

GRUPPEKONSULTATION FOR OVERVÆGTIGE GRAVIDE

ET EKSEMPEL PÅ INTERVENTION

*“Mit barn skal
ikke være flov
over at have en
tyk mor”*

*Badedragter...
“Ja, en solsikke
bliver altså ikke
kønnere af at
den bliver udvi-
det, vel”*

Resume:

28 kvinder deltog i et projekt for gravide overvægtige med BMI > 27, med det formål at begrænse vægtøgningen i graviditeten til 10 kg. Den gennemsnitlige vægtøgning var på 11,9 kg, og der var et gennemsnitligt fald i BMI på 3,2, målt fra før graviditetens indtræden til 6 måneder efter fødslen.

Dette projekt tyder på, at man med en målrettet og koordineret indsats, kan opnå gode resultater med hensyn til vægtstabilisering igennem graviditeten uden risiko for barnet. Tillige kan man støtte kvinden i nogle livsstilsændringer under graviditeten, som kan bære langt ind i resten af hendes liv, til gavn for hende selv og hendes familie.

Indholdsfortegnelse

Baggrund:	side 4
Formål:	side 4
Materiale og metode:.....	side 4
Kursets indhold hos jordemoderen:	side 5
Indhold i gruppeundervisning:.....	side 5
Indhold i de individuelle samtaler:	side 6
Gældende for hele forløbet:.....	side 6
Fokusgruppeinterview:	side 6
Metode	side 6
Temaer til spørgeguiden	side 7
Resultater	
Kvantitative resultater	side 7
Kvalitative resultater	side 8
Diskussion	side 8
Konklusion	side 9
Litteraturliste.....	side 11
Adresser	side 12

Gravide med særlige behov: De overvægtige

Et eksempel på en intervention

Baggrund

Det har været alment brugt at betragte en vægtøgning på 10 – 15 kg i graviditeten som normalt. Denne udgøres af barnets vægt, placentas vægt, fostervand, ekstra blodvolumen, fedtdepoter og lign.

Der er i Sundhedsstyrelsens retningslinier for Svangreomsorg og Sandbjerg guidelines (DSOGs) vejledninger, ikke nogen anbefaling for vægtøgning i graviditeten.(1,4)

I en videnskabelig rapport udarbejdet af Motions – og ernæringsrådet anbefales en vægtøgning på 8 – 10 kg i graviditeten for gravide med prægravid BMI over 25.(3)

Det er en kendt sag at overvægt er et stigende problem i den vestlige verden. Med overvægt følger ofte en række helbredsproblemer, eksempelvis øget risiko for hjertekar lidelser, diabetes, slidgigt.(1,2)

I relation til graviditet og fødsel er der ligeledes en række risikofaktorer forbundet med overvægt. De mest veldokumenterede er øget risiko for hypertension og graviditetsbetinget diabetes, samt risiko for udvikling af præeclampsi. Desuden ser man en tendens til rygmarvsbrok hos fosteret trods folinsyreprofylakse. Fosteret risikerer at udvikle en unormal vækst, ofte i form af makrosomi. Fødslen af et meget stort barn kan være forbundet med fastsiddende skuldre og de skader der deraf kan opstå på barn og mor. Vesvækkelse under fødslen er ligeledes hyppigere i forbindelse med overvægt. (1,2)

I forbindelse med kejsersnit, er der hos overvægtige øget risiko for større blodtab, infektion og længere operationstid, samt længere indlæggelsestid.(1,5)

Erfaringen er, at gravide kvinder er gode til at ændre på livsstilsfaktorer af hensyn til det ventede barn og af hensyn til deres eget helbred på længere

sigt. F.eks. rygestop i graviditeten.(4)

Der er således mange gode grunde til at tilbyde en målrettet indsats til gravide overvægtige, samt evaluere og justere denne indsats.

Formål

1: At opnå en vægtøgning på maksimalt 10 kg i graviditeten , for kvinder med prægravid BMI > 27 samt at kvinden 6 måneder postpartum er nede på eller under prægravid vægt.

2: At undersøge udviklingen i BMI under og efter graviditeten, overvåge fødselsforløbene og følge børnene mht. til vægt, apgar-score, NS-A-pH.

3: Udfra fokusgruppeinterview, at finde ideer og form til, hvordan overvægtige gravide kan følges i særlige konsultationer, således at deres vægtøgning i graviditeten begrænses til 10 kg.

