

Med jordemoder skal fedt bekæmpes

Et kvalitativt sociologisk studie af magtforholdet
mellem jordemødre og svært overvægtige gravide

Kandidatspeciale i Sociologi, Aalborg Universitet
Den 7. august 2014
Michelle Høg Mortensen
Stine Møller Bylov
Vejleder: Lisbeth B. Knudsen
Antal ord: 35.014



Forord

Dette speciale er udarbejdet som afslutning på sociologistudiet på Aalborg Universitet i perioden februar til august 2014.

Formålet med specialet har været at rette fokus på forholdet mellem jordemødre og svært overvægtige gravide.

Vi takker vores vejleder Lisbeth B. Knudsen for konstruktiv vejledning og derudover retter vi stor tak til de fem svært overvægtige gravide og tre jordemødre, hvis beretninger har været essentielle for tilblivelsen af dette speciale.

Udarbejdelsen af specialet har været ligeligt fordelt og vi har begge været inde over udarbejdelsen af hvert afsnit. Grundet formalia er der dog forsøgt at lave en ansvarsliste i nedenstående tabel, men det skal således ikke ses som et endegyldigt resultat for, hvem der har lavet hvad i specialet:

Summary	Fælles
Indledning	Stine
Problemformulering	Fælles
Litteratursøgning	Michelle
Foucault	Stine
Bourdieu	Stine
Rose/Vallgård	Michelle
Metode	Michelle
Analyse	Fælles
Endnu en litteratursøgning	Stine
Metodeevaluering	Fælles
Konklusion	Fælles

Summary

With inspiration from an earlier project, which we produced on a previous semester, this master thesis is dealing with the power relations between midwives and obese pregnant women (pre pregnancy BMI ≥ 30). The focus for examining how the power relation expresses itself between the two mentioned parties will be characterised by interviews with both parties involving their feelings after a consulting. Furthermore our focus is contained around obese pregnant women who are related to the municipality of Randers and at the same time the midwives these obese pregnant women are linked to at Randers Sundhedscenter (health centre).

In our earlier project we experienced that it was difficult to establish the necessary contact with obese pregnant women as a group. Because of this trouble establishing contact we decided to contact Randers Sundhedscenter where they have made an intervention for obese pregnant women called “Mamma Move”. Through this intervention we had a great opportunity to establish contact with both obese pregnant women and their midwives.

To understand how the power relations could be seen in the consultation we have used different theoretical views involving Michel Foucault, Pierre Bourdieu and Nikolas Rose. Foucault is giving us an insight on how we can see the relationship between the midwife and the obese pregnant women with his concepts about the power of discipline – a power relation guided by the pole. With Bourdieu’s concepts of for example habitus and the different capitals we have a view to understand the positions of the involved individuals in the society and from what point of view they might see the situation. Finally we involve Rose because he has been working with Foucault’s concepts and especially the concept of *governmentality* and thereby gives us a further understanding of how we might see the power relations. Rose is using the concept of governmentality as a way in which agents are governed to “govern one-self” – the agents has to be controlled to finally be free to make their own choices.

To examine the power relations we are using semi-structured interviews. With this method we have created an interview guide with inspiration from the theoretical concepts, but without mentioning these directly in the questions. The method allows us to differ from the guide if for example other interesting issues appear or if we need to elaborate an answer. The interviews are carried out with 5 obese pregnant women and 3 midwives and these interviews will be the basis of the analysis and the results we find.

What we found in the empirical work were, that midwives possess power over obese pregnant women due to their possession of education, knowledge and their assignments at work. The work assignments are given by guidelines from Sundhedsstyrelsen.

With these guidelines midwives must talk to obese pregnant women about diet and exercise as well as guide them in relation to weight gain during pregnancy. Additionally the midwives have the power to modify the guidelines because of their education and knowledge in the field. Therefore the theoretical concepts gain its rights despite earlier projects findings. Yet we find that Bourdieu and Rose cover the holes of the theoretical road of Foucault.

In the interviews with the midwives it tended that they treated the obese pregnant women very different due to their willingness of listening to the recommendations of a change of lifestyle. Likewise we found, that this power relation had different kinds of effects on the obese pregnant women when the topic of conversation hit 'diet and exercise'. Some found it to be degrading and stigmatizing behaviour from the midwives – some even switched midwife because of it. It resulted in a lack of attention from the obese pregnant women's side, and they were not susceptible for a change of lifestyle. In this case it often became a vicious circle, where the one triggering the other and conversely. This trend was seen with three out of five obese pregnant women.

Others of the obese pregnant women could see a great opportunity in using the midwife as some sort of coaching partner – but it was only those, whom already was in a change of lifestyle. Midwives also got an extra task, in what we saw as mental issues with the obese pregnant women. The mental issues became in fact more important than the physical problems and 'diet and exercise' were no longer a topic of conversation.

If the power from the midwives should be efficient, the obese pregnant women should be motivated to make a change of lifestyle and the conversations should be on the grounds of the obese pregnant woman. Another way of saying so, is that the midwife should know more about in which the state of mind the obese pregnant woman are and should also be able to reach out to the pregnant woman in her state of mind, which we did not see in the interviews. If the obese pregnant woman doesn't want to take action after a "diet and exercise"-talk the midwife can't change anything about it by mentioning it at the consultation.

By the empirical findings our conclusion must be, that overall the pregnant obese women are not ready at the time to make a change of lifestyle although the midwives has the power to influence the obese pregnant women.

Indholdsfortegnelse

Indledning	6
Interesse for feltet	6
Uddybelse af specialets emne	6
Problemfelt	9
Begrebsafklaring og afgrænsning	12
Litteratursøgning	15
Teori	18
Michel Foucault.....	18
En kort introduktion af Foucault og de tre magtformer	18
Den iboende viden i det foranderlige spil om magt og modmagt	22
Om sproget, kroppen og sundheden	24
Pierre Bourdieu	25
De altoverskyggende begreber – habitus, felt og kapital.....	25
Når magten er givet på forhånd men ikke benyttes direkte.....	29
Nikolas Rose.....	30
Frihed som magt.....	30
Kort sammenhængende opsamling af de tre teoretikers vigtigste begreber	35
Metode	37
Forskningsdesign	37
Casestudiedesign	37
Videnskabsteori.....	39
Fænomenologi	39
Kvalitative semistrukturerede livsverdensinterviews	41
Semi-strukturerede interviews.....	41
Sampling.....	43
Overvejelser om mulige telefoninterviews	44
Optagelse og transskribering	44
Overvejelser om resultaternes generaliserbarhed.....	45
Ethiske overvejelser omkring den kvalitative metode.....	46
Reliabilitet og validitet – eller mangel på samme	46
Observation.....	48
Oversigt over informanter	50
Analyse	52
Analysedel 1: Magten	52
En motiverende samtale vedrørende livsstilsændringer	52
Peptalk og pegefingre	55
Forståelse for peptalk og pegefingre	57
Trykke tykke.....	60
Andre vigtige teoretiske holdepunkter	61
Analysedel 2: Resultater af magtforholdet.....	62
Jordemødrenes ønskede virkning.....	63

Virkningen på de svært overvægtige gravide	68
Metodeevaluering.....	75
Sampling.....	75
Forholdet til de svært overvægtige gravide	77
Telefoninterviews.....	77
Optagelse og transskribering.....	78
Observation	78
Endnu en litteratursøgning ud fra fund i empirien	79
Konklusion	81
Litteraturliste	85
Bilag.....	88
Bilag 1 – Interviewguide til svært overvægtige gravide	88
Bilag 2 – Interviewguide til jordemødre	90

Bilag 3 på CD:
Transskriberede interviews

Indledning

I dette indledende afsnit vil vi både komme ind på, hvor interessen for specialets emne er skabt og hvad vi i højere grad vil beskæftige os med i specialet. Det vil lede op til et problemfelt, hvor vi vil beskrive de problematikker, der er omkring emnet og dette vil munde ud i den problemformulering, vi arbejder med gennem specialet. Problemformuleringen vil til sidst blive uddybet, således at de anvendte begreber bliver beskrevet for en bedre forståelse af problemformuleringens undersøgelsesfokus.

Interesse for feltet

Dette speciale beskæftiger sig med magtforholdet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen. Interessen for dette område blev skabt i forbindelse med et tidligere projekt, hvor vores overordnede tema var stigmatisering af svært overvægtige gravide. Vi så dog, at de svært overvægtige gravide ikke følte sig stigmatiseret af jordemoderen. Dertil fandt vi i interviews med jordemødre samtidig ud af, at de ikke talte med den svært overvægtige gravide om hendes overvægt ej heller om kost og motion.

Det man kunne kalde for et tabu blandt jordemødre i mødet med den svært overvægtige gravide, skyldtes til dels, at jordemødrene forsøgte at skåne de svært overvægtige gravides følelser og samtidig følte jordemødrene ikke, at det alligevel nyttede noget at beskæftige sig med problematikkerne. For vores vedkommende var det derfor ikke givet, på hvilken måde magten kom til udtryk. For hvis flere undersøgelser med evidens for, at overvægtige generelt bliver stigmatiseret i mødet med sundhedsvæsenet (Folker et al 2008; Elmelund 2012; Niclasen 2005), burde magten således også udspille sig på en bestemt måde.

I Projektet så vi dog ikke, at stigmatiseringen gjorde sig gældende og tænker derfor, at magtforholdet mellem jordemoder som sundhedsprofessionel og de svært overvægtige gravide måtte udspille sig anderledes end mellem svært overvægtige og andet sundhedspersonale. Derfor ville vi kigge nærmere på magtforholdet mellem jordemoder og den svært overvægtige gravide.

Uddybelse af specialets emne

Overvægt defineres oftest ud fra enheden BMI (Body Mass Index) og WHO har lavet en gældende opdeling over de forskellige former for vægt og overvægt for voksne (Se Tabel 1). En persons BMI udregnes ved at vægten i kilo divideres med højden gange højden i meter.

Tabel 1 – Inddeling af vægt efter BMI for voksne

Vægtgruppe	BMI grænser
Undervægt	BMI<18,5
Normalvægt	18,5≤BMI<25
Moderat overvægt	25≤BMI<30
Svær overvægt/fedme	BMI≥30

(Sundhedsstyrelsen 2014:91)

Når vi bruger betegnelsen 'svært overvægtig', taler vi derved om personer, der har et BMI på 30 eller derover. I forhold til de gravide er det deres prægraviditets BMI der henvises til, når der henvises til deres overvægt. Måden at definere overvægt på gennem BMI er i de seneste år blevet kritiseret. Kritikken går bl.a. på, at BMI udelukkende er baseret på forholdet mellem højde og vægt og derved ikke tager højde for, hvor på kroppen de ekstra kilo sidder. Fedt på maven er eksempelvis kendt som det 'farlige fedt' i forhold til, hvis fedtet er placeret på bagdel eller lår (Skovmand 2010).

Derudover er BMI ofte udregnet på baggrund af befolkningens egne indtastninger af vægt og højde, hvor mænd har en tendens til at lyve sig selv en smule højere og kvinder pynter lidt på vægten. På trods af denne kritik af selvrapporteringen er det alligevel denne enhed vi bruger, når vi udvælger og taler om de svært overvægtige gravide. Det er for det første et nemt tilgængeligt mål og derudover er det også det mål Sundhedsstyrelsen arbejder ud fra og derfor vælger vi også at arbejde med det i dette speciale.

Overvægt er et stigende problem for folkesundheden i Danmark og flere og flere bliver i dag overvægtige. Det ses bl.a. på tal fra Sundhedsstyrelsens rapport om danskernes sundhed 'Den nationale sundhedsprofil 2013', hvor 47,4% af befolkningen er moderat eller svært overvægtige mod 46,8% i 2010. Så der ses derved en lille stigning i andel overvægtige i Danmark samt en stigning fra 13,6% i 2010 til 14,1% i 2013, når det gælder gruppen af svært overvægtige (Sundhedsstyrelsen 2014:92-94).

Kigger man nærmere på hvem der ligger i den overvægtige kategori har undersøgelser vist, at der er en sammenhæng mellem vægt og uddannelse. Sammenhængen viser, at jo kortere uddannelse man har og jo mindre man tjener, jo større er sandsynligheden for svær overvægt (Tranæs & Jensen 2010:5).

Den stigende overvægt ses også på et globalt plan og WHO har endda erklæret fedme for en global epidemi. Det undersøges derfor, hvad der ligger til grund for denne stigning i fedme og et af de områder, der har været størst fokus på, er genetikken og der findes ret entydige beviser på, at en genetisk disposition for udvikling af fedme er en medvirkende årsag til den globale fedmeepidemi. Den genetiske disposition har stor betydning for hvordan kroppen reagerer på miljøforandringer og ikke mindst kostforandringer og ændringer i den fysiske aktivitet. Den genetiske disponering kommer som regel til udtryk ved en utilstrækkelig fungerende appetitregulering og der kan også i sjældnere tilfælde være tale om et unaturligt lavt stofskifte. Hertil pointeres det dog, at de særlige arveanlæg for fedme i langt de fleste tilfælde kun aktiveres, når f.eks. kosten

er for kalorierig og/eller at den fysiske aktivitet er mangelfuld. Det vil med andre ord også sige, at forekomsten af fedme gennem de seneste 40-50 år ikke skyldes ændringer i menneskets arvmasse men ændrede miljømæssige forhold, der resulterer i, at genetisk disponerede individer udvikler fedme (Kreutzer 2013).

Igennem tiderne er det både ændrede arbejdsforhold, hvor det for nogen gælder, at det fysiske arbejde erstattes af arbejde foran computeren, og udbredelsen af biler og fjernsyn der har ændret vores fysiske aktivitetsniveau. Derudover ses der fra 1940'erne og op til slutningen af 1980'erne en stigning i fedtindholdet for den samlede energi i vores mad. Men selvom fedtindholdet er faldet de seneste år, ser vi altså stadig en stigning i andelen af fede og dette hænger sammen med andre dele af kosten, såsom sukker, alkohol og manglende kostfibre (Kreutzer 2013).

Fedmeproblematikken er ikke blot et problem for folkesundheden, da det også påvirker samfundet på et mere generelt plan. Overvægt og fedme kan føre til en lang række følgesygdomme, heriblandt type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, forhøjet blodtryk, adskillige kræftsygdomme m.fl. (Sundhedsstyrelsen 2014:91-93). Disse sygdomme er en belastning for samfundet, da det betyder flere indlæggelser og andre former for sygdomsbekæmpelse, som påvirker samfundsøkonomien. Denne belastning ses også, hvis vi vender blikket mod de gravide, hvor der også ses en stigning af overvægtige og svært overvægtige gravide. I rapporten 'Fødsler, graviditet og BMI' fra 2008 ses det, at andelen af overvægtige og svært overvægtige gravide er steget fra 31,9% i 2004 til 33,7% i 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008:4).

Vi har ikke kunnet finde nyere tal på overvægt blandt gravide, men med stigningen i overvægt generelt, som det ses i det ovenstående, må vi formode, at stigningen af overvægt blandt gravide også er fortsat. Som ved den generelle overvægt blandt befolkningen er der også forbundet en øget risiko for en række problematikker og sygdomme blandt overvægtige og svært overvægtige gravide.

Sygdommene og følgeproblematikkerne påvirker ikke kun den gravide, men kan også have indflydelse på det barn, hun venter. Her kan det bl.a. nævnes, at overvægtige og svært overvægtige gravide ofte føder store børn, hvilket kan medføre akut eller planlagt kejsersnit og samtidig har børn, der er født store, en større risiko for selv at få vægtproblemer senere i livet. Derudover har de overvægtige og svært overvægtige gravide samtidig en øget risiko for bl.a. graviditetssukkersyge (som efterfølgende kan udvikle sig til type 2-diabetes) og svangerskabsforgiftning.

Jordemoderen kan også have svært ved at se, hvor stort barnet er og hvordan det vender, da ekstra fedtlag på maven gør det sværere at scanne barnet ordentligt og derfor bliver overvægtige gravide ofte tilbudt ekstra scanninger, så der er en større mulighed for at holde øje med barnet (Jensen). Selv om der også ses komplikationer i forhold til den svært overvægtige gravides barn, vælger vi at have fokus på den gravide, da det er hendes overvægt, der er i fokus og i høj grad dette der lægges vægt på i forhold til sygdomme og problematikker. Derudover har vi fokus på den svært overvægtige kvinde

mens hun er gravid og derved har hendes barn endnu ingen retsstatus og alle beslutninger omkring graviditeten bliver derfor foretaget med den gravides helbred i sigte og i mindre grad i forhold til barnet/fosteret (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007).

Udover de førnævnte sygdomme og problematikker ved overvægt generelt, medfører det således øget risiko for flere sygdomme, hvis man er overvægtig og gravid. Derudover kan det at være overvægtig gravid medføre en øget arbejdsindsats hos det involverede sundhedspersonale der behandler de overvægtige gravide, hvor der kan nævnes de ekstra scanninger, den gravide bliver tilbudt, og den øgede risiko for akut eller planlagt kejsersnit, hvilket medfører en længere indlæggelsestid (Sundhedsstyrelsen 2008:14-15). Igen bliver dette en belastning for samfundet, idet den svært overvægtige gravide generelt set kræver ekstra ressourcer fra sundhedssystemets side og er derfor en ekstra økonomisk udgift for samfundet.

Problemfelt

For at tage hånd om de ovennævnte problematikker i forhold til overvægtige og svært overvægtige gravide, har Sundhedsstyrelsen lavet en række anbefalinger til de gravide omkring kost og motion. I pjecen 'Råd om kost og motion når du er gravid' har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Fødevarestyrelsen listet forskellige råd om kost og motion til gravide. Det er således ikke en pjece til overvægtige gravide, men en pjece som kan benyttes af alle gravide. Der er dog nogle råd, som kunne rette sig mod de overvægtige og svært overvægtige gravide. I pjecen aflives bl.a. skrønen om, at gravide skal spise for to og minder de gravide om, at de skal vælge "*...grønt, groft og fedtfattigt frem for kage, slik og sodavand.*" (Fødevarestyrelsen 2006:4).

Dertil findes der i pjecen en tabel over hvor meget den gravide anbefales at tage på, i forhold til kvindens prægraviditets BMI. Det anbefales her, at overvægtige og svært overvægtige gravide ikke tager mere end 8-10 kg på under graviditeten. Dog har sundhedsstyrelsen i en nyere rapport ændret anbefalingen for svært overvægtige gravide, så det her angives en vægtstigning på 6-9 kg (Sundhedsstyrelsen 2013:96) og ofte råder jordemoderen dem til, kun at tage 5 kg på, hvilket de også gør i udlandet (observation fra deltagelse ved "Mamma Move" – læs mere herom i nedenstående begrebsafklaring). Til sidst er der også råd og vejledning omkring motion, hvor de gravide, ligesom alle andre danskere, anbefales at være aktiv mindst 30 minutter om dagen (Fødevarestyrelsen 2006). Selvom pjecen henvender sig til gravide i almindelighed, er der således også nogle anbefalinger, som retter sig direkte til de overvægtige og svært overvægtige gravide.

Udover sådanne anbefalinger i forhold til kost og motion, som henvender sig direkte til de gravide, er der også tiltag fra Sundhedsstyrelsen rettet mod sundhedspersonale, der har med overvægtige og svært overvægtige gravide at gøre. Der findes en vægtstoprådgiveruddannelse og vægtstoprådgivere, som har gode råd til, hvordan sundhedspersonale og jordemødre skal rådgive overvægtige gravide om ting, de skal være opmærksomme på. Det drejer sig om, at de overvægtige og svært overvægtige gravide skal

mindske deres vægtstigning i løbet af graviditeten og at de samtidig også skal informeres om, at de ikke må tabe sig i løbet af graviditeten (Wolff).

Dette fokus på vægten medfører også, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at overvægtige og svært overvægtige gravide vejes oftere end normalvægtige gravide, for at kunne holde øje med vægtens udvikling. Denne anbefaling findes i rapporten "Anbefalinger for svangreomsorgen", som var gældende fra oktober 2013. Rapporten henvender sig til svangreomsorgen, som er et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Målgruppen for anbefalingerne indbefatter sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere samt sundhedspersonale i regioner og kommuner (Sundhedsstyrelsen 2013:3).

Da anbefalingerne inkluderer sundhedspersonale, henvender de sig derfor også til jordemødre og de må således tage stilling til de anbefalinger, der er listet i rapporten. Jordemoderen er den fagperson, som den gravide har mest kontakt til under graviditeten og er samtidig den centrale person under fødslen. Det bør derudover tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under graviditeten og der skal helst være en jordemoder kvinden kender til stede under fødslen. Den gravide vil selvfølgelig også have kontakt til egen praktiserende læge både under og efter graviditeten efter behov, men under graviditeten er det jordemoderen den gravide har mest kontakt til.

Det anbefales ydermere i rapporten, at overvægtige gravide skal tilbydes rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2013:134). Disse anbefalinger og retningslinjer er ifølge interviewene fra vores tidligere projekt ikke blevet fulgt og både jordemødre og de svært overvægtige gravide bekræftede således, at der ofte slet ikke blev talt om deres vægt og at de ikke blev vejede. Dertil står der også i "Anbefalinger for Svangeromsorgen", at jordemoderen skal vurdere, om der er behov for særlige tilbud eller særlig støtte til eksempelvis livstilsrelaterede interventioner (Sundhedsstyrelsen 2013:48).

Man kan således tænke, at disse interventioner vil gøre sig gældende for de fleste svært overvægtige gravide, men om disse interventioner skal eller kan forestås af jordemoderen, er uvis.

Samtidig står det dog sort på hvidt, at der er en række anbefalinger og retningslinjer, som jordemødre må tage stilling til, når de har med overvægtige gravide at gøre – ikke mindst svært overvægtige gravide. Jordemødre anbefales at veje de overvægtige og svært overvægtige gravide ofte, for at holde øje med deres vægt, de skal rådgive og vejlede omkring kost og motion – eller henvise til tilbud herom – og samtidig er det også vigtigt, at de overvægtige og svært overvægtige gravide er opmærksomme på hvilke komplikationer, der kan opstå på grund af overvægten. Disse retningslinjer kommer i de fleste tilfælde fra Sundhedsstyrelsen og jordemødrene i landets kommuner er derfor underlagt en højerestående magt, som i dette tilfælde er Sundhedsstyrelsen.

Der findes derpå en del retningslinjer jordemødre skal tage hensyn til og dette samtidig med, at det er et sårbart emne at tale om. Det er i første omgang svært at tale om over-

vægt, men er man samtidig gravid og mere sensitiv end normalvis og ved at der kan være komplikationer ved det at være overvægtig, så bliver denne samtale endnu sværere. Det er i denne samtale den svært overvægtige gravide kan føle sig stigmatiseret, idet der bliver sat fokus på hendes overvægt og derved hendes stigma.

Dette var vores fokus for det tidligere projekt og vi studser derfor over magtrelationerne, for hvis ikke jordemødrene 'benytter' sig af eller ligefrem 'underlægger' sig denne magt fra statens side, som er udmøntet i retningslinjer og anbefalinger, hvor ligger magten da? Er jordemoderens viden og erfaring nok til, at hun kan påtage sig magten og gøre, som hun synes er passende eller ligger magten hos den svært overvægtige gravide, idet jordemoderen tager hensyn og bøjer reglerne for den gravides skyld? Det er spørgsmål som disse, der har vakt vores interesse for specialets undersøgelsesfelt.

Vi finder det interessant at se nærmere på den magt, der er tilstede imellem jordemoderen og den svært overvægtige gravide i konsultationerne. Vi vil mene, at jordemoderen, som sagt, allerede er underlagt en højerestående magt i form af de retningslinjer, hun skal følge i behandlingen af den svært overvægtige gravide. På den måde er der allerede en form for magt i mødet mellem de involverede parter.

Dog viste vores tidligere undersøgelse, at jordemoderen ikke fulgte disse retningslinjer. Hermed arbejder vi i specialet ud fra nedenstående problemformulering.

Problemformulering

Hvordan udspiller magtforholdet sig mellem jordemoder og den svært overvægtige gravide?

- og hvilke virkninger ser vi heraf?

Vi vil med problemformuleringen undersøge magtforholdet mellem jordemoder og svært overvægtige gravide med henblik på at kortlægge, hvilke virkninger vi ser ud fra det pågældende magtforhold. Dette vil vi operationalisere gennem interviews med både jordemødre og svært overvægtige gravide samt gennem observation af interaktionen mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen, hvor vi har mulighed for at se magtforholdet udspille sig.

Gennem interviews med jordemødre og svært overvægtige vil vi bl.a. fokusere på, om jordemødre følger de retningslinjer og anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen har fremlagt i forskellige rapporter og pjecer og derudover hvordan de involverede parter har taklet situationen, hvor disse er blevet fulgt eller ikke er blevet fulgt, samt hvilke følelser og eventuelle resultater dette har bragt med sig.

Begrebsafklaring og afgrænsning

For at skabe en bedre forståelse for hvilken betydning de forskellige begreber i vores problemformulering har, vil vi i dette afsnit beskrive begreberne nærmere og forklare, hvordan de kommer i spil i vores speciale.

For det første arbejder vi i specialet med *svært overvægtige gravide*, som er defineret ud fra WHO's klassificering af vægt i forhold til BMI (se Tabel 1). Så når vi taler om svært overvægtige gravide, er det således gravide med en prægraviditets BMI på 30 eller derover. Vi arbejder derfor med vægtgruppen der betegnes svær overvægt eller fedme, men vi vil i specialet blot bruge betegnelsen svært overvægtige.

Vi har valgt at fokusere på de gravide, da vi finder etikken omkring helbredet for både mor og barn spændende og fordi der er mange problematikker omkring forløbet, som jordemoderen hele tiden bør tage højde for.

Den anden gruppe, vi arbejder med, er jordemødre. Vi kunne have valgt at fokusere på en anden sundhedsprofessionelgruppe, som har med den gravide at gøre, f.eks. den praktiserende læge. Vi vælger at have fokus på jordemoderen og situationen i konsultationen, da den svært overvægtige gravide har flere møder med jordemoderen end den praktiserende læge.

Vi finder jordemoderens situation interessant, da hun – til forskel fra lægen – kun har med den svært overvægtige at gøre under graviditet og fødsel og er indblandet i den svært overvægtige gravides liv under lykkelige omstændigheder. Forholdet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen er interessant at kigge nærmere på, da jordemoderen er pålagt flere anbefalinger og retningslinjer, som blev listet ovenfor – altså flere retningslinjer end hvis det havde været en normalvægtigt.

Ved at specificere grupperne, så de omhandler svært overvægtige gravide og jordemødre, vil interviewene også være mere sammenlignelige, end hvis vi blot havde valgt overvægtige danskere og sundhedspersonale.

Vi har interviewet fem svært overvægtige gravide og de tre jordemødre, som i Randers står for konsultationerne af denne voksende gruppe – i mere end en forstand. De overvægtige vi har interviewet har alle været tilknyttet et tiltag ved Randers Kommune – "Mamma Move" – hvor de i højere grad end andre svært overvægtige og i særdeleshed almindeligvægtige har været i kontakt med jordemødre. På Mamma Move-holdene har de svært overvægtige gravide adgang til et motionscenter sammen med en fysioterapeut, hvor de bruger noget tid på at løbe, cykle eller anden form for træning. Derudover er der på holdet forskellige oplæg, fra f.eks. jordemoderen, som handler om hvilke problematikker der kan forekomme ved at være svært overvægtig og gravid.

Vi har knyttet os til jordemodercenteret i Randers og Randers Sundhedscenter, da vi tidligere har haft rigtig svært ved at komme i kontakt med de svært overvægtige gravide, da vi kontakter dem på baggrund af deres overvægt. Med tiltaget Mamma Move, har

vi haft en god mulighed for at møde disse svært overvægtige gravide og få dem til at deltage i interviewene.

Samtidig var det også vigtigt for os, at vi fik den anden side af sagen og synspunkter og oplevelser fra de jordemødre, som var tilkoblet de interviewede svært overvægtige gravide, jævnfør metoder, forskningsdesign og videnskabsteori.

Derudover bruger vi i problemformuleringen nogle teoretiske begreber, som omhandler magt og dens virkning. For at komme nærmere ind på disse begreber inddrager vi til specialet forskellige teorier, der hjælper os til at kunne kortlægge forholdet mellem jordemoderen og den svært overvægtige gravide samtidig med, at det fastholder et fokus for vores interviews og observationer. Her ser vi, at magtrelationer er forskelligt definerede hos de anvendte teoretikere og muligheden for at sammenligne og diskutere teori med praksis vil vi benytte os af i analysedelen.

Alt efter hvordan magten udspiller sig, tænker vi at se tre former for virkning og det er også virkningerne, som kan være problematiske og uholdbare, hvorfor magtforholdet og resultaterne heraf er vigtige at få sat fokus på. Vi har således sat tre hypotetiske former for virkning op, som kan være resultater af magtforholdet.

Hvis den svært overvægtige gravide har magten over jordemoderen på en sådan måde, at jordemoderen forsøger at skåne den svært overvægtige gravides følelser ved at undlade at tale om kost og motion, lægger jordemoderen således et stort ansvar fra sig. Vi synes det vil være problematisk, hvis jordemoderen fralagde sig dette ansvar, da vi mener, at man som sundhedsprofessionel bør støtte op om kampen mod fedme. Man kan derefter blot gisne om, hvilke sundhedsprofessionelle grupper der også fralægger sig ansvar som dette.

Ser vi derimod, at jordemoderen anvender sin magt på den svært overvægtige gravide, ved at tale om bl.a. kost og motion tænker vi at se, at den gravide føler en form for stigmatisering, som vi generelt kan se, er virkning for mange overvægtige i mødet med sundhedsvæsenet.

En anden form kunne være, at dette ingen virkning har – altså, at de svært overvægtige gravide, hverken føler sig motiveret til at holde kiloene nede eller på nogen anden måde får sat fokus på vægt, kost eller motion. Da vil jordemoderens arbejde være spildt og anbefalinger og retningslinjer vil virke forgæves.

I tabel 2 på næste side ses en kort opsummering af de tre hypotetiske virkninger:

Tabel 2 – kort opsummering af de tre hypotetiske virkninger

Hvis den svært overvægtige gravide er i besiddelse af magten	Jordemoderen skåner den svært overvægtige gravides følelser og fralægger sig derved et ansvar som sundhedsprofessionel.
Hvis jordemoderen er i besiddelse af magten	Den svært overvægtige gravide kan føle sig stigmatiseret og opleve konsultationerne som et personligt nederlag.
Hvem er så i besiddelse af magten?	Der er ingen virkning af jordemoderens forsøg på at informere, appellere og motivere.

