktivitet kan skade fosteret og at informasjonen de gir kan oppfattes som sårende. Ny kunnskap viser at individuell veiledning i fysisk aktivitet er bra både for mor og barn (Barakat, Perales, Garatachea, Ruiz, & Lucia 2015).

I følge Johnson et al. (2013) opplevde de gravide at informasjonen de fikk ofte var vag og inadekvat. Eri (2003) understreker også at overvekt er et utfordrende tema. Videre hevder hun at under jordmorkontrollen trer jordmor og den gravide inn i et felles betydningsrom med et syn på kropp som tilsier at det ikke er legitimt å snakke om hvor mye man veier, eller ha en kropp med andre dimensjoner enn «normalformen». Det blir tatt som en selvfølge at den gravide ønsker å holde sin vekt hemmelig og at hun skammer seg over å veie for mye (Eri 2003). Det kreves derfor klokskap og innsikt når tema som vekt og kropp bringes på bane.

Hauge (2007) viser at kvinner uansett størrelse, måler seg opp mot det slanke kroppsidealet og at de uttrykker misnøye over uoverensstemmelsen mellom egen kropp og ideal. Videre at kroppen evalueres og vurderes i samspill med andre, og andres oppfatning av kroppen påvirker kvinnens kroppsbilde og kroppsidealitet. Dette kroppsidealet kan også gjelde den gravide kvinnen. Det slanke kroppsidealet støttes både av helsemyndighetene (Sosial-og helsedirektoratet 2005) og det vestlige skjønnhetsidealet. Kvinner investerer både tid, penger og følelser i sitt utseende. I følge Skårderud og Isdahl (1998) har kroppen beveget seg dramatisk fra produksjon til prestasjon. Kroppen er sosialt og psykologisk viktig, ikke så mye for hva den lager, men hvordan den ser ut. I løpet av graviditeten må kroppen både prestere og produsere. Kroppen forandrer utseende som en naturlig følge av svangerskapet. Fokus på kroppens utseende (prestasjon) kan synes å stå i motsetning til naturlig vektøkning som graviditet medfører (produksjon). Et tankekors er da at allerede på den første svangerskapskontrollen er det anbefalt at kvinnens høyde og vekt blir målt. Vekten bør følges opp i svangerskapet for å forebygge stor vektøkning hos de overvektige (Davies et al. 2010; Sosial-og helsedirektoratet 2005). Helsepresset og skjønnhetsidealet kan føre til at vektkontroll blir et anliggende i graviditeten og at de gravide dermed opplever stress og mistriivsel i svangerskapet.

## Omsorg og kontroll

Informantene i studien var opptatt av at møtene med de gravide skulle kalles svangerskapsomsorg og ikke svangerskapskontroll. De beskriver omsorg som det å sette av tid til samtaler og å se enkeltmennesket med forskjellige ressurser, kunnskaper og erfaringer. Kontroll mener de er å ta blodtrykk, blodprøver og veie den gravide. I denne sammenhengen kan omsorg tolkes som å bry seg om og se den enkelte kvinne som et menneske med forskjellige erfaringer og ressurser, og ikke bare det som angår graviditeten. Dette synet samsvarer med Benner og Wrubel (1989) som hevder at omsorg er fundamentalt i det å bry seg om, noe som skaper muligheter for å motta hjelp og til å yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold skaper en kontekst som omfatter den tidsmessige situasjonen mennesket befinner seg i på det personlige plan, det vil si den fasen i livet hvor personen er med sin livshistorie som en meningsfull ballast (ibid). Et svangerskap kan være en slik fase for den gravide kvinnen.

Svangerskap og fødsel er en betydningsfull hendelse i livet og kan by på utfordringer både fysisk og psykisk, og kvinnene trenger omsorg og støtte på mange plan for å føle mestring. Tradisjonelt har informasjonen som gis til overvektige kvinner vært basert på opplysninger om medisinske komplikasjoner (Allen et al. 2015).

