

# KVINNERS ERFARING MED FYSISK AKTIVITET UNDER SVANGERSKAP OG I PERIODEN ETTER FØDSEL

Ida Victoria Kolsrud Hauge

Kandidatnummer: 4



Masteroppgave  
Tverrfaglig Helseforskning

Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO  
Mai 2023

## Forord

Denne masteroppgaven har vært en svært lærerik og spennende reise. Det har både vært en utfordrende og morsom prosess, men ikke minst meningsfullt å få muligheten til å fordype seg i et tema som jeg ønsket mer kunnskap om. Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt til kunnskapsutvikling og veiledning gjennom denne prosessen. Uten deres støtte ville jeg ikke ha vært der jeg er i dag, og jeg er svært takknemlig for all hjelpen og oppmuntringen jeg har fått underveis. Det er noen personer som spesielt har bidratt til at jeg har klart å komme i mål med denne oppgaven.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder Tony Joakim Sandset. Du har ledet meg igjennom hele oppgaven og tålmodig svart på mine mange spørsmål. Jeg setter stor pris på alle de verdifulle tilbakemeldingene og den faglig veiledning du har gitt meg, det har vært uvurderlig.

Videre vil jeg takke alle informantene som deltok i oppgaven. Jeg er meget takknemlig for at alle dere åpnet opp og delte deres erfaringer og opplevelser med meg. Uten dere ville ikke jeg hatt muligheten til å forske på et tema jeg hadde interesse for, med andre ord så ville ikke denne oppgaven vært mulig uten dere. Jeg setter stor pris på at hver av dere stilte opp og var så imøtekommende.

Til slutt en stor takk til venner og familie som har vært gode støttespillere og gitt meg motivasjon og oppmuntrende ord gjennom prosessen. En spesiell takk går til min far for å ha støttet meg gjennom hele perioden. Takk for at du har lest korrektur, motivert meg, samt hørt på all frustrasjon i perioder.

Oslo, mai 2023

Ida Victoria Kolsrud Hauge

## Sammendrag

Oppgaven ønsker å undersøke kvinners erfaring med fysisk aktivitet under svangerskapet og frem til ett år etter fødsel gjennom følgende problemstillinger: *"Hvilke erfaringer har kvinner med å gjennomføre fysisk aktivitet under og etter svangerskapet?"* og *"Hva slags informasjon blir gitt til kvinner om fysisk aktivitet under og etter svangerskapet?"* Undersøkelsen er forankret i en kvalitativ metodetradisjon, og forskningsmaterialet består av semistrukturerte intervjuer av seks kvinner som har gjennomgått en fødsel for 1-3 år siden. Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun og Clarke sine seks faser innen tematisk analyse.

Teoretiske perspektiver og begreper er dannet på grunnlag av metode og prosess. Først vil det vises hvordan fysisk aktivitet under svangerskapet har blitt tolket og forstått fra et historisk perspektiv. Videre vil fenomenologiske perspektiver på svangerskap og fysisk aktivitet bli presentert. Dette vil lede inn på noen sentrale begreper av Simone de Beauvoir og Maurice Merleau-Ponty og deres teorier om kjønn og kropp.

Med bakgrunn i problemstillingene og teoretisk fundament ble det dannet følgende kategorier: *"Gjennomføring av fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap"*, *"Barrierer for fysisk aktivitet under svangerskap og etter"*, *"Råd, informasjon og inntrykk av helsepersonell og samfunnet"* og *"Forhold, tanker og motivasjon rundt fysisk aktivitet og svangerskap"*. Resultatene viser at kvinnene opplevde stor usikkerhet og ubehag rundt fysisk aktivitet under periodene. Det kommer også tydelig frem at kvinnene opplevde det som krevende å trene under og etter svangerskap, og at det tok lengre tid enn forventet å komme tilbake i form etter fødsel. For det andre viser funn hvordan svangerskapsrelaterte plager, krevende yrker, dårlige støtteapparater, samt mangel på tid og kunnskap var barrierer for fysisk aktivitet i periodene. Siste funnene viser hvordan kvinnene opplevde mangel på informasjon om hvordan de skulle trene under svangerskap og i barselperioden.

Oppgaven ønsker samlet sett å fremheve en dypere forståelse av kvinnenes erfaring med fysisk aktivitet, inkludert barrierer, behov og ønsker for videre oppfølging. Resultatene kan være verdifulle for å informere og støtte helsepersonell og andre aktører i å utvikle tilpassede og effektive strategier for å støtte og oppmuntre kvinner til å være aktive i periodene.

## Abstract

The aim of this study is to investigate women's experiences with physical activity during pregnancy and up to a year postpartum, through the following research questions: *"What are women's experiences of engaging in physical activity during and after pregnancy?"* and *"What kind of information is provided to women about physical activity during and after pregnancy?"* The study is grounded in a qualitative methodology, and the research material consist of semi-structured interviews with six women who gave birth within the past 1-3 years. The analysis process was based on Braun and Clarke's six phases of thematic analysis.

Theoretical perspectives and concepts are developed based on the methodology and the process. Firstly, this thesis will present how physical activity during pregnancy has been interpreted and understood from a historical perspective. Additionally, phenomenological perspectives on pregnancy and physical activity will then be presented, which will lead to an examination of Simone de Beauvoir and Maurice Merleau-Ponty's theories on gender and body and their key concepts.

Based on research questions and theoretical foundation, the following categories were formed: *"Implementation of physical activity before, during and after pregnancy"*, *Advice, information and impressions from healthcare professionals and society"*, and *"Relation, thoughts and motivation around physical activity and pregnancy"*. The results show that women experienced great uncertainty and discomfort with regards to physical activity during these periods. Further, it become clear that the women found it physically challenging to exercise during these periods, and that the timeframe was longer than expected to regain their pre-pregnancy form after childbirth. Secondly, the findings demonstrate how pregnancy-related discomforts, demanding jobs, poor support systems, as well as lack of time and knowledge were barriers to physical activity during these periods. Finally, the findings reveal how the women experienced lack of information on how to exercise during pregnancy and the postpartum period.

Overall, the thesis aims to acquire a deeper understanding of women's experiences with physical activity, including barriers, needs, and desires for further follow-up. These results can be valuable in order to inform and support healthcare professionals in developing tailored and effective strategies to encourage women for increased activity during these periods.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1.	<i>Valg av tema og forskningsspørsmål</i>	2
1.2	<i>Tidligere forskning og bakgrunn</i>	3
1.2.1	Effekter av fysisk aktivitet i svangerskap hos mor og foster	5
1.2.2	Anbefalinger for fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap	8
1.3	<i>Oppgavens disposisjon</i>	11
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b>	<b>12</b>
2.1	<i>Fysisk aktivitet under svangerskap i et historisk perspektiv</i>	12
2.2	<i>Samfunnets kroppsregimer</i>	14
2.3	<i>Fenomenologi</i>	15
2.3.1	Fenomenologiske perspektiver på graviditet og bevegelse	16
2.4	<i>Hermeneutikken</i>	18
2.5	<i>Teorier om kropp og kjønn</i>	19
2.5.1	Merleau-Pontys- Kropp og verden	19
2.5.1	Simone de Beauvoir- Levd erfaring	21
2.5.3	De Beauvoir og Merleau-Ponty- kritikk og relevans	22
<b>3.0</b>	<b>METODE</b>	<b>24</b>
3.1	<i>Kvalitativ forskningsmetode</i>	24
3.1.1	Svakheter og begrensinger ved bruk av kvalitativ forskningsmetode	25
3.2	<i>Metode for datainnsamling</i>	26
3.3	<i>Utvalg av informanter og rekruttering</i>	27
3.3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	29
3.4	<i>Gjennomføring av intervjuer</i>	29
3.5	<i>Tematisk analyse</i>	30
3.5.1	Ulike valg av tematisk analyse	31
3.6	<i>Analyseprosessen</i>	33
<b>4.0</b>	<b>ETIKK</b>	<b>35</b>
4.1	<i>Etiske betraktninger</i>	35
4.2	<i>Forskerrollen</i>	37
4.3	<i>Mulige konsekvenser for deltakelse i prosjektet</i>	38
<b>5.0</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>39</b>
5.1	<i>Gjennomføring av fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap</i>	39
5.1.1	Aktivitetsform	40
5.1.2	Treningsfrekvens og varighet	43
5.1.3	Endring, oppstart og avslutning av trening	45
5.2	<i>Barrierer for fysisk aktivitet under svangerskap og etter</i>	47
5.2.1	Svangerskapsplager, skader og sykdom	48
5.2.2	Ressurser og støtteapparater	49
5.2.3	Kunnskap om fysisk aktivitet	52

5.3. Råd, informasjon og inntrykk av helsepersonell og samfunnet.....	53
5.3.1 Råd/hjelp fra helsepersonell og samfunnet.....	54
5.3.2 Inntrykk og ønsker om helsepersonell og samfunnet .....	55
5.3.3 Press fra samfunnet om den ideale kroppen .....	57
5.4 Forhold, tanker og motivasjon rundt fysisk aktivitet.....	59
5.4.1 Treningsforhold og motivasjon .....	59
5.4.2 Tanker rundt fysisk aktivitet.....	62
5.4.3 Følelser og tanker rundt kroppsendringer.....	63
<b>6.0 DISKUSJON AV FUNN .....</b>	<b>65</b>
6.1 Utførelse av fysisk aktivitet under periodene .....	65
6.1.1 Opplevelsen av endring .....	67
6.1.2 Frykten rundt bekkenbunnstrening.....	70
6.2 Barrierene for fysisk aktivitet .....	72
6.2.1 Ressurser og støtteapparater .....	74
6.2.2 Manglende kunnskap og usikkerhet .....	76
6.2.3 Reduksjon av motivasjon .....	79
6.3 Samfunnets påvirkning.....	82
6.3.1 Ønske om hjelp.....	83
<b>7.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJON.....</b>	<b>85</b>
7.1 Styrker og svakheter ved oppgaven.....	86
7.2 Framtidig forskning.....	87
7.3 Avsluttende tanker .....	88
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>89</b>
<b>APPENDIX .....</b>	<b>101</b>

## Forkortelser

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**MET:** Metabolske ekvivalenter

**WHO:** World Health Organization

**AHA:** American Heart Association

**KMI:** Kroppsmasseindeks

**BORG RPE:** Borg Rating of Perceived Exertion

**Covid-19:** Koronavirussykdommen (SARS-CoV-2-viruset)

## 1.0 Introduksjon

Den 09. mars 2023 publiserte Aftenposten en artikkel med overskriften «Hvor hardt er det greit å trene som gravid? Her er det store kunnskapshull» (1). Artikkelen omhandler en ny studie kalt «Strong Mama» som undersøker akutte effekter av høyintensiv trening på ulike helsevariabler hos mor og foster. I artikkelen forteller Lene Haakstad, som er professor i idrettsmedisin ved Norges idrettshøgskole, at nye mødre ofte ender opp med å google seg frem til råd og anbefalinger som finnes for trening under svangerskapet. Hun forteller også at hovedutfordringen ikke er at for mange trener for hardt i svangerskapet, men heller at for mange «ligger på sofaen». Ifølge artikkelen viser internasjonale tall at kun 11-16% av gravide følger anbefalingen om moderat aktivitet i 150 minutter i uken. Haakstad forklarer at kvalme, tretthet, tidspress med jobb, barn ved siden av, ryggplager og bekkensmerter kan gjøre det utfordrende å være fysisk aktiv. Hun understreker også viktigheten av å «komme seg ut» for helsen til den gravide.

Fysisk aktivitet både under og etter svangerskap kan ha en rekke positive helseeffekter for mor og foster. Dette inkluderer kardiovaskulær helse, forbedret muskelstyrke og bevegelighet, samt en reduksjon i risikoen for en rekke komplikasjoner under svangerskap og fødsel (2). I tillegg kan fysisk aktivitet ha en positiv effekt på kvinners mentale helse, da det kan bidra til reduksjon av angst, stress og depresjon (3). Flere kvinner betrakter fysisk aktivitet som en viktig faktor for å opprettholde god helse under svangerskap og etter fødsel. Likevel er det mange gravide kvinner som unngår eller begrenser sin aktivitetsmengde under svangerskap (4). Mulige årsaker kan være usikkerhet og frykt for mulige skader eller komplikasjoner. Noen gravide kan erfare kraftige svangerskapsplager eller føler usikkerhet rundt hvordan de skal trene (5). Denne usikkerheten kan også videreføres inn i barselperioden, da kvinner kan føle seg bekymret for å forverre eventuelle skader eller plager som følge av fødsel (2). Mangel på informasjon om trygg og hensiktsmessig trening under svangerskapet og fødsel kan også føre til et redusert aktivitetsnivå (6). Det er derfor viktig å undersøke kvinners erfaring med fysisk aktivitet under svangerskapet og i perioden etter for å få bedre forståelse av deres utfordringer og perspektiver knyttet til å være fysisk aktiv. I denne oppgaven har jeg som formål å belyse ulike aspekter ved kvinners opplevelser knyttet til fysisk aktivitet under svangerskap og etter fødsel. Fokuset vil særlig rettes mot hvordan kvinnene opplever og former sin forståelse av fysisk aktivitet under periodene, samt hva slags informasjon de ble tildelt om fysisk aktivitet i denne tiden.

## 1.1. Valg av tema og forskningsspørsmål

Begrunnelsen for valg av tema var en interesse for hvilke typer og omfang av aktivitet som utføres under og etter svangerskap. Interessen oppstod for tre år siden da jeg først ble kjent med anbefalingene for fysisk aktivitet under svangerskap og postpartum perioden. Da disse anbefalingene var ukjente for meg, oppstod spørsmålet om hvorvidt andre også manglet kunnskap om disse anbefalingene. Gradvis som min forståelse om fysisk aktivitet under svangerskap økte, identifiserte jeg flere artikler som dokumenterer at til tross for anbefalinger om tilstrekkelig fysisk aktivitet under svangerskap og postpartum, oppfyller kun en liten andel gravide disse anbefalingene.