Med de hypotetisk opstillede virkninger, har vi mulighed for at lave en grundigere litteratursøgning og en søgning, som muligvis giver noget andet, end hvis vi blot havde fokuseret på magten alene inden vi empirisk har haft kendskab til virkningerne af magtforholdet. De opstillede hypoteser skal dermed ikke ses som deciderede arbejds-spørgsmål i forhold til vores problemformulering, men er blot med til at hjælpe os til at få mere ud af vores litteratursøgning.

Litteratursøgning

For at få en bedre forståelse for det felt vi arbejder med, har vi valgt at foretage en litteratursøgning på videnskabelige artikler, hvilket giver os et godt overblik over den forskning, der allerede findes på området. Vi vælger at have fokus på videnskabelige artikler, da en stor del af den forskning der bliver foretaget i dag, bliver udgivet i disse former for artikler og herefter samlet i forskellige databaser, hvilket gør det overskueligt for andre at danne sig et overblik over et givet emne. De publicerede artikler bliver derudover gennemlæst og godkendt af fagpersoner indenfor det givne forskningsområde og dette er med til at sikre, at vi kan bruge de fundne artikler til dokumentation for vores problemstilling.

Før vi kan gå i gang med den egentlig søgning, må vi gøre os klart hvilken søgestrategi, vi vil benytte os af. Da vi arbejder med en problemformulering og denne er styrende for vores speciales undersøgelsesfelt, er det denne, vi arbejder med i vores litteratursøgning.

Som det fremgår af vores problemformulering indeholder den nogle begreber og det er disse begreber, vi vil benytte i litteratursøgningen og derfor må vi dele problemformuleringen op i de dele, vi ønsker at undersøge nærmere. Vores problemformulering kan således deles op i fem enheder, som er jordemoder, svær overvægt, gravid, magt og virkning. Virkningen tænker vi kunne være en følelse af stigmatisering ud fra tidligere viden om emnet, så i den endelige søgning ender vi med fem enheder (se nedenfor i Tabel 3). For at få en bred og nuanceret litteratursøgning må vi finde synonymer for hver enhed i vores problemformulering, så selvom vi bruger et begreb i vores problemformulering udvider vi søgningen, så vi også indfanger artikler, der omhandler vores emne, men hvor de muligvis har brugt andre ord for det, vi gerne vil se nærmere på i vores speciale.

Tidligere erfaringer med litteratursøgning har vist, at databasen Scopus giver de fleste resultater omkring vores emne. Vi forsøgte os tidligere med databasen PubMed, som er en medicinsk database, da vores emne overordnet indeholder sundhedsfaglige problematikker. Det viste sig dog, at vi igennem PubMed fandt de samme artikler som ved søgning i Scopus, men Scopus synes at favne mere bredt og derved giver det os et større udbytte og flere artikler. Selvom vi ikke har brugt PubMed til den egentlige søgning, har vi alligevel brugt denne database, til at finde de synonymer vi skal bruge i vores søgning, samtidig med at vi har dobbelttjekket om vi ville finde andre brugbare artikler – dette lykkedes dog ikke.

Da Scopus er en international database er artiklerne på engelsk og vi må derfor finde engelske synonymer og her har PubMed en funktion, hvor vi kan søge på det ord eller begreb, vi ønsker at bruge og databasen kommer herefter med bud på hvilke andre ord, der kunne bruges i denne sammenhæng. Derforuden har vi selv tilføjet få ord, som vi

også fandt passende for vores søgning grundet vores nuværende forståelse af og indblik i virkninger af magtforholdene.

I nedenstående Tabel 3 har vi listet fem enheder af vores problemformulering med dertilhørende søgeord.

Tabel 3 – Liste over søgeord i litteratursøgningen

Enhed i problemformulering	Søgeord
Jordemoder	Midwife, midwives, midwifery, healthcare provider, health care provider
Svært overvægtig	Obese, obesity, overweight, BMI, weight
Gravid	Pregnant, pregnancy, pregnant woman, pregnant women,
Stigma	Social stigma, stigmatisation, stereotyping, social discrimination
Magt	Social power, social control, power, professional power, govern, government

Ordet Stigma er således det, vi mener, er med til at beskrive en mulig virkning.

Ved at lave en litteratursøgning ud fra ovenstående søgeord finder databasen Scopus ingen artikler. Da vi søger efter artikler der indeholder aspekter af alle vores fem enheder er det en avanceret søgning og derfor får vi ikke nogen resultater.

Vi har derfor foretaget en ny simplere søgning, hvor vi har valgt at udelade søgeordene omkring stigma, da vores teoretiske begreb "magt" er mere centralt i specialet og grundlæggende for at finde virkningen. Desuden er vi endnu ikke sikre på virkningen af magtforholdet kan indebære stigma. Søgningen, hvor "stigma" var udeladt, gav et resultat med 8 artikler, hvilket stadig ikke er mange i en litteratursøgning. Ved at gennemgå artiklernes abstracts bliver det tydeligt, at det ikke er den form for magtbegreb vi arbejder med, som bliver behandlet i artiklerne. Det handler i højere grad om hvilke tiltag regeringer (kommer af søgeordet 'govern') har gjort i forhold til at hjælpe svært overvægtige gravide. Der er dog en artikel vi vil fremhæve, da den nærmer sig den form for magt vi arbejder med.

Artiklen *Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth* (Nyman et al. 2008) handler, som titlen hentyder til, om svært overvægtige (BMI > 30) kvinders oplevelser omkring mødet med jordemødre og læger i forbindelse med graviditet og fødsel. Det empiriske grundlag bygger på interviews med 10 svenske kvinder med et BMI på mellem 34 og 50 (tre førstegangs fødende og 7 flergangsfødende), som havde født på et hospital i det vestlige Sverige og det handler derfor kun om de svært overvægtige kvinders oplevelser og følelser omkring emnet.

Artiklen beskriver igennem de 10 interviews hvordan de svært overvægtige gravide er i en større risiko for at blive stigmatiseret og kvinderne er meget klar over deres størrelse og hvordan de skiller sig ud fra andre gravide. Selvom de svært overvægtige kvinder

er klar over deres risici for at blive stigmatiseret, ønsker de blot at blive behandlet på lige fod med andre gravide. Da der er meget opmærksomhed fra jordemødre og læger omkring de komplikationer, der kan være i forbindelse med at være svært overvægtig og gravid, har jordemødrene en tendens til at overtage kontrollen over de svært overvægtige gravide og der bliver ikke i lige så høj grad taget hensyn til deres egne ønsker og behov. Derudover følte kvinderne, at fokus blev taget væk fra dem som gravide kvinder til at have fokus på overvægten og komplikationerne – de blev ikke set på som hele individer.

De gravide har følt sig ydmyget, stigmatiseret og forsømt af jordemødre og læger på grund af den store fokus på overvægten samt sarkastiske og nedladende bemærkninger fra sundhedspersonalet. Forfatterne konkluderer derfor, at sundhedspersonalet, der behandler de svært overvægtige gravide, må tage hensyn til den individuelle kvinde på en sådan måde, at den gravide har mulighed for at fortælle sin egen historie og derved kan sundhedspersonalet vurdere, hvilken form for behandling der er passende for den gravide. Samtidig må personalet være opmærksomme på deres attitude og må være bevidste omkring, reflekterer over og sætte ord på deres egne attituder og magt.

Som det ses af ovenstående, beskæftiger artiklen sig ikke direkte med magtbegrebet i interviewene, men kortlægger, hvordan de gravides oplevelser har været igennem graviditet og fødsel. Det kan dog udledes af artiklen, at jordemødrene på en måde bruger deres magt, når de overtager kontrollen over de svært overvægtige gravide på grund af fokus på de komplikationer, der kan opstå og ikke ser de gravide som hele individer med egne ønsker. Forfatterne konkluderer også til sidst, at sundhedspersonalet må være opmærksomme på den magt de har, for ikke at stigmatisere og ydmyge den svært overvægtige gravide.

Artiklen tilføjer for os blot en øget interesse for feltet, da de interviewede svært overvægtige gravide føler de ikke bliver lyttet til i en fødselssituation og at virkningen af dette magtforhold munder ud i en følelse af stigmatisering. Samtidig har vi i vores speciale en ekstra dimension i forhold til emnet, da vi også interviewer de involverede jordemødre, så vi ikke blot har de svært overvægtige gravides synspunkter. Desuden er specialets fokus på konsultationerne og ikke fødselsgangen.

At vi ikke finder mere en 8 artikler ved vores litteratursøgning hvoraf kun 1 er relevant for os, viser os, at vi har med et område at gøre, der ikke er blevet forsket meget i. Havde vi haft fokus på stigmatisering i stedet for magt, ville dette give os flere resultater (set ved tidligere projekts litteratursøgning) og magtbegrebet i forbindelse med svært overvægtige gravide og jordemødre har derfor en meget lille rolle i forskningen i dag.

Teori

Michel Foucault

En kort introduktion af Foucault og de tre magtformer

Vi har i vores speciale valgt at fokusere på bl.a. Foucaults magtbegreb på mikroniveau. Foucault opererer med tre forskellige magtformer; (1) den legale magt, (2) den disciplinære magt og (3) den biopolitiske magt.

Den legale magt omhandler den udøvende, den dømmende og den lovgivende magt. Magtformer som alle er legale og som er accepteret, legaliseret og defineret. Det er også den magt, som i flere tilfælde bliver omtalt som værende den suveræne magt og som i høj grad skal regulere forholdet mellem magt og frihed (Bang & Dyrberg 2011:36). Førstnævnte magt forstår vi dermed som værende lovens autoritet. Den anden magt, den disciplinære magt, handler om regulering af folks adfærd. Der er således uskrevede regler for, hvordan man eksempelvis opfører sig på universiteter og sygehuse. Denne form for magt er møntet på det uregerlige og ineffektive individ og hvor individers forudsigelighed går hånd i hånd med de hierarkier, som strukturerer tid og rum. Slutteligt nævnes den biopolitiske magt, som i høj grad defineres ud fra diverse aspekter ved befolkningen og dermed også statens styrke. Den biopolitiske magt er ofte noget, som kan måles statistisk (Bang & Dyrberg 2011:26,44). Den legale, den disciplinære og den biopolitiske magt er det, der tilsammen danner det politiske felt i moderne statsdannelser og hvis styringsmentalitet er indrammet af de tre magtformer (Bang & Dyrberg 2011: 44).

Vi vil i vores speciale i højere grad se nærmere på den disciplinære magtform frem for den første, legale magt, og den sidste, den biopolitiske magt, da vi mener, at den disciplinære magt er mere relevant for forklaringen af vores problemformulering. Den disciplinære magt kan være med til at forklare det på forhånd givne forhold jordemoder og gravid imellem samt forklare stigmatiseringen eller nærmere normaliseringen af den svært overvægtige gravide.

Vi mener dog også, at trods Foucaults analytiske begreber som i bredest forstand rammer mikroniveauet, indeholder langt de fleste aspekter også et makroniveau, som vi vil forsøge at se bort fra og derimod koncentrere os om brugbar teori til netop vores speciale.

Dog kan den biopolitiske magt også være med til at forklare, hvorfor vi ser den svært overvægtige gravide som en gruppe for sig og hvorfor jordemoderen handler, som hun gør, ud fra statsligt styrede reformer, påbud og retningslinjer. Foucaults interesse for biopolitik ligger i den sidste del af *seksualitetens historie: Vilje til viden*. Det biopolitiske genstandsfelt skal ses som forlængelse af den disciplinære magt for at få denne til at nå

makroniveauet, som før har været en omdiskuteret problematik i Foucaults arbejder og til dels stadig er (Bang & Dyrberg 2011:37).

Disciplineringen ved den biopolitiske magt skifter karakter fra den førmtalte disciplinære magt. Den går således fra at være et supplement til den legale magt, så denne kunne få subjektet til at adlyde ordrer til at være forbundet med, hvordan staten vil styre befolkningen på en effektiv og hensigtsmæssig måde (Bang & Dyrberg 2011:37).

Den biopolitiske magt skal derfor forstås som styring af befolkningens adfærd, udvikling og formering. Sundhed og levealder er i fokus og derved mener Foucault, at staten har blikket på, at det levende altid kan blive bedre. Dermed omhandler biopolitikken, de interesser staten har på vegne af den levende befolkning og som sagt måles dette oftest via statistikker (Jensen & Hansen 2006:37-38).

Som skrevet kan den biopolitiske magt dog også være med til at forklare en del af problematikken, men da vi i højere grad er interesserede i, hvad der sker på mikroniveau, holder vi os primært til den disciplinære magtform. Vi er derfor også i højere grad interesserede i Foucaults begreb om magtteknologier frem for den egentlige statslige styring.

En stor del af Foucaults begrebsapparat inden for sin magtanalyse omhandler forskellige former for teknikker med tilhørende teknologier. Teknikkerne står for handlinger, mens teknologi står for den viden (knowhow), som er forbundet med en bestemt teknik eller handling. Teknologien afgør, hvordan en bestemt teknik benyttes med et givent formål, altså forventes handlingen at få en bestemt virkning (Nilsson 2009:77). Man kan også sige, at teknologien er "a way of life" – som dog nødvendigvis ikke er selvbestemt – og teknikkerne er handlingerne for at leve herefter.

Uddybning af den disciplinære magt

Det mest væsentlige ved disciplin er, at den, ifølge Foucault, producerer individer. Dermed menes der, at disciplinen komponerer individets præferencer, interesser og dermed også deres identiteter. Dette gøres, så de samtidig indvilliges i at deltage i det gældende magtspil og accepterer deres pligt og ansvarlighed nærmere end deres frihed og lighed. Dermed synes det som om, at dette også er givet på forhånd og i høj grad accepteres af individerne. Man kan se på den disciplinære magt som noget, der skaber visse adfærdsmønstre, former for begær, kroppe og diskurser, som bliver identificeret og antaget som individer (Nilsson 2009:84). Derved sættes der også et lighedstegn mellem den disciplinære magt og de teknikker, som mennesket tillærer sig, for til sidst at kunne blive fuldkommen, lykkelig og perfekt.

Teknikkerne bliver, i Inge Kryger Pedersens kapitel i "Sundhedssociologi" om Foucault, sammenlignet med *redskaber, praktikker, opfattelser, etiske livsførelser*, alt sammen noget, som kan gøre det muligt at transformere krop og sjæl til en form for fuldkommenhed (Pedersen 2010:39).

For at sætte det i kontekst med specialets omdrejningspunkt – den svært overvægtige gravide og jordemoderen og magtforholdet mellem disse parter – kan den disciplinære magt, ifølge Foucault, være med til at forklare, hvorfor den svært overvægtige er blevet overvægtig, hvordan forholdet til jordemoderen kan være og i hvilken situation jordemoderen står i, i mødet med modparten. Dog bliver der i det skrevne aldrig en klar definition af, hvad dette eksempelvis kunne omhandle og Foucaults teorier om disciplinær magt og teknikker synes derfor en smule diffus. Dog mener vi alligevel, at vi kan placere de ovennævnte teoretiske begreber i sammenhæng med specialets omdrejningspunkt.

Normen præsenterer også en form for magt, som er kendetegnet ved at skabe en klar distance mellem det normale og det unormale. Normen, som Foucault kæder sammen med den disciplinære magt, hører under fængsler, skoler, militærvæsen, sygehuse m.fl. og findes ofte som statistisk dokumenterede forhold – eksempelvis vedrørende kropsvægt. Derfor er det også vigtigt, at se på den dobbelte betydning begrebet norm har – nemlig noget som foreskriver det "normale" og derved også det "unormale". Foucault mener dermed, at der ved normen, eller normaliseringen, om man vil, bliver en handling, som med forskellige midler skal indordne, korrigere eller alternativt genoprette noget eller nogen fra det unormale til det normale (Nilsson 2009:86).

Med andre ord mener Foucault, at det er magtens mikrofysik, den vi finder i de lokalt forankrede magtrelationer, som disciplinerer kroppen, retter den ind og som fletter den ind i stadigt større sammenhænge. Derved er statsmagten og det lokale netværk af magtrelationer hinandens forudsætninger, da statsmagten er betinget af den lokale magts indflydelse for at disciplinere kroppen og den lokale magt er betinget af statsmagten for at kunne indføre dette i stadigt større sammenhænge. Sidstnævnte er det, Foucault betegner som "opadstigende magt", hvorved førstnævnte må betegnes som "nedadstigende magt" (Bang & Dyrberg 2011:31-32).

Ud fra normen mener vi at kunne beskrive, om der i mødet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen forefindes en magtrelation og i hvilken retning denne går. Er det den svært overvægtige gravide, som ud fra 'normen' af jordemødre har forventninger til mødet, der skal indfries eller måske endda ud fra 'normen' af generelle møder med sundhedsvæsenet, eller er det jordemoderen, som ud fra normen af svært overvægtige gravide, gravide eller kvinder i det hele taget, der har en forventning, som skal indfries? Ud fra at se på, hvilke roller der tildeles 'normalt' og 'unormalt' ses der også, hvilken vej magtrelationen vender – op- eller nedadstigende.

Når der tales om normen eller normalisering, kan dette også hænge sammen med begrebet om stigma og stigmatisering. Normen foreskriver noget der ligger indenfor 'normalen' og her vil svært overvægtige gravide skille sig ud, da deres vægt ikke ligger indenfor det normale. Her kan der også være tale om, at de svært overvægtige gravide har et stigma, idet de skiller sig ud i form af deres overvægt og derved er de også i risiko for at blive udsat for stigmatisering.

Så det at der i vores samfund er en betegnelse for, hvad der f.eks. er normalvægt sætter de svært overvægtige gravide i en position, hvor der bliver fokus på deres stigma og de bliver for sundhedsprofessionelle en gruppe, der kræver ekstra opmærksomhed. De svært overvægtige gravide vil ikke kunne skjule deres stigma, da det for det første ofte er synligt for omverdenen, at de er overvægtige og samtidig vil det også via BMI kunne måles og fastslås, at de befinder sig i den overvægtige del af skalaen.

Foucault mener ikke, at hverken frihed, lighed, rettighed eller pligter og andre kontraktuelle relationer kan forekomme, hvis ikke de opretholdes af disciplinerende og regulerende teknikker. Disse teknikker er nemlig med til at hierarkisere og normalisere individer og hele befolkningsgrupper. Dog er dette ikke afledt af klasseideologier og andre præferencemekanismer (Bang & Dyrberg 2011:33). Teknikkerne, der her er tale om, kendetegnes ved en særlig viden, en form for magt, der er betingelserne for at kunne levere autoritative politikker og som forbinder den statslige magtudøvelse med den lokale mikromagt til at opdrage kroppen, dens kræfter og nytte (Foucault 1979:25).

Derpå ser Foucault også den politiske, og i lige så høj grad den statslige, dominans som værende en kreativ og produktiv kraft modsat eksempelvis marxismen, som betragter dette som destruktivt. Dermed siger Foucault også, at selv hvor de politiske beslutninger bliver truffet på den mest demokratiske måde, er dette i lige så høj grad funderet på politisk dominans, som udøves gennem mikromagten som handlingsorienterende (Bang & Dyrberg 2011:34). Dette vil sige, at jordemødrene, givet deres uddannelse, er i besiddelse af nogle teknikker, som skal være med til at "opdrage" de svært overvægtige gravide.

Hvis vi kigger nærmere på den del om normalisering af hele befolkningsgrupper, hvor disciplinerende teknikker skal være med til at give den individuelle rettigheder, lighed og frihed, kan dette gennem empirien anskues på forskellige måder. Jordemoderen taler i dette tilfælde med den svært overvægtige gravide om eksempelvis kost og motion – et samtaleemne, som burde føre til kropslig disciplinering og normalisering.

Hvis ikke den svært overvægtige gravide lader sig påvirke fysisk af jordemoderens samtale er det svært at se, hvordan de disciplinerende og regulerende teknikker opretholdes og hvorfor Foucaults systemverden falder til jorden. Dog kan det tænkes, at det for forholdet mellem jordemoder og den svært overvægtig gravide gælder, at det blot er fødselsforberedelse der er det kontraktuelle forhold, hvor en diætist eller fitnessinstruktør ville have et kontraktuelt forhold til den svært overvægtige gravide om kost og motion. Vi vil dog mene, at det kontraktuelle forhold til jordemoderen også indebærer begreber som kost og motion, da der fra statens side er formgivet retningslinjer og anbefalinger af samme karakter.

Ud fra Foucaults teori om magtrelationer vil specialet i høj grad være styret af de statslige rødder i alle disse magtrelationer og vi vil i høj grad nærme os begrebet om governmentality. Vi er dog stadig kun interesserede i mødet mellem de to parter, men ud fra Foucaults teorier vil der inden et studie af dette møde, foreligge en formodning om, at

magten ligger på jordemoderens banehalvdel. Dette mener vi skyldes, at statens indblanding er givet på forhånd og at den svært overvægtige gravide i mødet aldrig vil have mulighed for at vende magtrelationerne.

Vi ser derfor på den ene side jordemoderen med en ekstrem viden om faget og nogle retningslinjer hun som fagperson må følge fra statens side. Dette er både papirer fra sundhedsstyrelsen om, hvad jordemoderen skal gøre opmærksom på ved konsultationen, men også love om eksempelvis sukker og fedtafgifter formoder vi har en påvirkning. For jordemoderen står i mødet mellem de to parter som en form for statslig administrator og er forpligtet til at følge visse protokoller og med en indgroet viden om, hvad der er sundt og usundt, rigtig og forkert, er selv statens udspil om fedt- og sukkerafgifter et trumfkort fra staten til jordemoderen. Et trumfkort hun i høj grad er pålagt at smide efter den svært overvægtige gravide.

Ud fra Foucaults teorier, vil magten dog alligevel altid kunne vende, da det også er en social situation. Vi har dog svært ved at se magten vende, da retningslinjerne fra staten er så klare. De tre eneste måder, hvorpå vi kan se magten vende er ved; 1) at den svært overvægtige gravide fravælger jordemoderen eller i det hele taget jordemodercenteret og eksempelvis betaler sig fra at høre om sin overvægt ved at vælge den privatiserede tilgang eller 2) at jordemoderen ikke overholder retningslinjerne og derved ikke nævner noget om den gravides vægt eller følgerne herfor. Slutteligt kan det også være tilfældet, at den svært overvægtige gravide ved mere om området end jordemoderen gør. Dette ses, hvis den svært overvægtige gravide eksempelvis er cheffjordemoder på føde- eller barselsgangen – hvilket i højere grad er et tænkt eksempel end et realistisk bud.

Den iboende viden i det foranderlige spil om magt og modmagt

For Foucault er viden iboende i alle magtrelationer og han mener, at magt og viden er afhængige af og forudsætter hinanden. I denne sammenhæng ser vi den magtsliggjorte viden som jordemoderens uddannelse, altså viden om hvad der er bedst for mor og barn i en graviditets- og fødselssituation og i dette tilfælde forudsætter viden den magt, vi regner med gør sig gældende i forholdet mellem jordemoder og den svært overvægtige gravide. Man kunne vælge at se på blot denne form for viden uden at kigge på den statslige indblanding og til tider altdominerende retningslinjer, men vi synes, dette ville være tenderende til et naivt valg og en udelukkelse af en alt for stor faktor i netop denne situation. Men ser vi tilbage på netop denne vidensmagt, som vi i dette tilfælde karakteriserer som jordemoderens uddannelse, ville denne viden også være altoverskyggende. Det vil sige, at den svært overvægtige gravide ikke ville kunne vende magtforholdet med mindre hun som minimum vidste tilsvarende, hvilket igen ville være mere et tænkt tilfælde end realistisk.

Foucault mener, at magten skal studeres, som noget der er i bevægelse – *noget der cirkulerer i et stadigt spil* – hvor forskellige styrker og effekter griber ind i hinanden, omformes og forfalder (Nilsson 2009:81-82). Magten er derfor i konstant forandring, hvil-

ket også betyder, at styrkeforholdene altid ændrer sig. Det vil sige, at de eller den, som befinder sig i en overlegen position i en given situation, kan i en anden situation havne i en mindre magtfuld position, måske endda en underlegen position (Nilsson 2009:82). Derfor er udtrykket "total magt" en selvmodsigelse i Foucaults tænkning, da han mener, at hvis en person har total magt over en anden, så er der ikke længere tale om magt, men nærmere dominans eller undertrykkelse. Dermed eksisterer magtrelationen ikke længere. Foucault mener, at der i enhver magtrelation altid vil være en form for alternativ – en form for modmagt eller modstand. Foucault mener, at man gennem historiens mange beretninger ser, at magtens karakter muliggør modstanden eksempelvis i form af slaver og andre undertrykte grupper (Nilsson 2009:88). Ifølge Foucault kan man hverken besidde eller eje magt. Man kan kun anvende den, hvilket derfor også går godt i spænd med hans teknik-begreb. Magten er derfor aldrig implicit – den eksisterer kun som udøvet magt (Nilsson 2009:81). Så er der i forholdet mellem jordemoderen og den svært overvægtige gravide tale om en magt, som til hver en tid kan modificeres, forfalde og vendes eller er der i stedet for tale om et dominansforhold?

Foucault mener i hvert fald ikke, at viden kan adskilles fra magt, hvilket er en af de mindre ukrænelige modernitetsteorier og som på sin vis støtter op om et forhold, som i højere grad karakteriseres af dominans end bøjelig magt. Han gør også op med en anden af modernitetens forestillinger om, at sandheden kan betragtes på en objektiv måde, da han i høj grad beskriver og analyserer sandhedsproduktionen. Han interesserer sig aldrig for, hvad der er sandt eller falsk i epistemologisk forstand (Nilsson 2009:78). Samtidig tager han i det hele taget afstand fra forestillingen om, at magten overhovedet bunder i samfundets sociale eller økonomiske strukturer og magten afspejles ej heller i hverken kulturel eller politisk dominans. Dermed siger han også, at viden ikke kan betragtes som værende kulturel eller politisk, hvilket fører os hen på en teoretiker, Pierre Bourdieu, som vi synes, kan tilføje eller i hvert fald beskue magtbegrebet, og ikke mindst viden som magt, anderledes (Nilsson 2009:82).

Dog mener Foucault stadig, at trods det, at magtforholdet er konstant udfordret og at magtrelationer og styrkeforhold er ustabile, så kan nogle magtrelationer inden for bestemte institutioner i højere grad være støttet og kan hente inden for de bureaukratiske strukturer, hvormed læreren, lægen og chefen som regel står i en mere fordelagtig strategisk position end eleven, patienten og den ansatte, hvilket også gør sig gældende for dette speciales empiriske fundament. Dog er magten som ulighed i sin institutionaliserede form eksempelvis mellem køn eller etniske grupper, et af de punkter Foucault er blevet kritiseret en del for. Flere mener, at de strukturelle magtforhold er negligerede. Foucault forklarer dette med, at magtforholdene på mikroniveauet, altså dagligdagens møder, bedst kan undersøges og analyseres i et studie af lokale virkninger, og at de mere strukturelle magtforholds effektivitet er afhængige af magtrelationerne på lavere niveau (Nilsson 2009:88-89), hvilket igen får os til at lede tankerne i retningen af Bourdieu.

Om sproget, kroppen og sundheden

For kort at vende tilbage til den biopolitiske magt, vil man i dag sige, at de ydre styringselementer ikke kan påvirke os i lige så høj grad som tidligere og at man i høj grad er mere selektiv eller i hvert fald mere bevågen, hvad angår den ydre påvirkning – statens påvirkning. I en Foucault-inspireret tilgang til dette, vil man i høj grad svare herpå, at selvet har indstuderet normen – *"de andre"* – da de ydre teknikker er transformeret til indre teknikker eller såkaldte selvteknikker. Derved kan man næppe sige, at den enkelte overvægtiges arbejde med sig selv, hvad end de ser det som en livsform eller en sur pligt, er upåvirket eller isoleret fra udefrakommende magtformer, som er lagt i såvel klinikker og sundhedspolitikker til forebyggelseskampagner, herunder medier og mode (Pedersen 2010:41). Derved kan man tænke, at med denne form for indstuderet norm, gøres det at vende magtforholdet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen endnu svagere. Ikke nok med at jordemoderen har sin viden, sin uddannelse og samtidig står i en mere gunstig position med statslig opbakning, mener Foucault også, at den svært overvægtige gravide har indstuderet normen og dermed på ingen måde er upåvirket af udefrakommende magtformer, som i høj grad er styret fra staten. Dog har Foucault ikke udarbejdet – ifølge ham selv – en lære om, hvordan kroppen bør være eller ligefrem er, men derimod har han i højere grad analyseret, hvordan kroppen gennem historien er blevet opfattet og *"produceret"*. Kroppen blev hermed fremstillet som en form for offer af kulturens disciplinerende magtform og dermed blev kroppen også fremstillet som lidende og som værende under skarp kritik af *"de andre"* (Pedersen 2010:41-42).

I den sammenhæng kan man i dag kigge på udvalget af *terapi- psykoanalyse-, overlevelses-, service- og managementkurser* og konstatere, at der sker en udbredelse af disse. Der må jo på den baggrund også være et behov herfor og disse selvteknologikurser bevidner, ud fra Foucaults teorier, at tendensen er klar: Jo mere du kan beherske dig selv, des mindre er du underlagt andre (Pedersen 2010:40). Inge Kryger Pedersen skriver, at det kan være, at det netop var derfor, at Foucault var fascineret af den undertippede, som f.eks. kunne repræsenteres af *den gale, den perverse, den kriminelle, den syge eller den seksuelt afvigende*. Og selvom hans teoretiske begrebsapparat også omhandlede mod-magt og selvteknikker – altså begreber som eftersigende burde kunne vende magtforholdet – er Foucaults fokus på dele af samfundet, som ikke lever op til ønskerne om fuldkommenhed og lykke. Nok nærmere falder disse samfund eller grupperinger uden for normen og er ikke en del af *de andre* (Pedersen 2010:43). At se kroppen som lidende og værende under skarp kritik af andre, synes at passe fint med forestillingen om den kropslige forståelse hos såvel den svært overvægtige gravide som *'de andre'*.