Materiale og metode

På Frederiksberg Jordemodercenter har to jordemødre fra april 2004 til april 2005 iværksat et projekt for overvægtige gravide. Kvinder henvist til fødsel på Frederiksberg Hospital (FH) i perioden april 2004 til april 2005 og med BMI>27 blev, via pjece samt v. 1. jordemoderkonsultation, tilbudt, at deltage i udvidet kontrolprogram i graviditeten. Dette omfattende individuel og gruppekonsultation hos to jordemødre, ultralydsscanninger m.h.p. fostertilvækst og kontrol med vejning og motionsvejledning hos speciallæge.

Endvidere var der i 22. uge hos diætist vejledning i grupper, hvor hovedvægten lå på generel information om overvægt og kost.

Efter fødsel blev der arrangeret barselsgruppemøde 6 uger postpartum(pp), speciallæge 4 måneder pp og afsluttende jordemodersamtale 6 måneder pp.

Der blev indsamlet data vedr. kvindens vægt før graviditeten samt 6 måneder pp. Desuden indsamledes data om fødselsvægt, apgar score, pH og fødselsvarighed. Endvidere deltog 12 kvinder i fokusgruppe

interview, for at belyse hvilke elementer der kunne have positiv indflydelse på vægtstabilisering i graviditeten.

I alt 28 gravide deltog i hele eller dele af undersøgelsesprogrammet.

Tabel 1:
Undersøgelingsprogrammet
før fødslen

	16	18-20	22	28	29	33	34	37	39	40	41
ultralyd		+ misdann.		+			+				
Gluc.belastn.					+						
Jdm solo	+				+	+				+	+
Jdm gruppe			+		+	+		+	+		
Spec.læge		+		+			+				
Diætist			+								

Undersøgelingsprogrammet
efter fødslen

	6 uger pp	4mdr.pp	6mdr.pp
Jdm solo			+
Jdm grup	+		
Spec.læge		+	

Kursets indhold hos jordemoderen:

Gravide med et BMI>27 blev henvist til specialkonsultationen for overvægtige og fik før første jordemoderkonsultation tilsendt en pjeces.

Ved første jordemoderkonsultation blev tilbuddet uddybet og det blev afdækket, hvorvidt kvinden var motiveret for at deltage, da dette var et krav. Ingen gravide blev presset eller overtalt til at deltage. Grupperne blev dannet med 3 – 6 deltagere, såvel 1. som fleregangsfødende i samme gruppe. Så vidt muligt havde kvinderne termin nogenlunde samtidigt.

Gruppen mødtes ialt ca. 5 gange før fødsel til møder af 2 1/2 times varighed.

Kurset indeholdt ved hvert møde individuelle samtaler med jordemoderen, samt gruppeundervisning.

Til dette særlige tilbud, blev der hos jordemoderen sat 1 time og 20 min mere af til hver enkelt gravid i graviditeten. Denne ekstra tid er, hvad der på Frederiksberg Hospital afsættes til andre specialtilbud til gravide udfra en risikovurdering. F.eks. meget unge gravide, gruppe med anden etnisk baggrund (Somaliere), gravide med en psykiatrisk anamnese.

Indhold i gruppeundervisning

De gennemgående temaer var viden om kost og motion, samt mestringsstrategier i forhold til dette.

Kvinderne blev vejledt af hospitalsdiætist, i forbindelse med første gruppemøde og den videre kostvejledning var med udgangspunkt i dette. Den motionsvejledning kvinderne fik, foregik i samarbejde med den speciallæge kvinderne gik til kontrol hos. Motionsvejledningen tog udgangspunkt i kvindens ønske, sundhedsstyrelsens vejledninger og under hensyntagen til graviditeten.(6)

Temaerne omhandlede eksempelvis; selvværd, selvopfattelse af at være overvægtig/normalvægtig, generelle holdninger og fordomme i forhold til overvægt, diskussion om livsstilsændring, vaner, følelser og mad, hvad overvægt betød for den enkelte i hverdagen, om succes og fiasko i kampen mod overvægt, om tabu emnet overvægt, ressourcer og netværk, om bevidstgørelse og ansvarsplacering i arbejdet mod overvægt.

Desuden var der hver gang et graviditets relateret tema. Fødselsforberedelse erstattede dette tema de to af gangene, hvor mænd/samlever blev tilbudt at deltage.