Helsepersonell har en tendens til å fokusere på kvinnenens somatiske tilstand i stedet for kvinnenens egne synspunkter (Nyman et al. 2010). Nyere studier (Johnson et al. 2013), viser at dette ikke er tilstrekkelig. For at kvinnene skal få kontroll over sin egen livssituasjon, må informasjonen tilpasses den enkelte kvinnen, slik at den oppleves begripelig, meningsfull og håndterbar (Antonovsky 1987). Informantene uttrykte at de ønsket å skape et omsorgsfullt, mellommenneskelig forhold i møte med de gravide hvor de tar utgangspunkt i den gravidens situasjon. Møtene som også må inneholde informasjon om hva som kan gi medisinske komplikasjoner og som kan være skremmende, kan for helsepersonell være vanskelig å balansere. En utfordring i denne sammenhengen er at helsepersonell har få møter med den gravide i løpet av et svangerskap, og det kreves tid og mange møter for å få etablert en god relasjon. Informantene så at de kunne få flere møter med den gravide ved å veilede i grupper. Erfaringer med barselgrupper har vist at det er nyttig å diskutere og dele felles utfordringer med andre i samme situasjon. Dette er med på å etablere et sosialt fellesskap og det er ikke minst nyttig for kvinner med svakt nettverk. Selv om partneren er viktig for de gravide, føler de et spesielt fellesskap med andre gravide (Randen, Viken, & Severinsson 2014). Å drive fysisk aktivitet sammen kan være både motiverende og morsomt. Informantene påpekte at det kunne være nødvendig med individuelle samtaler i tillegg for å gjøre undersøkelser og gi kvinnen mulighet til å ta opp saker av privat karakter.

Å gjennomføre svangerskapsomsorg i grupper kan være forbundet med etiske problemstillinger som for eksempel overholdelse av taushetsplikt.

## Hjelp til livsstilsendring

Informantene i studien presiserte at de bør være mer aktive med hensyn til å begrense vektøkningen og veilede de gravide til en endret livsstil. På den annen side ønsket ikke informantene at de gravide kvinnene skal oppfatte helsepersonell som moraliserende og forteller hva andre bør gjøre og ikke bør gjøre. I følge Christiansen (2013) vil hjelp til mestring av livssituasjon og endring av levevaner skape særegne pedagogiske utfordringer.

Standardiserte retningslinjer utviklet innenfor et felt, må alltid tilpasses individets forutsetninger og situasjoner. Av den grunn stilles det krav til helseveiledningen, som innebærer integrering av oppdatert fagkunnskap, pedagogiske og kommunikative ferdigheter. Helseveiledningen forutsetter videre dialog som tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse, hvor hensikten er å hjelpe den andre til selv å finne svar som styrker mestringen (Christiansen 2013).

Informantene hevdet i tillegg at de følte seg lite kvalifisert til å bidra til livsstilsendring og de stilte spørsmål ved om dette er innenfor deres felt. De har ved enkelte anledninger henvist overvektige til lege og ernæringsfysiolog, som heller ikke ga noe tilbud til de overvektige gravide. En kartleggingsstudie av jordmortjenesten i kommunene (Aas 2011) viser at jordmødre som jobber innenfor denne organiseringen, beskriver tungroddede systemer som vanskelig lar seg forandre. Videre sliter mange jordmødre med at de ikke blir hørt, fordi makten ligger utenfor egen yrkesgruppe ved for eksempel at de ikke har henvisningsmyndighet. Jordmødre har liten påvirkningskraft angående arbeidsoppgaver de blir tildelt og hvilken kompetanseutvikling de får delta i som del av en karriereplan (Aas 2011). Dette står i motsetning til de nasjonale retningslinjene som sier at jordmødre har et selvstendig ansvar i svangerskapsomsorgen.

Svangerskapsomsorgen er en lovpålagt, kommunal oppgave, men det er ingen lovhjemmel for hvordan jordmortjenesten skal praktiseres. Loven slår kun fast at kommunen skal tilby jordmortjeneste. Historien viser at omsorg under graviditet, fødsel og barseltid har vært fordelt mellom mange aktører og at tilfeldigheter har vært avgjørende for utformingen av omsorgen (Aas 2011).