Normaliseringen af befolkninger ligger i Foucaults tidlige værker og man kan et øjeblik karakterisere ham som strukturalist, hvor sproget er i fokus og hvor strukturer producerer subjekter – dog har Foucault ikke fokus på subjektet, men nærmere foranderligheden eller effekten af magt, det sagte, teknologierne og selvteknikkerne. Derfor ser han heller ikke på sproget, som det sagte, men nærmere som *"symbolsk formidlede udsagn"*,

altså en form for diskursive hændelser som undersøger koder og som består af systemer og regler. Derfor mener Foucault også, at hvad der siges af hvem, betyder mindre end hvilken effekt det sagte har haft og i hvilken måde dette var et udtryk for magt og viden. På den måde mener Foucault også, at mennesket bliver gjort til genstand for eksempelvis lægevidenskaben. Derfor er det også svært at finde, hvad Foucault mener om eksempelvis sundhed og hvad der gør sundhed, idet han ikke er interesseret i at forklare, hvordan denne tegner sig på overfladen. Dog vender han hele tiden tilbage til 'de andre', den statslige indblanding og normalisering, hvilket sætter et fokus for, hvad sundhed i Foucaults øjne kunne være – ikke mindst idet han oftest vender tilbage til at analysere *underdog'en* (Pedersen 2010:44-46). Derved står Foucault i vores øjne tilbage som værende den fornærmede kæreste – kvinden i forholdet, som står med armene over kors og siger; "Det var måden du sagde det på" og vi undrer os over, om vi i observationerne i mødet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen bemærker en magt i måden tingene er sagt på.

Pierre Bourdieu

De altoverskyggende begreber – habitus, felt og kapital.

De tre begreber habitus, felt og kapital er de mest centrale begreber til analysen af social praksis og er baseret på nogle grundlæggende ideer om, hvordan socialt liv er organiseret og hvad der får mennesker til at handle, som de gør (Wilken 2011:39). Man kan på en måde sige, at de tre mest centrale begreber udgør delelementer i et ellers sammenhængende univers (Larsen 2010:55).

Habitus

Habitusbegrebet bygger på antagelsen om, at menneskers virkelighedsforståelser bliver genereret af internaliserede dispositioner for at føle, tænke og handle på bestemte måder. Bourdieu ser det som et sæt af mentale vaner, der er med til at regulere valg og handlinger og dette er udgangspunktet for habitusbegrebet. Habitusformerne er med til at generere adskilte og adskillende virksomheder – hvad en arbejdsmand spiser og måden han spiser på, hans politiske holdninger og måden han udtrykker dem på, adskiller sig systematisk fra tilsvarende forbrug og aktiviteter, der er at finde hos eksempelvis en industrileder. Bourdieu henter også inspiration fra fænomenologien om, at vaner grundlæggende er kropsligt forankret. Denne forståelse gør det muligt, at iagttage menneskers brug af kroppen og hvordan de er socialiseret til at bruge den og derigennem få information omkring, hvordan de forstår verden og deres egen plads i den (Wilken 2011:44-46; Bourdieu 1995:37).

Denne kropslige forankring betyder, at det sociale er indlejret i kroppen. Når man bruger udtrykket "det sidder på rygraden" er det netop et udtryk for, at mennesket også husker med kroppen, f.eks. omkring hvordan man går, sidder og taler i forskellige situationer. Derudover formes kroppen af habitus og kroppen udtrykker habitus – krops-

holdning, tykkelse, livsstilssygdomme mv. er relateret til individernes individuelle og kollektive habitus. Man kan derved også sige, at habitus er et produkt af socialisering og at den tidlige socialisering især er vigtig for dannelsen af de dispositioner, som individer handler i forhold til. Denne primære habitus, som udvikles gennem den tidlige socialisering, tilpasses og ændres gennem hele livet (Wilken 2011:48).

Habitus kan derfor være med til at forklare, hvorfor vi ser fænomenet med overvægtige gravide og begrebet giver allerede det indtryk, at overvægten hører til en bestemt position i samfundet. Dette kan sammenlignes med Foucaults ide om den disciplinære magt, som fra start forsøger at normalisere befolkningen via mikroniveauske tendenser og belæringsmønstre. Habitus er noget, man tillærer sig og noget man handler ud fra. Det samme gør sig gældende for den disciplinære magt. Dog adskiller Bourdieu sig fra Foucault, da man ud fra Bourdieus teori om habitus allerede kan ane, at magten er givet på forhånd, hvorimod Foucault mener, at den er konstant foranderlig. Man kan på en måde også sætte lighedstegn mellem Bourdieus begreb 'habitus' og Foucaults begreber om teknikker og teknologier – måden man handler på og den viden man handler ud fra.

Felt

Det næste begreb Bourdieu bruger i sin analyse af praksis er feltbegrebet. Begrebet er i samfundsvidenskaberne blevet brugt synonymt med begreber som "social arena", "kontekst" eller "lokalitet", men Bourdieus feltbegreb adskiller sig alligevel fra disse ved at have nogle særlige karakteristika. Ifølge Bourdieu handler et felt ikke kun om en kontekst eller et område, men han definerer det i stedet som et system af positioner, der er relateret til hinanden og som får deres betydning gennem relationer til andre positioner i feltet. Han mener også, at felter er dynamiske, idet de opstår udvikles og forandres og de vil derfor, næsten altid, have en historisk dimension. I et samfund findes der forskellige felter og indenfor hvert felt er det forskelligt, hvad der giver succes. Det er f.eks. kun i det økonomiske felt, at økonomi kan give succes (Wilken 2011:51-53).

I felter vil der opstå kampe omkring grænserne af et felt og der vil i alle felter være agenter, der har fordel af, at grænserne til et felt trækkes på bestemte måder. Bourdieu understreger, at kampe i felter handler om magtrelationer, mere end det handler om feltet selv. Samtidig vil der som regel være en overensstemmelse mellem strukturen i feltet og strukturen i agenternes habitus.

Feltet, som Bourdieu beskriver det, er en anden måde at forklare, hvad vi også ser hos Foucault. Feltet består af forskellige magtrelationer, som i høj grad er givet i dagligdags-situationer og hverdagsproblematikker. Feltet kan derfor også være med til at begrebsliggøre det, som Foucault kalder for magtudøvelse på mikroniveau, hvor hvert enkelt felt kan skitsere et givent magtspil. Vi kan dermed sige, at mødet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen er den magtrelation eller det felt, som vi i specialet er interesserede i at kigge nærmere på. Endnu et begreb Bourdieu henter fra fænomenologien er begrebet doxa, som refererer til alt det, som tages for givet i et samfund

eller i et felt. Bourdieu bruger derudover begrebet til at mediere mellem agenternes habitus og deres position i samfundet eller i feltet (Wilken 2011:53-55). Vi mener dog, at der, ifølge Bourdieu, er flere ting, som i feltet er taget for givet og hvor Foucault og Bourdieu adskiller sig i høj grad fra hinanden. For ifølge Bourdieu er magtrelationen givet på forhånd og der er ikke tale om nogen speciel form for modmagt, da man på en måde kan sige, at mere vil have mere. Derimod mener Foucault, at der altid er tale om en modmagt, for hvis ikke, ville der i stedet være tale om et dominansforhold nærmere end en magtrelation.

Kristian Larsen forklarer i 'Sundhedssociologi' om Bourdieus felt-begreb, at dette er en form for 'udbud' på en markedsplads. Med udbud mener han varer, som efterspørges i forskellig grad og hvor tid og sted i høj grad er bestemmende for, hvad der har størst afsætningsværdi og feltet er kun virksomt i et netværk af modsatrettede agenter og institutioner. Det der sælges på markedspladsen, er, ifølge Kristian Larsen, de forskellige kapitaler (Larsen 2010:55-56). Ud fra Kristian Larsens forklaring af feltbegrebet er magtrelationerne ikke på samme måde givet på forhånd, men er i højere grad afspejlet af tid og sted. Dog mener vi stadig, at magten, ifølge Bourdieu, er givet på forhånd mere end det ses i Foucaults teorier om samme.

Bourdieu præsenterer også et andet feltbegreb: metamagtfelt. Metamagtfeltet karakteriseres som staten og som værende indgroet i vores hoveder og tanker. Det er ansigtsløst og anonymt – ligesom førnævnte felter – og alligevel regulerer det spillet i andre felter. Gennem lovgivninger, restriktioner og fradragsordninger sikrer metamagtfeltet, at agenter, institutioner og professioner opretholder en vis ensartethed trods alle forskelle. På den måde kan metamagtfeltet gå ind og koordinere forholdet mellem eksempelvis private og offentlige behandlingsinstitutioner – hvis man skulle komme med et sundhedsperspektiv (Larsen 2010:56).

Hermed er Bourdieu og Foucault enige og den statslige indblanding er ifølge de to teoretikere ikke til at navigere væk fra. Den statslige indblanding er for dem begge noget indgroet og iboende for alle. Derfor er det også en faktor der for dem begge er givet og som vi ikke kan gøre noget ved som magtforholdet på mikroniveauet. Vi er dog i specialet ikke interesserede i den statslige indblanding som sådan, dog er den stadig ikke til at navigere væk fra, da den i feltet for specialet opererer på en række parametre. Her tænker vi på, for jordemødrene, pålagte retningslinjer og videnstendenser samt førnævnte afgifter og kampagner, som også influerer feltet for vores speciale.

Kapital

Det sidste af de tre centrale begreber er begrebet om kapital. Sammen med habitus og felt udgør de tre begreber tilsammen grundstenene i Bourdieus teori om praksis. Kapitalbegrebet refererer til de ressourcer og kilder til indflydelse og magt, som sociale agenter kæmper om at få adgang til og kontrollere. Man kan ud fra folks habitus, kapita-

ler og de felter de forsøger at begå sig i, forstå og forklare det de gør og deres bevæggrunde for at gøre det. Bourdieu arbejder med fire overordnede kapitalformer, som kan give adgang til indflydelse og magt: økonomisk kapital, kulturel kapital, social kapital og symbolsk kapital (Wilken 2011:57-58).

Økonomisk kapital omfatter materiel rigdom i form af værdipapirer, ejendomme, jord og skøder, hvilke er forholdsvis lette at omsætte til penge. I en marxistisk eller kapitalistisk forstand ville denne form for kapital være den mest magtfulde, men ifølge Bourdieu er det ikke den eneste betydningsfulde form for kapital og man kan ikke forstå betydningen af og begrænsningen ved økonomisk kapital uden at sammenstille den med andre former for kapital. Økonomisk kapital skal især forstås i modsætning til kulturel kapital (Wilken 2011:58-59).

Kulturel kapital er netop den kapitalform, som Bourdieu har beskæftiget sig allermest med og samtidig også den han er allermest kendt for. Man kan erhverve sig objektiveret kulturel kapital gennem økonomisk kapital og køber man sig til det, konverteres økonomisk kapital til symbolsk kapital. Man behøver dog ikke eje kulturelle objekter, for at få andel i den kulturelle kapital, men det at have en habituel sans for, at kunne skelne kulturelle objekter fra hinanden kan også give kulturel kapital. Kulturel kapital findes i tre former: i kropslig form, i objektiveret form og i institutionaliseret form.

I dens kropslige form er kulturel kapital en del af habitus, idet kulturel kapital erhverves gennem socialisering og indlejres som dispositioner i habitus. Denne kropslige kapital foregår især i familien og knytter sig til manerer, sprogbrug og smag. Den objektiverede form for kulturel kapital kan vise sig i form af malerier, musikinstrumenter, bøger og bygninger. Til sidst findes den kulturelle kapital også som en institutionaliseret form, som f.eks. eksamensbeviser, akademiske titler m.fl. Institutionaliseringen giver den kulturelle kapital legitimitet og grundlag for magt.

Bourdieu bruger kulturel kapital på forskellige måder, hvor han på den ene side bruger det som betegnelse for immaterielle kilder til magt i bestemte felter. Det kunne f.eks. være sproglig kapital i uddannelsessektoren eller akademisk og intellektuel kapital i universitetsfeltet. Kulturel kapital er således et analytisk begreb, som skal defineres i relation til den konkrete analyse. På den anden side bruger Bourdieu i vid udstrækning kulturel kapital som modpol til økonomisk kapital. Samtidig kan besiddelse af økonomisk kapital gøre det lettere at få tilgang til kulturel kapital (Wilken 2011:59-61).

Den tredje kapitalform er social kapital, som refererer til de fordele, man kan forvente at få gennem de sociale netværk, man er en del af. Ifølge Bourdieu akkumuleres social kapital ved at investere i sociale relationer. Det kræver at man plejer og vedligeholder sine sociale relationer, hvilket koster tid og måske også penge. Mængden af relationer man har og mængden af deres kapitaler, er med til at definere værdien af ens sociale kapital. Social kapital hænger sammen med både kulturel og økonomisk kapital og er med til at forstærke de andre kapitalformers værdi (Wilken 2011:62).

Til sidst bruger Bourdieu begrebet om symbolsk kapital, som er den merværdi, der fremkommer når andre kapitaler omveksles til indflydelse eller anerkendelse. Denne kapital dækker over kvaliteter som moral, ære, ry, prestige, anerkendelse, berømmelse – altså symbolsk værdi. De andre kapitalformer kan blive til symbolsk kapital, når de omsættes til immaterielle værdier. Det kan f.eks. være når overklassen donerer penge til velgørenhed, da konverteres økonomisk kapital til moral eller symbolsk kapital (Wilken 2011:63).

Selvom kapitalbegreberne er veldefinerede og i teorien adskillelige, kan det i praksis være svært at skille begreberne ad. Hvis vi ser på kapitalbegreberne i forhold til specialtets empiriske felt, kan det tænkes, at magtrelationen er givet ved den kulturelle kapital, som i dette tilfælde vil være defineret som jordemoderens uddannelse – altså en viden inden for feltet, den såkaldte institutionaliserede form. Det bliver sværere at fremlægge, om den økonomiske, sociale og symbolske kapital også spiller ind. Dette har vi selvfølgelig i sinde at se nærmere på. Ikke mindst, da kapitalformernes dannelse af magt modstrider Foucaults forståelse af samme. Foucault mener nemlig ikke, at magten er givet ud fra nogen form for klasseideologi, hvilket Bourdieu jo i høj grad lægger op til.

De ovenstående kapitalbegreber om praksis er med til at danne det, Bourdieu kalder for det sociale rum. Dette rum er konstrueret sådan, at aktørerne fordeler sig, ud fra den position de har i forhold til kulturel og økonomisk kapital. Det sociale rum kan konstrueres i et koordinatsystem, hvor kulturel og økonomisk kapital er modpoler til hinanden og de aktører der har mest tilfælles, står nærmest hinanden langs den ene eller den anden dimension. Ens position i rummet afhænger i høj grad af aktørernes dispositioner, dvs. habitus. Til enhver klasse af positioner findes der en bestemt type af habitus (Bourdieu 1995:34-36). Denne koordinatsystemstænkning understreger klasseinddelingen og præciserer tanker om, at der ved magt ikke altid forefindes en modmagt, hvilket er i uoverensstemmelse med Foucaults teoretisering af et givent magtforhold.

Når magten er givet på forhånd men ikke benyttes direkte

Bourdieus model af det sociale rum minder om, at mennesker i udgangspunkt ikke har de samme muligheder og forudsætninger for at deltage i socialt liv. Der findes dog tilsyneladende en generel accept af, at sådan er det bare og at ulighed er en slags social naturlov. Dette kan forklares med, at det moderne samfund er ulige på en forholdsvis fredssommelig måde.

De som har muligheder og forudsætninger i deres sociale liv, undertrykker ikke de, som ikke har de samme muligheder eller med magt afholder de med mindre kapitalformue fra at stige op ad den sociale rangstige. Derimod ser det i mange europæiske samfund ud til, at der gøres meget for at give alle lige muligheder til samfundets kapitaler. Dette er et fokuspunkt i Bourdieus arbejde, hvor han undersøger, hvordan social ulighed pro-

duceres og reproduceres og hvordan den generelle accept af ulighed skabes og vedligeholdes uden brug af tvang eller åbenlyst magt (Wilken 2011:89).

Der er derfor, ifølge Bourdieu, aldrig tale om et dominansforhold og magten er som sådan heller ikke direkte i spil og i stadig forandring. Magten er ifølge Bourdieu givet på forhånd uden at den benyttes direkte, den er der bare og den er svær at definere, da den ikke bliver brugt åbenlyst. Dette modstrider også med Foucaults forestilling om den altid foranderlige magt og at den åbenlyse magt i høj grad skal ses som dominansforhold. Man kan så at sige se agenten på det øverste trin i Bourdieus sociale rangstige, som den dominerende uden at denne bruger åbenlyst magt eller tvang over for agenten nederst på rangstigen, som så ville være den dominerede. Symbolsk magt er således en magt, der får en given virkelighedsforståelse til at fremstå som sand, uden at det er klart for de involverede, at der er tale om en magtudøvelse. Den symbolske magt udøves gennem symbolsk vold, som, ligesom den symbolske magt, er usynlig og form for blød vold, der ikke erkendes som vold. Symbolsk vold kommer til udtryk gennem navngivning og klassifikation af den sociale virkelighed, som bl.a. sker gennem lovgivning og gennem socialisering i alle former (Wilken 2011:90-91). For at udøve symbolsk magt og vold må man være i besiddelse af symbolsk kapital (Prieur 2006:51).

I forbindelse med Bourdieus analyser af social reproduktion og symbolsk vold, spiller sprog en særlig rolle i samfundet som helhed. Sproglig kapital ses som en særlig form for magt. Magtrelationen kommer til udtryk når mennesker taler, hvor de forsøger at blive troet, adlydt, respekteret eller at blive bemærket. Produktionen af sprog finder altid sted indenfor rammerne af et felt. Sproget bliver magtfuldt, når det bliver brugt på særlige måder eller af særlige grupper eller institutioner, når de taler fra bestemte positioner i feltet. Det sproglige marked reguleres gennem symbolsk vold (Wilken 2011:108-109). Vi vil derfor også kigge på sprogbruget hos de to parter – både når de er sammen under observationerne og når disse bliver interviewet hver for sig.

Nikolas Rose

Nikolas Roses arbejde har længe været inspireret af Michel Foucault og især af Foucaults begreb om *governmentality* og Rose har forsøgt at videreudvikle på dette begreb med fokus på, hvordan det moderne menneske formes og transformeres (Sørensen & Hjorth 2000:135).

Frihed som magt

Videreudviklingen bliver gjort tydelig i bogen *Powers of Freedom* (1999), som bygger på hans egne empiriske fund samt inddragelse af mange andres arbejde for derigennem at analysere styring af adfærd på nye måder. Nikolas Rose er en af dem, der har videreudviklet på Foucaults *governmentality* begreb. Rose arbejder med tre former for styring, som alle går under betegnelsen styring gennem frihed. De tre former er (1) frihed som

disciplin, (2) frihed som solidaritet og (3) frihed som autonomi. Disse ligger sig selvfølgelig op ad Foucaults forskellige magtformer.

Rose interesserer sig for de undersøgelser af styring, hvor der fokuseres på de utallige møder, hvor adfærd er underlagt styring, eksempelvis i fængsler, på klinikker, i klasseværelser, på fabrikker og kontorer, i lufthavne osv. (Rose 1999:1,5). Når Rose bruger begrebet *governance*, eller styring, henviser det til et begreb, som dækker over enhver strategi, proces eller procedure for kontrollering eller regulering over andre i en nation, organisation eller anden form for lokalitet. Ifølge Rose kan man styre ud fra et bestemt regime af forståelse, og styring sker ud fra en bestemt beskrivelse af samme. Forståelsesrammen indebærer et sprog og dette sprog er ikke afledt af styring, men må sidestilles med styring, og sprog gør handlinger af styring mulige. Sprog henviser i denne kontekst om viden eller regimer af sandhed (Rose 1999:15,28-29).

En der også har arbejdet videre med Foucaults *governmentality* begreb, og samtidig har haft fokus på hvordan Rose har brugt begrebet, er Signild Vallgård. Som professor ved Afdeling for Sundhedstjenesteforskning ligger hendes forskningsområde primært indenfor sundhedspolitiske og historiske analyser, med fokus på folkesundhedspolitik og politikken overfor social ulighed i sundhed (Vallgård 2013:14). Ligesom Rose går hun således ud fra en Foucaultsk tilgang og ser derigennem, at der i langt de fleste menneskelige relationer vil forekomme magtudøvelse. Politikere udøver magt over for et lands borgere, men denne magt er sjældent direkte. Borgerne bliver styret på afstand ved, at politikere og embedsmænd styrer og påvirker andre, f.eks. læger og lærere, for at de kan styre patienter og elever i deres retning (Vallgård 2003:117-118).

Dette stemmer overens med den måde hvorpå Rose i det ovenstående beskriver en procedure for kontrollering eller regulering over andre i en given kontekst. Denne form for magtudøvelse gør sig også gældende i forholdet mellem jordemoder og den gravide, idet jordemoderen skal følge retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen i samtalerne med gravide og især svært overvægtige gravide, da der her er flere sundhedsmæssige problemstillinger at tage hensyn til. En del af magtudøvelsen kommer således fra et højere sted end blot fra jordemoderen eller sygehuset selv – de skal følge nogle retningslinjer, som kommer fra en ovenstående magt.

En del af Roses analyser går ud på at vise, hvordan viden om mennesket som en autonom, vælgende agent kan være med til at beskrive magtpraksisser. Han arbejder meget med at se mennesket som et frit væsen og udforsker i den forbindelse den type af magtrelationer, der er forbundet med en viden om, at mennesket kan agere frit.

Rose ser relationen mellem at være et politisk og et frit subjekt som et centralt paradoks. For at kunne være et frit subjekt, kræver det, at man kan se ind i fremtiden og handle og træffe beslutninger i nutiden på baggrund af den potentielle fremtid. Her kan f.eks. komme betydningen af uddannelse som en nødvendighed for at sikre fremtiden og dermed opnå færdigheder for at blive fri. Uddannelse kan ses som en form for styring,

der dikterer, hvad der er nødvendigt at lære. Heri ligger paradokset, hvor man må styres for at blive og forblive fri. Frihed er et produkt af styring (Sørensen & Hjorth 2000:140-141). Dette er en unik tilgang til analyser af styring, idet frihed ofte ses som en modsætning til styring. Rose, derimod, arbejder med styring og frihed som to afhængige begreber og mener, at frihed kommer af styring og er dens mest signifikante ressource (Rose 1999:I).

På baggrund af Foucaults vidensforståelse, Bourdieus kapitaler og Roses Analyser af styring, vil vi, trods det at vi ikke kan generalisere dette, kvalitativt undersøge, hvorvidt uddannelse er en faktor i magtrelationen. Vi kan ud fra andre undersøgelser se, at overvægt ofte kædes sammen med de lavt uddannede og dette burde derfor også gøre sig gældende for de svært overvægtige gravide. Vi vil derfor også kort spørge ind til de svært overvægtige gravides uddannelse i interviewene.

Rose arbejder med tre former for frihed indenfor styringsfeltet. Den første form handler om frihed som *disciplin*. Her handler styring om at styre ved at gøre folk frie. I de tidligere samfund handlede det om, at de skulle befries af markedet, civilsamfundet og familien. Samtidig med denne 'befrielse' fulgte en invention af forsøg på at forme og styre deres adfærd på en ønskeværdig måde. Afviklingen af de frie borgere indebærer at udstyre dem med sprog og teknikker til selvforståelser og selvbeherskelse. Frihed kommer derfor uløseligt til at hænge sammen med en norm for dannelse og dermed opstår også et ønske om, at eget og andres blik på dem selv skal være positivt (Rose 1999:69,73; Vallgård 2003:120).

Først og fremmest ser Rose, ligesom Foucault, også at mennesket lærer nogle teknikker til selvbeherskelse – for først ved selvbeherskelse er man i højere grad fri for andres styring. Dertil mener Rose, at disse teknikker læres ved dannelse – almen dannelse, en form for indblik i, hvordan normen gebærder sig – hvilket også er i tråd med Foucault. Dog mener Bourdieu, at dette også læres ved uddannelse, og at normen ikke er nok i forhold til at blive fri. For at blive fri mener Bourdieu, at vi skal nærme os de finkulturelle lag end blot at 'mønstre os' med normen.

Den visuelle normdannelse og selvuddannelse har en anden og mere negativ side af denne form for styring, som handler om, at styre gennem skam og forlegenhed over personlig adfærd. Denne skam medfører en angst over den ydre fremtoning af selvet, som er knyttet til et påbud om at drage omsorg for sig selv i forhold til den offentlige tilkendegivelse af moralsk karakter. Denne angst skal medføre, at individet begynder at handle efter samfundets normer og derved også selv blive dannet og forstå selvbeherskelsen. Derudover handler frihed som disciplin også om ansvarlighed – en ansvarlighed overfor andre, til hjemmet og ens børn og et ønske om at forbedre ens tilværelse eller tilstand. Denne ansvarlighed bliver genstand for eksperter, som får til ansvar at informere om den ønskede adfærd i det daglige liv gennem viden, rationalitet og sandhed. Disse eksperter bestod, ifølge Rose, ofte af læger, men efterhånden kom også andre på banen, som kunne beskrive den normale adfærd gennem teknologier af sandhed

(Rose 1999:73-75). Denne form for disciplinering er i store træk således med til at påvirke individer til at styre sig selv, som Rose skriver: "*... who would govern themselves through introspection, foresight, calculation, judgement and according to certain ethical norms.*" (Rose 1999:78)

I forhold til magtforholdet mellem jordemoderen og den svært overvægtige gravide, kan jordemoderen måske styre den svært overvægtige gravide igennem skam og forlegenhed. Ved at tale med den svært overvægtige gravide omkring sin vægt og problematikkerne ved det kan hun komme til at føle skam over sin ydre fremtoning og derved ønske at handle anderledes og i højere grad leve op til samfundets normer, som i dette tilfælde vil handle om at have en sund livsstil og en stræben efter normalvægt.

Den anden form handler om frihed som *solidaritet* og henviser til, at det ikke er nok at være ansvarlig overfor sig selv, men også må være det over for andre. Med denne form for frihed søges der at øge en fællesskabsfølelse blandt individer, således at der også ydes tilbage til dem, som har ydet noget for en, f.eks. samfundet. Her kommer eksperterne igen i spil, idet de er med til at vurdere hvilke normer, man, som et ansvarligt individ, skal følge. Ved at følge disse ekspertopstillede normer udviser man samtidig respekt overfor viden og påtager sig social ansvarlighed (Rose 1999:78-79). For at opnå solidaritet og frihed derigennem, kan der også styres ved hjælp af forsikring. Det kan være forsikringen om økonomisk sikkerhed på arbejdspladsen, hvilket medfører et mildere modsætningsforhold mellem de ansatte og chefen på arbejdspladsen. Dette giver en bedre fællesskabsfølelse og virksomheden vil i højere grad undgå politiske problematikker. Forsikring handler således om, at sammenkæde social og individuel ansvarlighed (Rose 1999:81-82).

Den sidste form er frihed som *autonomi*, hvor individer styres som autonome individer. Det handler om, at individet skal skabe sig et meningsfuldt hverdagsliv og derigennem etablere ens identitet (Rose 1999:84). Der findes en pligt, til at forme sit eget liv og dette kommer til udtryk igennem alle de valg vi som mennesker må tage stilling til i løbet af vores liv. For at styreformen er effektiv må individerne alligevel præges til at vælge den ønskede adfærd, påvirkes til at vælge og formning af de idealer, som der stræbes efter (Vallgård 2003:121). Igennem en graviditet kan der være mange ting, man skal tage stilling til. En væsentlig ting for svært overvægtige gravide, kan være i forhold til hvordan selve fødslen skal foregå. Bliver barnet for stort er der stor sandsynlighed for, at der skal et kejsersnit til, hvilket kræver flere ressourcer end ved vaginal fødsel. Hvis den svært overvægtige gravide ønsker at føde vaginalt, kan jordemoderen præge den svært overvægtige gravide, ved at fortælle hende hvordan hun kan undgå kejsersnit. Jordemoderen påvirker således den svært overvægtige gravide til at træffe et valg omkring en ønsket adfærd.

Vallgård har set nærmere på Roses tre begreber om frihed i styringsfeltet. Hun finder det dog mere passende at bruge dem som styringsbegreber og formulerer det i stedet

som styring gennem disciplin, solidaritet og autonomi og selvom hun finder Roses videudvikling af magtudøvelse interessant, mener hun alligevel ikke helt, at operationaliseringen af styringsbegreberne er fuldt ud lykkedes. Hun mener, at begreberne kan være svære at bruge på konkret empirisk materiale, som for det første bundet i, at det, ifølge Vallgård, ikke er helt klart hvad der adskiller styringsformerne. Fælles for formerne er, at det både kræver ansvarlige borgere og selvkontrol hos de styrede. For det andet finder hun det svært at afgøre, i hvilken styringsform en given styringsteknik hører hjemme. Med udgangspunkt i disse kritikpunkter, har Vallgård derfor udviklet en anderledes kategorisering af magtudøvelsesteknikker (Vallgård 2003:120-122).

Vallgård mener, at sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme bl.a. handler om, at få folk til at ændre adfærd. Det handler eksempelvis om oplysningskampagner, helbredsundersøgelser og forskellige tvangsforanstaltninger, som myndighederne iværksætter for at forbedre folkesundheden. I disse styringstiltag finder Vallgård forskellige styringsteknikker og kommer frem til at karakterisere dem som *apeller til og formning af ønsker og egenskaber*. Det der appelleres til, handler i første omgang om de motiver og egenskaber, som de styrende tror, de ville have størst virkning af at benytte, f.eks. forfængelighed og skam. For det andet handler det om det politikerne ønsker at fremme i befolkningen, f.eks. pligtopfyldelse og solidaritet. Det handler således om at overbevise eller overtale borgere om det rigtige i at handle på en bestemt måde. Til dette kommer Vallgård ind på sprogets magt og retoriske midler som teknikker til at styre. De styrende må derfor forme deres sprog på en sådan måde, at de når ind til den/dem man ønsker at styre, så det kommer ud til den sag, man ønsker at fremme. Samtidig må man også have sig for øje hvilken situation de styrede er i og hvad der dermed gør dem mest modtagelige (Vallgård 2003:117, 120-124).