“Walk and talk” konsultation er også afprøvet på et af holdene, men kunne ikke tilbydes af ressourcemæssige årsager. Kvinderne blev opfordret til at dyrke motion sammen i privat regi.

Den første gang gruppen mødtes, var af afgørende betydning for det videre forløb.

Denne gang adskilte sig fra de efterfølgende, ved at kvinderne aldrig havde mødt hinanden før og et netværk til fortsat støtte kunne starte sin opbygning her.

Jordemoderen afstak nogle rammer for kommunikationen og fungerede som rollemodel og katalysator for, hvorledes dialogen var. Eksempelvis foreslog jordemoderen at:

Der blev aftalt tavshedspligt i gruppen. At kvinden blev bevidst om hvor meget hun ville dele med gruppen. At der blev udvist respekt og omsorg for hinanden.

De efterfølgende gruppemøder byggede videre på den tone af respektfuld åbenhed, der blev tilstræbt grundlagt i gruppen.

Indhold i de individuelle samtaler

Her blev der foretaget almindelig jordemoderundersøgelse og derudover samtale om overvægt.

I disse samtaler blev der taget udgangspunkt i hver enkelt deltagers formulerede metoder og mål med projektet; hvilken vægtøgning ønskede kvinden og hvordan ville hun nå sine mål.

Delmål blev diskuteret og nedskrevet fra gang til gang, så det for deltageren blev synliggjort og hun derved kunne fastholde sine egne målsætninger. Hvis der opstod divergens mellem kvindens mål og den aktuelle situation (at hun havde taget mere på end hun planlagde), kunne jordemoderen ved en mild og respektfuld konfrontation, hjælpe kvinden med at afdække hvor problematikken lå og lade hende opsætte nye delmål, eller lade hende komme med forslag til en evt. justering af metoderne. Ligeledes indgik der, efter behov, en gradvis bevidstgørelse om placeringen af ansvaret for forløbet.

Gældende for hele forløbet

Da man i kommunikation om livsstil og hermed også overvægt, ofte rører ved meget personlige problematikker, var den måde hvorpå jordemoderen samarbejdede med kvinden, såvel i gruppen som individuelt, af største betydning. Jordemoderens støtte tog udgangspunkt i frem-

hævelse af det der lykkedes for kvinden. Respekt og ligeværdighed var af afgørende betydning i samtalen om livsstil, og det var et mål i sig selv at kvinden følte sig styrket, fik en god proces og aldrig oplevede ”stokkemoder”, hverken fra sig selv eller fra jordemoderen.

Fokusgruppeinterview

For at afdække hvilke kvalitative resultater projektet viste, blev det foretaget fokusgruppeinterview.

Undersøgelsesspørgsmålet var

Hvad skal der til for at gravide overvægtige kvinder ikke tager mere end 10 kg på i løbet af graviditeten?

Metode

På grund af undersøgelsesspørgsmålenes natur anvendtes en kvalitativ undersøgelsesmetode. Som metode til dataindsamlingen anvendtes fokusgruppe interview, som havde til formål at indhente en beskrivelse af de interviewede kvinders livsverden, med henblik på kvalitativ fortolkning. I undersøgelsen blev der anvendt et semistruktureret interview. Hermed menes, at interviewet tog udgangspunkt i de temaer undersøgerne på forhånd havde fastlagt.

Temaerne til spørgeguiden blev identificeret af undersøgerne gennem forløbet med gruppekonsultationerne med overvægtige gravide kvinder, samt ved at spørge andre med erfaring med gravide overvægtige kvinder. (22,28)

Til analysen valgtes Grounded theory(16,24), da problemet med overvægtige gravide ikke på forhånd kan forventes at fungere som et isoleret socialt fænomen, men fungerer i samspil mellem samfund, socialt netværk, og personlige forhold. Derfor er det relevant at anvende netop denne analysemetode.

For at få så bredt et udvalgt af emnet, blev der valgt 12 informanter der havde deltaget i konsultationsforløbet:

- To som var sprunget fra undervejs.
 - Nogle som stadig var i forløbet.
 - Nogle som havde fuldført forløbet.
 - Nogle som ikke ville tage imod tilbudet.
 - Desuden deltog både første og flergangsfødende.
- Fokusgruppeinterviewet blev foretaget en eftermiddag, i jordemodercenteret på Frederiksberg.