Med bakgrunn i denne innrammingen, erfaringer jeg har gjort i egen praksis som personlig trener, samt teoretiske tilnærminger som senere vil bli presentert, er min interesse rettet mot kvinnenens erfaring i periodene. Gjennom prosessen med denne oppgaven har min interesse blitt særlig rettet mot hvordan visse kulturelle strømninger i samfunnet påvirker kvinners utvikling av meningsfulle forståelser av fysisk aktivitet under svangerskap og etter. Dette har ført til en nysgjerrighet som jeg forsøker å belyse gjennom å undersøke følgende problemstillinger;

- I. Hvilke erfaringer har kvinner med å gjennomføre fysisk aktivitet under og etter svangerskap?
- II. Hva slags informasjon blir gitt til kvinner om fysisk aktivitet under og etter svangerskapet?

For å belyse problemstillingene har det blitt utført kvalitative forskningsintervjuer med seks kvinner som har gjennomgått et svangerskap i løpet av 1-3 år siden. Målet har primært vært å innhente deres erfaringer knyttet til hvordan de opplevde å trene under svangerskap og etter, samt å undersøke hva slags informasjon eller råd de har fått fra utestående kilder. Det ble også lagt fokus på hvordan kvinnene erfarte kroppen sin når de trente under svangerskap og etter, i motsetning til før svangerskap. Forhåpentlig kan oppgaven bidra til økt forståelse om kvinners opplevelse med fysisk aktivitet i svangerskapet og etter fødselen og økt informasjon til helsepersonell og andre relevante aktører om hvordan man bør støtte og oppmuntre kvinner til å være aktive i denne perioden.



## 1.2 Tidligere forskning og bakgrunn

For å få en forståelse rundt tematikken er det vesentlig å se hva tidligere forskning rapporterer. Fysisk aktivitet kan være viktig for å opprettholde god helse og redusere risikoen for en rekke sykdommer, dette gjelder også for gravide kvinner (2). En rekke studier har undersøkt sammenhengen mellom fysisk aktivitet og svangerskapsrelaterte helseproblemer, som for eksempel gestasjonsdiabetes, hypertensjon og svangerskapsforgiftning (4,7,8). I tillegg kan fysisk aktivitet bidra til å redusere risikoen for overvekt og fedme under svangerskapet, samt bedre psykisk helse og livskvalitet (9–11). En metaanalyse av 13 studier fant at fysisk aktivitet under svangerskapet kan redusere risikoen for svangerskapsdiabetes med 36%, og risikoen for overvekt hos spedbarn med 31% (12). En annen metaanalyse med 16 studier fant at fysisk aktivitet under svangerskapet reduserte risikoen for tidlig fødsel med 25% (13). Til tross for fordelene ved fysisk aktivitet under svangerskap, rapporterer flere kvinner redusert aktivitetsnivå på grunn av flere ulike fysiske og psykiske utfordringer som følger svangerskapet (14,15). En studie med over 1500 gravide kvinner i USA fant at kun 23,4% av kvinnene oppfylte anbefalingene fra American College of Obstetricians and Gynecologists om å delta i minst 150 minutter moderat fysisk aktivitet per uke (4). Dette kan igjen ha negative konsekvenser for både mor og barn, og det er derfor viktig å undersøke hva som kan gjøres for å støtte og oppmuntre kvinner til å være aktive i denne perioden. En studie publisert i *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* undersøkte hvorfor gravide sluttet å være fysisk aktive under svangerskapet (5). Forskerne fant at svangerskapsrelaterte plager, som bekkenløsning, kvalme og tretthet, var de vanligste årsakene til redusert fysisk aktivitet blant gravide. Opplevelsen kvinnene erfarte av å ikke kunne trene som følge av svangerskap ble utdypet i en studie publisert i *Journal of Clinical and Diagnostic Research* (16). Kvinnene som deltok i studiet rapporterte om følelser av frustrasjon og nedstemthet når de ikke kunne trene som en følge av svangerskapsplager. En studie publisert i *Annals of Behavioral Medicine*, fant også at mangel på tid og energi var vanlige årsaker til at kvinner ikke gjennomfører fysisk aktivitet (17). På den andre siden fant en studie fra Australia at gravide ofte opplever mangel på informasjon om trygg og hensiktsmessig trening, og at de ofte blir frarådet å trene av helsepersonell (18). En studie som ble publisert i *Obstetrics & Gynecology* fant i tillegg ut at flere kvinner har begrenset kunnskap om hvilken type trening som er trygt og anbefalt (19). Dette kan bidra til å redusere aktivitetsnivået, og muligens føre til dårligere helse. Faktorer som kan redusere kvinners deltagelse i fysisk aktivitet under svangerskap inkluderer manglende støtte fra partner og helsepersonell, bekymring om fostersikkerhet og fysiske og

psykologiske endringer i kroppen (20,21). En studie med over 400 gravide kvinner i Malaysia fant at 52% av kvinnene rapporterte at deres ektefeller ikke støttet deres deltagelse i fysisk aktivitet på grunn av bekymringer om å skade fosteret og mangel på informasjon om trygge øvelser (22). Hva slags informasjon kvinner får om fysisk aktivitet under svangerskapet kan også være motstridene og forvirrende for flere kvinner. En studie fra Norge fant at informasjonen som gis til gravide om fysisk aktivitet varierer avhengig av hvilke helsepersonell de konsulterte (23). Noen rapporterte at de hadde fått god og konkret informasjon, mens andre opplevde at helsepersonell var usikre på hva som var trygt og ikke trygt å gjøre.

Det er også viktig å se på kvinners fysiske aktivitetsnivå etter fødsel, da det kan ha en positiv effekt på helsen til kvinnen. Fysisk aktivitet kan hjelpe med å forebygge og behandle postpartum depresjon, redusere risikoen for kroniske sykdommer, økt energinivå og forbedret søvnkvalitet (21). Likevel er det mange barrierer som hindrer kvinner fra å opprettholde et fysisk aktivt liv etter fødselen. Det er viktig å understreke at kvinner opplever en rekke fysiske og psykologiske endringer etter fødsel. En av disse endringene kan være en reduksjon i fysisk aktivitet. Flere faktorer kan bidra til dette, inkludert mangel på tid, endringer i rutiner og behov, spesielt for kvinner som har opplevd utfordringer som søvnmangel og amming (24). En studie publisert i *Annals of Behavioral Medicine* fant at kvinner som ammer, ofte rapporterte brystmerter og lekkasje som hindring for å delta i fysisk aktivitet (17). Type fødsel kan også påvirke kvinners evne til å delta i fysisk aktivitet. En studie publisert i *American Journal of Preventive Medicine* fant at kvinner rapporterte en betydelig reduksjon i fysisk aktivitet i de første 6 månedene etter fødsel, spesielt hvis de hadde en vaginal fødsel eller ammet (25). Kvinnene rapporterte også en økning i stress og en følelse av at de ikke hadde nok tid til å trene eller være fysisk aktive. Samtidig kan kvinner som har gjennomgått keisersnitt oppleve lengre restitusjonstid og må være mer forsiktig med øvelser som kan belaste bukhulen (26). En studie som ble publisert i *Journal of Science and Medicine* understreker også betydningen av motivasjon og målsetninger (27). Studien fant at kvinner som hadde satt seg mål for fysisk aktivitet, hadde større sannsynlighet for å fortsette med trening etter fødselen. Studien konkluderte med at å sette seg realistiske mål og ha en positiv holdning til trening kan være nøkkelen til å opprettholde en aktiv livsstil etter fødselen. Selv om det kan være krevende for kvinner, anbefales alle kvinner å bygge seg opp til de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet etter hvert (28). Hvis kvinner føler usikkerhet rundt trening anbefales det at de tar kontakt med helsepersonell eller andre aktører. Å delta på

barseltrening, eller følge treningsprogrammer designet for trening etter fødsel kan også ha en positiv innvirkning. En studie fra Storbritannia fant at kvinner som deltok i treningsprogram etter fødsel rapporterte bedre fysisk funksjon og mental helse enn de som ikke hadde trent (29). Mangel på støtte og tid fra familie og helsepersonell er også vanlige barrierer for kvinner når det gjelder fysisk aktivitet etter fødsel. En studie publisert i *American Journal of Preventive Medicine* fant at mangel på tid og prioritering av omsorg for barnet var de vanligste årsakene til at kvinner ikke deltok i fysisk aktivitet etter fødsel (6). En annen studie publisert i *Obstetrical & Gynecological Survey* fant at kvinner ofte ikke fikk nok støtte fra helsepersonell til å delta i fysisk aktivitet etter fødsel (30). Den siste studien publisert i *Qualitative Health Research*, oppdaget at deltagerne følte de ikke fikk tilstrekkelig støtte og oppfølging fra helsepersonell etter fødsel (31). Dette kan føre til at kvinner føler seg usikre og ikke vet hva som er trygt og anbefalt når det gjelder fysisk aktivitet etter fødselen. For å konkludere viser både norske og internasjonale studier at fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde god helse og redusere risikoen for en rekke sykdommer og svangerskapsplager. Likevel rapporterer flere kvinner et redusert aktivitetsnivå under svangerskap og etter fødsel på grunn av flere ulike årsaker. Årsaker som blir hyppigst nevnt er: Fysiske og psykiske utfordringer, mangel på tid, endring i rutiner, søvnmangel, amming, samt mangel på oppfølging og informasjon fra helsepersonell.

### *1.2.1 Effekter av fysisk aktivitet i svangerskap hos mor og foster*

Når kvinner utfører regelmessig fysisk aktivitet under svangerskapet øker sannsynligheten for at de forsetter med en form for fysisk aktivitet etter fødselen, hvilket er gunstig, sett ut ifra et folkehelseperspektiv (32). I tillegg til å vedlikeholde fysisk aktivitet og få økt fysisk velvære bidrar fysisk aktivitet til at gravide blir mindre slitne, samt lavere risiko for åreforkalkning og hevelse i armer og bein (33). Gravide som utfører fysisk aktivitet vil også sjeldnere plages av stress, søvnforstyrrelser og depresjon. I tillegg er det påvist at kvinner som utførte regelmessig fysisk aktivitet før svangerskapet, opplever mindre komplikasjoner under og rett etter fødselen som følge av dette (34,35). En svensk studie som undersøkte gravide med fedme viste at kvinner som deltok i et program som inkluderte vanngymnastikk og motivasjonssamtaler én til to ganger i uken, opplevde mindre vektøkning under svangerskapet sammenlignet med de som mottok vanlige svangerskaps- og barselomsorg (36). En metaanalyse av 24 RCT-studier (n=7096) fant at sammenlignet med standardbehandling uten fysisk aktivitet, var aerob trening med moderat intensitet (rask gange, dans, aerobics), med

eller uten kostholdsveiledning, assosiert med en signifikant reduksjon i risikoen for vektøkning utover anbefalingene (37). En annen publisert systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse av 18 RCT-studier (n=3202) viste at kvinner som trente under hele svangerskapsperioden hadde en lavere gjennomsnittlig vektøkning sammenlignet med kvinner som ikke utførte fysisk aktivitet (38). En studie fra Danmark (n=19) utforsket også forventningene til vektøkning og vekttap etter fødsel i lavinntektskvinner (39). Resultatene viste at kvinnene undervurderte tiden det tok å komme i form etter fødselen og hadde urealistiske forventninger om å komme tilbake til sin pre-gravide kroppsform innen noen få måneder. Det har også blitt undersøkt effekten fysisk aktivitet har på svangerskapsdiabetes og inkontinens. To publiserte systematiske oversikter avdekket at treningsintervensjon har en beskyttende effekt på utviklingen av svangerskapsdiabetes (38,40). En annen systematisk oversikt med åtte RCT-studier oppdaget at å trene 20-30 minutter tre til fire ganger i uken under svangerskap kunne også føre til bedre glykemisk kontroll blant kvinner som var diagnostisert med svangerskapsdiabetes (41). I en annen Cochrane-oversikt over fire randomiserte studier på 114 gravide kvinner med svangerskapsdiabetes ble effekten av trening i sjette til niende måned undersøkt med hensyn til blodsukkernivå, redusert insulinbehov, samt eventuell redusert perinatal og maternell morbiditet (42). Det ble ikke oppdaget noe forskjell mellom gruppene, og forfatterne mener det er et behov for større studier for å kunne besvare spørsmålet om fysisk aktivitet har en gunstig innvirkning på diabetestilfellene. Flere systematiske oversiktsartikler har konkludert med at bekkenbunnstrening under veiledning i svangerskapet har en forebyggende effekt på urinkontinens (43,44). Det vil bli trukket frem tre randomiserte, kontrollerte studier som forsket på effekten av bekkenbunnstrening under svangerskapet som en metode for å forebygge urinlekkasje. Reilly et al., sin studie oppdaget at forekomsten av inkontinens tre måneder etter fødsel var lavere hos kvinner som utførte fysisk aktivitet under svangerskapet, sammenlignet med kontrollgruppen (19 respektive 33% urinlekkasje) (45). Sampselle et al., sin studie oppdaget en sammenheng med at de som hadde gjennomført bekkenbunnstrening hadde betydelig mindre symptomer enn de som ikke hadde trent i uke 36 og 6 måneder etter fødselen, men det var ikke noen endring mellom gruppene etter 12 måneder (46). Studien hadde imidlertid høyt frafall. Mørkeved og medarbeiderne oppdaget langt færre kvinner med urinlekkasje i treningsgruppen, både i uke 36 og 3 måneder etter fødsel (47). Ved begge tilfellene var styrken i bekkenbunnsmuskulaturen betydelig høyere i treningsgruppene.

De nestene studiene som vil bli trukket frem er studier som undersøker effekten fysisk aktivitet kan ha på svangerskapsindusert hypertensjon, pre-eklampsi og fødsel. Det ble utført en randomisert studie på effekten av regelmessig trening med moderat intensitet i forhold til risikoen for svangerskapsforgiftning. Resultatene tyder på at risikoen kan reduseres, men flere studier er påkrevd før det kan trekkes noe endelig konklusjon (48). En annen studie utførte en systematisk oversikt med over 17 RCT-studier med 5075 kvinner. De oppdaget at aerob trening to til sju ganger i minst 30-60 minutter hver uke under svangerskapet var assosiert med en signifikant reduksjon i risikoen for svangerskapsindusert hypertensjon (49). Andre oversikter har vist at det eksiterer en manglende eller inkonsekvent dokumentasjon for effekten av trening på pre-eklampsi (38,50). Flere systematiske oversiktsartikler har funnet en positiv effekt av fysisk aktivitet på insidensen av keisersnitt (24,40). Også tall fra den norske mor-barn-studien (MoBa) (n=39187) viste at førstegangsfødende som regelmessig utførte fysisk aktivitet hadde en redusert risiko for akutt keisersnitt sammenlignet med kvinner som ikke trente under svangerskapet (51).