Informantene mener at utfordringene de står overfor er samspill med den overvektige gravide som skal tilpasse seg en ny livssituasjon. Nye livssituasjoner krever nyorientering og læring for å kunne mestres (Dalland 2010). Dette støttes av Banduras teori om mestringsforventning og mestringsstro (Bandura 1977). Mestringsforventninger innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll og er viktig for ens selvoppfatning. Det handler om å få den gravide til å tro på seg selv i å kunne lykkes med å forandre livsstil. Som støtte for endringsarbeidet hos den overvektige gravide, kan den transteoretiske modell (Prochaska, DiClemente, & Norcross 1992) anvendes. Den viser at endringer foregår i faser som føroverveielse, overveielse, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdsfase. Modellen blir ofte kombinert med motiverende intervju (Barth, Näsholm, & Sjøbu 2007). Eksempelvis jordmødre eller helsesøstre med veilederkompetanse kan bidra som pådrivere og støttespillere for fagfeller som arbeider med livsstilsendring hos overvektige gravide. Det kan være med på å styrke kompetansen til informantene som mener at de ikke har nok kunnskaper om kommunikasjon. Tilnærmingen harmonerer med hva informantene ville ha som mål for de gravide, nemlig at de gravide selv skal påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen.

### **Studiens styrke og svakhet**

Det er forskerens oppgave å overveie validiteten av hva studien forteller og hvilken overførbarhet funnene har utover denne studiens kontekst. I en fokusgruppestudie er det avgjørende for den interne validiteten at deltagerne og forskerne har en felles forståelse av hvilke spørsmål som skal besvares (Malterud 2012). Det sentrale spørsmålet i denne studien var tematisering av overvekt hos gravide under svangerskapet. Informantene i studien var jordmødre og helsesøstre som daglig arbeidet med temaer som graviditet, fødsel og forebyggende- og helsefremmende arbeid for barn og familier. I følge Lundman og Granheim

(2012) er resultatet i en intervjustudie ikke uavhengig av forskeren, fordi forskeren deltar i samspillet med de som blir intervjuet og er medskaper av teksten. Førsteforfatter var jordmor med god kjennskap til fagområdet svangerskapsomsorg. Dette bidro til en felles forståelse for fenomenet. Faren for å snakke forbi hverandre var derfor liten. Antall gruppe-medlemmer er innenfor den anbefalte ramme som sikrer troverdigheten i en kvalitativ studie (Malterud 2012). Gruppen hadde fire møter hvor gruppe-medlemmene i all hovedsak var de samme. Dette gav anledning til en fordypet samtale om fenomenet. Alle deltagerne var engasjert i temaet og deltok aktivt. Flere fokusgrupper med flere deltagere hvor en hadde fått et større mangfold av ideer og følelser knyttet til fenomenet (Krueger 2009), kunne vært en styrke for studien.

I denne studien er det helsearbeidernes røst som kommer til uttrykk. En fokusgruppe med overvektige gravide eller med helsearbeidere og overvektige gravide, ville også ha styrket studien ved persontrianglering. Her ville begge erfaringer kommet til uttrykk og derved gitt varierte perspektiver. På spørsmålet om andre måter å gjennomføre svangerskapsomsorgen på, utfordret deltagerne hverandre, noe som bidro til kreative forslag.

Alle forfattere deltok i analysen. Forskertrianglering kan bidra til å styrke studiens troverdighet. Alle forfattere er sykepleiere. Tredje forfatter har erfaring fra helsesøstervirksomhet. Dette påvirker forfatternes forforståelse.

Kvalitative studier kan ha begrenset overføringsverdi. Kunnskapen framkommet i denne studien kan være verdifull for jordmødre og helsesøstre i det forebyggende- og helsefremmende arbeid for overvektige gravide og familien.

## **Konklusjon**

Studien viser utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarte i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet for overvektige gravide. Informantene er klar over at overvekt kan føre til komplikasjoner både for mor og barn, men å snakke om overvekt med den gravide, opplevde de som vanskelig. Informantene er opptatt av å vise omsorg for kvinnene, og redde for å såre de gravide. Manglende kompetanse i kommunikasjon og kunnskaper om ernæring fremkommer. Mer flerfaglig samarbeid mellom flere instanser i kommunehelsetjenesten etterlyses.

Omsorgen for de overvektige gravide handler i denne studien om to forhold. På kort sikt å hindre stor vektøkning i graviditeten for å forebygge komplikasjoner hos mor og barn i svangerskapet og ved fødselen. På lang sikt helsefremmende arbeid, som å motivere til livsstilsendring til beste for den gravide og hennes barn.