Interviewet tog ca. 2 x 45 minutter med 15 minutters pause. De kvinder der havde født, havde mulighed for at have deres børn med.

Interviewet blev optaget på bånd og transskriberet. I transskriptionene er der foretaget det valg, at ikke alle ytringer samt barnegråd ikke medtages. Når der har været tvivl om udsagn på båndet, er disse lyttet igennem af flere personer, ligesom det har været muligt, at gå tilbage og få klarhed over mening og sammenhænge.

Temaer til spørgeguiden

A: Introduktion.

Oplevelse af pjecen og introduktionen af projektet. (Stikord: mødet med "systemet": taget på "fersk gerning", konfrontationen med et personligt problem, eller bare et godt tilbud?)

Formålet med dette spørgsmål er at belyse om introduktionen skal ændres.

B: Struktur og metode.

Hvad har betydet noget for dig, så du kunne få hjælp til forandring?

Stikord: Gruppen, jordmoderen her, de andre kvinder?

Den individuelle jordmoderkontakt?

Diætisten?

Lægekontakten?

Andet?

Har det hver sin betydning?

Antallet af kontroller hos jdm/læge

Samvær med ligestillede

Indhold og information

Egen indsats

C: Holdninger.

Er du blevet mødt på ligeværdig vis?

Af de andre kvinder?

Af "systemet"?

Hvad har det betydet for dig?

D: Afslutning og fremtid.

Hvad har du fået ud af at deltage i tilbuddet?

Har du fået noget med dig du kan bruge fremover?

Er der sket en livsstilsændring hos dig?

Kan du pege på hvad der gjorde udslaget?

Hvad kunne i stedet have gjort et udslag.

Resultater

Kvantitative resultater

De kvantitative resultater fremgår af nedenstående tabel 2.

Kvindernes gennemsnitlige vægtøgning i graviditeten var 11,9kg.

Mest opmuntrende er et fald i gennemsnitlig præ-gravid BMI fra 31,6 til 29,8 6 mdr. post partum. Fødselsvarighed og -komplikationer var identiske med gennemsnitsværdierne på FH i 2005.

Børnene vejede i gennemsnit 3783 g, hvilket er 260g større end gennemsnittet for 2005 for fødsler på FH. Apgar-score og NS-pH var normale.

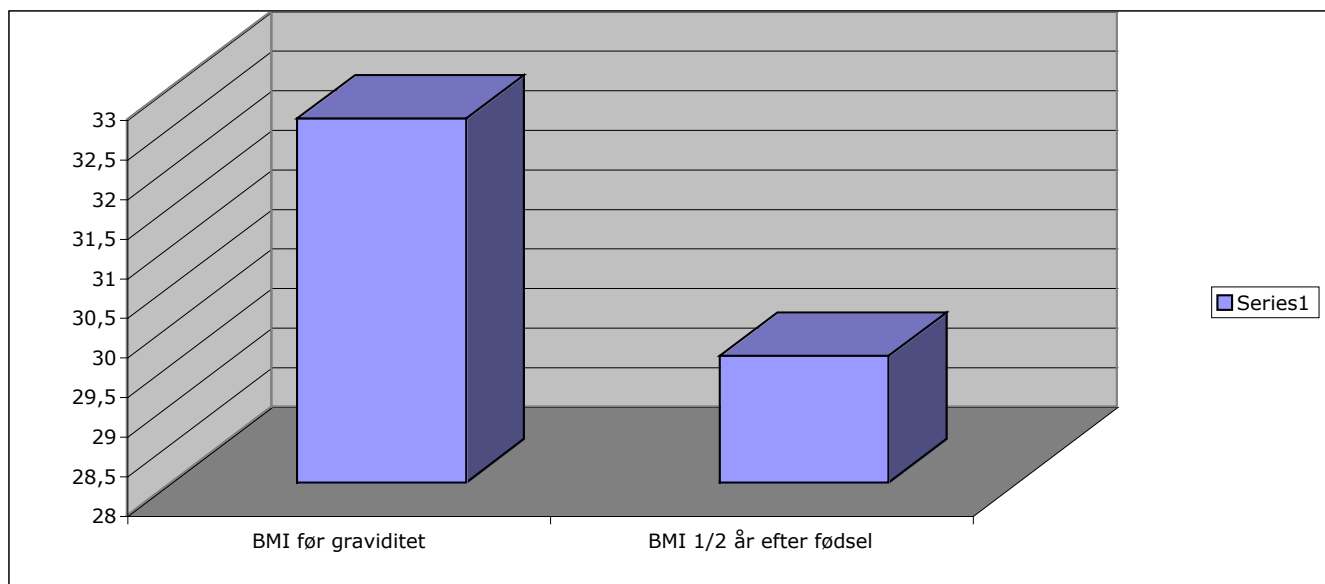
Tabel 2:

	BMI før graviditeten	BMI 6 mdr. pp	Vægtøgning i graviditeten	Fødselsvarighed	Barn vægt	Barn NS-pH
gennemsnit	32,6	29,4	11,9 kg	5,9 timer	3783 g	7,23
spredning	27 - 38	24,5 - 40,5	-6 - 19,9 kg	1.5 - 15	2800 g - 4600 g	7,05 - 7,43

Apgar score efter 5 minutter:

Lå på 10, fraset 2 tilfælde,

hvor den lå på 9.



Tabel 3: BMI før og efter.

Kvalitative resultater

Undersøgelsens hovedresultat viser, at det er af største vigtighed at kvinderne får noget personligt ud af at deltage i projektet.

At den enkelte får personlige redskaber til at takle vægtstyringen, som f.eks. at få praktiske råd om, hvordan teori om kost og motion omsættes til praktiske handlemuligheder.

At have aftaler med andre, for at blive holdt fast i sine personlige bestræbelser, er af stor vigtighed. Desuden har samværet med ligesindede stor betydning.

Kvinderne er ikke bange for at blive presset til fastholdelse i at nå egne mål, men kan derved være med til at øge egen ansvarlighed.

Undersøgelsen viste at det har betydning, at kvinderne får sikkerhed for, at den nye livsstil ikke indebærer nogen risiko for hverken mor eller barn, og denne sikkerhed blev givet via ultralydsscanning, hvor barnets vægtkurve bedømmes.

Diskussion

Det har været Sundhedsstyrelsens oplæg siden Retningslinierne for Svangreomsorg i 1998, at graviditet skulle være en anledning til at sætte fokus på ændring af u hensigtsmæssige livsstilsfaktorer. Det er vist, at graviditet er en udmærket anledning til at ændre livsstil, når det gælder for eksempel rygeophør og begrænsning af rusmiddelforbrug. Først de senere år er der kommet stort fokus

på betydningen af overvægt som selvstændig risikofaktor i graviditeten.

Målsætningen i dette projekt omkring at begrænse vægtøgningen til 10 kg i graviditeten, blev nået af nogle af deltagerne, men ikke gennemsnitligt, da den gennemsnitlige vægtøgning var 11,9 kg.

Til gengæld var der et gennemsnitligt fald i BMI fra 32,6 til 29,4, hvilket blev målt fra kvinden var prægravid til 6 måneder post partum. Vi finder at dette fald i BMI er interessant, da det måske kan give et fingerpeg om hvorledes kvindens BMI, livsstilsvaner og dermed sundhedstilstand, vil ligge fremover.

Resultaterne skal tages med et vist forbehold p.g.a det lille antal deltagere.

Udfra resultaterne i fokusgruppeinterviewet, fremkom nye ideer til hvorledes en fremtidig indsats kan planlægges.

Fra et objektivi synspunkt havde ultralydsscanning ikke den store betydning, da fødselsvægten kun lå 260g over gennemsnitsvægten for nyfødte på Frederiksberg Hospital i 2005. Imidlertid viste undersøgelsen at det havde betydning, at kvinderne fik sikkerhed for, at den nye livsstil ikke indebar nogen risiko for hverken mor eller barn, og denne sikkerhed blev givet via ultralydsscanning, hvor barnets vægtkurve blev bedømt.

At kvinderne var i en gruppe var af meget stor betydning, da de angav at tryk og fællesskab var en styrkende faktor for motivationen. Ligeledes var det vigtigt at den enkelte fik personlige redskaber

til at takle vægtstyringen, som f.eks. praktiske råd om, hvordan teori om kost og motion omsættes til praktiske handlemuligheder.

Kvinderne angav at jordemødrene gerne måtte presse dem mere i at fastholde egne mål i forhold til at begrænse vægtøgningen. Da kvindernes hovedårsag til at møde jordemødrene er omsorg i graviditeten, kunne man forestille sig, at nogle kvinder ville blive stødt af at blive ”gået for tæt på”, i spørgsmål om livsstilsændringer.