Fokus på sproget finder vi også i gennemgangen af de andre teoretiske synspunkter, hvor Bourdieu bruger sproget i sin teori som en form for kulturel kapital – den kropslige form. Foucault benytter sig også af sproget til at forklare diskurser og han kigger i højere grad på symbolikken bag end hvad, der rent faktisk bliver sagt. Som Foucault mener Rose også, at sproget er med til at definere en diskurs, men hvor Foucault ser på sproget som værende en del af styringen ligestiller Rose styring og sprog. Samtidig kommer Rose også ind på, som både Bourdieu og Foucault, at den statslige styring er uundgåelig og vi er gennem teorien i højere grad, blevet gjort opmærksom på denne faktor. Vi stiller dog stadig spørgsmålstejn ved, om der udøves denne form for statslige magt i mødet mellem den svært overvægtige gravides stigma og jordemoderen. Dette gøres, da vi har en formodning om, at jordemoderen ikke taler med den overvægtige gravide om hendes overvægt – altså stigmaet.

Styring kan, som skrevet, for det første ske ved at appellere til motiver og ønsker. Der kan f.eks. appelleres til ønsket om at opnå 'det gode liv', og dette kan gøres ved, at den adfærd man ønsker fremmet, hævdes at medføre lykke, rigdom, skønhed, normalitet mm., hvor det sidste højst sandsynligt har spillet den største rolle for sundhedspolitikken og måske også indenfor rammerne af specialet. For det andet kan styring ske ved, at

der udøves magt til at ændre folks ønsker og egenskaber. Når man motiverer borgerne, til at ville leve sundere og at der skal ske en holdningsændring, er det ambitionen at forme borgerens mål og ønsker. Ved at forme menneskers ønsker og egenskaber kan magtudøvelsen være med til at forme subjekterne sådan, at de gør de styrendes ideer til deres egne. Ved at forme andres egenskaber gør man dem samtidig mere modtagelige overfor styring og til at gøre, som de styrende gerne vil have dem til (Vallgård 2003:126-127).

Vi ser altså Vallgård opsætte et teoretisk perspektiv om klassisk retorik på dagsordenen og derved muliggør hun i højere grad en operationalisering af styrings- og magtbegreberne. Det er tydeligt, at hun finder inspiration fra både Foucault og Rose og vi vælger at bruge hende i denne sammenhæng, da vi finder, at hun binder især Roses styringsprincipper sammen. Den statslige styring er den, som interesserer hende mest og som vi ifølge de andre teoretikere heller ikke kan undgå, dog mener vi, at Vallgård formår at fremhæve nogle sider af begreberne, som vi vil forsøge at tage med videre i metodeovervejelserne.

Kort sammenhængende opsamling af de tre teoretikers vigtigste begreber

Foucault beskæftiger sig med flere former for kategorisering af den samme magt. Den biopolitiske magt har samme forståelsesramme, som vi tænker, at vi vil se i forholdet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen. Dog bliver denne oftest målt i statistikker og disse statistikker er også med til at belyse, at befolkningen bliver federe og federe og at det koster staten tid og penge at behandle følgesygdommene. Vi koncentrerer os derfor om den disciplinerende magt, hvor kontraktuelle forhold opretholdes af det, som Foucault kalder regulerende teknikker. Disse teknikker er nemlig med til at hierarkisere og normalisere individer og hele befolkningsgrupper. Dog er dette ikke afledt af klasseideologier og andre præferencemekanismer. Kun ved at opretholde disciplinen kan man blive fri.

Teknikkerne, som der her er tale om, kendetegnes ved en særlig viden, en form for magt, der er betingelserne for at kunne levere autoritative politikker og som forbinder den statslige magtudøvelse med den lokale mikromagt til at opdrage kroppen, dens kræfter og nytte. Dog mener vi, at det er svært at se, hvordan de disciplinerende og regulerende teknikker opretholdes, hvis ikke den svært overvægtige gravides fysiske tilstand påvirkes i en mere positiv livsstilsændring af jordemoderens samtaler om kost og motion og i dette tilfælde vil Foucaults systemverden falde til jorden.

Bourdieu opererer i dette speciale med sine klassiske begreber som felt, habitus og kapital. Netop kapitalen bidrager og giver et godt spil til Foucaults magtbegreb, som ikke er indbefattet af klasseideologier eller andre præferencemekanismer. Idet fedme oftest ses i sammenhæng med socioøkonomiske karakteristika, er det svært ikke også at tænke klasser ind i perspektivet og vi vil derfor også se nærmere på socioøkonomiske karakteristika i empirien.

Rose derimod interesserer sig for de undersøgelser af styring, hvor der fokuseres på de utallige møder, hvor adfærd er underlagt styring. En del af Roses analyser går ud på at vise, hvordan viden om mennesket som en autonom, vælgende agent kan være med til at beskrive magtpraksisser. Han arbejder meget med at se mennesket som et frit væsen og udforsker i den forbindelse den type af magtrelationer, der er forbundet med en viden om, at mennesket kan agere frit. Rose behandler paradokset i at man må styres for at blive fri. Når Foucault ikke behandler klasseideologien og heller ikke behandler, at man er nødt til at være styret for at blive fri, afløser Bourdieu og Rose, når Foucault halter.

Metode

I dette samlede metodeafsnit, vil vi komme ind på de metodiske overvejelser og valg vi har truffet for dette speciale. Foruden en gennemgang af metodevalg, er der også afsnit, som omhandler forskningsdesign og videnskabsteori, da arbejdsgangen videre i specialet bliver påvirket af disse valg og fravalg.

Forskningsdesign

Vi vil i nedenstående afsnit gennemgå forskningsdesignet for vores speciale, som, ifølge David De Vaus (2001), er en nødvendighed indenfor social forskning. Forskningsdesignet er medbestemmende i forhold til arbejdsplan og måden man færdiggør projektet på. Det er dog ikke bestemmende for valg af metoder, altså hvilke tilgange man bruger ved dataindsamling, men til gengæld spiller det ind på måden, man benytter sin teori og hvilken måde man vælger at besvare sine forskningsspørgsmål (De Vaus 2001:8-9).

Casestudiedesign

Det forskningsdesign specialet er bygget op omkring, har form af et casestudie. I et sådant design vil en case være objekt, for den forskning man udfører og dermed genstand for analysen og det man søger information omkring. I casestudiedesignet er det genstanden, vi søger at forstå som en helhed (De Vaus 2001:220). Den genstand vi søger at forstå i dette speciale, er den konsultation og det magtforhold der finder sted mellem svært overvægtige gravide og jordemødre. Idet vi har valgt både at interviewe svært overvægtige gravide og deres jordemødre, har vi mulighed for at forstå situationen som en helhed, da vi derved kan se forholdet fra begge sider.

I casestudier må indsamling og analyse af information være guidet af teori og forskningen må derfor have en teoretisk dimension, for at der er en mulighed for generalisering af ens fund. Teorien i casestudier kan bruges på forskellige måder og De Vaus har tre bud på, hvordan man kan benytte teorien i forhold til ens case.

For det første er der den teoritestende tilgang, der gennem teori opstiller hypoteser, omkring hvilket resultat vi forventer at se, ved den case der undersøges. Formålet med denne form for casestudie vil således være at undersøge, om den brugte teori faktisk fungerer i virkeligheden. Det fænomen der undersøges, kan således enten være understøttet af teorien eller også passer teorien ikke med det man havde forudset og man må derpå, ved at undersøge casen nærmere, finde ud af hvad dette skyldes. For det andet er der den teoribyggende tilgang, hvor cases bliver udvalgt til at udvikle og forfine udsagn for derefter at udvikle en teori, så den passer, til de cases der undersøges. Det kan f.eks. være et enkelt spørgsmål eller en sætning der undersøges ved hjælp af de udvalgte cases og med udgangspunkt i casene udvikles der en ny og større teori. For det tredje og sidste er der hvad De Vaus kalder kliniske casestudier, hvor casen er i fokus og ikke den

valgte teori. I denne tilgang bruges teorier til at forstå casen og formålet er ikke at *teste* eller *udvikle* teorier, men at *bruge* eksisterende teorier (De Vaus 2001:221-224). Den form for casestudie vi arbejder med i specialet, læner sig op af den kliniske tilgang, idet vi ikke ønsker at teste eller udvikle teorier, men vi bruger derimod eksisterende teorier til at forstå vores case og til at finde ud af, hvad vi skal være opmærksomme på i undersøgelsen af vores case.

Vi er klar over, at vi ikke opfylder alle krav der stilles til et casestudie. De Vaus kritiserer tidligere studier for at kalde deres forskning for et casestudie, selvom de ikke har en kontrolgruppe eller udfører en prætest på den valgte case (De Vaus 2001:230). Vi ønsker i vores casestudie at give et øjebliksbillede af, hvordan magtforholdet i konsultationen mellem jordemødre og svært overvægtige gravide kommer til udtryk. Det optimale i forhold til at foretage en prætest ville i vores tilfælde være, at have kontakt til de svært overvægtige gravide inden de kom til deres jordemoder. Da vi har oplevet, at gruppen af de svært overvægtige gravide kan være svære at komme i kontakt med, har vi brugt jordemødrene som indgangsvinkel og derfor har vi ikke kunnet komme i kontakt med de svært overvægtige gravide, inden de kom til deres jordemoder. På den anden side kan vi dog også argumentere for, at vi ikke har brug for en prætest, idet vi ønsker, at give et øjebliksbillede af vores case og da vi for dette speciale heller ikke ønsker at sammenligne med f.eks. andre grupper af gravide, benytter vi os heller ikke af en kontrolgruppe.

I forskning vil man altid skulle tage stilling til den validitet, ens resultater har. I casestudiet vil den eksterne validitet være svag, idet vi ikke har mulighed for at generalisere vores resultater til en større population, da casen kun består af få respondenter (De Vaus 2001:237). Som skrevet ovenfor, ønsker vi dog heller ikke at sammenligne med andre grupper og derfor bliver dette ikke en svaghed for vores speciale. Modsat den eksterne validitet vil den interne validitet være stærk i et casestudie. Det der kan true den interne validitet, er, hvis man ikke kan udelukke andre faktorer end det man har fokus på i ens forskning (De Vaus 2001:233). Igennem interviews med både svært overvægtige gravide og deres jordemødre har vi mulighed for at få en bred forståelse af vores case og vi kan derved sikre os en høj grad af intern validitet, idet vi kan være meget præcise med at forklare, hvad det er, vi ser i vores case. Validitet og reliabilitet vil blive yderligere diskuteret i afsnittet om *Kvalitative semistrukturerede livsverdensinterviews*.

Videnskabsteori

I dette afsnit vil vi gennemgå vores overvejelser i forhold til videnskabsteori. Gennem overvejelser er vores valg faldet på den fænomenologiske tænkning, da den passer på den måde, vi tænker vores speciale og vores metodiske overvejelser. Det vil i det følgende blive gennemgået, hvordan fænomenologien som videnskabsteori og metode kan bruges og hvordan det påvirker vores metodiske og analytiske tilgange.

Fænomenologi

Fænomenologien skal udover en videnskabsteoretisk tilgang ses som et metodebegreb, der retter sig til forskningens "hvordan". Ved brug af den fænomenologiske metode, søges der ikke efter at opnå generaliserbare resultater, men derimod at komme så tæt på det undersøgte fænomen som muligt og derved afdække de aspekter af fænomenet man finder (Schiermer 2013:15,29). Ved brug af denne videnskabsteoretiske metodetilgang, ønsker vi således ikke, at kunne generalisere vores resultater. Da vi undersøger interaktionen mellem jordemoder og svært overvægtige gravide og kun gør dette indenfor Randers kommune, er det ikke muligt for os at sige noget generelt om, hvordan mødet foregår andre steder i landet. Det vi kan og vil gøre, er at komme i dybden med mødet mellem de to parter i Randers Kommune og derved afdække de aspekter, der er synlige for os i vores tilgang til fænomenet.

Fænomenologi er studiet af den måde, fænomener fremtræder for vores bevidsthed på og er en forstående videnskab, som søger mening i handlinger. Ved den forstående og fortolkende tilgang, kommer man tættere på den sociale virkelighed man studerer, idet man tager udgangspunkt i de involverede personers egne forståelser og fortolkninger. Fænomenologien har fokus på hvert enkelt menneskes erfaringer og betingelser for erkendelse af fænomener, som de fremtræder for mennesket og her spiller sociale relationer en central rolle. Det er således en videnskab med mikroprocesser indenfor social interaktion (Berg-Sørensen 2010:147-149).

I fænomenologiske analyser er fænomenernes fremtrædelsesformer, og betingelserne for at kunne erfare fænomenerne i fokus. Vi kan ikke erkende verden som den virkelig er, men kun som den fremtræder for os. Det er vores bevidsthed omkring fænomenet, der bestemmer, om vi kan erkende dette og gøre det til en del af vores virkelighed (Berg-Sørensen 2010:160). For at komme ind på fænomenet i fænomenologisk analyse, skal der for det første oparbejdes empirisk materiale. For at finde dette, må forskeren i direkte kontakt med den livsverden der undersøges og her kan f.eks. observation, kvalitative interviews og tekstanalyse komme i spil (Bech 2013:104). I vores speciale vil vi netop benytte os af de tre nævnte metoder, hvor vi vil observere på selve interaktionen mellem jordemoderen og de svært overvægtige gravide samt udføre kvalitative interviews med både jordemødre og svært overvægtige gravide (mere herom senere i kapit-

let). Til sidst vil vi også benytte os af tekstanalyse, idet de interviews vi foretager, vil blive transskriberet til tekst for herefter at analysere det nærmere i forhold til vores fokus.

I den fænomenologiske tilgang findes der en relation mellem fænomen og subjekt, som er afgørende for forståelsen af fænomenet. Relationen er kendetegnet ved subjektets intentionaltet, dvs. at subjektet har rettet sin opmærksomhed mod fænomenet og har særlige indstillinger, forestillinger, opfattelser eller værdier, som former, det subjektet erfarer og erkender. Samtidig kan subjektiviteten kun forstås i sin relation til de omgivende fænomener. Hertil kommer begrebet om livsverdenen, hvor vi i vores daglige liv har en lang række grundantagelser af dagligdags karakter, som vi tager for givet og ikke drager i tvivl – den naturlige indstilling. Fænomenologien retter fokus på subjektet som kropsligt, socialt og praktisk indlejret i verden og sætter parentes om de grundantagelser og den naturlige indstilling vi har, for at kunne kritisere disse og erhverve ny viden. Vi har således i forbindelse med vores naturlige indstilling en forudindtaget mening, om det fænomen vi ønsker at erhverve viden om, men for at opnå denne viden om fænomenet, må vi se bort fra vores naturlige indstilling, hvilket netop er det, den fænomenologiske tilgang er med til at fremhæve. Denne måde at se bort fra vores naturlige indstilling kaldes af Husserl for *epoché*, hvor det handler om, at man skal sætte parentes om de fordomme man har, om det fænomen man undersøger, så man kan se fænomenet på en så klar måde som muligt (Berg-Sørensen 2010:161-162; Bech 2013:95-96).

I vores undersøgelse af interaktionen mellem jordemoderen og svært overvægtige gravide, må vi derfor gå til det med et åbent sind uden fordomme. Her handler det både om fordomme overfor de involverede parter, men også fordomme eller forudindtagede holdninger til selve interaktionen. Fænomenologisk forskning bør ligeledes ikke være styret af teori, hvilket vi ikke helt kan se os fri for i dette speciale, da vi fra starten har arbejdet ud fra teoretiske perspektiver omkring magtforhold. Vi ser dog ikke dette som et problem, da teorien ikke handler om fordomme, men blot skærper vores fokus, på det fænomen vi undersøger. Vi ønsker at undersøge magtforholdet mellem parterne, men vi lader os ikke styre af teorien eller fordomme og på den måde er der stadig plads til at se fænomenet klart og tydeligt uden fordomme.

Kvalitative semistrukturerede livsverdensinterviews

Vi vil i det nedenstående gennemgå de metodiske overvejelser, som vi har gjort os for dette speciale. Specialets empiriske grundlag bygger på semistrukturerede interviews, som selvfølgelig adskiller sig fra både strukturerede interviews og åben hverdagssamtale. Der lægges vægt på uddybende svar, både på et faktuel plan og et meningsplan fremfor en kvantitativ tilgang med mange, mindre uddybende, interviews. Alan Bryman (2008) forklarer, at de mere strukturerede interviews hører til den kvantitative tilgang, hvor svarene i høj grad skal være lette at kode. Derforuden beskriver han også to former for kvalitative interviews – den ustrukturerede tilgang og den semistrukturerede tilgang (Bryman 2008:436-437).

Vi vil i det følgende afsnit gennemgå grundprincipperne for den semistrukturerede interviewtilgang, som vi benytter os af. Der vil dertil også være en beskrivelse af hvilke overvejelser, vi har gjort os i forbindelse med etik, sampling og transskribering.

Semi-strukturerede interviews

Den metodiske tilgang for specialet har været at interviewe de svært overvægtige gravide, som benytter sig af jordemodercenteret i Randers samt at interviewe de jordemødre, som har kontakt med de svært overvægtige gravide. Dette gøres, for at kunne redegøre for mødet og karakteren af et magtforhold mellem disse to parter. Ud fra den kvalitative tilgang er vi således interesserede i den interviewedes synspunkt, hvilket også stemmer overens med vores videnskabsteoretiske vinkel. Vi søger derfor detaljerede svar, hvor både eksplicite beskrivelser og det der siges "mellem linjerne" lyttes til, så det danner det bedst mulige grundlag for den videre analyse. Ved den semistrukturerede tilgang tages der selvfølgelig udgangspunkt i en interviewguide, dog følger man ikke denne slavisk, men giver derimod interviewer en vis fleksibilitet til at afvige fra skemaet for at få uddybet vedkommende svar (Bryman 2008:437-439). Intervieweren kan således også stille nye spørgsmål, som interviewer måske tidligere ikke har været opmærksom på eller ligefrem ikke har fundet interessant eller meningsfyldt for emnet. Dermed kan det semistrukturerede interview producere nye aspekter, som man tidligere ikke har været opmærksom på og både interviewer og den interviewede kan pludseligt få øje på relationer, som i andre sammenhænge ikke har været givet (Kvale & Brinkmann 2009: 49).

De anvendte interviewguides (se bilag 1 og 2) er blandt andet formuleret på baggrund af den teoretiske opbygning af specialet, så vi i analysen kan finde ud af, hvordan problemstilling og teoretiske begreber hænger sammen. Med vores viden fra litteratursøgningen og viden om jordemoderens arbejdsgange, har vi udformet en liste af overemner og derefter underkategorier i form af spørgsmål, som vi gerne vil komme nærmere ind på under interviewene. Vi kan dog, som skrevet ovenfor, sagtens afvige fra denne liste og følger ikke rækken af spørgsmål slavisk, samtidig med at vi har mulighed for at tilføje og ændre spørgsmål, så de passer til kon-

teksten og så samtalen i højere grad føles naturlig og flydende. Vi vil dog bruge interviewguiden som en form for tjekliste, så vi er sikre på, at vi har berørt de ønskede og relevante emner (Bryman 2008:438).

Som nævnt benytter vi os af de teoretiske begreber til dannelsen af interviewguiden, da dette giver os et fokus på, hvad vi skal spørge ind til i interviewene for at fange information omkring magtforholdet. Vi er dog opmærksomme på, at vi selvfølgelig ikke kan bruge selve begreberne i spørgsmålene til hverken de svært overvægtige gravide eller jordemødrene. Dette undlades for ikke at gøre interviewet ledende og derved ikke opnå det ønskede udbytte. Derudover har vi tilegnet os en baggrundsviden efter udarbejdelsen af eksempelvis det teoretiske afsnit og litteratursøgningen, som de fleste, hvis ikke alle interviewpersonerne, ikke er bekendt med. Ved brug af disse begreber, ville vi måske opleve, at interviewpersonerne ikke ville vide, hvordan de skulle svare på spørgsmålet eller ligefrem slet ikke forstå det korrekt. I udarbejdelsen af interviewguiden er de teoretiske begreber derfor blot blevet brugt som ramme og med begreberne in mente, har vi forsøgt at benytte et mere hverdagslignende sprog og stadig forsøgt at indfange de relevante emner (Bryman 2008:242-243).

Foruden at benyttelse af teoretiske begreber kan være ledende i interviewsammenhænge, må vi også overveje på hvilken måde, vi vil stille spørgsmålene. Vi vil her forsøge at få interviewpersonens naturlige synspunkter, holdninger og meninger frem og ikke fremtvinge et udsagn via den måde spørgsmålene er stillet. Dog lader vi dem muligvis tage stilling til emner, som de ikke har berørt tidligere, da det er emner vi finder relevante for specialet. Vi vil dog stadig forsøge at gøre dette ved hjælp af en meget naturlig tilgang (Bryman 2008:445).

Steiner Kvale og Svend Brinkmann (2009) omtaler ni former for spørgsmål. Ni former som de fleste interviews kan komme til at indeholde og som i høj grad gør det. Han nævner først og fremmest de introducerende spørgsmål, som en form for indledende tilgang til emnet man beskæftiger sig med. Det handler som regel om en specifik situation eller begivenhed, som interviewpersonen bliver bedt om at beskrive eller have in mente ved de næste spørgsmål. De resterende spørgsmål omhandler den videre gang i interviewet – hvordan man kan følge op på det indledende spørgsmål. Man kan derfor vælge de forskellige former for spørgsmål alt efter hvilken hensigt, man har med interviewet. Det kan være opfølgende eller sonderende spørgsmål, direkte eller indirekte spørgsmål. Man kan også benytte sig af specificerende, strukturerende eller fortolkende spørgsmål – alle disse former for spørgsmål kan dog være overlappende og til tider være svære at kategorisere – men hvordan man vælger at følge op på et svar, handler hovedsageligt om, hvilke hensigter man har for interviewet og selvfølgelig også af interviewpersonens svar på eksempelvis det indledende spørgsmål. Til sidst kommer de ind på, hvordan man kan bruge tavshed i mellem sine spørgsmål, for at få interviewpersonen til at reflektere over spørgsmålene og sine svar og derved få mere ud af interviewpersonens svar (Kvale & Brinkmann 2009:155-157).

For at kunne følge korrekt op på interviewpersonens svar, kræver det først og fremmest, at interviewer er dygtig til at lytte og være opmærksom på det non-verbale. På den måde vil man kunne fange, hvad der ligger mellem linjerne og man vil også hurtigt kunne opfange, hvis interviewpersonen ikke bryder sig om et evt. spørgsmål og forsøger at undvige eller afskærme (Bryman 2008:447).

Da interviewpersonerne for vores speciale præsenterer to forskellige grupper, har vi også valgt at lave to forskellige interviewguides. Dette er selvom den bagvedliggende teori, er den samme og at casen er ens for dem begge – altså mødet i mellem de to parter. Men da vi ud fra teorien er opmærksomme på et givent magtforhold og at den ene gruppe sidder som fagperson, differentieres der i spørgsmålene. Vi har således lavet en interviewguide til de semistrukturerede interviews med de svært overvægtige gravide og en anden interviewguide til de semistrukturerede interviews med jordemodergruppen. Dog indeholder begge interviewguides det samme emnefokus.

Sampling

Vi har i begyndelsen af arbejdet med specialet undersøgt, hvor i landet de gennem kommune, hospital eller region har forsøgt at lave tiltag for de svært overvægtige gravide. Ikke fordi vi på den måde havde interesse i at evaluere projektet eller indsatsen, men for at have en indgangsvinkel til at komme i kontakt med svært overvægtige gravide. Dette er nemlig en meget svær målgruppe at få fat i, da vi kontakter dem på baggrund af, at de er svært overvægtige. Randers kommune har lavet en indsats, hvor motion og selvindsigt er i fokus. Med hjælp fra fysioterapeuter, diætister og jordemødre kommer tværfagligheden i spil til gavn for den svært overvægtige gravide. De har oprettet det de kalder for "Mamma Move", hvor de tilmeldte kan få hjælp til at ændre deres dårlige vaner og hvor information er i højsædet.

Gennem fagpersoner som sekretærer ved Randers Sundhedscenter, fysioterapeuter og jordemødre, er vi kommet i kontakt med 4 svært overvægtige gravide, som var villige til at deltage i et interview. Der har været fire hold med hver 8 svært overvægtige gravide tilknyttet, så vi må konstatere at størstedelen ikke vil interviewes, men ved at vi har mødt op og deltaget på Mamma Move-holdet, har vi skaffet yderligere 3 interviewpersoner og ender derfor med at have kontakt til 7 svært overvægtige gravide. Vi lader det være op til den svært overvægtige gravide, hvor de gerne vil interviewes, så de på den måde kan føle sig bedst tilpas og mest tryk. Vi ville også gerne interviewe de jordemødre, som de svært overvægtige ville møde til konsultationerne og vi fik derfor en aftale med jordemodercenteret i Randers, hvor der er tilknyttet tre jordemødre, som har taget sig af konsultationerne med de svært overvægtige gravide.

Trods det, at vi har haft personlig kontakt med flere svært overvægtige gravide, har det været svært at få dem til at medvirke i interview og der var flere svært overvægtige gravide, som vi

gerne ville have interviewet, som ikke har ønsket at medvirke. En tanke om dette har i høj grad også været, at disse kvinder har en anden historie og baggrund end de kvinder, som frivilligt har villet deltage. Vi tænker, at de svært overvægtige gravide som gerne vil deltage i interviewene, også har en anden selvtillid og forståelse af emnet, end dem som ikke har lyst til at deltage. Vi kan derfor også bekræfte, at emnet er ømtåligt og en smule tabubelagt.

Overvejelser om mulige telefoninterviews

Vi vil forsøge, så vidt muligt, at foretage interviewene ansigt til ansigt. Dette er at fortrække, for netop også at have fokus på det non-verbale og på det som kunne ligge "mellem linjerne". På den måde vil vi få en meget større forståelsesramme for interviewpersonens holdninger og meninger og giver indblik i, hvordan sætninger skal tolkes i tilfælde af eksempelvis ironi eller sarkasme. Vi har tidligere oplevet, at interviewpersoner har en ironisk distance til svære emner, som specialets omdrejningspunkt må siges at være, og disse finurligheder har vi ikke fanget ved telefoninterviews. Vi ved dog, at nogle af vores kontaktpersoner kan være svære at mødes med grundet manglende interesse for deltagelse eller fordi disse ikke har lyst til at sidde ansigt-til-ansigt med en fremmed person og vi vil i de tilfælde vurdere, om det giver mening at benytte os af telefoninterviews. Telefoninterviews kan variere meget i kvaliteten sammenlignet med et almindeligt ansigt-til-ansigt-interview. Dog har telefoninterviewet også nogle gode sider, da det for nogen kan være nemmere at både spørge og svare på sensitive spørgsmål (Bryman 2008:457).

Optagelse og transskribering

Under interviewene har vi valgt at optage lyden, da vi mener, det giver os en større grad af koncentration til at lytte og observere, end hvis vi skulle tage notater undervejs i forhold til hvad interviewpersonen siger. Vi vil i stedet forsøge at benytte muligheden til at få stillet de rigtige og nødvendige spørgsmål og få samlet op på interviewpersonens svar. Der kan dog også være ulemper ved at benytte optagelsesudstyr og den mest relevante i dette speciales sammenhæng er interviewpersonernes bevidsthed, omkring det de siger. Interviewet kan derfor blive knapt så flydende eller interviewpersonen kan måske ligefrem undlade at sige eller fortælle relevante ting, idet interviewet optages. Vi tænker, at dette i højere grad må gælde for jordemoderen end for den svært overvægtige gravide, da jordemoderen i højere grad end den gravide kan komme til at stå til ansvar for det sagte. Vi har dog på intet tidspunkt tænkt os, at bruge udsagnene på denne måde og alle interviewdeltagere vil selvfølgelig være anonyme.

Grundet optagelse af interviewene, kan længden heraf også variere en del. Trygheden omkring optagelsesudstyret påvirker i høj grad længden af interviewet. Dog er det ikke det samme som kvaliteten af interviewet og et kort interview kan, såvel som lange interviews, repræsentere præcise beretninger om emnet (Bryman 2008:451-452).

Efter endt optagelse af interview, vil vi forsøge at transskribere interviewet kort tid efter, så det observerede i højere grad også kan nedfældes. Vi vil her forsøge at tilføje fyldord, hvor det giver mening, så attitude og indstilling også bliver indfanget. På den måde kan det ses i teksten, hvis interviewpersonen holder en pause for at tænke over spørgsmålet, har svært ved at svare på et stillet spørgsmål, benytter sig af en ironisk distance eller bliver ked af det - observationer som er svære at få med på lydoptagelsen, men som er givet, ved at interviewet er foregået ansigt-til-ansigt (de transskriberede interviews er vedlagt som Bilag 3 på CD).

Overvejelser om resultaternes generaliserbarhed

Hvis man benytter respondenter til viden i en sådan undersøgelse, er det en god ide, at disse er tilfældigt indsamlet. På den måde bliver udsnittet bredt og mere repræsentativt for den population man ønsker at undersøge. Det har ikke været muligt for vores speciale at gøre udsnittet repræsentativt, da vi mener, at vi trods alt indfanger et mere relevant interview, hvis interviewpersonen melder sig frivilligt. Hvis opgaven havde været at evaluere Mamma Move-tiltaget, havde vi i højere grad været nødsaget til at tale med en mere repræsentativ gruppe. Vi har dog forsøgt at samle en gruppe, hvor der både er første-, anden- og tredjegangsfødende, da dette også giver forskellige oplevelser af forløb i takt med eksempelvis tilegnet baggrundsviden. Vi har truffet et valg om, at dette ikke behøver at være generaliserbart for hele Mamma Move-holdet og i særdeleshed heller ikke for de svært overvægtige gravide i Randers kommune. I stedet har vi valgt at fokusere på netop de interviewede kvinders oplevelse af mødet med jordemoderen.

Ser vi på gruppen af udvalgte jordemødre, kan disse heller ikke generaliseres for jordemodercenteret i Randers. Vi har at gøre med fagfolk, som er specialiserede i overvægt og hvis viden og erfaring omkring emnet er større end hos den almindelige jordemoder. Dette kan give en vis vridning i resultatet, da disse fagpersoner er meget mere opmærksomme på de problematikker, der ligger hos gruppen af svært overvægtige gravide og deres faglighed står måske derfor også i højere grad på spil, end hvis det havde været en jordemoder uden erfaring indenfor netop dette felt.