De siste studiene som vil bli trukket frem er studier som har undersøkt effekten fysisk aktivitet kan ha på rygg- og bekkensmerter, mental helse og makrosomi. En randomisert studie som ble utført av Kihlstrand, og medarbeidere fant at kvinner som opplevde ryggsmertter i tredje til sjette måned som fikk tilbud om vanngymnastikk, oppnådde en signifikant reduksjon i både smerte og sykemeldinger ut resten av svangerskapet (52). I en annen randomisert studie fikk gravide kvinner tilbudet om å trene aerobic tre ganger i 60 minutter per uke i tolv uker fra tredje til sjette måned (53). Treningsgruppen hadde betydelig mindre bevegelsesproblemer og smerter sammenlignet med kontrollgruppen. Elden og medarbeidere fant at en gruppe gravide som fikk akupunktur, og en gruppe som fikk stabiliserende trening, opplevde mindre bekkenrelaterte smerter enn kontrollgruppen (54). I en primærforebyggende studie blant førstegangsgravide fant Mørkved og medarbeidere langt færre gravide med bekken og ryggsmertter blant de kvinnene som ble tilfeldig utvalgt til et gruppetreningsprogram som inkluderte mage-, rygg- og bekkenbunnstrening, samt avslapning, sammenlignet med kontrollgruppen (55). En RCT-studie (n=105) fant også at kvinner i intervensjonsgruppen skåret signifikant bedre på følelser relatert til håpløshet, tristhet og angst enn kontrollgruppen (3). Andre studier har funnet redusert forekomst av depresjon i treningsgruppen sammenlignet intervensjonsgruppen, eller ingen effekt av trening på psykisk velvære under svangerskapet (56,57). Når det gjelder makrosomi ble det nylig publisert en systematisk oversikt (tre RCT-

studier, n=603) hvor de fant at kvinner som deltok i en treningsintervensjon, hadde lavere risiko for å føde barn som var store til termin (>4000g) sammenlignet med kontrollgruppen (38,58).

### *1.2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap*

Definisjonen på fysisk aktivitet ifølge Helsedirektoratet er «All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en betydelig økning av energiforbruket utover hvilenivå» (59). Fysisk aktivitet kan bli gjennomført innfor fire arenaer: Hjem og nærmiljø, arbeid/skole, i transport og som idrett og trening under fritiden. Regelmessig fysisk aktivitet er vesentlig for normal vekst og utvikling og for flere forhold som har med god helse og trivsel å gjøre gjennom hele livet (33). Fysisk aktivitet blir delt inn i tre kategorier av intensitet som er; lett, moderat og høyt nivå. Nordic Nutrition Recommendations 2012 grupperer aktiviteter basert på metabolske ekvivalenter (MET), en enhet som angir energiforbruk ved ulike aktiviteter sammenlignet med hvile på 1,0 MET (60). Lett fysisk aktivitet er 1,0-2,9 MET, moderat er 3,0-6,0 MET og høy intensitet er over 6,0 MET.

Det statelige helseprogrammet gir retningslinjer for trening under pregraviditet, graviditet og postgraviditet. Alle anbefalingene og begrunnelsen for anbefalingene er beskrevet på Helsedirektoratets sin nettside. Helsedirektoratets målgrupper er befolkningen og de som arbeider innenfor helse og omsorg (61). Dermed er alle rådene og anbefalingene tilgjengelig for allmennbefolkningen som ønsker mer informasjon om helse, rettigheter og helse- og omsorgstjenester. Siden 2000 har vi hatt offisielle anbefalinger for fysisk aktivitet (33). Anbefalingene for fysisk aktivitet har blitt utviklet på grunnlag av en systematisk gjennomgang og vurdering av kvaliteten på tilgjengelig litteratur, i hensikt å gi et grunnlag for planlegging av fysisk aktivitet som vil bidra til god helse i befolkningen. Helsemyndighetenes generelle anbefaling er at voksne bør hver uke være fysisk aktiv i minst 150-300 minutter med moderat intensitet, minst 75-150 minutter med en kombinasjon av moderat til høy intensitet (28). Anbefalingene er i tråd med WHO's og American Collage of Sports Medicine and the American Heart Association's anbefalinger for fysisk aktivitet blant voksne mellom 18 til 65 år (62). For å oppnå ytterligere helsegevinster kan voksne utføre mer enn 300 minutter med moderat intensitet eller mer enn 150 minutter med høy intensitet i uke.

I de aller fleste tilfeller er fysisk aktivitet under svangerskap verken skadelig for fosteret eller den gravide kvinnen, og det innebærer ikke økt risiko for avvikende svangerskaps- eller

fødselsforløp (32). Alle som gjennomgår et svangerskap anbefales derfor å delta i kondisjonsøkende trening som en del av sunne levevaner. Regelmessig trening vil styrke og vedlikeholde god allmenntilstand under svangerskapet, samt bidra til å forberede kroppen til fødsel. Det eksisterer flere mål for fysisk aktivitet under svangerskap og postgraviditet (33). Ifølge nasjonale retningslinjer er målene; å opprettholde god helse og fysisk form, innbefatte de positive effektene, samt optimalisere fosterets utvikling. Å ha regelmessige treningsvaner og rutiner før svangerskap kan hjelpe med å opprettholde de samme vanene når store endringer i livet oppstår, slik som svangerskap. De fleste mennesker har en tendens til å utføre de samme handlingene, med de samme individene, de samme stedene og på samme tidspunkt på dagen, og dette er også gjeldende for fysisk aktivitet (63). En definisjon på vaner er «*situasjonsbaserte atferdsfrekvenser som har blitt automatiske, slik at de utfolder seg uten selvinstruksjoner*» (64). Vanebaserte valg blir fremtredende når vi er under tidspress, når vi blir distraheret av noe annet, når vår selvkontrollressurs er oppbrukt på noe annet og i hverdagslige situasjoner (65). For å danne vaner for fysisk aktivitet er det vesentlig å delta i fysisk aktivitet i stabile omgivelser (66). Assosiasjoner mellom omgivelsene og igangsettelse av trening vil dermed etableres og styrkes over tid. Vanedannelse innenfor fysisk aktivitet kan hende både relativt tilfeldig eller som en målrettet prosess hvor vedkommende tar beslutningen å trene regelmessig (63).

I løpet av det siste 20. århundre har The American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) vært ledende retningsgivere for anbefalinger av fysisk aktivitet under svangerskap (67). På 1950-tallet var aktivitet for gravide begrenset til 1 mile (1,6 km) gange per dag, aller helst fordelt på flere økter. I 1985 var anbefalingen fra ACOG å øke treningsmengden til tre økter i uken med varighet i 15-20 minutter. Senere på 1990-tallet oppdaterte ACOG anbefalingene til at kvinner som regelmessig trente før svangerskapet, kunne fortsette med et lett til moderat treningsprogram, gitt at svangerskapet var normalt (68). Det var ikke før i 2002 at ACOG kom med anbefalingen moderat fysisk aktivitet i 30 minutter hver dag for gravide med lav risiko for komplikasjoner. Det har vært minimale endringer siden 2002 fra ACOG. I motsetning til USA har det ikke vært en tradisjon å gi anbefalinger for fysisk aktivitet til gravide kvinner i Norge. Av den grunn har de internasjonale retningslinjene fra ACOG, blitt lagt til grunn ved utarbeiding av norske anbefalinger (68). Dagens fysiske aktivitetsanbefalinger for gravide tilsvarer anbefalingene for allmennbefolkningen med visse unntak og kontraindikasjoner, men harmonerer med ACOGs anbefalinger fra 2002. I dag anbefales alle friske gravide, også de som har vært inaktive og kvinner med  $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ,

minimum 20-30 minutter daglig fysisk aktivitet av moderat intensitet som tilsvarer minst 150 minutter i uken (33). Ifølge Helsedirektoratet bør; «*kvinner som ikke har vært fysisk aktive før svangerskap delta i fysisk aktivitet med moderat intensitet, og deretter gradvis øke intensiteten til minst 150 minutter i uken*», mens «*kvinner som har vært regelmessig fysisk aktive før svangerskapet bør fortsette å utføre fysisk aktivitet på omtrent samme nivå, eventuelt med tilpasninger*» (28). Anbefalingene for gravide gjelder foreløpig ikke for alle treningspraksiser og idretter, men er underlagt diverse begrensinger, restriksjoner og forbehold (32). Alle gravide kan utføre kondisjonstrening og følge de normale anbefalingene så lenge det blir unngått for høy kroppsvarme de tre første månedene (32). Aktiviteter med høy intensitet i varmt og fuktig klima bør unngås (69). Alle gravide anbefales å utføre treningsformer som inkluderer rytmisk og dynamiske bevegelser med store muskelgrupper. For eksempel raske spaserter, jogging, sykling, aerobic, stavgang, dans og steptrening. Under svangerskapet burde styrketrening fokusere på bekkenbunnsmuskulaturen og rygg- og magemusklene, men det vil også være en fordel å inkludere trening for armer og bein (32). Det er en viss risiko for vena cava-obstruksjon. Det vil si at den venøse tilbakestrømmen til hjertet hindres av den voksende livmoren, hvilket kan gi økt risiko for redusert slagvolum og blodtrykksfall (70). Derfor bør styrkeøvelser for bekkenbunn og magemuskulatur utføres sittende, liggende på siden eller stående etter 16. uke. Det anbefales generelt å inkludere sju til åtte øvelser for kroppens viktigste muskelgrupper, med åtte til tolv repetisjoner fordelt på tre sett (32). Gravide burde i tillegg forsøke å unngå så høy belastning at det oppstår pressrefleks.

De nasjonale anbefalingene påpeker at det ikke eksisterer begrensinger for fysisk aktivitet etter fødsel, uavhengig av amming eller ikke (32). Mødre anbefales å være så fysisk aktive som mulig. Spesielt gjelder anbefalingen kvinner som lider av overvekt og fedme, samt de som har gjennomgått en vektøkning utenfor anbefalingene i svangerskapet. Gjennom svangerskapet er det normalt å ha en vektøkning, og for normalvektige anbefales det en vektøkning på 11-18 kg under svangerskap (71). Internasjonale retningslinjer spesifiserer imidlertid at mødre kan trenge ekstra oppfølging etter fødsel, og det oppfordres å oppsøke helsepersonell eller annen ekspertise for råd for hvordan individet kan nå anbefalingen for fysisk aktivitet (19). Det er viktig å understreke at fysisk aktivitet kan oppnås uten å trene, for eksempel ved å gjøre husarbeid, leke med barn, handle eller rask gange (72). Ifølge ACOG anbefales kvinner å vente til seks uker etter vaginal fødsel eller åtte uker etter keisersnitt før de starter med moderat til høy intensitet trening (19). Helsemyndighetene anbefaler at mødre starter med trening så raskt de føler for det og bør tilpasse aktiviteten etter form (28).



### 1.3 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av syv kapitler som omfatter; innledning, teori, metode, etikk, resultater, diskusjon av funn og avsluttende refleksjon. I det første kapitlet var målet å presentere oppgavens tema, bakgrunn, problemstilling og avgrensinger. I det andre teorikapitlet vil fysisk aktivitet under svangerskapet bli presentert fra et historisk perspektiv, hvor hovedfokuset er å vise hvordan forståelsen av fysisk aktivitet har endret seg over tid. Deretter vil kapitlet inkludere informasjon om nåværende fysiske anbefalinger under og etter svangerskap, samt råd for ulike treningsformer. Til slutt vil den fenomenologiske tilnærmingen og bruk av hermeneutikken bli presentert. Dette vil lede inn på noen sentrale begreper av Simone de Beauvoir og Maurice Merleau-Ponty og deres teorier om kjønn og kropp. I det tredje kapitlet vil jeg presentere min metodiske tilnærming i denne oppgaven. Første del av metodekapitlet vil illustrere den kvalitative forskningsmetoden, inkludert begrunnelsen for valg av metode, samt svakheter og begrensinger ved bruk av metoden. Deretter vil metoden for datasamling bli beskrevet, etterfulgt av presentasjon av utvalg og rekruttering. Kapitlet inkluderer også en beskrivelse av hvordan intervjuer ble gjennomført. På slutten av kapitlet vil tematisk analyse og analyseprosessen bli gjennomgått. Kapitlet vil bli etterfulgt av kapittel fire, hvor de etiske betraktningene vil bli presentert. I tillegg til de etiske betraktningene, vil kapitlet også inkludere effekter forskerrollen kan medføre, samt mulige konsekvenser av deltakelse i prosjektet for informantene. I kapittel fem vil analysen bli presentert. Analysekapitlet er delt inn i fire underkapitler. Første underkapittel tar for seg informantenes gjennomføring av fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap. Andre underkapittel viser til de ulike barrierene for fysisk aktivitet informantene opplevde under svangerskap og etter. I det tredje underkapitlet vil det bli gjort rede for hva slags råd og informasjon informantene fikk av helsepersonell, nære eller andre aktører. Underkapitlet vil også inkludere informantenes ønsker og inntrykk av helsepersonell og samfunnet. I det avsluttende underkapitlet vil informantenes forhold, tanker og motivasjon rundt fysisk aktivitet bli presentert. I det sjette kapitlet vil funnene fra analysen bli diskutert. Kapitlet inneholder følgende tre undertemaer; utførelse av fysisk aktivitet, barrierene for fysisk aktivitet og samfunnets påvirkning. Til slutt i kapittel syv vil avsluttende refleksjoner bli oppsummert, oppgavens svakheter og styrker blir presentert, samt framtidig forskning.

## 2.0 Teori

I denne studien vil det undersøkes hvordan kvinner erfarte å trene under svangerskap og etter, samt hva slags råd og informasjon de fikk. Dette kapittelet vil tematisere teori som kan belyse fenomenet med fysisk aktivitet under og etter svangerskap. For å kunne forstå informantenes fortellinger i forhold til de sosiale sidene med fokus på graviditet og postgraviditet i Norge i dag, vil det først bli presentert kunnskap om trening under svangerskap ut ifra et historisk og aktuelt perspektiv. Videre vil teorier om samfunnets påvirkning bli presentert, som inkluderer teorier om kroppsregimer, sosial disiplinering og effekten av støttesystemer. Til slutt vil det bli gjort rede for fenomenologien og hermeneutikken, etterfulgt av Simone de Beauvoir og Maurice Merleau-Ponty sine teorier om kjønn og kropp.