Jordemødrene oplevede at mere personlige problematikker omkring ambivalens ofte blev bedre afdækket i de individuelle samtaler, hvor der forinden var brugt tid på at opbygge et tillidsforhold. I disse tilfælde var det uproblematisk at at ”presse” kvinden, da tilliden var opbygget.

Jordemødrenes holdning var dog gennem hele forløbet, at ændring af livsstil kræver motivation, refleksion over egne handlinger og isærdeleshed at den enkelte tager ansvaret for egne mål.

Jordemødrene var meget bevidste om ikke at overtage ansvaret ved kontrol, men forsøgte istedet at sætte fokus på det der fra gang til gang var lykket for den enkelte. Tillige at få kvinden til selv at afdække årsager til hvorfor hendes selvalgte delmål ikke var lykket.

Jordemødrene var af den opfattelse, at kontrol nok ville give resultat så længe kontrolindstanden eksisterede. Ligeledes at en reel begyndende livsstilsændring ikke ville finde sted, før kvinden selv tog hovedansvaret for kontrollen.

At flere alligevel ønskede at der skulle presses mere på, fandt jordemødrene noget overraskende. En forklaring kunne måske være kvindernes tidligere talrige oplevelser med slankeprojekter, hvor kontrol fra andre ofte er i fokus, frem for en omlægning af livsstil.

Resultatet et halvt år post partum med et markant fald i det gennemsnitlige BMI taler dog for, at faktorerne motivation, refleksion og ansvar er vigtige elementer i en begyndende livsstilsændring og at brug af kontrol fra andre end kvinden selv, skal vægtes varsomt og individuelt.

Der blev ikke udført nogen form for ”autoriseret” terapi – dertil er ingen af de medvirkende professionelt uddannet. Projektet byggede udelukkende på entusiasme for ideen og respekt for de kvinder som deltog samt de elementer

af psykologi og pædagogik der er implicit i uddannelsen til og arbejdet som hhv. jordemoder og læge.

Jordemødrene følte nogle gange at de manglede en metode til at nå et spadestik dybere i forhold til de psykologiske mekanismer, der forhindrede nogle af kvinderne i at nå deres mål. Denne metode kunne være i form af en coachuddannelse eller supervision hos psykolog eller terapeut.

Ligeledes oplevede jordemødrene, at den beskedne afsatte tid, til tider var en begrænsning for at kunne afdække kvindernes individuelle problematikker. Mere tid vil formentlig være en medvirkende faktor til at opnå bedre resultater.

Kvinderne blev motionsvejledt ud fra sundhedsstyrelsens anbefalinger. Af ressourcemæssige årsager var der ikke mulighed for at tilbyde et struktureret tilbud, selvom jordemødrene oplevede at kvinderne efterlyste dette. Der er i lignende projekter set god effekt af et sådan tilbud. Nogle af kvinderne dyrkede motion med gruppen, på jordemødrenes opfordring.

En etablering af et nært samarbejde med praktiserende læger og sundhedsplejen i evt. kommende sundhedscentre, kunne optimere den sundhedsmæssige gevinst på længere sigt.

Konklusion

Der blev opnået en gennemsnitlig vægtøgning på 11,9 kg, der er 1,9 kg over det mål der var sat.

Der var et fald i prægravid BMI fra 32,6 til 29,4 6 måneder post partum .

Apgarscore, pH og fødselsvarighed lå inden for normalområdet. Fødselsvægten lå 260g over gennemsnittet på FH i år 2005, og indgrebsfrekvensen lå på niveau med gennemsnittet for FH i 2005.

Det var af stor betydning for tryk og motivationen til at begrænse vægtøgningen, at kvinderne var i gruppe med ligestillede.

Efter individuel vurdering måtte jordemødrene gerne presse nogle af kvinderne mere til at fastholde egne mål.

Tilvægtsscanningerne skal bibeholdes således at kvinden føler tryghed i sin påbegyndte livsstilsændring.

For at støtte kvinderne i at dyrke motion og følge sundhedsstyrrelsens vejledninger bør der findes et struktureret tilbud om motion.

Der er vist ingen tvivl om, at der er store sundhedsmæssige gevinster at hente ved at begrænse vægtøgningen hos overvægtige gravide. Denne undersøgelse viser, at der er indikation for

at yde en målrettet indsats i bestræbelserne for at begrænse vægtøgningen.