Vi kan heller ikke generalisere forholdet mellem jordemoderen og den svært overvægtige gravide ud på andre forhold mellem jordemoder og svært overvægtige gravide, da de involverede har et andet forhold til hinanden gennem Mamma Move-tiltaget. De involverede har derfor oftere kontakt end hvis der blot havde været tale om almindelig konsultation. Den viden vi finder skal derfor ikke bruges til at beskrive en population eller anden form for større gruppe, men derimod skal den bruges til at beskrive en enkeltstående case i overensstemmelse med vores videnskabsteori.

Ved at interviewe både jordemoderen og den svært overvægtige gravide samt at observere ved konsultationerne, får vi ikke blot den svært overvægtige gravides følelser omkring mødet

med, men også hvad der rent faktisk sker ved konsultationen. Graden af magt er derfor ikke kun givet ved udsagn fra den ene part, men fra begge samt viden fra en upartisk observation. Trods det at vi ikke kan generalisere respondenternes svar, har vi alligevel mulighed for at kigge på emnet som et strukturelt og samfundsmæssigt problem, da vi medtager magtfænomenet, som i høj grad er givet ved den statslige styrede viden.

Etiske overvejelser omkring den kvalitative metode

Gennem interviewene med både de svært overvægtige gravide og jordemødrene vil vi forsøge, så vidt muligt, at arbejde med en etisk korrekthed, som indebærer, at vi ikke nævner ord som eksempelvis normalisering, stigmatisering, diskriminering og magt. Disse undlades på trods af valgte teories grundlag og begrebsapparat og at det er ud fra disse begreber vi undersøger forholdet mellem de to parter. Vi vil i stedet forsøge at benytte hverdagseksempler og –ord, for på den måde at vinde større tillid til især den svært overvægtige gravide. Vi har en formodning om, at det for jordemødrene gælder, at disse i højere grad er klar over den magt de udøver, da de er skolet i at forholde sig til mødet på en bestemt måde. Derfor gælder det i denne sammenhæng at få jordemoderen ud af sit fagsprog og ind i en mere personlig samtale, hvorfor vi også bruger hverdagseksempler.

Foruden at tage hensyn til det der for nogen kan virke ømtåligt og sensitivt, er der også mere generelle hensyn at tage. Eksempelvis har vi at gøre med menneskers private liv og højtidlige begivenheder at gøre, derfor må vi fra staten af undersøgelsen til slutningen heraf tage stilling til offentliggørelse m.m. Dette er både ved printning, uploading på projektdatabase og udlevering af eksemplarer til de involverede parter.

Med hensyn til interviewpersonerne, har vi forsøgt at informere dem om baggrunden for spejlet, så de har været bevidste om, hvad de er gået ind til og hvad de skal interviewes om. Samtidig har vi ikke villet fortælle dem om den bagvedliggende teori, da vi som sagt ikke vil lede dem i spørgsmålene eller skræmme nogen væk eller påvirke dem til at synes, at de skal vinkle deres spørgsmål i en bestemt retning. Desuden har vi forklaret dem, at det er tilladt, ikke at ville svare på bestemte spørgsmål eller helt at trække sig fra interviewet, hvis man alligevel ikke har lyst. Vi har selvfølgelig også gjort respondenterne opmærksomme på, at de er sikret anonymitet og at fortrolighed er i højsædet. Dette sikres ved, at vi navngiver interviewpersonerne under dæknavn ved transskriberingen og slører eller ligefrem undlader sensitive og personlige oplysninger og begivenheder. Vi er dermed påpasselige med, ikke at kunne linke de brugte citater til bestemte personer (Kvale & Brinkmann 2009:80-81,89-91).

Reliabilitet og validitet – eller mangel på samme

Ved kvalitative studier er det, som skrevet i ovenstående, svært at generalisere det indsamlede materiale, da gruppen oftest ikke er repræsentativ, derfor er den eksterne validitet i bund. Som nævnt i afsnittet om forskningsdesign, er det for dette heller ikke afgørende, da det bl.a.

ikke er formålet med vores speciale, idet vi ønsker et øjebliksbillede af vores case og derfor går i dybden med vores case.

På trods af den lave eksterne validitet er det muligt for at få udbytte af den interne validitet. Kortfattet handler den interne validitet om, om man undersøger det, man vil undersøge, altså sættes der spørgsmålstejn ved gyldigheden af undersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009:272). Ved kvantitative studier, kan gyldigheden være svær at gennemskue, og den kausale sammenhæng er som regel aldrig entydig. Ved at benytte semi-strukturerede interviews har vi mulighed for at spørge ind til de udsagn, som interviewpersonerne kommer med og gøres dette i tråd med vores interviewguide og dermed også vores teoretiske standpunkt, vil den viden, vi får ud af dette, afspejle de begreber og fænomener, vi beskæftiger os med i specialet.

Ved at benytte den semi-strukturerede interviewform påvirker vi også reliabiliteten. Der er her tale om troværdigheden af forskningsresultaterne og om, hvorvidt det er muligt for andre forskere at finde samme resultat på et andet tidspunkt (Kvale & Brinkmann 2009:271). Umiddelbart ville reliabiliteten være svag, da vi benytter os af semistrukturerede interviews. Andre forskere vil derfor have svært ved at gengive nøjagtigt det der er blevet spurgt ind til, som variere alt efter, hvilke svar vi får fra interviewpersonen. Så med mindre interviewene bliver foretaget med samme interviewperson, vil det være svært at opnå præcis samme resultat. Desuden vil svaret fra samme respondent eller interviewperson afhænge af dennes sindstilstand og livssituation og en beskrivelse af en begivenhed eller situation kan derfor variere

Observation

Vi har i vores speciale ønsket at benytte os af observation ved forskellige lejligheder. For det første har vi i vores tilgang til vores undersøgelsesfelt brugt observation, hvor vi har kunnet komme i kontakt med svært overvægtige gravide og derigennem finde interviewpersoner. For det andet har haft et ønske om, at deltage i nogle jordemoderkonsultationer med svært overvægtige gravide. Dette vil give os en mulighed for at se, hvordan en konsultation foregår og om der er nogle ting i magtforholdet, som vi ikke havde fundet ved blot at interviewe de involverede parter.

Når der bruges observation som metode, gøres det ofte over en længere periode, hvor man i højere grad er en del af det felt, man undersøger. Med den tidsramme vi har for specialet, er det ikke muligt for os, at undersøge feltet over en længere periode og derfor er vores observation en form for *mikro-observation*, hvor vi fokuserer på et bestemt aspekt i den gruppe vi undersøger (Bryman 2008:403). Da vi bruger vores observationer som en form for eksplorativ tilgang til feltet og en måde hvorpå vi kan skabe en kontakt til svært overvægtige gravide, har vi dog heller ikke brug for at være knyttet til feltet i en længere periode. Vores metodiske fokus ligger på de kvalitative interviews og derfor bliver observationerne blot en måde at få adgang til feltet på samt at undersøge selve konsultationen for magtforhold vi ikke kan finde ved interviews.

Noget af det der er væsentligt, når man bruger observation, er at få adgang til det felt, man ønsker at undersøge. Denne adgang kan vanskeliggøres, hvis feltet er forholdsvist lukket og samtidig handler det også om, hvordan man som forsker ønsker at tilgå feltet. Ønsker man at blive en integreret del af feltet som en deltagende observatør, kan man vælge at have en skjult rolle. Dette vil sige, at man deltager i feltet på lige fod med dem, man ønsker at undersøge og man derved *skjuler* sin 'sande identitet' som forsker. Da vi som skrevet ikke ønsker at indgå i feltet over en længere periode, har vi valgt at have en *åben* dialog omkring vores agenda og derved ved alle, hvorfor vi er tilstede (Bryman 2008:403-405). Vi ville dog heller ikke kunne deltage på lige fod med andre i feltet, da vi hverken er gravide eller svært overvægtige og vi ville derved ikke kunne "skjule" os bag denne facade.

Vores første observation fandt sted til møde med et af Randers kommunes Mamma Move-hold, hvor svært overvægtige gravide mødes for bl.a. at træne og tale om hvordan det går med graviditeten. Her forklarede vi overfor de svært overvægtige gravide, hvad vores formål var og deltog herefter i træningen og de efterfølgende samtaler omkring graviditeten. Herigennem fik vi nogle kontakter til svært overvægtige gravide, som gerne ville deltage i interviews.

Når man har fået adgang til feltet, må man efterfølgende overveje, hvilken observatørrolle, man vil påtage sig, f.eks. deltagende eller observatør (Bryman 2008:410-411).

Som skrevet, har vi ved alle observationer haft en åben rolle, således at alle ved, hvorfor vi er der og hvad vores formål er. Derudover har vi dog haft lidt forskellige roller under udførelsen af vores observationer. Ved deltagelse på Mamma Move-holdet har vi til dels haft en deltagende rolle, da vi deltog på holdet sammen med de svært overvægtige gravide. Derimod vil vi ved jordemoderkonsultationerne have en mere tilbagetrukket rolle, hvor vi ikke kan have en deltagende rolle, men i stedet agere som *komplette observatører*. Her interagerer vi ikke med nogen, men vil blot være med på sidelinjen for at observere konsultationen.

Et vigtigt led, når man bruger observation som metode, handler om at tage noter af de handlinger, man observerer på. Det er vigtigt at få taget noter hurtigst muligt og helst i det øjeblik, hvor handlingen sker. For at noterne skal kunne bruges til en efterfølgende analyse, er det vigtigt at gøre dem så detaljerede som muligt, så man til hver en tid kan vende tilbage og bruge noterne igen. Udover at få skrevet noter til selve handlingen, kan det også være en god ide at skrive ned med det samme, hvad man finder interessant ved netop den handling eller samtale. Det kan nemlig være svært, at genkalde hvilken følelse og refleksion man havde i forbindelse med den situation, man skrev ned (Bryman 2008:417). Denne tilgang med at skrive noter med det samme handlingen sker, kan vi benytte os af, når vi observerer en jordemoderkonsultation. Her kommer vi til at sidde tilbagetrukket uden at være en del af selve handlingen og har derfor mulighed for at sidde med papir og tage noter.

Der er dog situationer, hvor det ikke er belejligt at gå rundt med notesblok og blyant. Det kan for det første virke hæmmende overfor de interagerende personer, da de kan føle sig overvåget og derved bliver de mere bevidste om deres handlinger (Bryman 2008:417). Derudover kan der også være situationer, hvor det ikke er muligt at medbringe papir til noter, hvilket var tilfældet for os i situationen på Mamma Move-holdet. Da vi her var deltagende i træningen, var det ikke muligt for os at tage noter med det samme og derudover er overvægt ofte et sårbart emne at tale om, derfor fandt vi det heller ikke passende ved de efterfølgende samtaler at sidde med papir for at tage noter. Derfor var vi her nødsaget til først at tage noter efterfølgende, hvilket også fungerede godt for os, da vi gjorde det umiddelbart efter og derved var situationerne stadig klare i vores erindring.

Oversigt over informanter

I dette afsnit præsenterer vi vores informanter. Oversigt med informationer omkring de svært overvægtige gravide findes i Tabel 4. For at bevare de svært overvægtige gravides anonymitet har vi givet dem andre navne, så navnene i tabellen er nogle, vi har fundet på.

Tabel 4 – Oversigt over informanter (de svært overvægtige gravide)

Navn	Alder	BMI	Civilstatus	Uddannelse	Første- el. flergangsfødende	Overvægten og andre facts
Kirsten	-	30	Gift	Mellemlang videregående uddannelse	Flergangsfødende	Har ikke altid været overvægtig, men har, ifølge hende selv, haft stærke knogler.
Trine	28	35	Single	Kort uddannelse	Førstegangsfødende	Tog på efter at have været i et voldeligt forhold (som 19-årig). Fik medicin for depression og havde svært ved at komme af med kiloene igen. Begyndte at træne inden graviditeten og tabte 10kg.
Hanne	28	30	Gift	Sundhedsfaglig, kort videregående uddannelse	Flergangsfødende	Har altid været lidt stor, men det blev værre da hun lærte sin mand at kende. Hendes mand er også overvægtig. Tog 35kg på ved første graviditet, men har tabt det igen. Hun mener overvægten primært kommer af forkerte spisetidspunkter.
Sofie	30	33	Gift	Sundhedsfaglig, mellemlang videregående uddannelse	Flergangsfødende	Har været overvægtig i 12 år. Var meget aktiv som ung, men begyndte at tage på som 16-årig da hun fik en kæreste og kom på p-piller. Hun blev ked af at have taget på, men havde svært ved at komme af med kiloene igen. Hun spiste når hun var ked af det. Hun tog omkring 30kg på. Hendes mand er normalvægtig. Far og søskende er også overvægtige – moderen har altid været mager. Besluttede efter første barn at gøre noget ved vægten og tilmeldte sig fitnesscenter og fik tilknyttet en personlig træner.
Laura	33	34	Gift	Sundhedsfaglig, kort videregående uddannelse	Flergangsfødende	Har været overvægtig siden hun var 15, hvor hun inden ellers var "åleslank", og hendes vægt svinger meget. Har en stofskiftesygdom, som gør at hun har svært ved at tabe sig. Hendes vægt svinger mellem plus/minus 40kg. Hendes mand er også overvægtig og kvinderne på hendes mors side er generelt overvægtige.

Tabellen skal være med til, at holde styr på hvem der er hvem, når vi bruger citater fra de svært overvægtige gravide videre i analysen. Informationerne skal være med til, at give et overblik over de svært overvægtige gravides situation og hvordan de tidligere har forholdt sig til deres overvægt.

Når vi bruger citater fra jordemødrene, vil det blot blive angivet ved, at der står "jordemoder" under citatet. Der findes således ikke en personlig præsentation af jordemødrene og de bliver heller ikke omtalt med navne. Dette valg har vi truffet, idet vi bruger jordemødrene som fagpersoner og deres ekspertise på området. Vi mener derfor ikke, at vi eller læseren har brug for at vide noget om jordemoderen som privatperson.

Analyse

I dette afsnit vil det forudgående teoretiske og empiriske arbejde blive analyseret med magtforholdet i fokus. I forhold til vores problemformulering er det givet, at vi arbejder med to aspekter inden for magtforholdet. Det første aspekt handler om, hvordan vi ser magtforholdet komme til udtryk mellem jordemødrene og de svært overvægtige gravide og det andet aspekt handler om, hvordan vi ser virkningen af magtforholdet komme til udtryk. På grund af dette er det således naturligt, at vores analyse er opdelt i to dele.

Vores analysestrategi har været at gennemgå de transskriberede interviews ad flere omgange med fokus på henholdsvis magtforholdet og virkningen. Ud fra empirien vil vi derfor beskrive magtforholdet og virkningen og de teoretiske aspekter vil blive inddraget, når dette giver mening i forhold til empiriske holdepunkter.

Analysedel 1: Magten

En motiverende samtale vedrørende livsstilsændringer

I dette afsnit vil vi ud fra empirien blandt andet se på, hvordan jordemødrene håndterer anbefalingerne fra 'Anbefalinger for Svangreomsorgen' og hvordan dette bliver opfattet af de svært overvægtige gravide.

I 'Anbefalinger for Svangreomsorgen' kan man læse, at jordemødre allerede ved første jordemoderkonsultation anbefales at føre "[...] *en motiverende samtale vedrørende livsstilsændringer*". Denne anbefaling ser vi også jordemødrene benytte sig af og flere af jordemødrene refererer til denne første samtale, da denne samtale er længere end resten af forløbets konsultationer. Det er her jordemødrene fortæller de svært overvægtige gravide om alt det, som de også fortæller alle de andre gravide, dog finder de også tid til at snakke med dem om kost og motion:

"Den første jordemoderkonsultation hvor de er her i 40 min, 40 min lyder af lang tid men det er det faktisk ikke når man skal ind omkring alt det andet basale, som vi nu skal i konsultationerne, men også at snakke noget kost med dem, fordi jeg kan tilbyde dem at komme til diætist, men hvad så hvis de ikke vil det?"

Jordemoder

I citatet ovenfor ses det tydeligt, at trods det at tiden er længere ved første konsultation mener jordemoderen, at "alt det andet basale" fylder tiden og at samtale om kost og motion kommer ud over, hvilket kan være problematisk, hvis de svært overvægtige gravide ikke har lyst til at tage i mod tilbuddet om eksempelvis diætist, som citatet her gør opmærksom på. Jordemoderen fortsætter:

Jeg har lige haft en førstegangsfødende eller førstegangsgravid, som.. Hun ønskede ikke at komme til diætist og hun.. Men jeg synes bare hun virkede motiveret for noget kostomlægning og så spurgte jeg om så ville komme her igen om fire uger, selv om det sådan er lidt uden for bogen og hvad hun nu skal. Jamen det ville hun gerne, så tænkte jeg bare jamen så skal hun fandme også have den ekstra tid. Fordi så kan jeg måske følge op på det, ikk?"

Jordemoder

Jordemoderen tilbyder den svært overvægtige gravide at komme til diætist, men hvis den svært overvægtige gravide som i dette tilfælde ikke har lyst til det, tilbyder jordemoderen en ekstra ydelse, som der normalvis ikke er plads, råd eller rum til. Hun tilbyder således selv at påtage sig ansvaret for kostomlægningen, for forhåbentligt at få lavet en livsstilsændring ved den svært overvægtige førstegangsfødende.

Jordemoderen i ovenstående citat har uddannelse inden for ernæring og mener derfor, hun kan gøre en forskel for den svært overvægtige gravide ved at lade den svært overvægtige gravide komme til konsultationer oftere end normalt.

Vi ser således, at de svært overvægtige gravide i nogle tilfælde kan få tilbudt flere ydelser end normalen, hvis jordemoderen mener, at motivationen fra den svært overvægtige gravides side er der. Alle tre jordemødre har således givet udtryk for, at de meget gerne vil hjælpe de svært overvægtige gravide i den rigtige retning, men at dette selvfølgelig kun kan lade sig gøre, hvis de svært overvægtige gravide selv gør noget for det. Jordemødrene er klar over deres begrænsninger og de ser sig selv som værende støttende og motiverende nærmere end eksempelvis dikterende. Dog synes vi også at kunne se det modsatte, hvis motivationen for livsstilsændring ikke vises hos den svært overvægtige gravide. En anden jordemoder udtrykker sig således:

"Ja, fordi vi vil jo helst være den søde jordemoder og det er [vi] ikke, vi er ikke søde! Vi er faktisk lede og der er også nogen der kun kommer ved os en gang, altså.. Men vi kan jo ikke elske alle og det skal vi heller ikke. Og den skal man jo sådan lidt udover."

Jordemoder

Jordemoderen udtrykker i ovenstående citat, at hun, sammen med sin kollega, ikke behandler de svært overvægtige gravide lige, hvilket kan resultere i, at den svært overvægtige gravide kun kommer hos pågældende jordemoder én gang. Vi mener ikke, at man som sundhedsprofessionel behøver at elske sin patient, men opgaven er at sørge for, at de får en lige behandling. Vi tror dog heller ikke, at jordemoderen som sådan elsker nogle af sine patienter, men vi mener dog stadig, at citatet tydeligt viser, at der gøres forskel på de svært overvægtige gravide og at hun ikke giver dem lige behandling.

Men hvad er lige behandling i dette tilfælde? For er enhver svær overvægtig gravid ikke forskellig fra de andre svært overvægtige gravide? Vi oplever i hvert fald, at jordemødrene bestræber sig på, at give den enkelte svært overvægtige gravide en personlig vej-

ledning og rådgivning og tager udgangspunkt i, hvad den svært overvægtige gravide ved om emnet og hvordan de svært overvægtige gravide begår sig i sundhedsfeltet.

I interviewene har vi som sagt ikke spurgt direkte ind til magtforholdet eller på anden måde brugt ordet 'magt' i det talte. Dog så vi tydelige eksempler på, at de gennem statens indvirkning udøver flere former for magt. Vi har spurgt ind til, om jordemødrene fulgte andre retningslinjer for de svært overvægtige end ved de normalvægtige gravide. Her var de alle enige om, at der ikke var særskilte retningslinjer for svært overvægtige og at de i alle tilfælde vejledte i kost og motion. Dog har vi set, at der eksempelvis er retningslinjer for, at overvægtige gravide kun må tage 6-9 kg på, hvilket ikke anbefales på samme vis til almindeligvægtige gravide. De jordemødre vi har interviewet anbefaler dog de svært overvægtige gravide kun at tage maks. 5 kg på. Dette er ikke retningslinjer fra sundhedsstyrelsen, men anbefalinger som jordemødrene har taget til sig fra andre lande. Således udtaler en jordemoder sig:

"Ja, altså i den der [henviser til en pjece, der udleveres til alle gravide] 6-9 [kg] og vi siger jo egentlig at hvis de kan nøjes med under 5 [kg] så gør det bestemt ikke noget"

Jordemoder

Herved så vi også, at jordemødrene gennem deres viden udvider og drejer retningslinjerne. Man kan sige, at teknologien, deres knowhow, resulterer i en anden vejledning, end hvad der er givet fra statens eller sundhedsstyrelsens side – altså udmønter jordemødrenes teknologi sig i de teknikker, de bruger over for de svært overvægtige gravide. Dog læner jordemødrene sig op ad retningslinjerne og modificerer dem i forhold til hvad, de mener, der er godt eller skidt for den svært overvægtige gravide. For der er ingen tvivl om, at jordemødrene i høj grad blot vil de svært overvægtige gravide det bedste med hensyn til kost og motion. Der er dog ingen tvivl om, at det er ved kosten jordemødrene sætter hårdest ind og spørger meget direkte hertil. De mener, at det er her, de kan rykke de svært overvægtige gravide længst. Samtidig har de også et ekstra kort på hånden i form af henvisning til diætist – denne mulighed har jordemødrene ikke, når det gælder motion. I forbindelse med et af vores interviews kommer samtalen ind på kost og svær overvægt og den ene jordemoder taler i den forbindelse om gastric bypass operationer og andre fedmeoperationer:

"...men jeg synes jo det er rarest, hvis man kan komme uden om de indgreb og så.. Jeg vil jo gerne hjælpe folk til at tabe sig."

Jordemoder

De jordemødre vi har talt med, vil gerne tage et ansvar i forhold til at hjælpe de svært overvægtige gravide med at ændre nogle vaner, så de ikke tager for meget på under graviditeten. Til det bruger de forskellige metoder og det kan diskuteres om disse metoder er den rigtige form for tilgang til de svært overvægtige gravide. Men en ting er dog

sikkert og det er, at de gennem deres position som sundhedsfaglig person og gennem deres dertilhørende viden benytter sig af metoder, som går 'lige på og hårdt' og lige til grænsen. For nogle af de svært overvægtige gravide går det også over grænsen.

Jordemødrene er anbefalet at tale med den svært overvægtige gravide om livsstilsændringer, dog er jordemoderen ikke uddannet hverken diætist, ernæringsekspert, fysioterapeut eller anden form for fysisk instruktør. Alligevel rådgiver og vejleder jordemødrene herefter og almindelig sund fornuft bliver ofte taget i brug. Dog kan man ikke sige, at uddannelse indenfor fedmeproblematikker har fyldt alverden. Den eneste jordemoder, som har været på efteruddannelse, som kan bruges i forhold til denne vejledning om livsstilsændring, har selv betalt for sin vægtstoprådgiveruddannelse. Denne uddannelse giver indsigt i, hvordan man kan støtte overvægtige og svært overvægtige voksne i forhold til vægtstop eller vægttab og er derfor ikke direkte møntet på svært overvægtige gravide (Sundhedsstyrelsen 2011). Der er derfor ingen af de jordemødre vi har interviewet, som direkte er blevet skolet i, hvordan motivationen hos den svært overvægtige gravide kan transformeres til eventuelle livsstilsændringer eller hvordan den svært overvægtige gravide endnu engang ikke skal føle sig stigmatiseret i mødet med sundhedsvæsenet, fordi det endnu engang handler om hendes overvægt og ikke – i disse tilfælde – de lykkelige omstændigheder.

Opsummerende kan man sige, at jordemødrene ikke giver de svært overvægtige gravide lige behandling og dette skyldes, at de svært overvægtige gravide er forskellige. Jordemødrenes uddannelse giver dem en hierarkisk position, hvor de overfor den svært overvægtige gravide kan tale med hende om de problemer og spørgsmål hun måtte have i situationen, men samtidig også tale med hende om kost og motion. Kost og motion er selvfølgelig et vigtig samtaleemne under enhver graviditet – overvægtig som almindeligvægtig – men for den svært overvægtige gravide kan dette muligvis være mere ømtåleligt. Jordemødrene giver i hvert fald udtryk for, at det ikke er alle, der bryder sig om behandlingen.

Samtidig kan det tyde på, at teorien har sin berettigelse og at jordemødrene via deres uddannelse og dermed sundhedsfaglige profession har magten over den svært overvægtige gravide – jordemødrene kan i hvert fald selv bestemme, til et vist punkt, hvordan hun behandler den svært overvægtige gravide og om hvilket hun taler med den svært overvægtige gravide.

Peptalk og pegefingre

Om det skyldes den markante forskelsbehandling, som selv jordemødrene er bevidste om, eller om det skyldes de svært overvægtige gravides viden om emnet og motivation for livsstilsændringer er svært at sige, men ét er sikkert og det er, at de svært overvægtige gravide oplever det, der skulle være en motiverende samtale, meget forskelligt.

Langt de fleste svært overvægtige gravide, som vi har interviewet om emnet, nævner, at de er helt klar over, hvor de skal sætte ind for at leve et sundere liv. Dette gør også, at det for mange svært overvægtige gravide, føles nedladende og bedrevidende, når jordemødrene starter deres peptalk om sundere kost og mere motion. Således beskriver en af de svært overvægtige gravide det:

"Men der er meget forskel på, hvordan deres tilgang er til det. Og jeg vil også sige som overvægtig, så gider man ikke rigtig pegefingrene, fordi vi ved det godt. Altså så jo mere pegefinger jo mere irriteret bliver man egentlig bare."

Laura

I ovenstående citat beretter Laura om, hvordan det som overvægtig kan føles at blive belært om kost og motion. Det er tydeligt, at den belærende eller bedrevidende attitude skaber distance mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen. Et mere klart eksempel kommer Kirsten således med:

"Hun var bare alt for meget. Hun trådte ind over nogle grænser, hvor det ikke kom hende ved. Altså hun spurgte hele tiden til, hvad jeg spiste og sådan noget. Og selv om jeg prøvede at snakke om noget andet, så blev hun bare ved. Du ved, hun spurgte sådan direkte – hvad spiser du til aftensmad? Altså, hvad skulle hun bruge det til? Jeg skal da nok selv finde ud af, hvad jeg spiser og jeg ved da også godt, hvis jeg har spist usund eller lignende, men det kommer da ikke hende ved."

Kirsten

Her fortæller Kirsten, hvordan hun af jordemoderen er blevet spurgt om, hvad hun spiser til aftensmad, hvilket hun føler grænseoverskridende og uden for jordemoderens interessefelt. Kirsten fortsætter:

"Altså det var i hvert fald virkelig overdøvende i forhold til hvad man ellers kunne få lov at snakke om. Altså alt det der med vægt og kost og sådan noget, altså der var ikke rigtig plads til at snakke om de ting, der sådan egentlig fyldte i mit hoved."

Kirsten(2)

Kirsten syntes at kost og motion fyldte for meget ved konsultationer og skiftede derfor jordemoder. I dette tilfælde synes den svært overvægtige gravide, at jordemoderen overtræder nogle grænser og at de spørgsmål, som synes vigtige for den svært overvægtige gravide, er svære at finde plads til ved konsultationen.

Jordemødrene giver udtryk for, at de under konsultationerne forsøger at kortlægge hvor og hvornår, de svært overvægtige gravide spiser, da det efter jordemødrenes egen mening er her, de finder fejlene. Fejl som de svært overvægtige ikke selv har tænkt på. Dette kunne eksempelvis være, at de spiser chokolade, når de ordner vasketøj om aftenen efter deres mand er gået i seng. Jordemødrene vil gerne give de svært overvægtige gravide disse "aha"-oplevelser, da de mener, det er her, det er vigtigt at sætte ind i forhold til livsstilsændringer. Dog giver de svært overvægtige gravide som sagt udtryk for,

at de selv er helt klar over, hvor den er gal, hvornår de spiser usundt og at for store portioner og for meget flødesovs ikke er godt for nogen.

Alligevel ses det i empirien, at de svært overvægtige gravide enten har fået noget forskelligt at vide eller tolker det sagte forskelligt. Det nedenstående citat afspejler således, hvordan en af de svært overvægtige gravides viden er modstridende med udsagn fra de anbefalinger jordemødrene normalvis kommer med til de svært overvægtige gravide:

"Altså, fordi jeg fik at vide, at uanset hvad, fordi at jeg er overvægtig, så kunne jeg næsten gå på slankekur nu og der ville ikke ske noget. Altså. Så jeg har bare spist som jeg plejer. Sundt. Ja, så det har så resulteret i, at jeg næsten har været ved at tabe mig."

Trine

Set ud fra et magt-perspektiv kan det således tyde på at jordemødrene kun følger de anbefalinger som sundhedsstyrelsen kommer med til et vist punkt. Jordemødrene læner sig kun op af disse anbefalinger, hvis de finder det passende for den svært overvægtige gravide – hvilket selvfølgelig også ligger i ordet "anbefalinger".

For at opsummere kan det således siges, at det i nogle tilfælde gør sig gældende, at jordemødrene i flere tilfælde overtræder den svært overvægtige gravides personlige grænser. Nogle svært overvægtige gravide ser dermed jordemoderen som værende til for hende og graviditeten, hvor emner om kost og motion tilhører en anden sundhedsprofessionel. Samtidig ser vi også, at der for nogle svært overvægtige gravide gælder ét sæt af leveregler, mens der for andre gælder et andet sæt af leveregler – dette gælder især for vægtøgning under graviditeten.

Med leveregler synes det således også, at jordemødrene udstikker regler, som den svært overvægtige gravide skal leve efter. Dette virker for nogle af de svært overvægtige gravide som en løftet pegefingre, som blot er til for at irritere, hvor den for andre er en legende let regel at leve efter og kan derfor virke ubetydelig.

Forståelse for peptalk og pegefingre

Gennem interviewene er det blevet tydeligt, at de svært overvægtige gravide deles i to grupper, når det kommer til forståelsen af vejledning og rådgivning om kost og motion. Vi kan således tyde, at de svært overvægtige gravide, som har en sundhedsfaglig uddannelse har større forståelse for jordemoderens arbejde end de svært overvægtige gravide, som ikke har en sundhedsprofessionel baggrund.