### 2.1 Fysisk aktivitet under svangerskap i et historisk perspektiv

*Svangerskapet* betegnes som perioden fra siste menstruasjonens første dag og frem til fødsel (33). Et gjennomsnittlig svangerskap varer i ca. 40 uker, og blir hyppig delt inn i tre trimestere, hvor første trimester er de første 12 ukene, andre trimester er uke 13-28 og tredje trimester er den resterende delen av svangerskapet. Perioden etter fødsel blir også delt opp i tre perioder; sykehusoppholdet etter fødsel, umiddelbar postpartum-periode fra sykehusoppholdet til seks uker, samt senere postpartum periode som er seks uker til et år. I denne oppgaven vil postpartumperioden bli definert fra fødsel til 12 måneder etter fødsel.

Råd og anbefalinger rundt fysisk aktivitet har endret seg raskt i løpet av relativt kort tid. Før i tiden var graviditet assosiert med «hvile», men i dag vil det heller være det motsatte. Det moderne norske nøkkelordet for graviditet er ofte «trening» (73). Før i tiden ble kvinner frarådet å utføre fysisk aktivitet under svangerskap. Generelt ble kvinner rådet til å unngå fysisk aktivitet og heller ta det helt med ro under hele svangerskapet. Formålet med rådet var å beskytte mor og foster mot potensielle skader og komplikasjoner. Kvinner ble også bedt om å holde seg utenfor idrett og konkurranse og heller holde seg innenfor sin tradisjonelle rolle knyttet til familie og barn. For cirka 100 år siden advarte leger kvinner mot å drive med sport, og kvinner skulle ikke løpe, stå på ski eller løfte tungt (74). Med andre ord ble trening oppfattet som usunt for kvinner. I 1950- og 1960-årene ble kvinner som gjennomgikk et svangerskap rådet til å unngå all form for fysisk aktivitet, spesielt unngå å løfte tunge gjenstander for å redusere risikoen for prematur fødsel eller spontanabort (73). I 1970-1980-årene ble anbefalingene noe mindre restriktive, men kvinner som gjennomgikk et svangerskap

ble fortsatt oppfordret til å unngå fysisk anstrengelse som kunne medføre økt hjertefrekvens og kortpusthet. Det var ikke før i 1990 hvor anbefalingene og rådene for trening under svangerskap begynte å endre seg i retning av en mer positiv holdning. Forskningen begynte å vise at moderat mengde fysisk aktivitet under graviditet kunne både være trygt, men også ha flere helsefordeler for både mor og foster.

I dag lever vi i et samfunn hvor både trening og idrett blir sett på som en viktig del av flere kvinners hverdag, men det er viktig å understreke at det ikke alltid har vært sånn. I tidligere tider var samfunnets normer og forventninger om kjønnsroller og oppgaver sterkt påvirket av religiøse, kulturelle og økonomiske faktorer (75). Tradisjonelle samfunn ville som oftest ha arbeidsfordelinger som var basert på kjønn, hvor menn var ansvarlig for oppgaver utenfor hjemmet og kvinnene var ansvarlig for oppgaver innenfor hjemmet. Hovedbegrunnelsen var på grunn av oppfatningen om de biologiske forskjellenene mellom kjønnene. Antagelsen var at kvinner var bedre egnet for omsorgsoppgaver og menn for mer fysiske og krevende arbeidsoppgaver. Religiøse tradisjonelle roller har også spilt en sentral rolle for kjønnsroller og normer. For eksempel har islam og kristendommen lagt stort fokus på forskjellen mellom kjønnene og opprettholdelse av tradisjonelle kjønnsroller (76). I flere religiøse tradisjoner har det også blitt praktisert ritualer som markerer overgangen fra barndom og voksenliv, som inkluderer oppgaver og roller som var spesifikke for kjønnene. Økonomiske faktorer som ressurstilgang og arbeidsfordeling kunne også ha spilt en vesentlig rolle i å definere kjønnsroller og normer. For eksempel hadde menn ansvar for å beskytte og forsvare samfunnet, mens kvinner spilte en viktig rolle i høsting og bearbeidingen av avlingen i samfunnet (77). I mange år var kvinner ekskludert fra en sosial verden med «*gentlemans sports*» som vil si å være aktiv på lik linje med menn som utførte sport for sportens skyld (74). Kvinners daværende rolle i samfunnet var å være familie, mor og husmor. Hvis kvinner skulle utføre noe form for idrett skulle det ikke være en treningsform som var ment for «sterke menn», men heller estiske idretter slik som kunsthopp, dans eller gymnastikk. I dag har det eldre tradisjonelle aktivitetforbudet nærmest blitt et moderne aktivitetspåbud for kvinner. Idrett og trening har i dag blitt en del av kvinners hverdag. Norske kvinner trener og/eller vet om betydningen av å trene (33). Enkelte kvinner har trening, presentasjon og konkurranse i sitt yrke, men de fleste kvinner trener på fritiden. Trening og idrett for kvinner har fått betydning både på det samfunnsmessige og individuelle planet og blir sett på som en ressurs for samfunn og individ. Selv om samfunnets normer og forventninger om kjønnsroller har

endret seg i den moderne tiden, eksisterer det ennå en del samfunn hvor tradisjonelle kjønnsroller og normer er sterkt forankret.

## 2.2 Samfunnets kroppsregimer

Selv om kvinner har rettigheter, lever selvstendig og har stor betydning i samfunnet, er den kvinnelige kroppen fortsatt underlagt diverse kroppsregimer og er en «gjenstand» for sosial disiplinering (78). Fysisk aktivitet, både i pregraviditet, graviditet og postgraviditet kan betraktes som et slik regime. Ifølge den franske filosofen Michel Foucault er disiplin en maktteknikk med formål å kontrollere kroppen (79). Disiplinering av kroppen betegner at den blant annet underkastes tidsregimer og blir tvunget til å inkorporere samfunnsmessige kriterier for hva det eksempelvis vil si å være en «god arbeider», en «flink pike», en «god mor», være «i fysisk form», eller ha en «godt trent kropp». I dagens samfunn vil individer ofte møte slike kriterier i media og popkultur, spesielt sosiale medier (80). Ulike disiplineringsstrategier omhandler blant annet selvregulering og ansvarliggjøring (79). Foucault hevder at kroppen trekkes inn i sentrum av samfunnet og gjøres til gjenstand for sosialisering. Den er selve stedet hvor sosial kontroll og makt praktiseres. Ifølge Foucault er kontinuerlig overvåkning nødvendig for å disiplinere kroppen. Wetterberg meddeler at i denne sammenhengen er gravide overvåket av andre, deriblant familie, arbeidskolleger, autoriteter, venner og til og med fremmede mennesker (81). Utenforstående blander seg ofte inn i det private svangerskapet ved å komme med kommentarer om den gravides atferd, sette spørsmålstejn ved deres handlingsvalg, deriblant treningspraksiser i svangerskap, gi velmenende råd og kritikk eller uttrykker bekymringer for fosterets og/eller kvinners helse. Slike kommentarer på treningspraksiser og helse kan føre til at kvinner opplever et kroppspress, og føler seg misfornøyd med sin egen kropp (82). Den gravide kvinnen blir dermed ofte forstått som en offentlig sak, et samfunnsanliggende. Graviditet forstås ikke bare som privat anliggende, men også offentlig. Slike sosiale disiplineringer kan ha negativ påvirkning på individer, spesielt den gravide da vi allerede lever i et samfunn hvor fokuset på prestasjon på alle områder øker, og kroppen stikker seg ut som et gjengående symbol for om vi lykkes og ikke lykkes med i livet (79). I lys av svangerskap, fødsel og postsvangerskap står vi ovenfor et stort paradoks. I denne perioden av kvinners liv burde fokuset være på kroppens selvgående funksjon over fokuset på kontroll over kroppens utseende. Denne påvirkningen samfunnet kan ha kan betraktes som et moralsk spørsmål, da det berører spørsmål om verdighet, respekt og rettigheter.

Selv om Wetterberg forteller at gravide ofte blir overvåket av andre, er det viktig å påpeke at ingen kvinner burde gjennomgå et svangerskap alene. Det er flere fordeler med å ha gode ressurser og støtteapparater under svangerskap (83). Den første fordel er at lett tilgang til helsepersonell, helsetjenester og informasjon kan bidra til å forbedre helsen til gravide kvinner og redusere risikoen for komplikasjoner under svangerskap og fødsel (20). Den andre fordel er at gode støttesystemer kan føre til mindre stress og bedre psykisk helse. Aristoteles hevdet at mennesker er sosiale dyr som naturlig søker felleskap (84). Å ha gode støttesystemer vil derfor gi en følelse av felleskap og samhørighet med andre. Da svangerskapet kan være en følelsesmessig utfordrende tid, vil støtte fra familie og venner kunne bidra til å redusere risikoen for psykiske problemer hos gravide kvinner (20). Den neste fordel er økt kunnskap og selvtillit. Tilgang til ressurser som graviditetsklubber, støttegrupper og gode informasjonskilder kan gi den gravide mer kunnskap om svangerskap og fødsel. Dette kan øke selvtillit og trygghet for kvinnen i sin rolle som mor (29). Den siste fordel er bedre støtte etter fødsel. Gode støtteapparater er like viktig etter svangerskap som under. Kvinner som har tilgang til støtte fra helsepersonell, familie og venner kan få hjelp til å takle de utfordringene som kan oppstå i løpet av de første ukene og månedene etter fødselen, inkludert amming, søvnproblemer og fødselsdepresjon.

## 2.3 Fenomenologi

Fenomenologi er en samlebetegnelse for en rekke samfunns-teoretikers tenkning og filosofer som tar utgangspunkt i Edmund Husserls arbeid (85). Filosofen Edmund Husserl grunnla fenomenologien som en egenartet måte å forstå kunnskapsdannelse på (86). I fenomenologien reflekteres det over grunnleggende spørsmål om hva det vil si å være menneske, samt hvilke implikasjoner det får for kunnskapssyn og vitenskapelig produksjon (87). Fenomenologi blir forstått som vitenskapen om hvordan det vi erfarer kommer frem, og for å nærme seg disse erfaringene må de imidlertid fortolkes (86). Med andre ord kan fenomenologien forstås som en systematisk utforskning av ulike måter å oppfatte virkeligheten på. Den fenomenologiske tilnærmingen fokuserer på de erfaringsnære (de opplevde) og førstepersonsperspektivet. Førstepersonsperspektivet utfordrer en naturvitenskapelig forståelsesramme og vil anerkjenne helsepersonells, pårørende og pasienters subjektive erfaringer som en del av kunnskapsgrunnlaget. I fenomenologien erkjennes kroppen som utgangspunkt og betingelse for eksistensiell og subjektiv erfaring. For eksempel fra et fenomenologisk perspektiv vil et individ som gjennomgår sykdom få kroppslige og mentale endring som vil få betydning for

hvordan individet erfarer kroppen, samt hvordan verden erfares på individets kroppslige utgangspunkt. Innenfor fenomenologien kan ikke verden og kropp skilles fra hverandre, i likhet som kropp og psyke ikke kan skilles (88). Individets levde kropp vet hva det innebærer å finnes i verden, men når helsemessige endringer oppstår vil den samlede livsverden endres simultant. Både dyptgripende emosjoner og personlige relasjoner vil få nytt meningsinnhold, samt oppfattes på nye måter. Livsendringer kan innebære eksistensielle og grunnleggende spørsmål om hvordan individet oppfatter seg selv, samt hva individet kan vil få nytt meningsinnhold. Slik som kroppslige funksjoner og bevegelsesmuligheter, sosiale oppgaver, og roller som individet tidligere tok for gitt.

### *2.3.1 Fenomenologiske perspektiver på graviditet og bevegelse*

Hvordan bevegelse blir utført gjenspeiler seg i individers forhold til seg selv og omgivelsene til den levde kroppen (89). For eksempel vil et kontrollert og lukket kroppslig bevegelsesmønster med ufrie bevegelser kunne tyde på opplevelse av kontroll og spenning, mens et annet spenningsmønster kan være frie bevegelser som kan tyde på følelse av åpenhet og frihet. Kroppens grunnspenning er av betydning for om og hvordan plager utvikles når en utsettes for belastning (90,91). Grunnspenning refererer til en tilstand av spenning eller stress som er til stede i kroppen eller sinnstilstanden til en person på et mer eller mindre permanent grunnlag. For eksempel vil muskulære spenninger og hemmet respirasjon oftest henges nøye sammen; om respirasjon frigjøres kan det føre til at muskelspenninger reguleres. Disse forholdene er vesentlig ved vurdering av hva slags treningsform som kan fungere som helsefremmede for den enkelte. Fenomenologiens forståelse på kropp og bevegelse bidrar til å gi innsikt i hvordan bevegelse er eksistensielt for mennesket, siden sansing, persepsjon og bevegelse forstås som en organisk enhet. Denne oppfatningen av bevegelse innbefatter at bevegelse også er et biologisk fenomen. Det betyr at simultant som individet opplever, foregår det biologiske prosesser som er nødvendig for å oppleve. For å kunne tyde og forklare vesentlige kroppslige forhold med hensyn til betydningen av bevegelse, er det nødvendig med både et fenomenologisk og et naturvitenskapelig perspektiv.