For at helseveiledningen skal føre til mestring, handler det om å få den gravide til å tro på seg selv i å kunne lykkes med å forandre livsstil. Det kan være behov for flere møter mellom den gravide og jordmor enn det som er dagens norm i løpet av et svangerskap. Videre vil det kreve at helsearbeidere med ulik kompetanse i kommunen samarbeider mer strukturert enn i dag for at kvinnene og familien skal bli fulgt opp både før og etter fødselen.

## Litteratur

Aas, H.-M. (2011). *Organisering av jordmortjenesten - Faglige idealer og politiske realiteter* (Masteroppgave), Universiteter i Oslo, Det medisinske fakultet.

Adolfsson, A., Andresen, J. F., & Edgren, K. B. (2013). Why obese women feel better about their “big” condition when they are pregnant: A qualitative study performed in Sweden. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013.

Allen, J., Kildea, S., & Stapleton, H. (2015). How does group antenatal care function within a caseload midwifery model? A critical ethnographic analysis. *Midwifery*, 31(5), 489-497.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-Bass.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191- 215.

Barakat, R., Perales, M., Garatachea, N., Ruiz, J. R., & Lucia, A. (2015). Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *British journal of sports medicine*, bjsports-2015-094756.

Barth, T., Näsholm, C., & Sjøbu, A. (2007). *Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforl.

Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser - konsekvenser for helseveiledning. In B. Christiansen (Ed.), *Helseveiledning* (pp. 161 - 187). Oslo: Gyldendal akademisk.

Cnattingius, S., Bergström, R., Lipworth, L., & Kramer, M. S. (1998). Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 147-152.

Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Davies, G. A., Maxwell, C., McLeod, L., Gagnon, R., Basso, M., Bos, H., . . . Menticoglou, S. (2010). Obesity in Pregnancy: No. 239, February 2010. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110(2), 167-173.

Eri, T. S. (2003). *Graviditet og grenser - om overvektige kvinners opplevelse av kroppen*. (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, seksjon for helsefag.

Galtier-Dereure, F., Boegner, C., & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complications and cost. *The American journal of clinical nutrition*, 71(5), 1242s-1248s.

Helsedirektoratet, S.-o. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen [Guidelines for antenatal care]. Oslo: Sosial-og Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a cooperative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 1, 3-15.



Johansson, A. (2000). *Elefant i nylonstrømper: om kvindelighet, krop og sult*. København: Aschehoug.

Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Preston, L., Woods, H. B., & Goyder, E. (2013). Weight management during pregnancy: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 29(12), 1287-1296.

Kaiser, P. S., & Kirby, R. S. (2001). Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 39-43.

Koepp UMS, Andersen LF, Dahl-Joergensen K, Stigum H, Nass O, Nystad W. (2012) Maternal pre-pregnant body mass index, maternal weight change and offspring birthweight. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* Volume 91, (2) 243–249.

Krueger, R. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*: Sage.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lundman, B., & Granheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Høglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 ed., pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030

Mattsson, L.-Å., & Ladfors, L. (2003). Övervikt och fetma—en riskfaktor vid graviditet och förlossning. *Läkartidningen*, 100(48), 3959-3961.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.

Nyman, V. M., Prebensen, Å. K., & Flensner, G. E. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.

Randen, I., Viken, B., & Severinsson, E. (2014). A health promotion perspective on Norwegian women's experience of pregnancy and expectations of birth. *Nordisk sygeplejeforskning*(02), 101-113.

Skårderud, F., & Isdahl, P. J. (Eds.). (1998). *Kroppstanker: kropp, kjønn, idéhistorie*. Oslo: Universitetsforl.

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. (IS-1179). Oslo: Direktoratet.

Tsoi, E., Shaikh, H., Robinson, S., & Teoh, T. G. (2010). Obesity in pregnancy: a major healthcare issue. *Postgraduate medical journal*, 86(1020), 617-623.

Årøen, A.-K. (1999). *"Diettens døtre" : En kvalitativ analyse av emosjonelle og relasjonelle aspekter ved kvinners forhold til kropp og slanking.* (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Bergen, Sosiologisk institutt.