Disse sundhedsprofessionelle svært overvægtige gravide viser både en større forståelse for, hvorfor jordemoderen skal tale med dem om livsstilsændringer og hvorfor jordemødrene vejer dem ved konsultationerne. En af de svært overvægtige gravide udtaler sig således, når samtaleemnet rammer kost og motion ved konsultationerne:

"Hvis man sidder overfor en der er fuldstændig fornægtende overfor sin overvægt, hvad der også er en del af min omgangskreds der er, så er det jo svært at gøre noget og hvis man ved, at den måde vedkommende lever på har en direkte skadelig indflydelse på barnet, så er det selvfølgelig der man, tænker jeg, vil lægge energien. Så kunne det måske godt være den fornemmelse den gravide kommer ud med. Men jeg vil sige, det er i hvert fald ikke noget jeg har oplevet, at det har været i fokus. Det har bare været sådan lidt en.. Altså for mig har jeg set det sådan lidt som en bonus, at den del af mig også lige er kommet med."

Sofie

Sofie har også en mellemlang videregående sundhedsuddannelse og giver i ovenstående citat udtryk for, at jordemoderen kan vurdere, om vedkommendes livsstil *"har en direkte skadelig indflydelse på barnet"* og at det er her man, som sundhedsfaglig person, vil lægge energien. Sofie sætter sig dermed i jordemoderens sted og ville som jordemoderen beskæftige sig med emner som kost og motion, hvis det på sigt har indflydelse på det kommende barn. Således beskæftiger jordemoderen sig også med et område, som når ud over den svært overvægtige gravide og i stedet rammer – i dette tilfælde et ikke selvstændigt juridisk individ – fostret (Hallund 2008).

Vi ser flere at de svært overvægtige gravide med sundhedsfaglig baggrund have forståelse for samtaleemnerne om kost og motion, dog betyder dette ikke, at de tager samtalerne til sig. Den anden gruppe af svært overvægtige gravide uden en sundhedsprofessionel uddannelse kan hurtigere føle sig trådt på eller forbigået, da de i højere grad tager samtalerne personligt og ikke kan distancere sig fra det og tænke, at det blot er jordemødrenes job.

Endnu et skel mellem disse grupper ligger i det vi kan kalde blufærdighed. Alle de svært overvægtige gravide er blufærdige på hver deres måde – nogen mere end andre – men når det kommer til at vise maveskindet frem for jordemoderen, bliver det for de sundhedsprofessionelle svært overvægtige gravide et professionelt forhold mellem hende og jordemoderen, mens det for de svært overvægtige gravide uden sundhedsprofessionel baggrund stadig synes personligt. Således udtaler Hanne sig om det at vise maven frem ved jordemoderkonsultationerne:

"Det tror jeg handler om, at de nok har set lidt af hvert. Det er jeg ret overbevist om, at de har set noget der er meget værre. Sådan tror jeg også selv jeg har det som behandler. [...] Jeg tror jeg har set det der er at se, så der er ikke rigtig noget der kan overraske mig mere. Så jeg tror jeg har det lidt sådan, at når jeg går ind til en behandler eller sundhedsfaglig, så tror jeg fuldstændig ligeglad med det. Det er nok fordi jeg sætte mig lidt i deres sted."

Hanne

Igen ser vi, at en af de svært overvægtige gravide med en sundhedsprofessionel baggrund – kort videregående uddannelse – forsøger at sætte sig i jordemoderens sted. I dette tilfælde handler det, som sagt, blot om synet af en svær overvægtig gravid. Med de

sundhedsfaglige briller synes det for den sundhedsprofessionelle svært overvægtige gravide som sådan ikke at være lettere at blotte sig, men de kan i højere grad end de svært overvægtige gravide uden sundhedsprofessionel baggrund sætte sig i jordemoderen sted.

Uddannelse, for Foucault, er et begreb, som er med til at bestemme magten. Ud fra nogle konkrete men tillærte teknologier og teknikker gennem uddannelse indgår man derved på anden vis i magtrelationer end hvis man ikke har taget samme uddannelse eller ligefrem slet ikke har taget nogen uddannelse. Vi ser derfor, at uddannelse må være med til at skabe hierarki og dermed også klasser og klasseideologier og at Foucault opretholder en naiv tilgang til magtstrukturer og Foucaults begrebsliggørelse af magt falder derfor en smule til jorden. Så selvom Foucault mener, at sproglige kundskaber og viden gennem uddannelse er med til at opretholde og skabe magtrelationer, mener han ikke, at disse er med til at skabe klasser. Og spørgsmålet bliver således, om man kan opleve magten uden klasseopdeling eller ligefrem – hvad kom først hønen eller ægget? Altså, er klasseideologi, klasseopdeling og klassekamp et resultat af magt eller er magten et resultat af klasseopdelingen? Uanset hvordan man vender eller drejer det, hører magt og klasse unægtelig sammen og Bourdieu, er da også uden tvivl. Bourdieu mener nemlig, at uddannelse er en stor del af klassekulturen og dermed er magten også givet ved uddannelse. Den kulturelle kapital, som er det begreb Bourdieu er mest kendt for, omhandler således også uddannelse. Den kan således ses i både den institutionaliserede form gennem eksamensbeviser og titler og det er gennem dette, Bourdieu mener, at magten legitimeres.

Den helt store forskel på Bourdieu og Foucault er således, hvorvidt de behandler klassebegrebet eller ej og vi synes i dette tilfælde at se, at uddannelse har indvirkning på flere parametre, hvilket jordemødrene er opmærksomme på.

Det er en kendsgerning blandt jordemødrene, at der med overvægt også følger en række socioøkonomiske karakterer og de er klar over, at det er svært at lave om på. Hvis ikke der kan sættes lighedstegn mellem de socioøkonomiske tendenser og klasser i samfundet og dertilhørende magtforhold, så ville Foucaults teori om den kontraktuelle magt være spot on – i stedet skaber han en naiv distance til, hvad virkeligheden byder på og teorien falder derfor, som sagt, en smule til jorden.

Vi har også spurgt de svært overvægtige gravide, om de har forstået, hvad jordemoderen har sagt til dem ved konsultationerne. Vores overvejelser omkring spørgsmålet gik således på netop uddannelse, fagsprog osv. Vi ville se på, om jordemoderen gjorde brug af teknikker, som den svært overvægtige gravide ikke før havde stiftet bekendtskab med. Samtidig ville vi se på, om den kulturelle kapital kunne spille en rolle. Til spørgsmålet svarede Kirsten således:

"Det kan være svært for andre helt at forstå nogle af tingene, men når man har sådan en uddannelse som mig, så ved man jo måske nok lidt mere."

Kirsten

Kirsten er ikke en af de sundhedsfaglige uddannede svært overvægtige gravide, som vi har interviewet. Kirsten har en mellemlang videregående uddannelse, hvilket hun mener, hjælper hende med at forstå jordemoderen. Samtidig mener hun også, at folk med en lavere uddannelse end hende selv, ville have svært ved at forstå jordemoderen. Kirsten er dermed i en pulje af mennesker med lidt større kulturel kapital end den gennemsnitlige svært overvægtige gravide¹ – måske. Hun er med til at opretholde en eller anden form for distance til andre svært overvægtige gravide, som ikke har samme uddannelsesniveau som hende selv eller som jordemoderen.

Den positive tilgang til jordemoderen, som vi igennem interviewene har oplevet, ligger i særdeleshed i anerkendelse af jordemoderens uddannelse – enten fra andre sundhedsfaglige uddannede eller fra andre med mellemlang videregående uddannelse.

I denne første halvdel af analysen vedrørende magtforholdet, har vi allerede berørt virkningen en smule. Vi har således set, at virkningen går to veje. Hvis den svært overvægtige gravide virker til, at have motivation til at ændre livsstil, så får hun – ifølge jordemoderen – en anden form for konsultation, end hvis hun virker umotiveret for en livsstilsændring. Dette vil vi komme nærmere ind på i anden halvdel af analysen om virkningen af magtforholdet.

Trygge tykke

Vi ser også at uddannelse giver de svært overvægtige gravide en vis tryghed ved konsultationerne. Ved enten en sundhedsprofessionel uddannelse eller ved mellemlang videregående uddannelse ser det ud til, at de svært overvægtige gravide konnekter bedre med jordemødrene end hvis de eksempelvis ingen uddannelse har.

Hvis den svært overvægtige gravide føler sig utryk ved konsultationerne, kan dette også medvirke til, at hun føler jordemoderens magt mere negativt, hvilket igen kan føre til en følelse af stigmatisering. Trods det at få har følt sig meget stigmatiseret til jordemoderkonsultationen, har vi således kun oplevet én svært overvægtig gravid, som har skiftet jordemoder. Ud fra den svært overvægtige gravides svar, skyldes det, at der har været for meget fokus på kosten – mere end på barnet.

Dog giver de alle udtryk for fordelene ved at blive fulgt af den samme jordemoder – eller mere negativt, giver de udtryk for manglerne, når de har aftaler ved forskellige jordemødre. På den måde bliver man ikke på samme måde fulgt op på i forhold til tidligere

¹ Ifølge rockwool's fondens forskningsenhed ses det, at overvægt hænger sammen med dårlig uddannelse.

aftaler om eksempelvis motion og nederlaget kan derfor synes mindre. Den naturlige udskiftning og dermed også manglende personlige opfølgning har både fordele og ulemper. Flere svært overvægtige gravide har det fint uden den personlige opfølgning og spørger bare efter det, hvis der er behov. Nogle af det svært overvægtige gravide forsøger desuden at komme til samme jordemoder for ikke at skulle berette om samme problemer til en ny jordemoder ved hver konsultation. For som Sofie beretter:

"[...] altså alting er jo lidt lettere når man kender dem i forvejen."

Sofie

Sofie er andengangsfødende og føler, at hun har et godt kendskab til flere jordemødre og at dette hjælper hende hvad angår hendes og barnets sikkerhed og dermed også tryghed både inden og under fødslen. Flere af de svært overvægtige gravide giver også udtryk for, at det ville være lettere at tale med den samme om de problemer, der nu måtte være og flere mener også, at tilliden mellem de to parter resulterer i tryghed, åbenhed og god dialog, hvilket både jordemoderen og den svært overvægtige gravide gerne vil arbejde hen imod. Ved denne mere nære kontakt bliver det også lettere for jordemoderen at kommunikere med den svært overvægtige gravide og der sker færre misforståelser. Igen ser det ud til at kommunikationen, det talte og det at forstå hinanden, er vigtigere end handlingerne bag og Vallgårdas teori om samme synes i højere grad at have sin ret end de andre anvendte teoretikere.

Andre vigtige teoretiske holdepunkter

Ud fra normen mener vi, som sagt, at kunne beskrive, om der i mødet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen forefindes en magtrelation og i hvilken retning denne går. Er det den svært overvægtige gravide, som ud fra 'normen' af jordemødre har forventninger til mødet, der skal indfries eller måske endda ud fra 'normen' af generelle møder med sundhedsvæsenet, eller er det jordemoderen, som ud fra normen af gravide, svært overvægtige gravide, kvinder eller svært overvægtige i det hele taget, der har en forventning, som skal indfries? Ud fra at se på, hvilke roller der tildeles 'normalt' og 'unormalt' ses der også, hvilken vej magtrelationen vender – op- eller nedadstigende.

Vi har således set, at jordemoderen som ansat ved staten og med hendes uddannelse har magten over den svært overvægtige gravide og derved har Bourdieu og Foucault en overordnet berettigelse. Ser vi lidt nærmere på Foucaults magtrelation, må vi konstatere, at den i nogle tilfælde er nedadstigende og andre opadstigende. Ser vi på tilfældet, hvor den svært overvægtige gravide skifter til anden jordemoder, da samtaler om kost og motion fylder konsultationstiden, bliver magten opadstigende. Den svært overvægtige gravide bestemmer i dette tilfælde, hvem af jordemødrene hun gerne vil se og hvad hun gerne vil have fokus på ved konsultationerne og kan ligefrem fravælge en motiverende snak om livsstilsændringer – den svært overvægtige gravide har derfor en magt over jordemoderen. Ser vi derimod på mange af de andre tilfælde ses det, at jordemode-

ren benytter deres magt til at påvirke den svært overvægtige gravide. Magtudøvelsen er ikke ligefrem indirekte og diskret og virkningen kan diskuteres, men den er der.

Dog er vi ikke tilbage ved, at statens indblanding er givet på forhånd og at den svært overvægtige gravide i mødet aldrig vil have mulighed for at vende magtrelationerne, som skrevet i teoriafsnittet, men magten ses at kunne vende, idet den svært overvægtige gravide frabeder sig deciderede samtalemener, som jordemoderen ville have taget op ved konsultationen – dog er samtaleemnet om livsstilsændringer kun en anbefaling fra statens side af og man kan derfor sætte spørgsmålstegn ved, om magten overhovedet vendes.

Som skrevet i teorien kan det på kapitalbegreberne i forhold til specialiets empiriske felt tænkes at ses, at magtrelationen er givet ved den kulturelle kapital, som i dette tilfælde vil være defineret som jordemoderens uddannelse – altså en viden inden for feltet, den såkaldte institutionaliserede form. Som skrevet ovenfor er dette selvfølgelig givet. I forhold til eksempelvis den økonomiske, sociale og symbolske kapital er dette sværere at kortlægge. Vi har således set, at de interviewede har en forholdsvis høj uddannelsesrate i forhold til uddannelses gennemsnittet hos svært overvægtige generelt (dette er også kommenteret på i metodeevalueringsafsnittet). Det vil sige, at det generelt for svært overvægtige gælder, at de har lavere uddannelsesniveau end en mellemlang videregående uddannelse som jordemødrene har og ydermere betyder dette, at hvis vi lavede en repræsentativ undersøgelse, ville magtforholdet måske ændre sig – i hvert fald givet ud fra Bourdieus teori om kapitalformerne. Dog har vi ikke kunnet se i vores empiri, at magtforholdet er anderledes grundet eksempelvis social kapital og det er derfor gennem empirien ikke muligt at sige, at magten er givet ud fra en klasseideologi, hvilket Foucault fraskriver og Bourdieu i højere grad lægger op til. Dog er det stadig en kendsgerning, at fedme hænger sammen med socioøkonomiske karakteristika, som jordemødrene i interviewene også påtaler.

Analysedel 2: Resultater af magtforholdet

Vi har igennem vores empiri fundet, at jordemødrenes tilgang til samtalen omkring kost og motion har forskellige former for virkninger på de svært overvægtige gravide. Det der vækker vores interesse, er selvfølgelig, hvordan det påvirker de svært overvægtige gravide. Altså, hvorvidt jordemoderens snak om livsstilsændringer således også resulterer i livsstilsændringer ved den svært overvægtige gravide.

Virkningen ser vi i denne forbindelse fra to sider. Den ene side handler om, hvad jordemødrene ønsker at opnå med deres konsultationer og den tilgang de har til de svært overvægtige gravide – altså hvilken virkning jordemødrene ønsker at opnå hos de svært overvægtige gravide. Den anden side handler om, hvordan jordemødrenes tilgang virker på de svært overvægtige gravide og dermed også om jordemødrenes intentioner

virker efter hensigten – altså hvilket resultat, de svært overvægtige gravide føler, jordemoderkonsultationen har.

Jordemødrenes ønskede virkning

Jordemødrene har som nævnt en magt, som foruden at være givet gennem deres uddannelse også kommer til udtryk igennem retningslinjer og anbefalinger, der eksempelvis ligger til svangreomsorgen. Derudover følger de jordemødre, vi har interviewet også deres egne retningslinjer overfor de svært overvægtige gravide, hvor de fokuserer på kost og motion, som skal hjælpe de svært overvægtige gravide til at holde vægten eller i hvert fald tage så lidt på som muligt – eksempelvis ved at anbefale dem blot at tage 5 kg på i stedet for det 6-9 kg, som der står i flere af deres brochurer. Igennem tiltaget "Mamma Move" har de også forsøgt at skabe et ekstra tilbud til de svært overvægtige gravide, hvor motion kan blive en del af deres rutine. Spørgsmålet er så, hvad jordemødrene ønsker at opnå med konsultationerne og den magt de besidder til at vejlede og rådgive de svært overvægtige gravide. En af jordemødrene tilkendegiver nedenfor, at de ønsker at rykke dem og finder det interessant, om de kan gøre en forskel:

"Jeg finder det spændende om vi kan rykke dem, om det gør noget. Fordi de har jo ikke sådan ekstra tid eller.. Der er nogen andre tilbud de overvægtige kan få, diætist f.eks., men her i konsultationen har vi jo ikke sådan mere tid til dem, øhh, der er ikke afsat mere tid, hvor jeg tænker det kunne måske have været godt. Men jeg tænker det er spændende om vi kan rykke noget ved dem og det tror jeg faktisk ikke vi kan ret meget [...]."

Jordemoder

Når jordemoderen her taler om at "rykke dem" handler det om kost og motion og hvordan de således kan rykke dem til at træffe bedre valg i deres hverdag og ikke blot for at give dem en bedre forudsætning for at gennemføre graviditeten på normalvis, men også for at opnå en livsstilsændring. En livsstilsændring der er det bedste for den gravide, for det barn hun venter og for samfundet. Med den måde hvorpå jordemødrene forsøger at rykke de svært overvægtige gravide til at træffe bedre valg i forhold til deres overvægt, kan vi føre det tilbage til teoriafsnittet og Nikolas Rose. Han har bl.a. fokus på styring gennem frihed, hvor samfundets borgere styres til selv at træffe de valg, som samfundet ønsker for individerne. Vi kan se denne form for styring, når jordemødrene ønsker at rykke de svært overvægtige gravide, idet det kan påvirke jordemødrenes senere arbejdsgange, hvis de kan mindske de svært overvægtige gravides komplikationer, ved at få dem til at spise sundere og motionere. Det er dog stadig op til den svært overvægtige gravide, at træffe valget om at ændre livsstil og det står dem derfor frit til om de vil følge jordemødrenes styring.

Jordemoderen tilkendegiver samtidig her, at hun egentlig ikke mener, at de kan rykke dem særligt meget i forhold til deres udgangspunkt. Derudover kan hun også se et behov for ekstra tid i konsultationerne, hvis de for alvor skal kunne gøre en forskel for de

svært overvægtige gravide. Der hvor hun alligevel kan se en mulighed for at hjælpe de svært overvægtige gravide, er når de gravide selv er motiverede til at foretage ændringer i deres liv og derved tage et ansvar i deres graviditet.

"Men jeg tror fordi vi har en mulighed for det i jordemoderkonsultationen, fordi når de er gravide er de mere motiverede for forandringer i livet, what so ever, rygestop alle de der ting, ikk? Så jeg tror vi kan gøre noget, hvis vi vil."

Jordemoder

Det handler således også om, hvorvidt de svært overvægtige gravide er motiverede til at handle og foretage de nødvendige ændringer. Samtidig viser jordemoderen her, at det også kræver noget vilje fra jordemødrenes side, hvis de skal hjælpe de svært overvægtige gravide på den bedst mulige måde – *"hvis vi vil"*, siger jordemoderen. Det virker her til, at det kræver en stor indsats fra jordemødrenes side og vi vil opfølgende se på, om denne ekstra indsats er til gavn for de svært overvægtige gravide.

Som nævnt har vi i forbindelse med det tidligere projekt også talt med jordemødre omkring svært overvægtige gravide. Disse jordemødre gav indtrykket af, at de havde opgivet at hjælpe de svært overvægtige gravide, da de ikke følte, at de havde den nødvendige tid og derved ikke kunne nå at gøre noget for dem – de kunne ikke nå at rykke dem. I den forbindelse har vi adspurgt jordemødrene til dette speciale, hvad de mener, om den tid de har til rådighed og hvordan de udnytter den. Til dette tilkendegiver de jordemødre vi har interviewet, at de godt kunne bruge mere tid for bedre at kunne følge de svært overvægtige gravide og deres ændringer i livsstil. Når det er sagt, udtaler en af jordemødrene, at det godt kan være, at de kun har fem konsultationer at gøre godt med, men at hun alligevel mener, at de kan gøre noget og derfor forsøger de selvfølgelig at bruge konsultationerne fornuftigt.

"Det hjælper jo slet ikke noget bare at læne sig tilbage fra start og sige at vi alligevel ikke kan nå noget. Hvorfor ikke gøre et forsøg?"

Jordemoder

Det viser her, at de gør et forsøg på at hjælpe de svært overvægtige gravide, selvom de ikke har lang tid til at gøre noget for dem. Jordemødrene i Randers, som vi har talt med, har således en anden form for motivation for at hjælpe de svært overvægtige gravide, end de jordemødre vi tidligere talte med. Om dette bunder i, at de samtidig står med ansvaret for netop denne gruppe af gravide, kunne sagtens tænkes. Det kunne også sagtens tænkes, at de har en anden form for motivation for at hjælpe og derfor han ansvaret for den svært overvægtige gravide. Vi kan blot konkludere, at der er en større interesse for at hjælpe de svært overvægtige gravide mod en livsstilsændring end vi tidligere har oplevet ved føromtalt projekt.

Udover at informere om kost og motion taler jordemødrene også med de svært overvægtige gravide om de komplikationer og risici, der kan følge med overvægten. Formålet

med dette er at sørge for, at de svært overvægtige gravide er forberedte på, hvad der kan vente dem i løbet af graviditeten og ved fødslen.

"Men de skal vide at det er et stort obstetrisk problem når de kommer ind og føder, at vi ikke kan overvåge det foster. Og det er jeg ikke bange for og sige til dem. Altså men de kan ikke ændre en skid på det, men de skal fandme også vide det. Og de skal ikke vide det fordi "nå men så skal du nå og tabe dig 10 kg inden du føder" det er ikke derfor, de er bare nødt til og vide det. At der bliver taget forbehold, når de kommer ind til fødslen."

Jordemoder

Jordemødrene finder det nødvendigt at informere de svært overvægtige gravide om det "obstetriske problem", som jordemoderen ovenfor kalder det, og hun er ikke bange for at sige det, selvom de svært overvægtige gravide faktisk ikke kan ændre noget på det. De obstetriske problemer vil følge dem i graviditeten og fødslen uanset hvad, idet de er overvægtige fra starten og samtidig ikke må tabe sig i løbet af graviditeten. Dermed bliver de i risikozonen for komplikationer i graviditeten og ved fødslen på grund af deres overvægt. Samtalen om komplikationer og risici er således en form for advarsel til de svært overvægtige gravide, så de ved, hvad de måske skal forberede sig på igennem graviditet og ved fødsel. Flere af jordemødrene tilkendegiver samtidig, at de spiller på den svært overvægtige gravides samvittighed – og for den sags skyld også den svært overvægtige gravides mands samvittighed.

En af de jordemødre vi interviewede beskrev dette og at hun appellerede til de svært overvægtige gravide ved at tale om at være forbillede for de ufødte barn:

"Ja og jeg siger også til fædrene at hvis de ryger, eller hvis de er overvægtige eller.. at man gerne vil være et godt forbillede for sine børn og der bliver jo aldrig et bedre tidspunkt i livet og lave nogen ting om, end når man er gravid for man vil gerne gøre det bedste for det der lille ufødte barn. Og sådan er det heldigvis, så jeg tror ikke de bliver mere motiverede."

Jordemoder

Ved på denne måde at appellere til de svært overvægtige gravide og fædrene til det ufødte barn om at være forbilleder, kan de gravide ønske at ændre deres adfærd og leve sundere både for at få et bedre liv selv men også for at give det ufødte barn en bedre start på livet. Udover at appellere til et ønske om "det gode liv" kan jordemoderen også appellere til en skam hos den svært overvægtige gravide. Når jordemoderen taler med den svært overvægtige gravide om at være et forbillede, kan dette også vække en følelse af skam hos den gravide, hvis hun f.eks. ikke lever sundt, som hun burde, eller ikke får rørt sig i forhold til de anbefalinger, der er til gravide. Solidaritetsperspektivet kommer derfor til at minde om dårlig samvittighed eller i hvert fald bliver der for nogle jordemødre spillet stort på samvittighedskortet.

Denne måde at appellere til "det gode liv" og skam hos til den svært overvægtige gravide kan give os anledning til at vende blikket tilbage på Rose og Vallgård. Gennem Vallgårdas videre arbejde med Roses begreber, beskriver hun, hvordan der kan appelleres i forhold til det der er mest ønskværdigt for samfundet. At appellere gennem ønsket om "det gode liv" kommer ikke kun den svært overvægtige gravide til gode, men påvirker også samfundet, hvis den svært overvægtige gravide ændrer livsstil og måske endda kommer ud af overvægts- og risikogruppen. Når der appelleres til "det gode liv", kan dette gøres ved at beskrive, at det f.eks. medfører lykke og normalitet.

Vi har igennem interviews med jordemødrene hørt, at de gerne appellerer til det gode liv, ved at beskrive at de svært overvægtige gravide vil have større mulighed for at tumle rundt og lege med sine børn, hvis de holder vægten og taber sig efter fødslen. Det er et liv, som en enhver nybagt mor ønsker sig og det er også denne form for motivation, vi hører giver noget ekstra fra de svært overvægtige gravide selv. Vi ser dog også, at jordemødrene forsøger at fortælle den svært overvægtige gravide, at hvis hun ikke gør noget ved sin overvægt, så vil hun højst sandsynligt videregive dette til sit endnu ikke fødte barn – og om det er det, hun ønsker.

At appellere igennem skam og forlegenhed er noget Rose kommer ind på, som den negative side af normdannelse. For at få individer til at følge samfundets normer, kan de styres igennem skam og forlegenhed over personlig adfærd. Ved at jordemoderen i det ovenstående bruger den gravides overvægt, kan den svært overvægtige gravide føle skam over sin fremtoning og derved ønske at ændre sin adfærd og med det blive en del af normen og et forbillede for sine børn.

Efter endt interview med en af jordemødrene er der stadig livlig snak. På vej ud af døren får hun sagt, at hun aldrig kunne finde på at spille på deres dårlige samvittighed, da det blot ville være meningsløst og nedværdigende overfor den svært overvægtige gravide. Vi ser derfor vidt forskellige meninger om, hvordan jordemødrene synes, man burde håndtere rådgivningen og vejledningen om kost og motion med den svært overvægtige gravide.

Samvittighedskortet er igen en måde at sige til den svært overvægtige gravide: "du burde vide bedre". Forklaringerne er mange på, hvorfor de spiller dette samvittighedskort og den største grund, er muligvis, at det er den metode, de synes, har den største virkning. Dog kan man diskutere, om jordemødrene i disse tilfælde overskrider deres bemyndigelse og udnytter den magt, de i konsultationsøjeblikket har over den svært overvægtige gravide.

Samtalen om kost og motion er derfor forskellig fra jordemoder til jordemoder, som igen differentierer mellem de svært overvægtige gravide. Dog ser vi, at jordemødrene er enige om, at det handler om en mere langsigtet livsstilsændring for at forebygge, at de svært overvægtige gravide ikke fører deres livsstil videre til deres børn.

"Fordi hvis de først har omlagt deres kost i 6 måneder, så skal de sgu nok hænge i den, tænker jeg."
Jordemoder

Det er kendt, at hvis de gravide tager meget på i løbet af graviditeten er der risiko for, at deres barn allerede ved fødslen er stort. Det kan selvfølgelig give komplikationer ved fødslen, at skulle føde et stort barn, men derudover er barnet, der bliver født stort, også i stor risiko for selv at blive overvægtig senere i livet. Overvægtige kvinder er i forvejen i risiko for at få store børn og derfor er det vigtigt, at de svært overvægtige gravide får den rette rådgivning for derved at mindske vægtøgningen under graviditeten. Det handler således for jordemoderen om at overbevise den svært overvægtige gravide til at ændre livsstil under graviditeten i et håb om, at det vil hænge ved efter fødslen. Livsstilsændringen skal medføre en mindre vægtøgning hos den svært overvægtige gravide, hvilket bl.a. også hjælper dem efterfølgende, idet de med den vægt de taber ved fødslen, har et nyt udgangspunkt at starte fra. For det andet vil den mindre vægtøgning mindske risikoen for, at barnet bliver stort og derved får barnet heller ikke de ekstra kilo at kæmpe med. Derudover kan livsstilsændringen også påvirke barnets opvækst, så det også fra starten får en sund tilgang til kost og motion gennem sine forældre.

Opsummerende omkring jordemødrenes ønskede virkning kan det siges, at formålet med konsultationerne og det jordemødrene ønsker at få ud af det, er at rykke de svært overvægtige gravide til at leve sundere og dermed ændre deres livsstil. Jordemødrene mener, at graviditeten er et godt sted at tage fat, hvis de svært overvægtige gravide har motivationen til at foretage ændringerne. Samtalen om kost og motion skal ikke kun komme de svært overvægtige til gode, men også de børn de venter, idet det vil give børnene en bedre start på livet.

Den anden del i konsultationerne handler om, at de svært overvægtige gravide skal vide hvilke komplikationer og risici de skal være opmærksomme på i løbet af graviditeten og ved fødslen. Jordemødrene ved godt, at de svært overvægtige gravide ikke kan gøre noget ved, at de ligger i risikogruppen og at komplikationerne er der uanset, om de svært overvægtige gravide tager på eller ej, men de er nødt til at være forberedte på, hvad der kan vente dem i forbindelse med graviditet og fødsel. For jo mere overvægtig den gravide er des større risici er der for komplikationer. Derfor frygter jordemødrene også, at de netop tager mere end det tilladte på, da dette forværre fødselssituationen.

Når de pågældende jordemødre har vagt på fødselsgangen påtager de sig selvfølgelig ansvaret for fødslen, hvis der er en svært overvægtig gravid i gang. Dog fortæller en af jordemødrene, at hun ville blive træt af sit arbejde, hvis det var den eneste gruppe af gravide hun skulle have fødsel med, da der generelt er flere komplikationer og mindre almindelige, enkle og 'lige til' fødsler.

Altså jeg er rigtig glad for at føde med de overvægtige, men jeg synes også det er dejligt nogen gange, når at jeg har en normalvægtig, som lever sundt og varieret og dyrker motion og de ting, fordi at så kan jeg ligesom.. Så er der også plads til nogen andre ting.

Jordemoder

Jordemoderen her tilkendegiver, at hun både kan lide at føde med de overvægtige og samtidig kan hun også lide afvekslingen i forhold til at føde med en normalvægtig, hvor der nok er mindre fokus på komplikationer og derved er plads til "andre ting", som hun siger.