Svangerskap er en tilstand som karakteriseres med atskillige fysiologiske endringer (92). Det er gunstig med en biomedisinsk forklaringsmodell for å kunne erkjenne svangerskapets medisinske variasjoner. Imidlertid er det vesentlig å understreke at den gravide erfarer og oppfatter disse endringene innenfor sosiale og kulturelle sammenhenger. Uansett hvor

nøyaktig og innsiktsgivende det biologiske perspektivet er vil det aldri kunne avdekke hva et menneske er (92). Ifølge Svenaeus har helse bestandig sitt sentrum i levd erfaringer (93). I kontrast med den naturvitenskapelige tankemåten presenteres kroppen ut ifra et fenomenologisk perspektiv som mangetydig og som et møtested mellom det ukontrollerte og det kontrollerte, det irrasjonelle og det rasjonelle, samt natur og kultur (93). Relatert til mitt tema innebærer svangerskap endringer som kan forårsake at hverdagslige handlinger i ulike grader og måter kan forhindres eller utfordres. Dette kan medføre smerter eller plager som forårsaker at funksjonsnivået stopper opp, noe som i en fenomenologisk kontekst kan beskrives som «å merke seg selv» (92). Det å føle trygghet i egen kropp kan i enkelte sammenhenger være krevende. Det spesielle ved kropper som gjennomgår svangerskap er at i tillegg til å *være* kvinne selv, er den også noe annet. Fosterets og kvinnens kropper forutsetter hverandre, og må defineres i tråd med hverandre. Som kategorier vil de være fundamentalt avhengig av hverandre, og man kan med andre ord antyde at uten den ene ville den andre være uten mening. Hvordan den gravide kvinne erfarer kroppslige endringer under svangerskapet kan være svært individuelt (32). Majoriteten av gravide meddeler at de føler glede og undring over svangerskapet, men enkelte uttrykker en følelse av å være «invadert», i tillegg til lengsel av presvangerskaps kropp. Svangerskap kan dermed fremkalle et behov for å tenke, planlegge og ta hensyn rundt egen kropp på nye måter. Det vil være vesentlig å betrakte forskjellen mellom en biologisk-medisinsk tilstand mot graviditet som en livserfaring (92). Det er fundamentale forskjeller å tenke på kroppen som en kropp og det å *være* kroppen. For en kvinne som gjennomgår et svangerskap kan selve graviditeten oppfattes som frisk og normal, selv om kan kroppen erfares annerledes. Virkeligheten er imidlertid mangefasettert, så dermed må det ene perspektivet ikke utelukke det andre.

Sett fra et fenomenologisk perspektiv er kroppslige erfaringer subjektive og situerte i perioden etter fødsel. Simultant belyses kjønnede erfaringer fra svangerskap og overgang til morskapet som overskridende og relasjonell subjektivitet på måter som er intersubjektive og felles (94). Ifølge Simon de Beauvoir bør kjennende erfaringer også begripes i lys av den kroppslige, kontekstuelle og kulturelle *situasjonen* (95). Beauvoir meddeler at mødres relasjoner til barnet gjennom svangerskap og amming er eksempler på mors kroppens særskilte situasjon. Dagens norske samfunnskontekst utgjør en situasjon hvor mødre ofte opplever at de og barnet er tett på hverandre gjennom permisjonstiden, men blir deretter adskilt gjennom store deler av tiden etter mødres overgang til arbeidslivet. Mødres relasjon under denne perioden endres både temporært, romlig og relasjonelt.

## 2.4 Hermeneutikken

Humanvitenskapens grunnposisjon i vitenskapsteorien er å forstå (96). Til forskjell fra naturvitenskapenes program, hvis intensjonen er å forklare, så er man i humanvitenskapene, og særlig i dens vitenskapsteori opptatt av hvordan viten skapes om den bevissthet som mennesket opplever verden i og igjennom. For å fortolke erfaringene vil hermeneutikken bli benyttet. Ordet hermeneutikk stammer fra det greske verbet *hermeneuein*, som kan oversettes til å «uttrykke», «utlegge» eller «oversette». Grunnforståelsen av *hermeneuein* var å «bringe til forståelse» gjennom tolkning (97). Vi kan si at hermeneutikken er en refleksjon over hvordan uttrykk kan overføres fra en annen verden til ens egen (96). Den tradisjonelle hermeneutikkens vektlegging av tolkningsregler står ikke sentralt i vår tid, men har heller blitt erstattet med den moderne hermeneutikk (97). I begynnelsen var hermeneutikken en teologisk disiplin (98). Den oppstod i forbindelse med reformasjonen hvor hovedfokuset var hvordan en skulle fortolke de hellige skrifter, noe som førte til at det ble utviklet et sett med fortolkningsregler, som senere ble benyttet på juridiske tekster. Senere under romantikken utviklet hermeneutikken seg til hvordan man kunne forstå de tidligere historiske epoker. Først ble fokuset rettet på hvordan språket kunne være meningsbærende og et allment medium for meningsformidling, men med Wilhelm Dilthey utvides dette til at hermeneutikken også skulle forstå det meningsbærende i alle slags uttrykk, skrevne tekster og handlinger (99). Ifølge Dilthey skulle hermeneutikken være en slags allmenngyldig metode for meningsforståelse. Likevel ble meningskategorien hos Dilthey innskrenket til bruk kun innenfor det området av virkeligheten som består av menneskelig virksomhet og uttrykk for menneskelige hensikter. Dilthey var svært opptatt av å gi hermeneutikken en metodisk vitenskapelig status og ifølge Dilthey ville det med hjelp av åndsvitenskaplige metoder være mulig for forskere å komme fram til det objektivt sanne og meningsbærende i menneskets ytring. Han understreket at forskeren måtte tolke for å kunne forstå menneskers tanker, følelser og opplevelser. Man blir derfor nødt til å leve seg inn i menneskets livsverden for å kunne få tak i meningen bak deres tanker, følelser og opplevelser.

Den moderne hermeneutikken har blitt preget av Gadammers videreutvikling av hermeneutikken til en allmenn teori om forståelse (86). Hermeneutikk anvendes både i en snever og vid betydning (100). Den snevre betydningen omfatter tale om en bestemt idéhistorisk tradisjon, mens i den videre betydningen omhandler det tale om en analysemetode som legger vekt på internasjonal forståelse av handlinger i motsetning til kausal forklaring.



Metoden går ut på å søke forståelse eller fortolke en handling ved å knytte den til en intensjon, en hensikt, en plan eller et prosjekt hos den handlende (101). Det som karakteriserer hermeneutikken er forskerens intuisjons, artikulering og innsikt av egen fordom-forståelse, refleksjon vedrørende å nå inn til en rett/god hermeneutisk sirkel, forholdet mellom deler og helhet i det som studeres og framfor alt tolkningen i erfaringens forståelse av eksistensielle situasjoner og tekster. En grunntanke innenfor hermeneutikken er at vi forstår noe på bakgrunn av visse forutsetninger (98). De forutsetningene som er bragt med oss vil avgjøre hva vi forstår og- ikke forstår. Når vi møter en tekst som ikke er forståelig, vil de alltid være uforståelig i lys av den bakgrunnen av det vi har med oss i forståelsesprosessen. Begrepet fordommer og forforståelse er sentralt hos Gadamer og i en hermeneutisk sirkel. For dermed å kunne forstå en tekst, må man vite hva en skal lete etter eller ha ideer om hva en skal se etter. Forforståelsen kan bestå av: *personlige erfaringer, språk, begreper og trosoppfatninger*. Det er også viktig for forskeren å være bevisst på de elementer av forståelse som vi ikke har et bevisst og reflektert forhold til. Dette kan være styrende når en fortolker meningsfulle fenomener. En annen sentral innsikt i hermeneutikken er at meningsfulle fenomener er kun forståelige i den konteksten eller sammenhengen de forekommer i. Forskeren må derfor plassere meningsfulle fenomener for å få frem meningen de måtte ha og for å forstå dem. Et annet sentralt begrep innenfor hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Sirkelen kan bli forstått som at deler kan forstås ut fra helheten, og helheten kan forstås ut fra deler (102). Selve grunnlaget for hermeneutikken ligger i formelen som sirkelen har. Sirkelen har en forbindelse mellom hva som skal fortolkes, den forståelsen en bærer med seg, samt den sammenhengen teksten forstås i. Forståelsen svinger derfor mellom helhet og del. Vi forstår delen i lystet av helhet, og helhet i lys av delene.

## 2.5 Teorier om kropp og kjønn

For å videreutvikle mitt forskerblikk på opplevelser med fysisk aktivitet under og etter svangerskap, har jeg valgt å anvende Maurice Merleau-Ponty sin filosofi om kropp og verden, og Simone de Beauvoir sin teori om levd erfaring.

### 2.5.1 Merleau-Pontys- Kropp og verden

Maurice Merleau-Ponty ble født i 1908 (87). Den franske filosofen er anerkjent som en av de svært sentrale tenkerne innenfor den fenomenologiske bevegelsen, spesielt for sine tanker om kroppen og det kroppslige. Merleau-Ponty presenterer ikke en tydeliggjort teori, men bringer

heller leseren med seg i sin egen utvikling av teoretisk forståelse fra opprinnelig idé til bred diskusjon vedrørende det fenomenet han undersøker (88). Ifølge Merleau-Ponty er fenomenologisk metode mer som en innstilling eller holdning forskeren må opparbeide i møte med ulike fenomener (87). Han beskriver holdninger som spesiell følsom oppmerksomhet for ting i verden slik vi lever dem, og kontrasterer det med å tenke om fenomener i form av ting man tar for gitt, konsepter eller teoretiske begreper. Merleau-Ponty stiller seg kritisk til idéen om at ånden og kroppen er adskilt. Han utdyper at kroppen som tilstedeværende med hele seg, heller enn et objekt og at dens tilstedeværelse i verden ikke er objektiv i form av å være «entydig, gitt og målbart» (103). Dermed kan ikke kroppen ses som en objektiv maskin som kun kan forflyttes og demonteres og settes sammen igjen. Ifølge Merleau-Ponty skal kroppen stå i sentrum og så ta ansvar for de hendelsene som inntreffer i rommet rundt seg. Med andre ord handler det om kroppen som helhet hvor alle dens deler bidrar til alt jeg kan. Gjennom opplevelser og personlige erfaringer som er arkivert i kroppen, samt sansene og sanseinntrykkene kroppen tar til seg, vil kroppen bli bevisst om sin tilstedeværelse i rommet og i verden (104). For å trekke linjer til mitt problemfelt; Under et svangerskap og postsvangerskap vil det hende flere kroppslige endringer. Selv om man gjennomgår denne endringen stopper ikke kroppen å være en del av verden, og verden stopper ikke opp når svangerskap gjennomgås. Sansene og tankene vil ta til seg atskillige strømninger i form av lyd, lys og andre inntrykk og settes i forbindelse med tanken og tidligere erfaringer. Merleau-Ponty forstår med andre ord det kroppslige subjektet som innsatt i og innvevet med verden (87). Å være innsatt i verden som kropp medfører å være født inn i noe som allerede er der, i meningssammenhenger som allerede eksisterer. Å være innvevet med verden innebærer at det kroppslige og verden utgjør en gjensidig sammenheng med subjektet (105). Når noe ved kroppen og det kroppslige endrer seg, endrer også verden seg. For å ta et eksempel rettet til problemstillingene kan svangerskap føre til noen avgrensinger for kvinnen, spesielt fysisk. Eksempler på dette kan være at det er vanskeligere å plukke opp objekter fra bakken, ta på seg sko eller sokker. Dermed vil den gravide kvinne være mer avgrenset og omgivelsene vil være endret. Dette understrekes av Merleau-Ponty at subjektivitet ikke kan forstås uavhengig av den kroppslige sammenhengen det lever i (103). Hva som tilhører verden og kroppen vil være umulig å sortere fra hverandre. Sammenvevingen av tanke, kropp og verden innebærer løpende meningsmønstre, ambivalens, motsigelse og tvetydighet.

### 2.5.1 Simone de Beauvoir- Levd erfaring

Simone de Beauvoir ble født i Paris i 1908 (87). Hennes arbeid har endret tankemåten rundt kjønn og identitet, og hennes filosofi kan betraktes som utgangspunktet for moderne feministisk teori (106). Hun er spesielt kjent for sitt verk «*Det andre kjønn*» som ble utgitt i 1949, hvor hun tok utgangspunkt i konkrete, levde erfaringer som hun anvendte for å reflektere rundt kvinnes situasjon og hvordan det påvirker samfunnets syn på kvinner. De Beauvoir argumenterte for at kvinnekroppen har blitt seksualisert og undertrykket av samfunnet gjennom tidene. Hun argumenterte at kvinnekroppen har blitt betraktet som en annenartet kropp som er underlagt mannskroppen og mannlige normer. Hun hevdet også at kvinnekroppen har blitt gjort til et objekt for mannlige blikk, og at kvinner blir tvunget til å overholde mannlige standarder for skjønnhet og seksualitet. De Beauvoir argumenterte videre for at den kjønnede kroppen ikke er en biologisk gitt størrelse, men snarere sosialt konstruert størrelse. Det vil si at kjønnsforskjeller ikke skyldes biologisk determinisme, men skyldes heller sosiale, historiske og kulturelle faktorer som har skapt ulike forventninger og normer for menn og kvinner. De Beauvoir utfordret denne tradisjonelle ideen om at menn og kvinner er forskjellige og at kvinners rolle i samfunnet er å være underordnet menn. I stedet argumenterte hun for at kvinner frigjøres fra denne underordningen og får tildelt de samme mulighetene og rettighetene som menn. Forankret i sin eksistens-fenomenologiske grunnorientering følger også Beauvoir oppfattelse av *kroppen som situasjon* (87). Kroppen som situasjon innbefatter forståelse om at kroppen ikke kan betraktes som en ting eller som et instrumentelt objekt, men heller som en dynamisk instans, som er en situasjon, og ikke noe som *er i* en situasjon (88). Denne oppfatningen av kroppen knyttes til *levd erfaring*. Levd erfaring tar for seg de bestemte sammenhengene og omstendighetene det enkelte menneske gjennomlever. Beauvoirs forestilling av kropp har noe til felles med Merleau-Ponty ved at kroppen forstås som noe vi er, noe vi erfarer og forstår oss selv og verden via. Kroppen danner forutsetning for erkjennelse og sansing, samt en horisont for all forståelse. Ergo er den en helt vesentlig dimensjon ved det erkjennende subjektet. Det er viktig å påpeke at i dette ligger det en distinkt antidualistisk tenkning om hvordan kropp og skjel ikke kan skilles, da det er kroppen som tenker (86). Vi mennesker eksisterer som kroppslige subjekter som danner erfaringer, og disse erfaringene setter spor, preger oss, samt er med på å bestemme den enkels situasjon. Situasjonen er altså noe konkret, som følger av vår historie og erfaring (87). Ifølge Beauvoir kan situasjon forstås som noe som binder faktisitet og menneskets frihet sammen.