Gruppe konsultationer er et godt bud på, hvordan sådanne indsats med fordel kan tilrettelægges, da det at "være i samme båd" skaber tryghed og tillid og stimulerer motivationen. Et samarbejde mellem primær og sekundær sektor, i fremtidige sundhedscentre, kunne være et bud, på en langsigtet indsats for denne gruppe af kvinder og deres familier.

Litteraturliste

Kilder:

- 1: Borch-Christensen, Hanne et al: Den overvægtige gravide.
Sandbjerg Guidelines
www.dsog.dk/files/overvaegtige%20gravide.htm
- 2: Mikkelsen, Connie: ”Det farlige fedt” Tidsskrift for jordemødre 6/2002 s.12-19
- 3 :Motions-og ernæringsrådet: ”Kost til gravide” en videnskabelig rapport , 2003
www.meraadet.dk
- 4: Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg , 1998.
www.sst.dk
- 5: Sundhedsstyrelsen, rapport: ”Fødsler og fødende kvinders vægtforhold ”, sst 2004
- 6: Sundhedsstyrelsen, håndbog: ”Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling”, sst 2005

Baggrundslitteratur:

- 7 : Andreassen, Kirsten Riis, et al. : Obesety and pregnancy.
Acta Obstst Gynecol Scand 2004:83 1022-1029
- 8 : Cnattingius, Sven et al. : Pregnancy weight and the risk og adverse pregnancy outcomes.
The New England Journal of Medicine.
Vol 338, nr.3 Janury 15, 1998
- 9 : Dansk selskab for almen medicin: Den motiverende samtale, samlet rapport, nr.1, 2001
www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2001-01/2001-01.HTM
- 10: Drake, Rane: Don` t ignore weight gain during pregnancy
British journal of Midwifery, april 1998, Vol 6, nr.4
- 12 : Fødevarestyrelsen Pjece:Råd om mad og motion når du er gravid, 2006.
- 13 : Forsum, Elisabeth et al.: Kvinnans vikt fore och under graviditet
Lakartidningen, nr 48, 2003, volum 100
- 14 : Ilfeldt, Annette Fedmens psykologi,, Munksgård, København, 2002
- 15 : Jørgensen, Finn K Forebyggende sundhedsarbejde. 3. udgave, Munksgård
Kapitel 15. : Sundhedsadfærd
Kapitel 20. : Forebyggelse gennem gruppeaktiviteter
- 16 : Kvale, Steinar Interview, Hans Reitzels forlag, 1997
- 17 : Klarskov, Bente: Graviditet og Motion, NNF A. Busck, 2004
- 18 : Manning, Sofia Coaching, Gyldendal, 2005

- 19 : Mattsson, Lars-Åke: Overvikt og fetma. Lakartidningen, nr 48, 2003, Volym 100
- 20 : Mikkelsen, Connie. Slut med at spise for to. Tidsskrift for jordemødre Nr.12/2004
- 21 : Olsen, Jørn & Sjudur F. Olsen : Vægt og graviditet : Hvad er optimalt for helbredet? Ugeskrift for læger 160/46 9.nov.1998
- 22 : Silkeborg Centralsygehus: Evalueringsrapport – Kursus for overvægtige gravide 2005.
- 23 : Stephansson, Olof, et al.: Maternal Weight, pregnancy weight gain, and the risk of Antepartum stillbirth Am J Obstet Gynecol, vol 183, nr 3, feb. 2001
- 24 : Strauss, Anselm et al. Basic of qualitative Research, SAGE publ. , London 1990
- 25 : Svendsen, Ole Leander : Fedmeepidemien har ramt Europa Ugeskr. for læger 166/-2, 5.jan 2004
- 26 : Valentin, Tine D: Overvægtige kvinder har komplicerede fødselsforløb Ugeskr. f. læger 165/10, 3. marts 2003
- Andre kilder:**
- 27 : Adipositasforeningen: Seminar august 2004, DGI byen.
- 28 : Besøg på fødegangen Silkeborg Centralsygehus, samtale med de jordemødre der har varetaget kurser og omsorg for overvægtige gravide.

Adresser

For yderligere information kontakt:

Lisbeth Skov
lifi@privat.dk

Lise Bjerre
lisebjerre@mac.com