Virkningen på de svært overvægtige gravide

Den anden side af virkningen handler om, hvordan jordemødrenes tilgang virker på de svært overvægtige gravide, og hvordan jordemødrenes formål kommer til udtryk igennem virkningen. Gennem vores empiri har vi fra de svært overvægtige gravides side fundet tre former for virkning. De tre former for virkning vil i det følgende blive gennemgået.

Du bestemmer ikke over mig!

Som overskriften hentyder til, handler den første virkning om, at de svært overvægtige gravide føler, at jordemødrene vil bestemme over dem og samtidig giver udtryk for, at jordemødrene ikke har noget, at skulle have sagt i forhold til den måde, de lever deres liv på. En "Du skal ikke fortælle mig, hvad jeg skal"-attitude ses ved størstedelen af de interviewede svært overvægtige gravide. Denne form for virkning ser vi blandt andet komme til udtryk, når nogle af de svært overvægtige gravide føler, at jordemoderen går over stregen i forhold til at tale om kost og motion. I nedenstående citat taler Laura om, hvordan hendes jordemoder måske kunne have en anden tilgang til samtalen omkring kost, så det ikke kommer til at føles som et angreb på hende.

"Jamen jeg tænker sådan om man har nogle spørgsmål i forhold til kost eller du skal lige være opmærksom på, at det selvfølgelig er til fordel for dig selv og barnet eller et eller andet. I stedet for sådan "hvad spiser du?", hvor jeg har det bare sådan, ej, for jeg sidder ikke og æder McDonald's menuer hele dagen, det gør jeg altså ikke."

Laura

Virkning af den måde Laura beskriver jordemoderens tilgang til samtale om emnet kost, får Laura til at føle det som om, at jordemoderen antager, at hun spiser forkert, hvilket føles nedværdigende. Laura føler det som, at jordemoderen antager hende for ingen selvkontrol at have og for at være dum.

Flere af de svært overvægtige gravide giver udtryk for denne direkte tilgang, som de synes er grænseoverskridende og som de ikke synes, kommer jordemødrene ved. For de interviewede svært overvægtige gravide, som har givet udtryk for, at tilgangen kan være grænseoverskridende gælder det også, at de ikke finder sig i det. På den ene eller an-

den måde udelukker de svært overvægtige gravide den tilgang, som kan være provokerende, grænseoverskridende og dikterende. Resultatet af dette bliver, for de svært overvægtige gravide, at de enten lukker helt af for samtalerne omkring kost og motion, men dog stadig kommer til konsultationerne for at få kontrolleret, at barnet har det godt eller også resulterer det i, at den svært overvægtige gravide skifter til en anden jordemoder:

Men faktisk så har jeg skiftet jordemoder, for jeg synes ikke hun var særlig venlig. Nu er jeg ikke sådan en som kommer dårligt ud af det med nogen mennesker, men hun var bare for meget. Både min mand og jeg gik hovedrystende derfra. Faktisk spurgte jeg om det samme dag; om jeg ikke kunne blive flyttet til en anden og det var ikke noget problem. Hun var bare alt for meget. Hun trådte ind over nogle grænser, hvor det kom ikke hende ved.”

Kirsten

I ovenstående citat handler det om, at jordemoderen, ifølge den svært overvægtige gravide, ikke har været særlig venlig og hun har trådt ind over nogle grænser i forhold til samtalen omkring kost og motion. Jordemoderens tilgang resulterer overfor flere af de svært overvægtige gravide, således i en form for stigmatisering hvor jordemoderen overtræder de svært overvægtige gravides grænser, hvilket de ikke finder acceptabelt. Denne følelse af stigmatisering bidrager til, at en af de svært overvægtige gravide skifter til en ny jordemoder og en anden benytter herefter kun jordemoderen til at få tjekket om barnet har det godt og undgår derved også flere personlige samtaler om kost og motion.

Ved disse svært overvægtige gravide har jordemoderens tilgang således ikke den ønskede effekt, som er at rykke dem i forhold til kost og motion – tværtimod medvirker denne tilgang til, at de svært overvægtige gravide muligvis ikke får den nødvendige information, da de enten lukker af for samtalerne omkring kost og motion eller skifter til en jordemoder, hvor fokus i højere grad er på barnets velbefindende.

De fleste svært overvægtige gravide, har på et tidspunkt i løbet af konsultationerne følt sig nedgjort eller stigmatiseret og har fundet den store fokus på kost og motion unødvendig, men har samtidig haft en forståelse for, hvorfor jordemoderen i generelle henseender har skulle tale med svært overvægtige gravide om netop dette emne. De svært overvægtige gravide mener dog ikke, at denne samtale kan hjælpe dem i retningen af en livsstilsændring, men at samtalen sikkert hjælper på ”nogle af de andre overvægtige gravide”.

Disse svært overvægtige gravide gør i interviewene samtidig opmærksom på, at de er i en tilstand, hvor de ikke må gå på kur, hvor de ikke må tabe sig og hvor det er svært at bevæge sig – for nogen helt umuligt. De fleste af dem siger også, at en livsstilsændring først vil indtræde, når de har født og for andres vedkommende først, når de er færdige med at amme. Dertil skal det siges, at de svært overvægtige gravide, som er placeret i denne gruppe, har taget mere på under deres graviditet end det anbefalede.

Hvis ikke den svært overvægtige gravide lader sig påvirke fysisk af jordemoderens samtale er det svært at se, hvordan Foucaults disciplinerende og regulerende teknikker opretholdes og hvorfor Foucaults systemverden, som sagt, falder en smule til jorden. Dog kan det tænkes, at det for forholdet mellem jordemoder og den svært overvægtig gravide gælder, at det blot er fødselsforberedelse der er det kontraktuelle forhold, hvor en diætist eller fitnessinstruktør ville have et kontraktuelt forhold til den svært overvægtige gravide om kost og motion.

Samtalen om kost og motion, som ifølge alle fire teoretikere burde være indirekte og diskret, kan ikke karakteriseres som værende retorisk malende eller vejledende men nærmere en smule dikterende og bedrevidende. Dog tilskynder jordemødrene stadig den enkelte til selvdisciplin og til at tage vare på sig selv, som alle fire teoretikere mener, er statens største rolle. Dog mener vi, at det for Foucaults vedkommende stadig gælder, at hans teorier, trods det, at han gør opmærksom på at, det ikke forholder sig sådan, indrammer teknikker og discipliner som værende totaliserende.

Jordemoderen som sparringspartner ved livsstilsændringer

Den anden form for virkning, som vi ser i vores empiri, handler om et par af de svært overvægtige gravide, der bruger deres jordemoder som sparringspartner og som samtidig i de fleste tilfælde forstår, hvorfor jordemoderen spørger ind til problematikker omkring kost og motion. I denne gruppe af svært overvægtige gravide findes faktisk også de gravide, som i første omgang er blevet stødt over jordemoderens direkte tilgang i samtalen om kost og motion, men som derimod kan bruge jordemoderen til sparring på andre punkter end kost og motion. Laura siger i den forbindelse således:

"Jo, så har det mere været i forhold til måske samliv herhjemme og sådan noget og der kan være nogen ting under graviditet."

Laura

Laura forsøger at undgå samtalen om kost og motion, men kan samtidig se nogle fordele ved, at kunne spørge jordemoderen til råds. I dette tilfælde har Laura talt med jordemoderen omkring samleje og det at få et parforhold til at fungere bedst muligt under graviditeten. Det er ikke blot spørgsmål om parforhold og sex, som jordemoderen bliver spurgt om, flere af de svært overvægtige gravide – førstegangsfødende såvel som flergangsfødende – har spørgsmål til fødselsforløbet. Vi synes at kunne popleve, at de flergangsfødende vi har talt med, som ikke har følt sig trygge ved den første fødsel, har flere spørgsmål og er i større grad opmærksomme på forventningsafstemning ved jordemoderkonsultationerne. Jordemødrene er her med til at give dem den fornødne tryghed, så fødselsforløbet bliver så roligt og forudsigeligt som muligt.

Vi synes de fleste af de interviewede svært overvægtige gravide har en forståelse for, at jordemoderen skal tale med dem om kost og motion og de fremhævede svært overvægtige gravide i første virknings-afsnit, kan da også godt forstå, hvorfor det er nødvendigt – de mener bare ikke, at disse samtaleemner passer på deres profil, da der ikke er nogen af dem, som har tænkt sig at ændre livsstil under graviditeten. Vi ser som sagt også, at de

svært overvægtige gravide med en sundhedsfaglig uddannelse har større forståelse for samtaleemnerne og Sofie udtrykker det således:

"Helt sikkert, det har hun. Men altså jeg føler ikke det har været noget problem, det har ikke været noget der sådan er gået imod mine principper eller min faglige viden eller noget, så det har kun været et fint supplement."

Sofie

I ovenstående citat henviser Sofie til, at der har været meget fokus på kost og motion, men at hun ikke har set det som et problem. Hun nævner samtidig sin faglige viden og at dette har passeret godt sammen med jordemoderens bidrag. Det er en tendens, vi har fundet i vores empiri, at de svært overvægtige gravide der i det daglige arbejder som sundhedsprofessionelle, tager bedre imod jordemødrenes tilgang og forstår hvor de vil hen med det. Sofie fortsætter længere inde i interviewet:

"Altså for mig har jeg set det sådan lidt som en bonus, at den del af mig også lige er kommet med."

Sofie

Sofie går meget op i sundhed og er sammen med sin mand tilknyttet en personlig træner som guider dem i en af danskernes foretrukne motionsformer – fitness – og som hjælper dem med at få styr på kosten. Det er en stor del af Sofies liv på interviewtidspunktet og hun udtrykker derfor, at det er en bonus for hende, at kunne tale med jordemoderen om netop kost og motion.

Det synes således, at hvis samtaleemnet er på den svært overvægtige gravides præmisser, kan jordemoderen være med til at rykke den svært overvægtige gravide i retningen af en positiv livsstilsændring. Dette gælder om så det er sex og samliv eller kost og motion. Vi ser derfor også, at hvis den svært overvægtige gravide har brugt jordemoderen som sparringspartner inden for området om kost og motion, er det også lykkedes den svært overvægtige gravide at holde sig under den anbefalede vægtøgning.

For kort at vende tilbage til magten kan man således få det indtryk, at idet kommunikationen altid er på modtagerens præmisser – i dette tilfælde den svært overvægtige gravide – vil modtageren derfor også have en form for magt over formidleren. Som vi ser det, vil der altid være en form for selvbestemmelse hos den svært overvægtige gravide – hun bestemmer selv, hvordan hun vil benytte jordemoderen og hvilke informationer hun vil tage til sig fra samtalerne ved konsultationen og hvordan hun vil benytte det – det er et frit valg. Jordemoderen skal derfor være en særdeles god formidler og have stor forståelse for personen hun møder, hvis hun vil rykke den svært overvægtige gravide mod en positiv livsstilsændring.

Som beskrevet i teori afsnittet mener Vallgård, at sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme bl.a. handler om, at få folk til at ændre adfærd. Det handler eksempelvis om oplysningskampanjer, helbredsundersøgelser og forskellige tvangsforanstaltninger, som myndighederne iværksætter for at forbedre folkesundheden. I disse styringstiltag finder Vallgård forskellige styringsteknikker og kommer frem til at karakterisere dem som *apeller til og formning af ønsker og egenskaber*. Det der appelleres til, handler i første omgang om de motiver og egenskaber, som de styrende tror, de ville have størst virkning af at benytte, f.eks. forfængelighed og skam. Her ser vi også, hvordan jordemødrene spiller det store fede samvittighedskort – dog har vi oftest set dette blive spillet i retningen af, at appellere til om moderen også ønsker at hendes barn vil lide af fedme.

For det andet handler sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme om det politikerne ønsker at fremme i befolkningen, f.eks. pligtbefyldelse og solidaritet. Det handler således om at overbevise eller overtale borgere om det rigtige i at handle på en bestemt måde. Til dette kommer Vallgård ind på sprogets magt og retoriske midler som teknikker til at styre. De styrende må derfor forme deres sprog på en sådan måde, at de når ind til den/dem man ønsker at styre, så det kommer ud til den sag, man ønsker at fremme. Samtidig må man også have sig for øje hvilken situation de styrede er i og hvad der dermed gør dem mest modtagelige. Igen kommer vi tilbage til, at retorikken er vigtig og at jordemødrenes situationsfornemmelse står i høj kurs. Man er muligvis nødt til at kigge på jordemødrenes uddannelse, hvis man mener, at de som sundhedsprofessionelle på et felt om fødsler også skal kunne begå sig inden for faget 'livsstilsændringer'.

Når det psykiske velbefindende overtager fokus fra fysiske velbefindende.

Den sidste form for virkning vi har fundet i vores empiri, handler om en tilstand, hvor den svært overvægtige gravides psykiske velbefindende fylder mere ved konsultationernes samtaleemner end hendes fysiske tilstand. En af de svært overvægtige gravide vi har interviewet, har fortalt, at hun tidligere har været i et voldeligt forhold og at hun kort tid efter blev gravid ved et uheld, hvilket har medført, at hun har haft nogle psykiske problemer at slås med.

"Jamen jeg synes der har været med fokus på mit psykiske velbefindende, fordi jeg synes jeg havde det svært der i starten. Det er jo ikke normale omstændigheder man kan påstå, så det har de alle været lidt bekymret for. Men det er faktisk det de har lagt mest vægt på.

Trine

Trine beskriver således, hvordan hendes psykiske velbefindende har fyldt mere til konsultationerne end samtaler om f.eks. kost og motion. Jordemødrene får således en ekstra opgave i at sørge for, at rykke de svært overvægtige gravide psykisk og ikke blot fysisk. Det gælder for jordemoderen om hele tiden at vurdere den enkelte gravides behov og så derefter at formidle deres viden videre på en måde, så den enkelte tager råd og vejledning til sig.

Dog ser vi, at det ved de svært overvægtige gravide oftest gælder, at de mangler viljestyrke og gå-på-mod i sammenhæng med livsstilsændringer under graviditeten. Flere af de svært overvægtige gravide, som er sat i boks oppe i det første virknings-afsnit "Du bestemmer ikke over mig!", siger alle sammen, at de sagtens ved, hvor den er gal og hvor de skulle sætte ind, hvis de ville leve et sundere liv med korrekt kost og mere motion. De mener derfor også alle sammen, at de ikke har viljestyrken til det og nogen undskylder det med, at de jo ikke må gå på en decideret kur eller at tabe sig under graviditeten. Sådan beskriver en af de svært overvægtige gravide det:

"Og når jeg føler jeg er psykisk ovenpå eller hvad skal man sige, jamen så har jeg overskuddet til at gøre noget ved det, så jeg tænker lidt, at hvis de endelig ville gøre noget for en, så var det der de skulle sætte ind og sørge for man havde det mere stabilt[...]"

Laura

Her kommer Laura også ind på, at hun synes at jordemødrene burde fokusere på det psykiske velbefindende nærmere end det fysiske. Hun siger dermed også, at den fysiske aktivitet følger det psykiske velbefindende. Overskuddet og viljen er det, vi i høj grad hører de svært overvægtige gravide give udtryk for, at de gerne vil have hjælp til at finde og at jordemoderen sagtens kunne være den person der skulle hjælpe dem.

Opsummerende kan det siges, at virkningen kommer til udtryk igennem tre former og resultaterne heraf i forhold til jordemødrenes ønske om at rykke de svært overvægtige gravide er forskellige.

Den gruppe af svært overvægtige gravide der føler sig stigmatiserede i forhold til samtalen omkring kost og motion, har ikke den nødvendige motivation til at foretage de store livsstilsændringer og derfor kan jordemødrene ikke rykke de svært overvægtige gravide på dette punkt. Derimod kan disse gravide bruge jordemoderen som sparring på andre punkter og jordemødrene kan på disse områder hjælpe de svært overvægtige gravide i retningen af en mere positiv livsstil, når det kommer til partnerskab, sex og samliv.

De svært overvægtige gravide der kan se formålet med samtalen omkring kost og motion er et sted i deres liv, hvor de allerede er i gang med at foretage ændringer og derfor passer disse samtaler godt ind i deres tilværelse og hjælper dem et ekstra skridt på vejen.

Til sidst har jordemødrene i nogle tilfælde en ekstra opgave i at hjælpe de svært overvægtige gravide, dette er oftest når de psykiske problemer er tungere inden de fysiske. Derved skal psyken rette op inden jordemødrene kan tage hånd om de fysiske problemer.

Fordi det synes at jordemødrene har forskellige tilgange til de svært overvægtige gravide og fordi de svært overvægtige gravide er individuelle personer, som opfatter det tal-

te individuelt, er det svært konkludere noget entydigt. Vi kan konkludere, at kommunikation altid er på modtagerens præmisser og at dette derfor også gør sig gældende i forholdet mellem jordemødre og svært overvægtige gravide.

Metodeevaluering

Efter at have udført interviews og observation har der været nogle ændringer, i forhold til det vi havde beskrevet omkring de forskellige fokuspunkter i metodeovervejelserne. Vi vil derfor i dette afsnit beskrive de aspekter i metodeafsnittet, som ikke er blevet udført efter vores beskrevne forventninger og andre aspekter som under forløbet har overrasket.

Sampling

Vi har i forbindelse med samplingen af de svært overvægtige gravide til interviews beskrevet hvordan vi er kommet i kontakt med 7 svært overvægtige gravide, som tilkendegav, at de gerne ville stille op til interviews. Vi fik fat i 5 af dem og aftalt tidspunkter for interviews, men de sidste to kunne vi imidlertid ikke få fat på. Vi forsøgte derfor ad flere omgange at kontakte de sidste to igen og til sidst fik vi dog også fat i den ene. Hun ønskede dog ikke at "spilde sin tid" på interviewet og ville kun deltage, hvis det kunne foregå på et tidspunkt, hvor hun alligevel ikke kunne bruge tiden anderledes – f.eks. når hun kørte bil. Vi fik derfor aftalt et tidspunkt, hvor hun vidste, at hun ville være ude at køre, men det kunne alligevel ikke lade sig gøre for hende, da tiden nærmede sig. Efterfølgende har hun givet udtryk for, at hun gerne vil være fri for at deltage, hvis vi allerede havde nok respondenter. Vi ville rigtig gerne have haft interviewet hende, men vi kunne efterhånden godt mærke på hende, at hun egentlig ikke havde lyst til at deltage og derfor måtte vi desværre opgive at få aftalt et interview med hende. Den sidste person har vi ikke kunnet få fat på og vi ender derfor med at have foretaget 5 interviews med svært overvægtige gravide.

Det har igen vist sig at være svært at opretholde og komme i kontakt med de svært overvægtige gravide og dette på trods af, at vi har mødt nogle af dem personligt ved vores deltagelse på Mamma Move-holdet. Det er et svært emne at tale om og vi forstår selvfølgelig også godt fra deres side, at de kan have svært ved at tale med os som fremmede omkring emnet og derfor i sidste ende, ikke ønsker at deltage. Hvis vi skulle have haft mere held med at få flere interviews i hus, kunne det have været en god ide at deltage i flere af Mamma Move-holdene, så vi derigennem kunne komme i kontakt med flere svært overvægtige gravide.

De svært overvægtige gravide, som har ville ladet sig interviewe er alle nogen, som har overskud i hverdagen. Fire ud af fem har gode uddannelser og gode jobs. De fleste har en mellemlang videregående uddannelse og vi ville have ønsket, at hvis vi kunnet interviewe flere svært overvægtige gravide, så ville disse enten igen uddannelse have eller have en kort uddannelse. Vi ville selvfølgelig aldrig kunne gøre dette repræsentabelt, men idet største delen af svært overvægtige i region Midtjylland enten har en kort uddannelse eller en grundskuleuddannelse, ville det give mening at se nærmere på de ten-

denser, denne kategorisering af svært overvægtige gravide ville have. I Tabel 5 ser vi således den procentvise uddannelsesfordeling af svært overvægtige i region Midtjylland:

Tabel 5 – Det procentvise uddannelsesniveau hos svært overvægtige i region Midtjylland

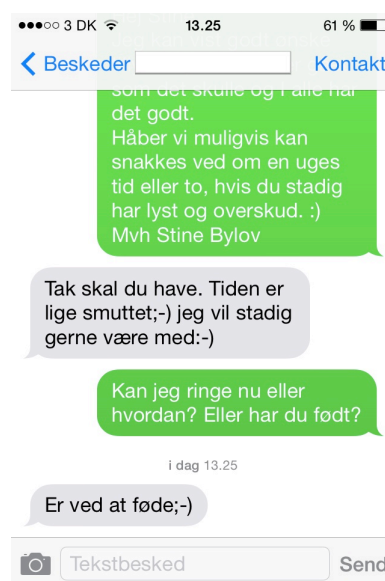
Uddannelse	Andel svært overvægtige
Under udd.	5,7%
Grundskole	22,7%
Kort udd.	16,8%
Kort videregående udd.	13,3%
Mellemlang videregående udd.	12,4%
Lang videregående udd.	7,9%
Anden udd.	15,4%
Uoplyst	16,6%
Total	14,2%

(Den Nationale Sundhedsprofil 2014)

Tabellen ovenfor viser, at hele 22,7 pct. har en grundskoleuddannelse og 16,8 pct. har en kort uddannelse.

Hvis vi havde haft flere svært overvægtige gravide med enten grundskoleuddannelse eller en kort uddannelse, tror vi i højere grad vi ville kunnet have set, at socioøkonomiske karakteristika ville have spillet ind på magtforholdet mellem den svært overvægtige gravide og jordemoderen og Bourdieus teoribegreber ville muligvis være kommet mere i spil.

Efter de fem interviews var blevet foretaget, har vi fået kontakt til tre af de svært overvægtige gravide igen, for at få et opfølgende interview omkring nogle nye faktorer, vi gerne ville have belyst i specialet. Vi havde aftalt tidspunkter med de svært overvægtige gravide, hvor det opfølgende interview kunne udføres, dog var der en af de tre, som ikke overholdt aftalen. Vi antog, at dette var pga. fødsel, da terminsdato var overskredet og vi skrev derfor, at vi håbede at både mor og datter havde det godt og at vi stadig var interesserede i et interview med hende, når hun igen fik tid og overskud. Der kom hurtigt et svar tilbage og vi tolkede det som om, hun blot havde glemt tiden. Vi forsøgte derfor at ringe hende op uden held, hvorpå vi svarede om vi kunne ringe nu eller om hun havde født. Som det ses på billedet til højre, fremgår det at vi sms'er under fødslen. Fødsel var ikke en faktor vi havde medregnet i frafald af respondenter – og



det var heller ikke fordi det gjorde den store forskel, da vi senere lavede et interview med hende. Det var blot en oplevelse, at være så tæt på den gravide, at hun tog sig over-skud til at svare tilbage på sms'erne under fødslen.

Forholdet til de svært overvægtige gravide

Gennem interviewene med de svært overvægtige gravide, har de åbnet sig meget for os og fortalt om personlige kampe, familiesygdom, forhold til forældre osv. Blot at tale om overvægt, som mange har kæmpet med siden de gik i folkeskole, at været et følelses-mæssigt svært samtaleemne for alle de interviewede og dermed også os. Disse samtaler er gået hen og er blevet mere end blot et interview for mange af de svært overvægtige gravide og vi har kunnet mærke, at de tog os for mere end blot interviewere – vi blev nærved og næsten veninder.

Vi har ved interviewene forsøgt at bløde situationen op ved at grine med dem og samti-dig har vi som sagt også spurgt ind til meget personlige emner, som for de svært over-vægtige gravide har gjort, at de har åbnet sig for os. Det har resulteret i, at vi til tider og har haft svært ved at få færdiggjort interviewet, da det mere har haft karakter af en al-mindelig samtale mellem to nære veninder, som man ikke bare afbryder. Flere gange er interviewet kørt en smule af sporet til sidst, hvor vi ikke har haft flere spørgsmål og de svært overvægtige gravide har talt frit. På dette tidspunkt har de som sagt betroet sig om en del til os og dette har resulteret i, at vi har fået kendskab til eksempelvis andre personlige begivenheder uden for specialets felt. Samtidig har vores tilgang til det også medført, at vi i ny og næ har modtaget en SMS om, at de har været ved jordemoder og at det er gået godt – uden at vi har bedt om den ekstra information. Dog synes vi at vi har bevaret en professionel distance til de interviewede og derfor også fået mest muligt ud af alle interviewene.

Telefoninterviews

Som beskrevet i afsnittet omkring overvejelser om telefoninterviews har vi helst villet undgå disse, da vi mener, at vi ville få mere ud af at mødes med interviewpersonerne ansigt til ansigt. Da vi kontaktede de svært overvægtige gravide, lagde vi derfor meget vægt på at forklare, at vi gerne ville mødes med dem et sted efter deres valg og det skul-le selvfølgelig være et sted de følte sig tryk. To af personerne ville gerne mødes på café og en tredje inviterede os hjem til hende, da hun går hjemme på barsel. De sidste to per-soner var dog ikke helt sikre på at mødes, så derfor blev sidste udvej at foretage inter-viewene telefonisk. Vi har dog ikkeoplevet, at telefoninterviewene har været ringere end dem vi foretog ansigt til ansigt. De telefoniske interviews har været en smule korte-re, men det mener vi blot er fordi det har været lettere at afslutte interviewet. De første fem interview har, ansigt til ansigt og telefoniske, har varet mellem 35 og 45 min. Nogle af interviewene har fortsat i smalltalk efter vi har afsluttet optagelserne. De opfølgende interviews har varet fra 10 til 15 minutter og er alle foretaget over telefon.

Optagelse og transskribering

Vores overvejelser omkring optagelse og transskribering er i store træk gået, som vi havde forventet det. Det har for det første været rigtig godt at optage interviewene, så vi ikke har skullet tage noter samtidig og vi derved har kunnet være mere opmærksomme på det sagte og få fulgt op på spørgsmålene eller andre interessante vendinger. For det andet har vi i nogle tilfælde kunnet mærke, at interviewpersonerne er mere opmærksomme på optageren i starten og derved forholder sig en smule tilbageholdende med deres svar, men efterhånden som interviewet skrider frem, er de ikke så opmærksomme på optageren længere og interviewet glider derpå mere som en almindelig samtale.

En ulempe ved at bruge en optager og derved ikke tage noter under interviewet er, hvis optageren svigter og man derved ikke har hverken en optagelse eller noter af interviewet. Det skete desværre for os ved et af interviewene med en svært overvægtig gravid og der var kun blevet optaget to minutter af det afsluttede interview. Det er selvfølgelig rigtig ærgerligt, men der er ikke så meget andet at gøre end at få skrevet så meget ned som muligt om interviewet hurtigst muligt efter, hvor man stadig kan huske det der blev sagt i store træk. Dette har vi gjort og mener alligevel, at vi har fået noget ud af interviewet. Et interview med en af jordemødrene gik desværre også tabt og derfor udførte vi samme procedure, med at skrive de ting ned, vi kunne huske hun berettede til os. Derudover tilbød hun, at vi sagtens kunne ringe til hende på et andet tidspunkt, hvis vi kom til at mangle noget fra interviewet. Dette har vi benyttet os af og talte med jordemoderen i telefon, hvor vi fik uddybet de spørgsmål, vi mente, vi havde brug for til analysen. Alle de interviewede – jordemoder som svært overvægtig gravid – har været meget behjælpelige og yttret at de meget gerne ville deltage igen, hvis vi havde brug for det.

Observation

Som beskrevet har vi haft et ønske om at være med til nogle jordemoderkonsultationer, for at kunne observere interaktionen mellem den svært overvægtige gravide og deres jordemoder. Formålet hermed ville være at kunne kortlægge magtforholdet i konsultationen på en anden måde, end det vi finder ved at foretage interviews. Vi spurgte derfor i første omgang jordemødrene om dette var muligt, men de mente, at det måtte være op til de gravide, om de var trygge ved at have os med til deres konsultation. Da vi kontaktede de svært overvægtige gravide med henblik på at aftale tidspunkt for interviews, spurgte vi dem samtidig, om det ville være muligt for os, at komme med til deres næste jordemoderkonsultation. Det var der dog ingen, der var interesserede i og det har derfor ikke været muligt for os at observere til jordemoderkonsultationer, som ønsket.

Endnu en litteratursøgning ud fra fund i empirien

Efter vi havde foretaget få interviews, blev vi opmærksomme på, at virkningen af jordemoderkonsultationerne indebar motivation. Dette betragter vi som et mere positivt udfald af magten set i forhold til en følelse af stigmatisering.

Både at jordemødrene forsøgte at appellere til motivationen for livsstilsændringer og at de svært overvægtige gravide i en vis grad følte sig motiveret herfor. Vi foretog herefter to nye søgninger, som kunne sidestilles med en todeling af virkning – den negative og den positive. Således blev 'stigmatisering' en negativ virkning hos den svært overvægtige gravide efter jordemoderkonsultationerne og 'motivation' den positive. Vi fandt således endnu en matchende artikel ved søgningen: "Jordemoder", "motivation" og "vægt".

Artiklen *Weight management during pregnancy: A systematic review of qualitative evidence* (Johnson et al 2013), fokuserer på kvinders og sundhedsprofessionelles mening om vægtadministration i graviditeten. Man så således, at overvægtige og svært overvægtige gravide rapporterede om følelse af stigmatisering ved rutineundersøgelser. Samtidig berettede de sundhedsprofessionelle om en form for modvilje i forhold til at tale med den svært overvægtige om hendes overvægt. Kvindernes "kropsresultat" af graviditeten og oplevelser af, at fosteret ville tage skade, var i artiklen fokus for de barrierer, som lå til grund for optimal fysisk aktivitet og kostindtagelse. Artiklen gør også opmærksom på, at oplevelsen af kontrol hænger sammen med kvindernes kropsoptagelse.