### 2.5.3 De Beauvoir og Merleau-Ponty- kritikk og relevans

Både de Beauvoir og Merleau-Ponty har på ulikt vis hatt stor annerkjennelse innen teori, men begge har møtt motstand for sin forståelse av forholdet mellom kropp og kjønn. I løpet av 1960-tallet fikk Beauvoir stor kritikk fra kvinnebevegelsen som den gang vokste frem (107). Selv om boken hennes «*Det andre kjønn*» hadde dyp innflytelse på mange kvinner, var det flere som betvilte at Beauvoir var feminist. Selv om Simone de Beauvoir blir betraktet som en av de mest fundamentale individene som har hatt stor innvirkning innenfor feminismen er det også blitt rettet kritikk mot hennes arbeid og ideer. Den første kritikken som vil bli inkludert er hennes syn på prostitusjon. Beauvoir hevder at prostitusjon var en vital følge av mannens dominans over kvinner, men at det også ga kvinner anledningen til å utnytte menn (108). Dette synet har blitt kritisert av enkelte individer innenfor den feministiske bevegelsen. Argumentet mot Simone de Beauvoir er blant annet at prostitusjon er et eksempel på undertrykkelse av kvinner og ikke noe som skal tolereres eller romantiseres. I senere år har Beauvoir også blitt kritisert for hennes syn på transpersoner for å ha vært ekskluderende og transfobisk (109). Enkelte kritikere hevder at hennes fokus på kjønnskonstruksjon forestiller at hun ikke anerkjente transpersoners opplevelse av dysfori, samt at hun implisitt støtter tanken om at biologisk kjønn er det eneste som betyr noe. Kritikerne hevder i tillegg at hun mangler forståelse for faktumet at transpersoner gjennomgår psykiske utfordringer som krever medisinsk behandling og annerkjennelse av deres kjønnsidentitet. I helhet mener kritikerne at Beauvoir har et begrenset syn på kjønn, og at hun ikke tar hensyn til hele spekteret av menneskelige erfaringer og mangfold. Det er viktig å understreke at Beauvoir publiserte «*Det andre kjønn*» for over 70 år siden, og siden da har det foregått betydelig fremskritt innenfor kjønnsforskning og forståelse av mangfold. Det kan derfor være urimelig å vurdere hennes syn på transpersoner utelukkende basert på hennes bok fra 1949. Det er også viktig å påpeke at Simone de Beauvoir var en betydningsfull og intellektuell aktivist for kvinners rettigheter og likestilling, og hennes arbeid har hatt stor innflytelse av feministisk teori og aktivisme i dag. I helhet har De Beauvoir hovedsakelig blitt kritisert for å fremme et eksistensialistisk syn på det kvinnelige, og denne kritikken kom hovedsakelig fra poststrukturalister (110). Moi tar stor avstand fra denne måten å forstå de Beauvoirs filosofi på. Ifølge Moi legger det en ikke-eksistensialistisk forståelse av kjønn og kropp i begrepet «kroppen er en situasjon». Argumentet er at hvordan kroppen er, har betydning for hvordan vi erfarer verden. Dette illustrerer hun blant annet gjennom det å være syk. Hvis man må gjennomgå verden med en syk kropp, vil erfaringene av en selv være annerledes enn hvis man levde i en frisk kropp.

Verden vil allikevel reagere forskjellig i møtet med et sykt eller et friskt individ. Moi trekker frem at kvinnens og hennes kropp kan verken reduseres til en sosial konstruksjon eller en essens.

Vedrørende Merleau-Ponty har han blitt kritisert av Richard Shustermans for å ikke ta hensyn til virkeligheten av bevisst å tematisere kroppslige oppfatninger, for å være kritisk til denne bevisstheten på de få stedene i sin produksjon hvor han adresserer bevissthet om kroppsoppfatninger og for å ha feil syn på forholdet mellom bevissthet og vaner (111). Hva Shusterman hevder å gjøre i boken sin «A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetics» er å kontrastere Merleau-Pontys fenomenologi med sin egen mer praktiske og pragmatiske tilnærming til kroppslig filosofi. Shusterman kritiserer to deler av Merleau-Pontys filosofi, en aversjon mot bevisste kroppsforfølelser og et forsvar for en original bevissthet i forhold til kroppen vår (112). Disse holdningene til Merleau-Pontys ville ifølge Shusterman stå i motsetninger til hans egne pragmatiske kroppsfilosofi. Shusterman har et interessant kall, nemlig å sette dyrkning av kroppen på et sentralt sted i filosofen, som det en gang hadde vært i gamle Hellas. Han ønsker å beskrive hvordan vi kan forsone oss med våre feilaktige måter å oppfatte og bruke kroppene våre.

Når jeg velger å bruke Merleau-Ponty og de Beauvoirs perspektiver inn i analysen, ønsker jeg å understreke to ting. For det første mener jeg at de Beauvoir sitt situasjonsbegrep er relevant for å kunne få mer innsikt i hvordan tilstandsendringer opptrer i et livslangt samspill med visse sosiale betingelser. Det er viktig å påminne at graviditet ikke er en sykdom, men er en tilstand som medfører forandringer i flere organsystemer, hvorav noen vil kunne påvirke evnen til å være fysisk aktiv (33). Analysen vil altså bestå i å se på hvordan betydningen av å være en gravid kvinne utspiller seg i gitt sammenheng. I denne sammenhengen vil det være å se betydningen av å være en gravid kvinne i det moderne samfunnet. For det andre ønsker jeg å analysere, med utgangspunkt i Merleau-Pontys filosofi om kropp og verden, for å få frem hvordan kvinner som har gjennomgått et svangerskap opplever og erfarte å trene under svangerskap og i postsvangerskap. Svangerskap fører til en rekke avgrensinger for kvinnen, spesielt fysisk som kan føre til endringer i hvordan de opplever deres kropp og verden. Begge disse forståelsene åpner slik jeg ser det for at kvinners erfaringer og handlinger ikke kan forstås som essensielle eller fastfrosne størrelser, men er uttrykk for samspill med de omgivelser de opererer innenfor.

## 3.0 Metode

Forskningsmetoder gir oss innsikt i hvordan vi skal tilnærme oss empirien. Empiri kan forklares som både erfaringer og data fra virkeligheten (113). Det vil være avgjørende å samle inn empiri for å kunne belyse hypoteser eller spørsmål som vi ønsker å få besvart (85). Før man kan starte å undersøke et spørsmål eller hypotese, må man vurdere hvordan man ønsker å gå fram for å belyse spørsmålet. Dette er hvor metodevalget inngår, og hvor man synliggjør hvilke valg som ble tatt, samt begrunnelse bak valget. Forskningsmetoder har vanligvis tre betydninger innenfor samfunnsvitenskapelig sammenheng (114). Den første betydningen refererer til forståelsen som ligger til grunn for hvordan kunnskapen kan genereres (epistemologi). Den andre omhandler strategier for å innhente kunnskap som vil være på kunnskapslærens grunnlag. Til slutt kan betydningen stå for praktiske teknikker for undersøkelse. Malterud påpeker at vi trenger et bredt repertoar av forskningsmetoder og erkjennelseperspektiver for å kunne undersøke og dokumentere forskjellige sider av den medisinske virkeligheten (115). Kunnskaper om metode er vesentlig for at en forsker skal være i best mulig stand til å gjennomføre arbeidet på en effektiv og tilstrekkelig måte.

### 3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Green & Thorogood beskriver målet med kvalitativ forskning på følgende vis:

*«Kvalitativ forskning har som mål å forstå, snarere enn å måle fenomener (116).»*

I denne oppgaven ble det anvendt en kvalitativ forskningsmetode for å få økt forståelse rundt oppgavens problemstilling. Ifølge Green & Thorogood eksisterer det tydelige skiller mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming (116). Kvantitativ tilnæringsmåte benyttes når vi kan kvantifisere et fenomen, for eksempel når vi skal veie noen. Da vil det benyttes tall fra en vekt for å tallfeste fenomenet. Kvalitativ tilnæringsmåte beskriver en tilnærming hvor man hyppig anvender ord for å beskrive et fenomen. Denne tilnæringsmåten benyttes oftest når man skal beskrive opplevelser, følelser, tanker osv. I denne forskningstilnærming vil man si at resultatet er «ordfestet». Kvalitativ forskning har som oftest som mål å undersøke meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener (88). Kvalitative metoder er forskningsstrategier for å beskrivelse, analyse, samt fortolkning av egenskaper og karaktertrekk ved de fenomenene som skal studeres. Formålet med store deler av kvalitativ forskning er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv, innenfor deres naturlige sammenheng (115). Kvalitative metoder kan bli

anvendt for å få mer informasjon om menneskelige egenskaper, slik som tanker, opplevelser, erfaringer, forventninger, holdninger og motiver (88). Man kan lete etter meninger, betydninger og nyanser av helse og atferd som kan styrke vår forståelse av menneskelige handlinger. Ved bruk av kvalitative metoder leter vi dermed etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng ved å gå inn i de sammenhengene det gjelder. Kvalitative forskningsmetode er derfor spesielt egnet for å få forståelse av menneskelige fenomener gjennom å utforske erfaringer, observasjoner, opplevelser, tanker, holdninger og motiver. Dermed kan kvalitative metoder bidra til å presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. Da problemstillingene omhandler å få ny innsikt i kvinners erfaringer med fysisk aktivitet, praksiser og råd fra helsetjenesten ble valget å benytte en kvalitativ forskningsmetode naturlig. De kvalitative forskningsmetodene omfatter et bredt spekter for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst som kommer fra observasjoner, samtaler eller skiftelig kildematerialet (115). Problemstillingen vil hovedsakelig bestemme hvilken datainnsamlingsstrategi som best vil representere relevans og validert i forhold til det spørsmålet som studien skal belyse.

Før valg av datainnsamlingsmetode blir fastslått er det nødvendig å kjenne de ulike metodologiers styrker og svakheter for å kunne gjøre et adekvat valg (115). De vanligste formene for data innenfor kvalitative studier er intervjudata og observasjonsdata. Andre former for kvalitativ data kan være hentet fra skriftlig kildemateriale, spørreskjemaer og aksjonsforskning. Vanligvis vil man ha et relativt lite utvalg av informanter, men man ønsker å oppnå et rikt og beskrivende datamateriale. Kvalitativ data kan analyseres på ulike måter, for eksempel via narrativt, diskursiv og fenomenologisk analyse (117). Et fellestrekk for analysemetodene er at man som forsker vil søke etter meninger i datamaterialet for å kunne generere nye begreper og hypoteser. For å illustrere og underbygge funnene fra prosjektet vil de bli presentert i et fortellende og beskrivende format, med utdrag fra datamaterialet.

### *3.1.1 Svakheter og begrensinger ved bruk av kvalitativ forskningsmetode*

Selv om kvalitativ metode kan gi en dyp og grundig forståelse av fenomener, har de også noen svakheter og begrensinger som må omtales. Den første svakheten er begrenset generaliserbarhet (118). Vanligvis fokuserer kvalitative studier på å beskrive og undersøke en spesifikk gruppe eller et bestemt fenomen. Det er dermed begrenset hvor mye funnene kan generaliseres til andre grupper eller situasjoner. Den andre svakheten til kvalitativ metode er

risiko for subjektivitet (119). Forskerens analyse og tolkning av gitt data kan påvirkes av deres erfaringer, perspektiver og personlige holdninger, noe som kan medføre en viss grad av subjektivitet og bias i resultatene. Den neste svakheten som vil bli nevnt er vanskeligheten med å standardisere oppgaven (120). Ulempen med å benytte kvalitative metoder er at det kan være krevende å standardisere og gjøre repeterbare ettersom forskeren i stor grad har friheten til å velge forskingsdesign, metode for datainnsamling og analysestrategier. Den fjerde svakheten er at kvalitative studier er både tids- og ressurskrevende (88). Kvalitative studier krever vanligvis både betydelig mer tid og ressurser å fullføre enn kvantitative studier. Det innebærer både for innsamling av data, for analyse og for tolkning av resultater. Den siste svakheten som vil bli nevnt er at kvalitative studier kan potensielt bli sett på som å ha mangel på pålitelighet og validitet (121). Årsaken til påstanden er på grunn av metodens subjektive natur som gjør at kvalitative studier kan være utsatt for problemer knyttet til validitet og pålitelighet. Et eksempel på dette er at dataene kan ha blitt påvirket av forskerens forhåndsoppfatninger eller at funnene kan være vanskelig å generalisere til andre situasjoner. Det var viktig for meg som forsker å gjøre meg kjent med metodene sine svakheter før prosjektet ble satt i gang. Etter å ha blitt kjent med begrensingene forstod jeg at det var viktig å ta hensyn til disse svakhetene når jeg skulle planlegge, gjennomføre og tolke resultatene.

### 3.2 Metode for datainnsamling

Metoden for datainnsamling i denne studien var semistrukturerte intervjuer.

Datainnsamlingen vil omsette utvalgt informasjon om problemstillingen til observasjon og tekster (88). Det ble anvendt semistrukturert intervju for å kunne innhente empirisk data som senere ble systematisert, fortolket og sammenfattet i analysen. Semistrukturert intervju innebærer å lage en intervjuguide som inneholder forberedte temaer eller nøkkelspørsmål som en formulerer spørsmål om underveis (122). Semistrukturert intervju kan gi større mulighet for å få individuell informasjon ved at intervjuer kan stille avklarende spørsmål og andre tilleggsspørsmål. For å oppnå god kvalitet må intervjueren være godt forberedt. De må være i stand til å holde intervjuet innenfor de satte rammene og sikre at ingen sporer av fra formålet underveis. Semistrukturert livsverdenintervju blir hyppig anvendt når temaer skal begripes ut fra intervjupersonens egne perspektiv (123). Ved å utføre semistrukturerte intervjuer håper jeg å kunne bidra med å innhente beskrivelser fra kvinners livsverden og erfaringer de hadde med fenomenet. Under oppgaven ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide som verken er en åpen samtale eller lukket spørreskjemasamtale, men som inneholdt enkelte temaer som var



fastsatt på forhånd. Det ble utført en overenstemmelse med en intervjuguide som inkluderte de bestemte temaene og inneholdte forslag til spørsmål. Hovedgrunnen for valget å benytte semistrukturert intervju var på grunn av dens fordeler. Den første fordelen er at semistrukturert intervju gir muligheten for innføring av relevant informasjon som kunne gi et bedre inntrykk av deltakerens erfaring (124). Den andre fordelen som semistrukturert intervju gir er at intervjuene bli mer spontane som da øker sannsynligheten for at deltakerne gir informasjon som er uventet, levende og spontane. Den siste fordelen med å utføre individuelle semistrukturerte intervjuer er at det vil gi deltakere tid og rom for å tenke over deres personlige erfaringer. Valget å utføre individuelle intervjuer ble tatt fordi det kunne være en mulighet for at informanter kunne føle skyldfølelse eller skam hvis fokusgruppeintervjuer ble utført. Informanter kan for eksempel føle skam hvis andre informanter hadde trent mer enn dem, og for noen individer kunne de begynt å tenke at de er en «dårlig mor». Vekt oppgang kan også være et sensitivt tema for noen av individene. Da jeg som forsker ikke vet om enkelte av individene har gjennomgått en spiseforstyrrelse eller har hatt negative opplevelser rundt trening, vil det være svært lite etisk å utføre fokusgruppeintervju. I tillegg eksisterer det mye press fra samfunnet om å være en «god mor», noe som kan føre til at informanter overestimerer deres treningsmengde under perioden, eller demper deres personlige erfaring for å møte samfunnets forventning av hva det er å være «en god mor» eller «perfekt kvinne».