De konkluderer således i artiklen, at interaktion med rådgivnings- og vejledingskilder, kropslige forandringer, følelse af kontrol og oplevet risici for fosteret kan være en kompleks sammensætning, som kan være med til at forklare den relativt ineffektive kontrol af vægten ved de svært overvægtige gravide. Desuden fastslår de, at fokus på graden af fysisk aktivitet og vejledning om sund kost kan gøre mere gavn og være mindre stigmatiserende end decideret at have fokus på vægten. En målrettet indsats om vægtkontrolsvejledning i graviditeten kan muligvis reducere komplikationer og både den gravide og fosterets velvære. Dog viser undersøgelsen, som ligger til grund for artiklen, at rådgivningen om vægtkontrol må leveres nænsomt og med øje for den gravides personlige holdning til hendes vægt. Sagt på en anden måde, kan det betyde, at fokus i stedet skal ligge på sund livsstil og ikke på vægten eller vægtkontrol. For at dette kan gøres, ønsker jordemødrene en større viden om emner som ernæring og velfungerende fysiske aktiviteter i graviditeten eller mere passende henvisningsmuligheder. Desuden fremgår det også af artiklen, at ringe kommunikationsfærdigheder kan barrikadere vejen for optagelsen af rådgivningen.

Artiklen fastslår at graviditeten således ikke er den mest optimale tid for at fremme vægtkontrol, da der er flere barrierer under graviditeten end før eller efter graviditeten. Vægtkontrolsvejledning eller -rådgivning er i stedet ideelt før graviditeten.

Som det ses af ovenstående er fokus ikke på, hvordan magtforholdet udspiller sig, men nærmere, hvordan man får de svært overvægtige gravide til at have mere fokus på vægt, kost og motion og hvor dette formål ikke når sin virkning. Artiklen fastslår, at graviditeten ikke er det rigtige tidspunkt at sætte ind i forhold til et decideret fokus på vægt, men nærmere vejledning i kost og motion. Desuden skal denne vejledning tilpasses den enkelte svært overvægtige gravide, for at det vil have en positiv effekt. Dertil siger jordemødrene, at de gerne vil have mere uddannelse inden for området, for at denne form for vejledning kan blive aktuel. Vi har i analysen forsøgt at se, om disse statements stemmer overens med vores empiriske fund og vi mener, at dette artikelfund stemmer overens med fundene i vores analyse som konkluderes i det følgende.

Konklusion

Vi har i nærværende speciale ønsket at finde svar på, hvordan magtforholdet mellem jordemødre og svært overvægtige gravide kom til udtryk ved konsultationerne. Derudover har vi igennem vores empiri undersøgt hvordan virkningen af magtforholdet har påvirket de svært overvægtige gravide.

Da jordemødrene er underlagt en række retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, havde vi en formodning om, at magten ville være hos jordemoderen, og derfor også hendes valg, hvilke hensyn hun ville tage til den svært overvægtige gravide. Ud fra tidligere projekt så vi, at jordemødrene ikke levede op til de anbefalinger som sundhedsstyrelsen har fremlagt. Derfor fandt vi det interessant at se på, hvordan jordemødrene bruger deres magt og hvordan virkningen var for den svært overvægtige gravide såvel som hos jordemoderen.

Vi har benyttet Randers Sundhedscenter som indgangsvinkel til at få oprettet kontakt til de svært overvægtige gravide og deres jordemødre. Randers Kommune har derudover oprettet et tilbud til svært overvægtige gravide de kalder "Mamma Move" og herigen- nem kunne vi møde de svært overvægtige gravide og derved skabe den nødvendige kontakt. For at finde svar på, hvordan magtforholdet kommer til udtryk har vi arbejdet ud fra følgende problemformulering:

Hvordan udspiller magtforholdet sig mellem jordemoder og den svært overvægtige gravide?

- og hvilke virkninger ser vi heraf?

For at få et indblik i hvordan magtforholdet kan udspille sig mellem de to parter, har vi benyttet os af forskellige teoretiske synspunkter. Vi valgte at bruge Michel Foucault, Pierre Bourdieu og Nicolas Rose, som har bidraget til en forståelse af magten og hvordan den kunne komme til udtryk i vores undersøgelsesfelt. Foucault gav rammen for den disciplinering vi ser ved jordemoderkonsultationen. Samtidig gjorde han os opmærksomme på det kontraktuelle forhold, som jordemoderen og den svært overvægtige gravide indgår i – som sundhedsprofessionel og patient. Dog ville vi mene, at dette forhold er anderledes end mange andre forhold og jordemoderen sættes i den svært overvægtige gravides liv grundet lykkelige omstændigheder. Ydermere er jordemoderen der for at følge, guide og vejlede og ikke for at diktere og løfte pegefingre.

Bourdieu bidrager med klasseideologisk tilgang, som gav os teoretisk begrundelse for at undersøge flere baggrundsfaktorer, hvilket igen spillede ind på analysens udkom. Rose og Vallgård belyser Foucaults teorier på en mere moderne måde og er meget opmærksomme på de paradokser og huller der måtte være i den forudgående teori.

Med en bredere forståelse af magtbegrebet gik vi videre til empiriindsamlingen, som er foregået med semistrukturerede interviews. Interviewguiden til disse interviews er blevet udarbejdet med magtforholdet in mente, men begrebet "magt" blev ikke brugt direkte i de stillede spørgsmål. Vi har interviewet 5 svært overvægtige gravide og de jordemødre, som de gravide har været tilknyttet gennem konsultationerne.

På baggrund af vores problemformulering og fund igennem empiriindsamlingen er vores analyse delt op i to dele, som omhandler det magtforhold vi fandt mellem jordemødrene og de svært overvægtige gravide samt den virkning vi så, det havde på de svært overvægtige gravide.

Magtforholdet så vi komme til udtryk gennem de retningslinjer og anbefalinger jordemødrene følger fra Sundhedsstyrelsen. Dette var en forventet vinkel, men anderledes end tidligere projekt. Dog har jordemødrene gjort os opmærksomme på, at retningslinjerne i forhold til kost og motion ikke er anderledes for svært overvægtige gravide i forhold til normalvægtige gravide. Der hvor der findes forskellige retningslinjer er især når det gælder vægtøgningen for de gravide, hvor svært overvægtige gravide har en begrænsning på 6-9 kg fra sundhedsstyrelsens side. Denne form for magt er givet igennem staten qua deres retningslinjer, men jordemødrene bruger også deres uddannelse og den viden de herigennem har tilegnet sig til at modificere og tilpasse retningslinjerne. De jordemødre vi har interviewet anbefaler f.eks. kun de svært overvægtige gravide til at tage maks. 5 kg på under graviditeten, hvilket er et resultat af deres viden indenfor området og opfattelse af, hvad der er bedst for den svært overvægtige gravide.

Udover at magten både kommer til udtryk gennem den statslige styring og jordemødrenes uddannelse og viden på området, har vi også set en forskel i hvordan jordemødrene bruger magten overfor de svært overvægtige gravide.

Vi har fundet, at motivation hos de svært overvægtige gravide er i høj kurs og jordemødrene sætter gerne en ekstra indsats ind overfor denne gruppe af svært overvægtige gravide, hvor motivation for livsstilsændring opfanges. Anderledes ser det ud, hvis jordemødrene kan mærke, at de svært overvægtige gravide ikke er motiverede for en livsstilsændring og indsatsen i forhold til f.eks. kost og motion bliver derfor modificeret, så den passer til den svært overvægtige gravides behov eller nærmere den svært overvægtige gravides ønsker.

Vi har også set, at magten påvirker de svært overvægtige gravide forskelligt og vi har gennem vores empiri kunnet se en tendens til, at de svært overvægtige gravides uddannelsesniveau har en indvirkning på, hvordan de håndterer eksempelvis samtaler omkring kost og motion. Hertil har vi fundet, at svært overvægtige gravide med en sundhedsfaglig uddannelse har lettere ved at acceptere den måde hvorpå jordemødrene taler med dem om kost og motion. De har nemmere ved at sætte sig i jordemoderens sted og kan se forholdet fra en professionel side. De svært overvægtige gravide med en kort uddannelse eller en uddannelse som ikke er sundhedsfaglig bliver lettere påvirket per-

sonligt af samtalerne og føler sig i højere grad stigmatiseret i forhold til den tilgang jordemødrene har til samtaler om kost og motion.

Vi har i forhold til virkningen af magtforholdet mellem jordemødrene og de svært overvægtige gravide fundet to aspekter. Det første aspekt handler om, hvad jordemødrene ønsker at få ud af konsultationerne og de samtaler de har med de svært overvægtige gravide om kost og motion. Det andet aspekt handler så om, hvad vi har fundet, via de svært overvægtige, at virkningen er for dem.

Jordemødrenes intentioner i forhold til konsultationerne og deres samtaler omkring kost og motion handler i høj grad om, at rykke de svært overvægtige gravide og de finder de interessant, om de egentlig kan gøre en forskel. De svært overvægtige gravide skal rykkes til at træffe bedre valg i deres hverdag med henblik på en længerevarende livsstilsændring. Jordemødrene mener ikke, at de kan rykke de svært overvægtige gravide ret meget og i hvert fald kræver det en hvis grad af motivation fra de svært overvægtige gravides side, hvis der skal ses resultater på længere sigt. Samtidig kræver det en stor indsats fra jordemødrenes side og også jordemødrene skal have den nødvendige motivation til at hjælpe de svært overvægtige gravide, for at virkningen ses.

Virkningen i forhold til de svært overvægtige gravide er igennem empirien kommet til udtryk i tre former. Den første form handler om nogle svært overvægtige gravide, der har en "Du skal ikke fortælle mig, hvad jeg skal!"-attitude overfor jordemødrene. Disse gravide føler, at jordemødrenes tilgang til samtalen omkring kost og motion er grænseoverskridende og de svært overvægtige gravide føler sig nedværdiget i denne sammenhæng. Resultatet heraf er en form for stigmatisering og de svært overvægtige gravide vælger i den forbindelse enten helt at undgå samtalerne omkring kost og motion og kommer kun for at få at vide, at barnet har det godt og alt er som det skal være eller også vælger de en anden jordemoder, hvor der ikke i så høj grad er fokus på kost og motion.

Den anden form for virkning kommer til udtryk, når de svært overvægtige gravide bruger jordemoderen som sparringspartner. For det første er der nogle af de svært overvægtige gravide, der godt kan forstå jordemødrenes tilgang til samtalen omkring kost og motion og som samtidig er et sted i deres liv, hvor de får en del ud af disse samtaler. For det andet kan de svært overvægtige gravide, som har følt at jordemødrene overskrider grænsen i forhold til at rådgive om kost og motion bruge jordemoderen til sparring på andre punkter. Det kan f.eks. handle om sex og samliv derhjemme samt forventningsafstemninger i forhold til fødslen. Jordemødrene kan i denne forbindelse rykke de svært overvægtige gravide, så længe det er på den gravides præmisser. Det er ikke alle svært overvægtige gravide de kan rykke i forhold til kost og motion, men i stedet kan de rykke dem på andre områder, som den svært overvægtige gravide gerne vil have fokus på.

Den sidste form for virkning har vi fundet i forhold til svært overvægtige gravide, der på en eller anden måde har været psykisk ustabile. Her tager jordemoderen i første omgang hånd om det psykiske og de fysiske problematikker er i mindre grad i søgelyset. Det gælder således i høj grad for jordemoderen om, at vurdere den svært overvægtige gravides behov, for at kunne hjælpe hende på den bedst mulige måde – om det så er psykisk eller fysisk – eller noget helt tredje.

Konkluderende på vores resultater kan det siges, at jordemødrene i første omgang har en magt over de svært overvægtige gravide, da de igennem retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen skal rådgive de svært overvægtige gravide og samtidig har de igennem deres uddannelse en magt til at modificere de anbefalinger der ligger, så de passer til den enkelte svært overvægtige gravid. Jordemødrene ønsker, at rykke de svært overvægtige gravide i forhold til kost og motion, men mener, at det kræver motivation for at dette kan lykkes – samtidig har vi fundet, at det også kræver en stor indsats og motivation fra jordemødrenes side, hvis resultaterne skal blive tydelige. Nogle af de svært overvægtige gravide har følt sig nedværdiget og stigmatiseret i forbindelse med samtaler omkring kost og motion og mener ikke, at det kommer jordemoderen ved. Andre har forståelse for jordemoderens arbejde og især de gravide med en mellemlang uddannelse, kan sætte sig i jordemoderens sted. Det er også denne gruppe af svært overvægtige gravide, der rykker sig mest i forhold til en livsstilsændring og bruger i høj grad jordemoderen som sparringspartner. Jordemoderen bliver også sparringspartner omkring eksempelvis sex og samliv og må også tage hånd om psykiske problematikker, som nogle svært overvægtige gravide har. Yderligere konkluderes der herpå, at for at jordemødrenes indsats skal virke, kræver det motivation fra den svært overvægtige gravides side og samtalerne skal i høj grad være på de svært overvægtige gravides præmisser – er de ikke det, er der ikke meget at komme efter og den ønskede virkning falder til jorden.

Litteraturliste

Bang, Henrik & Dyrberg, Torben Bech 2011: *Michel Foucault*. København Ø: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Bech, Henning 2013: "Livsverdensmetode – erfaringer og råd fra fænomenologisk forskning", i Schiermer, Bjørn (Red.): *Fænomenologi – teorier og metoder*. København: Hans Reitzel.

Berg-Sørensen, Anders 2010: "Hermeneutik og fænomenologi", i Jacoben, Michael Hviid (red.), Lippert-Rasmussen, Kasper (red.) og Nedergaard, Peter (red.): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzel.

Bourdieu, Pierre 1995: *Distinktionen. En sociologisk kritik af dømmekraften*. Frederiksberg: DET lille FORLAG.

Bryman, Alan 2008: *Social Research Methods*. 3. Udgave. New York: Oxford University Press.

De Vaus, David 2011: *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications Ltd.

Den Nationale Sundhedsprofil 2014: "Danskernes Sundhed – Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil". Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet.

Lokaliseret den 31. juli 2014:

http://proxy.danskernessundhed.dk/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportName=Svaer%20overvaegt&reportPath=/Danskernes_sundhed/

Elmelund, Rasmus 2012: "Fed i hovedet". *Information*, d. 28. juli.

Lokaliseret d. 6. marts 2014:

<http://www.information.dk/306883>

Folker, Anna Paldam et al. 2008: *Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Foucault, Michel 1979: *Discipline and punish: The Birth of the Prison*. London: Penguin Books

Fødevarestyrelsen 2006: "Råd om mad og motion når du er gravid".

Lokaliseret den 29. april 2014:

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/CFF/Gravid_fvst/Naar_gravid.pdf

Hallund, Laust 2008: *Hvornår har et foster rettigheder?*

Lokaliseret den 27. juli 2014:

<http://videnskab.dk/kultur-samfund/hvornar-har-et-foster-rettigheder>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007: "Resultat af høringen over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere)", *Kommunal Sundhed*, den 26. marts.

Lokaliseret d. 3. maj 2014:

<http://www.ft.dk/samling/20061/Lovforslag/L169/Bilag/1/359730.PDF>

Jensen, Anders Fogh & Hansen, Rasmus Svarre 2006: *Magtens kartografi, Foucault og Bourdieu*. København: Unge Pædagoger.

Jensen, Lene Skou: *Gravid og for tung*. Nyhedsbrev for gravide – Jordemoderforeninge.

Lokaliseret den 28. april 2014:

<http://www.jordemoderforeningen.dk/nyhedsbreve/nyhedsbreve/nyhedsbrev-for-gravide/singlevisning/artikel/gravid-og-for-tung/>

Johnson, Maxine, Fiona Campbell, Josie Messina, Louise Preston, Helen Buckley Woods & Elizabeth Goyder 2013: "Weight management during pregnancy: A systematic review of qualitative evidence." *Midwifery*, Nr. 29, 2013:1287-1296.

Kreutzer 2013: "Årsager til fedme". *Apotek*, den 5. august.

Lokaliseret den 22. maj 2014:

<http://www.apoteket.dk/KropOgHelbred/Kost/Vægt/Årsager%20til%20fedme.aspx>

Kvale, Steiner og Svend Brinkmann 2009: *InterView. Introduktion til et håndværk*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Kristian 2010: "Pierre Bourdieu", i Andersen, Pernille Tanggaard (red.), Timm, Helle (red.): *Sundhedssociologi. En Grundbog*. København: Hans Reitzel.

Niclasen, Birgit Vollmer-Larsen 2005: "Overvægt og fedme. Sociale følger, holdninger, selvværd og livskvalitet med fokus på børn og unge". *Ugeskrift for læger*, Nr. 10, 2005:1145-1148.

Nilsson, Roddy 2009: *Michel Foucault, en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Nyman, Viola M.K., Åsa K. Prebensen og Gullvi E.M. Flesner 2008: "Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth". *Midwifery*, Nr. 26, 2010:424-429.

Pedersen, Inge Kryger 2010: "Michel Foucault", i Andersen, Pernille Tanggaard (red.), Timm, Helle (red.): *Sundhedssociologi. En Grundbog*. København: Hans Reitzel.

Prieur, Annick 2006: "En teori om praksis", i Prieur, Annick og Setoft, Carsten: *Pierre Bourdieu – En introduktion*. København: Hans Reitzel.

Rose, Nikolas 1999: *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schiermer, Bjørn 2013: ""Til tingene selv" – om hermeneutisk fænomenologi", i Schiermer, Bjørn (Red.): *Fænomenologi – teorier og metoder*. København: Hans Reitzel.

Skovmand, Kaare 2010: "Forkserne siger farvel til BMI – maven skal med i målingen af din vægt". Politikken, den 20. Oktober.

Lokaliseret den 22. maj 2014:

<http://politiken.dk/viden/ECE1088755/forskerne-siger-farvel-til-bmi---maven-skal-med-i-maalingen-af-din-vaegt/>

Sundhedsstyrelsen 2008: "Fødsler, graviditet og BMI. 2004 – 1. Halvår 2008". *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, Nr. 9, 2008:2-23.

Sundhedsstyrelsen 2011: *Vægtstoppådgiveruddannelsen*.

Lokaliseret den 27. juli 2014:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/overvaegt/vaegtstoppaadgiver>

Sundhedsstyrelsen 2013: *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2014: *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*.

Lokaliseret den 8. Marts 2014:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>

Sørensen, Anders Dræby & Hjorth, Pernille 2000: "Samtidshistoriker – Interview med Nikolas Rose". *Slagmark*, Nr. 30, 2000/2001:135-146.

Tranæs, Torben & Jensen, Bent 2010: "Den svære overvægt fortsætter med at stige", i *Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed*. Rockwool Fondens Forskningsenhed, december 2010.

Lokaliseret den 22. maj 2014:

<http://www.rff.dk/files/RFF-si->

[te/Publikations%20upload/Newsletters/Dansk/85832_Rockwool%20nyhedsbrev%20december_P.PDF](http://www.rff.dk/files/RFF-si-te/Publikations%20upload/Newsletters/Dansk/85832_Rockwool%20nyhedsbrev%20december_P.PDF)

Vallgård, Signild 2003: "Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb *governmentality*" i Christiansen, Peter Munk (red.) og Togeby, Lise (red.): *På sporet af magten*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, Signild 2013: *Sundhedspolitik. Teorier og analyser*. København: Munksgaard.

Wilken, Lisanne 2011: *Bourdieu for begyndere*. Gylling: Samfundslitteratur.

Wolff, Susanne: "Vejledning af overvægtige gravide", VR Platformen – Vægtstoppådgiveruddannelsen.

Lokaliseret d. 29. april 2014:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/EC005E4EA9B045AEBD95832B1F924727.ashx>

Bilag

Bilag 1 – Interviewguide til svært overvægtige gravide

- Situationen defineres og formålet med interviewet klargøres/opsummeres.
 - Dette interview handler primært om din oplevelse af samtalerne hos jordmoderen og om dit syn på din krop og din overvægt, samt de tanker du har haft under graviditeten og hvad du tænker om forløbet på jordmodercenteret.
 - Du vil selvfølgelig være anonym, så det er kun os som interviewere der kender dit navn. I det specialet vil du få et andet navn, så der ikke er en direkte forbindelse med brugte citater og dit navn. Samtidig vil vi undlade at gengive personlige begivenheder, som kan røbe, hvem vi har med at gøre.
 - Hvis der undervejs stilles spørgsmål, som du finder svære at svare på kan du bare sige til og så finder vi en løsning på det, ved enten at omformulere spørgsmålet eller helt undlader det.

Oplysninger om den gravide

Til at starte med, har vi lidt spørgsmål som handler om dig.

- Hvor gammel er du?
- Hvad var dit BMI før graviditet?
 - Eller højde og vægt før graviditeten
- Er det første gang du er gravid?
- Hvad er din sidst afsluttede skoleuddannelse?
- Har du en videregående uddannelse?
 - Hvis ja, hvilken?
 - Kort, mellemlang, lang
- Har du et arbejde?
- Har du en partner?
- Bor du/I til leje eller er du/I ejere af jeres bolig?

Den gravides hverdagsoplevelser

De næste spørgsmål kommer til at handle om dig og dine oplevelser med det at være overvægtig.

- Har du altid været overvægtig?
- Hvilke følelser har du haft i forhold til din overvægt før du blev gravid?
 - Er der forskel på disse følelser efter du blev gravid?

- Hvordan ønsker du, at andre skal se dig?
- Har du haft oplevelser omkring negative holdninger fra andre?

Den gravides forestillinger om første møde med jordemoderen

Disse spørgsmål omhandler dine tanker omkring det at starte ved jordemoderen.

- Hvordan har dine oplevelser været ved egen læge?
- Havde du nogle forventninger til din læge inden du skulle af sted?
 - o Blev forventningerne indfriet/hvad blev ikke indfriet?
- Hvordan havde du med at skulle ind til jordemoderen for første gang?
- Hvilke forventninger havde du til din jordemoder og den første konsultation?
- Havde du på forhånd nogle spørgsmål til jordemoderen?
 - o Hvis ja, hvilke spørgsmål?

Den gravides møde med jordemoderen

Disse spørgsmål omhandler dine tanker og oplevelser omkring jordemoderkonsultationerne.

- Blev dine førnævnte forventninger indfriet i mødet med jordemoderen (hvis hun havde forventninger)?
- Hvordan oplevede du det første møde med jordemoderen?
- Fik du svar på de spørgsmål du havde forberedt til jordemoderen (hvis hun havde spørgsmål)?
- Har du været tilknyttet den samme jordemoder i løbet af din graviditet?
- Hvordan har kommunikationen mellem dig og jordemoder været?
 - o Har der været nogle emner der har været mere i fokus end andre?
- Har der været meget fokus på din overvægt?
 - o Hvis ja, hvordan?
 - F.eks. blevet vejlet ofte, meget snak om kost, motion og komplikationer
- Efter din første konsultation, hvordan havde du det så, da du skulle af sted til den næste?
- Føler du dig godt tilpas, når du er til konsultationer med din jordemoder?
- Har du benyttet dig af privatjordemoder eller eksempelvis andre skanningsmuligheder?

Til flergangsfødende

Er der nogle oplevelser fra første gang, som spiller ind på oplevelserne anden gang?
 Har du gjort dig egne erfaringer, hvor du ikke er enig i jordemoderens anbefalinger?
 Er det lettere at tale med jordemoderen anden gang?

Bilag 2 – Interviewguide til jordemødre

- Situationen defineres og formålet med interviewet klargøres/opsummeres.
 - Dette interview handler primært om din erfaring med svært overvægtige gravide og behandlingen af disse i forbindelse med konsultationer.
 - Du vil selvfølgelig være anonym, så det er kun os som interviewere der kender dit navn. I det specialet vil du få et andet navn, så der ikke er en direkte forbindelse med brugte citater og dit navn. Samtidig vil vi undlade at gengive personlige begivenheder, som kan røbe, hvem vi har med at gøre.
 - Hvis der undervejs stilles spørgsmål, som du finder svære at svare på kan du bare sige til og så finder vi en løsning på det, ved enten at omformulere spørgsmålet eller helt undlader det.
 - Du vil undervejs blive gjort bekendt med tidligere forskning på området. Det er ikke meningen at du skal føle, at du på nogen måde står til ansvar eller skal redegøre for påstandene, da vi blot vil høre, hvad du gør dig af tanker om de udsagn vi præsenterer for dig.

Baggrundsspørgsmål

- Navn?
- Alder?
- Tidligere uddannelser?
- Hvor længe har du været jordemoder?
- Efteruddannelser?

Formål med jordemoderkonsultation

- Kan du beskrive hvordan en typisk jordemoderkonsultation med de svært overvægtige gravide foregår?
- Følger I "anbefalinger til svangreomsorgen"?
- Hvad ønsker I at opnå med konsultationerne?
 - Og hvorfor?
- Hvorfor står du for de her konsultationer og sætter nye tiltag i gang for dem?
- Hvad synes du virkningen er for de svært overvægtige gravide?
- Hvad har I af tilbud til svært overvægtige gravide udover Mama Move?
 - Hvad var der f.eks. inden Mama Move?
- Ser I et behov for at henvise de svært overvægtige til livsstilsrelaterede tilbud?
- Hvad er en typisk efterfødselsplan for en svært overvægtig gravid?
 - Er den anderledes end normalvægtiges efterfødselsplan?
- Hvorfor arbejder I ikke med "kendt jordemoderordning" endnu?
 - Hvilke forskelle vil der være i forhold til den måde I arbejder på nu?
- Hvornår er der behov for vejning?

- Er der et ekstra behov når de er svært overvægtige?

Den faglige viden

- Er det rigtigt, at du, samt få andre jordemødre, står for konsultationerne af de svært overvægtige gravide?
- Har du en særlig interesse for denne gruppe? Er du blevet udvalgt til at tage dig af denne gruppe? Hvorfor?
- Har du været på ekstra kursus for at kunne give de svært overvægtige gravide den bedst mulige vejledning? I så fald, hvilken form for kursus? Spørg gerne dybere ind til dette – hvornår, af hvem og hvor blev det holdt? Hvilken dagsorden?
- Når du videreuddanner dig, læser artikler eller andet på eksempelvis nettet, er det så med ekstra fokus på denne gruppe eller er det mere generelt?
- Er der særlige retningslinjer for, hvad en svær overvægtig skal igennem ved konsultationerne, end hvis det havde været en almindelig vægtig?
 - Noget med vægt – sundhedsstyrelsen siger 6-9 kg. Er det noget med, at udenlandske anbefalinger lyder på max 5 kg?
- Hvad vil du mene, at den svært overvægtige gravide mangler for at tabe sig?
 - Motivation
 - Vilje
 - Viden – kost, motion, generelt
 - Opbakning
- Hvis man kigger på fedme som et resultat af et misbrug, hvad tænker du så om det?
 - Sammenligner du skaderne/følgerne som ved misbrug af eksempelvis cigaretter, alkohol og stoffer?
 - Er fedmen et resultat af et mildt misbrug sammenlignet med alkohol, rygning og stoffer?
 - Hvilket et misbrug vil du kendetegne som værende værst for den gravide?
 - Hvilket et misbrug ville du kendetegne som værende det værste for barnet? (hvilket et tager barnet størst skade af under graviditeten?)
- Er der noget der er svært for dig at tale med den svært overvægtige gravide om?
- Er der noget du gerne vil være bedre til at tale med den svært overvægtige gravide om?

Verbal og kropslig fremtoning – både din egen og den svært overvægtige gravides

- Vil du mene, at der generelt set er forskel på svært overvægtige/fede gravide og almindeligvægtige gravide foruden deres vægt? Hvor ligger forskellen?

- Som sundhedsfaglig person, hvad synes du så om svært overvægtige? (spørg gerne ind til, hvad hun synes som privatperson).
- Er du mere opmærksom på det du siger og den måde du siger det på, når du har en svært overvægtig til konsultation frem for en almindeligvægtig?
- Gravide kan være meget følelsesladet og graviditeten (især den første) er ofte sensitiv og meget personlig – hvordan oplever du dette ved den svært overvægtige gravide?
- Tænker du over, hvordan du selv ser ud, når der kommer en svært overvægtig gravid ind til konsultation hos dig? Bliver du bevidst om din egen kropsstørrelse? Hvilken følelse er det?
 - Føler du dig slankere end normalt?
 - Tænker du, at du gerne vil i bedre form?
 - Trækker du maven ind?
 - Slapper du mere af?
- Der er selvfølgelig forskel på, om du taler til en førstegangsfødende eller flergangsfødende – på hvilken måde kan du mærke forskel på de to kategorier i gruppen med de svært overvægtige gravide
 - Eksempelvis kan der måske være noget med amning.

Tidligere projekter og forskning

I samarbejde med Aalborg Jordemodercenter

Vi har på tidligere semester beskæftiget os lidt med samme emne. Her oplevede vi, at jordemødre slet ikke vejede den svært overvægtige gravide, da de simpelthen ikke havde redskaberne til det. Vægten kunne ikke veje den vægtklasse.

- Er der nogle redskaber I mangler under konsultation og fødsler, når der er tale om svært overvægtige gravide
 - Senge nok?
 - Vægte?
 - Uddannelse?

Vi undersøgte om jordemødre så ned på den svært overvægtige gravide og sammenlignede hende med andre misbrugere (mad/alkohol/stoffer). Her så vi dog, at der ikke var den form for stigmatisering.

- Hvad tænker du om det? Enig/uenig.

Faktisk så vi, at der slet ikke blev taget hensyn til deres stigma, for som jordemoderen sagde: "hvad kan vi nå at gøre på fem konsultationer".

- Oplever du også, at I ikke vejer dem?
- Hvad tænker du i forhold til at vejlede dem i kost og motion?
 - Tror du det hjælper?

Vi så også, at de fleste svært overvægtige gravide var meget motiverede for at gøre noget ved deres krop, da de gerne ville give deres barn den bedste opvækst og gerne ville kunne lege med den lille, men at de i sidste ende ikke magtede at gøre det selv og meget

gerne ville have hjælp. Nu har I oprettet dette mamma-move-hold og deltagelsen har være faldende:

- Hvad tænker du om dem, som deltager?
- Hvad tænker du om dem som ikke deltager?
- Hvad tænker du om dem som falder fra?
- Har du andre ideer til, hvad man kunne gøre for denne gruppe? (også hvis penge ikke var et problem)

Undersøgelser om stigmatisering

Vi har både stødt på en svensk, en australsk undersøgelse samt en ny dansk undersøgelse, som mener at kunne konkludere, at de svært overvægtige føler sig stigmatiseret.

- Hvad tænker du om det?
- Er der noget om snakken?
- Hvad gør du, for at de ikke skal føle sig stigmatiseret? (hvis hun siger noget om 'normal' – fang den og spørg ind til det).

Skal man gå til jordemoder i sundhedscenteret – kan man evt. blot vælge at gå ved privat jordemoder?

Er I blevet tilbudt at komme på kurser som har noget at gøre med overvægt?
Findes der sådan nogle kurser I kan deltage i?/efteruddannelse.