### 3.3 Utvalg av informanter og rekruttering

Det vil være lite hensiktsmessig å rekruttere randomiserte informanter ved kvalitative undersøkelser (125). Hensikten med kvalitative undersøkelser er snarere å innhente mest mulig kunnskap om fenomenet. Dermed burde rekrutteringen av informanter innenfor kvalitative undersøkelser ha et klart mål. I denne studien blir det benyttet et strategisk utvalg og et tilgjengelighetsutvalg da formålet er å finne relevante og interessante deltakere som kan bidra med å oppfylle formålet til studien (88). Strategisk utvalg er sammensatt ut ifra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen. Dermed må forskeren vurdere hvilke målgruppe som må delta for å kunne innhente nødvendig data (125). Studien inkluderte dermed deltagere som var tilgjengelige og som hadde kvalifikasjonene som var nødvendig for å kunne belyse problemstillingen. For å redusere sannsynligheten for at materialet skulle bli svært homogent, ble det gjort et forsøk på å rekruttere deltakere som lever ulike liv, slik som ulike yrker, alder og bakgrunner. Et homogent resultat var ikke ønsket

da det ville vært krevende å få data og nyanser som kan vise til ny kunnskap eller åpne for nye spørsmål (123).

Sett i lys av tidsperioden for masteroppgaven på 30 studiepoeng hadde jeg i forkant bestemt meg for 6-8 informanter. Det var svært ønsket å rekruttere informanter fra ulike områder for å øke sannsynligheten for å få en variert gruppe med deltakere som har ulike aldre, erfaringer, bakgrunner og yrker. For å øke sannsynligheten for å få et variert utvalg ble det rekruttert informanter fra tre ulike omgivelser. Den første var igjennom treningssenteret SATS. Da jeg arbeider for SATS Sandvika og Fornebu hadde jeg allerede kontakt med senterlederne for begge sentere. Den andre måten jeg rekrutterte på var å sende en informasjons-epost til ulike bedrifter, barnehager og helsestasjonen. Noen bestemte bedrifter fikk informasjon via e-post da de tilbøy familieaktiviteter, sammenkomster eller trening for mødre. Det ble også sendt e-post til ulike barnehager innenfor det geografiske området Oslo og Viken. Det ble bestemt å kun sende e-post til barnehager i disse områdene med tanke på reisevei for enten informanten eller for meg som intervjuer. Med tanke på inklusjonskriteriene ville det være hensiktsmessig å rekruttere fra barnehager ettersom de tilbyr barnehageplass til barn i alderen 1-5 år. Dermed ville det være en høy sannsynlighet å kunne finne mødre som hadde født for 1-3 år siden som møter inklusjonskriteriene. Det ble også sendt informasjons-epost om studien til helsestasjoner i håp om at de kunne hjelpe meg med å komme i kontakt med enten barselgrupper eller individer som møter kravene for studien. Til slutt ble det publisert informasjon om studien i en Facebook-gruppe etter godkjenning av administrator for gruppen. Det ble sendt en melding via Facebook til administrator av gruppen hvor informasjonen om prosjektet ble forklart. Det ble deretter spurt om godkjenning til å publisere i gruppe. Etter publisering kunne alle medlemmer av gruppen sende en personlig melding til meg på Facebook hvis de ønsket mer informasjon eller ønsket å delta. Facebook-gruppen opprettet også flere arrangement i året hvor småbarnsforeldre kunne møtes, så det kunne også være en mulighet for meg som forsker å møte opp på treffene for å gi ut informasjonsskriv til mulige informanter. Det er viktig å påpeke at denne rekrutteringsmetoden har en etisk utfordring. De etiske utfordringene knyttet til rekruttering ved bruk av sosiale medier er først og fremst at mediene er beregnet på venner og kjære. Av de «tre store» sosiale mediene er det kun LinkedIn sin plattform som legges til rette for å bli betraktet som en profesjonell kanal (126). Med tanke på at det er en åpen Facebook-gruppe har alle individer mulighet til å se hvem som er gruppemedlemmer. For å redusere risikoen for gjenkjennelse vil gruppens navn bli holdt anonymt, i tillegg til det geografiske området hvor treffene ble holdt.

### *3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Studien ble avgrenset til kvinner som har gjennomgått et eller flere svangerskap. Kvinner som er gravide i studiens tidsrom eller er i barselperioden, vil ikke bli inkludert da studien ikke ønsker et prospektiv. Det vil heller bli utført et retroperspektiv som betyr at prosjektet vil se bakover i tid på det som har skjedd (127). Prosjektet er videre avgrenset til at deltagelse krever at kvinnene hadde født for mer enn et år siden. Begrunnelsen for beslutningen kommer fra at den anbefalte ettårige opptreningsperioden etter fødsel skal være over (2). Den siste avgrensingen er at for å delta måtte kvinnen ha født for 1-3 år siden. Det første argumentet for beslutningen er at det vil være hensiktsmessig at informantene er ferdig med foreldrepermisjonen som normalt varer et år. Det andre argumentet er at det kan være krevende å skulle huske langt tilbake i tid hvis det er flere år siden fødsel. Hvis det har gått for lang tid kan tidligere treningsvaner, opplevelser og erfaringer under perioden blitt glemt som kan føre til at informasjonen blir mindre pålitelig.

## 3.4 Gjennomføring av intervjuer

For å kunne delta i masterprosjektet måtte alle deltakere lese gjennom et informasjonsskriv og skrive under samtykkeerklæring. Informasjonsskrivet inkluderer formålet til studien, hvorfor individet har fått tilbudet, personvern, rettigheter, samt hva det innebærer å være informant (se vedlegg 3). Det ble besluttet at intervjuene skulle bli holdt hvor informanten følte seg komfortabel. Dette kunne være hjemme hos informanten, grupperom på biblioteket på UiO, reservert møterom i rådhuset eller annet ønsket sted.

For å innhente beskrivelser og erfaringer fra informantene rundt tema, hadde jeg i forkant utarbeidet en intervjuguide som skulle veilede meg til å holde meg innenfor den tematikken jeg ville studere (se vedlegg 4). Intervjuguiden starter først å fremst med å ta for seg noe bakgrunnsinformasjon om informantene som sivilstatus, utdanningsnivå, arbeidsstatus og antall barn. Deretter omhandler det neste punktet om hva slags erfaringer informantene hadde med fysisk aktivitet før svangerskap som; hvor ofte de trente, aktivitetsform og deres tidligere forhold til trening. De neste to punktene omhandler erfaringer med fysisk aktivitet under og etter svangerskap som; treningsmengde, treningsform, opplevelser, endringer under de ulike terminene og motivasjon. Det siste punktet handler om råd og anbefalinger slik som; hvor mye informasjon de fikk, av hvem de fikk informasjon fra og hvor mye informasjon de viste før de ble gravide. Selv om det ble lagd en intervjuguide, ønsket jeg at intervjuene ikke skulle

bli så strukturert at det ville hindret informantene muligheten til å resonere og reflektere over det jeg hadde lagt opp til.

### 3.5 Tematisk analyse

En grundig og godt dokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige metoden fra å kun gi overfladiske meninger uten bakgrunnskunnskap (115). Målet med analysen er å bygge en bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. I denne studien har jeg valgt å benytte meg av det som i litteraturen omtales som en tematisk analyse (128). Tematisk analyse er en grunnleggende form for analyse som ikke forutsetter føringer fra bestemte metodetradisjoner, teorier eller filosofer (88). Metoden er pragmatisk og fleksibel hvor refleksivitet er en vesentlig forutsetning for å situere analysen tilstrekkelig. Formålet er å identifisere, analysere og rapportere mønstre i det empiriske materialet (128). Ved hjelp av tematisk analyse kan en analysere blant annet erfaringer, handlinger og meningsproduksjon. Analysen kan være deskriptiv og innholdsorientert, eller fortolkende med fokus på mening og forståelse, ofte en mellomting mellom disse posisjonene. Braun og Clarke meddeler at tematisk analyse bør være den første analysemetoden kvalitative forskere bør lære seg (129). Begrunnelsen for uttalelsen er at metoden krever grunnleggende ferdigheter som vil være nyttig for framtidig kvalitativ forskning. I tillegg trekker de fram at metoden er gunstig for uerfarne forskere, da metoden er forståelig å lære seg, samt å gjennomføre. Jeg har derfor valgt å benytte denne metoden, da jeg som masterstudent har lite erfaring med kvalitativ forskning fra tidligere. En annen fordel som Braun og Clarke trekker frem er at metoden er svært fleksibel, og metodens teoretiske frihet vil potensielt kunne å berike forskeren med komplekse og detaljerte betraktninger av forskerens data.

Som en del av analyseprosessen ble det lagt inn mye arbeid i transkriberingen av alle intervjuene fra tale til tekst. Formålet med transkripsjonsfasen i denne sammenhengen er å gjøre intervjumaterialet klart for analyse (130). Kvale og Brinkmann understreker viktigheten av å tydelig gjøre rede for hvordan man utførte transkripsjonene av intervjumaterialet. I denne studien ble det anvendt diktafon mobilappen som var koblet til TSD. Appen ble brukt for å ta lydopptak under intervjuene, og når intervjuene var ferdig ble lydfilen automatisk overført til TSD. Som intervjuer ville bruk at lydopptaker gi meg fordelene med å kunne være oppmerksomhet mot intervjuets dynamikk og emne (88). Selv om det eksisterte mulighet for å benytte tekstbehandlingsprogrammer valgte jeg selv å transkribere intervjumaterialet manuelt.

Fordelen med å selv transkribere materialet er at man får gjøre seg tanker om ulike emosjonelle og sosiale aspekter fra intervjuet underveis i transkriberingsarbeidet, som kan ses på som å være begynnelsen på selve analysearbeidet. Det er viktig å meddele at det finnes ulike elementer som kan forsvinne under transkriberingsfasen, slik som kroppsspråk, kroppsholdninger, ironi, og gester som kan gå tapt i overgangen fra tale til skrift. Dette betyr at enkelte deler av de erfaringene som utføres i intervjusituasjonen ikke overføres fra tale til tekst (130).

### *3.5.1 Ulike valg av tematisk analyse*

Før analyse av data kunne begynne var det nødvendig å ta ulike valg (130). Det første valget var angående kodeprosessen, som omhandlet at man som forsker må avgjøre hva som anses som tema og størrelsen på de ulike temaene. Braun og Clarke trekker frem at man ikke burde sette strenge kriterier (128). Et eksempel på dette kan være at dersom noe går igjen i 50% av datasettet, så vil det bli inkludert som et tema, men dersom det dukker opp i 45% av datasettet, så er det ikke det. Hvor ofte et tema eller samtaleevne forekommer vil nødvendigvis ikke være et kriterium i seg selv for at noe skal defineres som et tema. De uttrykker nødvendigheten av dømmekraften til forskeren i forhold til å avgjøre hva ett tema er. Målet med prosessen er å opprettholde fleksibilitet, dermed vil strenge kriterier ikke være hensiktsmessig (130). Når temaer skal dannes er det avgjørende å vurdere om temaet er relevant med tanke på overordnet problemstilling og ikke bare hvor ofte temaet opptrer i datasettet. Metodens fleksibilitet gjelder også når vi skal finne ut hvor utbredt ulike temaer er i datasettet. Det er viktig å nevne at det eksisterer flere måter å måle utbredelsen av temaene på (116). Et eksempel kan være hvis man undersøker om et tema blir nevnt av hver informant, eller undersøker hvor mange informanter forteller om gitt tema. Med andre ord vil metodens fleksibilitet kunne bidra til å gi forskeren ulike muligheter ved valg av tema og måling av prevalens (128).

En annen beslutning som må tas før analyseprosessen kan begynne er om man ønsker fokus på ett spesifikt tema eller en omfattende beskrivelse av hele datasettet (88). Fordelen med å velge å fokusere på hele datasettet er at man vil kunne gi leseren inntrykk av hva som er avgjørende og mest de dominante temaene i datasettet (129). Ulempen med valget er at man kan gå glipp av en del av dybden og kompleksiteten i datasettet, men samtidig opprettholder en detaljert generell beskrivelse. Braun og Clark utdyper at denne type analyse kan være gunstig hvis man ønsker å undersøke et område som er lite forsket på, eller det blir forsket på

et område hvor informantenes synspunkter ikke er tidlig kjent (128). I det motsatte fokuset vil en forsker gå dypere inn i ett bestemt tema eller en gruppe av temaer i datasettet. Her kan fokuset være rettet mot et bestemt interesseområdet eller spørsmål, som strekker seg over hele datasettet, eller store deler av det.

En tredje beslutning som må tas i betraktning er om man skal analysere datasettet ved hjelp av en deduktiv eller induktiv tilnærming. I tråd med det fortolkende paradigmet innebærer analysen en induktiv tilnærming. Empirisk data fra individer og deres hendelser vil bidra til å belyse forskningsspørsmålet, og gjennom fortolkning vil funnene abstraheres slik at de kan utsi noe mer allment (88). Retningen er det motsatte fra den deduktive tankegangen, hvor kunnskap fra gruppenivå blir omsatt til klinisk praksis i møte med enkeltindivider. Det ble valgt å hovedsakelig benytte mest induktiv tilnærming enn deduktiv tilnærming da tilnærminger er mye strammere i strukturen (131). Deduktiv tilnærming begynner ofte med at forskeren har en forståelse, en teori eller utledet hypotese. Denne tilnærmingen har gjerne et tydelig design, som er styrt av den teorien man legger i grunn. Deduktiv tilnærming vil dermed trekke slutninger fra det allmenne til det enkeltstående (88). Induktiv tilnærming lar empirien danne et grunnlag for videre utforskning og etterhvert en forståelse og en konklusjon (131). Det vil være uklart på forhånd hva konklusjonen blir siden forståelsen eller erkjennelsen tar utgangspunkt i empirien eller i erfaringene. Ved bruk av induktiv tilnærming blir det trukket slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Det er viktig å nevne at Braun og Clarke forteller at ingen studier er helt induktive eller helt deduktive. I stedet er forskningen ofte en kombinasjon av disse to tilnærmingene. I praksis vil forskningsprosesser ofte bevege seg frem og tilbake mellom disse to tilnærmingene avhengig av hva som gir mest hensiktsmessige resultater i forskningsprosessen (132). I det fortolkende paradigmet undersøkes og anerkjennes subjektivitet med forskeren som et sentralt og medvirkende redskap, ut ifra en grunnforståelse av at verden kan oppfattes i ulike versjoner avhengig av hvilket ståsted man har (88). De kvalitative forskningsmetodene bygger på dette paradigmet. Innenfor kvalitativ forskning vil forskeren ta utgangspunkt i de situasjonelle betingelsene som vil være med på å forme studien (133). Dette medfører at forsker har en induktiv tilnærming til forskningsstedet. I tillegg kan forskeren ses på som et forskningsinstrument da forskeren vil tolke de situasjonelle betingelsene ut fra egne referanserammer. Som forsker vil man forsøke å skape mening i datamaterialet som har blitt innhentet med sine opplevelser, teorier og erfaringer. Dette medfører at studien er verdiladet, samt at en kvalitativ forsker innser at forskningen som har blitt utført aldri kan være objektiv eller «verdifri» (134).

Den siste beslutningen som vil bli nevnt er at man må ta stilling til hvilket nivå man ønsker å danne temaene ut ifra (128). Man kan enten velge å skape temaer med utgangspunkt i de første meningene som man bemerker når man leser transkripsjonene, eller så kan man gå dypere for å undersøke underliggende meninger og antakelser som blir teoretisert for å kunne informere de meningene som først dukket opp. Dersom man ønsker å beskrive de meningene som ligger på overflaten, vil man danne semantisk temaer, mens dersom man velger å gå dypere for å fortolke meninger og antakelser vil temaene være latente. I denne studien har stort sett analyseprosessen vært på den latente siden, da jeg ønsker å tolke erfaringer under svangerskap og postsvangerskap og se dem opp mot tidligere teori og forskning. Men det er viktig å nevne at jeg var likevel over på den semitiske siden i begynnelsen under organisering av datasett for å enklere kunne se mønstre.

### 3.6 Analyseprosessen

Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun og Clarke sine seks faser innen tematisk analyse (128). Den første fasen går på at forskeren skal gjøre seg kjent med datamaterialet. Denne fasen startet allerede i transkriberingsprosessen, hvor jeg underveis startet å merke meg potensielle mønstre og temaer. Etter intervjuene var ferdig transkribert startet prosessen å lese transkripsjonene, simultant som jeg noterte stikkord om ideer og temaer for framtidig arbeid. Etter å ha blitt godt kjent med materialet og dannet en viss oversikt, gikk jeg over på den andre fasen. I denne fasen ble koder utarbeidet. Hensikten med kodingen var å organisere materiale inn i meningsfulle kategorier. Eksempler på koder som ble dannet; *deltok på barseltrening, høy motivasjon for trening under svangerskapet og følte seg bekymret for å trene*. Koder skiller seg fra temaer ved at de er mer spesifikke, mens temaene ofte er bredere (116). Kodene ble utarbeidet med problemstillingen i tankene på bakgrunn av at det det eksisterte en forhåndsbestemt problemstilling. Kodene er dermed teoridrevet ettersom jeg var på utsikt etter å identifisere spesifikke aspekter av datasettet. Deretter fulgte jeg videre Brown og Clarke sine råd om å kode så mange potensielle temaer som mulig, ettersom man aldri kan vite hva som vil vise seg å være interessant i fremtiden. Selve kodingen ble utført ved at jeg trakk ut relevant tekst fra intervjumateriale for å beholde konteksten mellom kode og tekst. I et eget dokument ble tekstutdragene med tilhørende koder samlet.

Etter koding av materiale var over, begynte jeg å arbeide med å se etter temaer. I denne fasen vil forskeren rette fokus mot å danne bredere temaer og deretter sortere passende koder under

hvert tema (129). Jeg startet dermed å vurdere hvordan enkelte koder kunne kombineres sammen for å danne overordnede temaer. Under hele prosessen var problemstillingen fortsatt i bakhodet. Det ble forstått slik at temaene skulle fungere som en paraply, med passende koder under seg. For eksempel ble kodene *lite søvn*, *bekkenløsning* og *psykisk sliten* plassert under hovedtemaet barrierer for fysisk aktivitet under og etter svangerskap. I artikkelen til Braun og Clarke anbefaler de at i denne fasen burde man benytte seg av en tabell eller en form for tankekart i arbeidet for å samle de forskjellige kodene under passende temaer (128). For å holde oversikt over kodene valgte jeg å opprette flere ulike tabeller med hvert tema for å få oversikt. Til å begynne med ble kodene sortert i brede temaer, noe som førte til at det ble relativt mange koder under hvert tema. For å skape bedre struktur på hovedtemaene ble det naturlig å utarbeide undertemaer til hvert hovedtema. Braun og Clarke trekker frem at under denne prosessen vil det være naturlig å oppleve at flere av de opprinnelige kodene ikke vil passe under noen av temaene (129). Slik som nevnt opplevde jeg dette selv, dermed ble koder som ikke passet inn fjernet, men kodene ble tatt vare på i tilfelle de skulle bli nyttig. På slutten av denne fasen satt jeg igjen med fire hovedtemaer som hver inneholdt tre undertemaer. Undertemaene og hovedtemaene vil bli presentert senere i hovedkapittelet.

Under fase fire ble det utført en ny gjennomgang av temaene for å sikre kvaliteten på temaene som ble utarbeidet. Ifølge Braun og Clarke vil denne fasen åpenbare om enkelte temaer ikke egentlig er temaer på bakgrunn av for lita data å støtte opp, eller om enkelte temaer flyter for mye inn i hverandre slik at det vil være nødvendig å kombinere temaene (129). Da et av hovedtemaene ble for lik et av de andre temaene, ble valget tatt å slå de sammen til et hovedtema. Under fasen ble alle tekstutdragene til hvert tema gjennomgått gjentatte ganger for å forsikre at de dannet de mønstrene som var tenkt. Deretter ble det gjort sammenligninger av temaene med teksten i hele datasettet for å sikre at jeg ikke hadde tidligere oversett noe eksisterende tekst som burde vært koder under et tema. I endepunktet av fasen sa jeg meg fornøyd med måten temaer og koder var tilkoblet sammen for å gjenspeile de vesentlige meningene i datasettet. Jeg beveget meg deretter over i fase fem, hvor fokuset var å definere de ulike temaene. Braun og Clarke sier at under denne fasen skal forskerens jobb være å identifisere for seg selv hva hvert tema omhandler, og avgjøre hvilke aspekter av datasettet de ulike temaene tar for seg (129). Med andre ord vil denne fasen inkludere at man for hvert enkelt tema skriver ned det som av Braun og Clarke ble omtalt som en analyse av temaene, hvor hvert tema konkret klargjør hva det handler om. I tillegg til å definere hva hvert tema omhandler, vil man også beskrive hvordan hvert enkelte tema passer inn i forhold til den



informasjonen man ønsker å fortelle fra innsamlet data og problemstillingen. På enden av fasen skal en forsker kunne konkret presentere omfanget og innholdet av hvert enkelt tema (128). Under denne fasen valgte jeg å skrive en kort tekst som beskrev og definerte hva hvert tema omhandlet, samt hva slags tilknytning hvert tema hadde for problemstilling. Ifølge Braun og Clarke er det også vesentlig at man ikke tilrettelegger et enkelt tema for mye ansvar (129). Med andre ord må et tema ikke være for kompleks og ta for seg for mye. For å unngå at dette skulle hende var det viktig at jeg forsikret meg at alle temaene kunne gi verdifull informasjon til problemstillingen, samt at ingen overveiet hverandre. Etter temaene var definert startet jeg på den siste fasen hvor resultatkapitlet ble skrevet og funnene rapportert.

## 4.0 Etikk

Forskning på helse og medisin er underlagt etiske standarder som beskytter helse og rettigheter, samt fremmer respekt for alle mennesker (88). Etiske refleksjoner er vitalt gjennom hele forskningsprosessen (135). Ifølge Kvale er det tre essensielle etiske regler ved studier som omfatter mennesker (130). Disse er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. I likhet med annen forskning er det viktig å ivareta disse tre reglene, men spesielt ved bruk av kvalitativ metode, da kvalitativ data benytter tekster som bærer med seg menneskers livserfaring og tanker (88).

### 4.1 Etiske betraktninger

Forskningsprosjektet ble godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste) 05.08.2022. Studiedeltakelse baserte seg kun på informantens frivillighet til å delta i prosjektet. Kvinnene som ønsket å delta i prosjektet fikk informasjon om hvordan data ble innsamlet og håndtert. Alle informantene hadde muligheten til å trekke seg fra prosjektet under hele perioden uten å oppgi årsak. Det er viktig å nevne at det kan oppstå situasjoner hvor informanter i studier angres på hva de selv har sagt eller legger merke til at prosjektet utvikler seg i en annen retning enn hva deltakere hadde forventet (88). Under prosjektet ble det sterkt understreket taushetsplikten, og at informantene hadde rett på anonymitet og konfidensialitet. Det ble både understreket i skriftelig form i informasjonsskrivet og i muntlig form før intervjuet. Det var vesentlig at informantene ikke følte en risiko for at deres personvern sto i fare eller at det var en risiko for å bli identifisert da de meddeler historier og opplevelser som normalt er underlagt taushetsplikt.

Under studien hadde jeg som forsker en viktig jobb med å sørge for at informantene følte trygghet og at deres anonymitet og personvern ble ivaretatt (88). Anonymisering kan by på forskningsetiske utfordringer under kvalitativ forskning (136). Utvalgene er ofte relativt små, og kan dermed true anonymiteten som gjør informantene mer sårbare med hensyn til gjenkjenning. Konfidensialitet bidrar til å beskytte informanter mot potensielle skader, inkludert psykologiske skader som forlegenhet eller nød, sysselsetting eller skade på ens økonomiske stilling og strafferettslig eller sivilrettslig ansvar (137). Det eksisterer flere typer informasjon som kan betraktes som konfidensiell. Det første er navn, fødselsdato, kjønn, adresse og alder. Den andre er nåværende kontaktinformasjon for familie, verge, etc. Den tredje er bankinformasjon, medisinsk historie eller journaler. Deretter informasjon om problemer med personlig pleie, tjenesteposter og aktivnotater. Det siste punktet er individuelle personlige planer, vurderinger eller rapporter. Konvensjonen om konfidensialitet opprettholdes som et middel for å beskytte personvernet til alle informanter, bygge tillit for forståelse, samt for å opprettholde integriteten og etiske standarder til forskningsprosessen (138). På grunn av risikoen for gjenkjenning vil alt datamateriale skrives avidentifisert, med andre ord uten navn, stedsgjengivelse eller forhold som kan bidra til gjenkjenning. Ofte er risikoen for gjenkjenning under rapporteringsfasen ved bruk av intervju som metode. Under rapporteringsfasen blir ofte sitater, dokumentasjon og geografiske forhold formidlet (139). Det er dermed viktig at forskeren skriver studien slik at informantenes nære ikke klarer å identifisere hvem informanten er. Avstand i språk, kultur og geografi er dog ikke alltid tilstrekkelig for å sikre personvern (140). Utfordringer som kan føre til identifisering kan være dialektuttrykk i sitater, informasjon om yrke, alder eller opplysninger om prosjektets tilhørighet. En annen utfordring vil være opplevelser/historier fra informanten om spesifikke hendelser som kan øke risikoen for at de blir identifisert. Hvis det oppstår situasjoner hvor informanter meddeler spesifikke hendelser ville jeg som forsker gjort endringer i informasjonen i presentasjonen for å styrke informantens konfidensialitet (88). Betingelsen for å gjøre endringer er at det ikke påvirker den grunnleggende forståelsen av prosjektet. I tillegg er det viktig å nevne at hvis det hadde oppstått spesifikke hendelser, eller et veldig sterkt sitat som fører til at faren for gjenkjenning er stor, så ville sitatet ikke bli inkludert.

Tidlig i fasen ble det etablert et skille mellom persondata fra informantene og tekst for analyse. Under transkripsjonsfasen ble det gitt pseudonymer til informantene slik at deres informasjon kunne kobles tilbake når det var nødvendig for å sikre anonymiteten til informantene. Under prosessen ble det anvendt gode passordbeskyttelser på lydfiler og

tekstfiler, samt strenge tilgangsreguleringer for å ivareta personvern. Personvernopplysninger ble beskyttet ved å benytte sikre datalagringsmetoder som TSD under opptak og i lagring av data, identifikatorkomponenter ble fjernet, biografiske detaljer endret og pseudonymer ble benyttet som navn.

## 4.2 Forskerrollen

Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en sentral forutsetning, samtidig som at forskeren må ha en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (141). Innenfor kvalitativforskningstradisjon spiller forskerrollen en sentral rolle i innsamling, analysing og tolkning av datamaterialet. Som forsker er man ansvarlig for å utvikle et forskningsdesign som harmonerer med det aktuelle forskningsspørsmålet, samt velge passende metoder for datainnsamling (142). En annen sentral del av forskningsrollen innenfor kvalitative studier er å samhandle med informanter på en måte som favoriserer tillit og åpenhet mellom begge partnere. Forskeren må både være åpen for informantenes beskrivelse av deres perspektiver og opplevelser, men også være i stand til å stille relevante og åpne spørsmål for å oppnå mest mulig ut av dataene som samles inn. En annen fundamental rolle for forskeren i kvalitative studier er å presentere og formidle resultatene på en ryddig og forståelig måte, samt gi en transparent beskrivelse av forskningsprosessen og tolkningene av dataene. Dette tilsvarer å presentere eksempler på beskrivelser og sitater fra informanter som støtter tolkningen og gir en reflekterende diskusjon av eventuelle utfordringer eller begrensinger som forekom i forskningsprosessen.

Dermed eksiterer det klare forventninger om at forskeren skal være bevisst, klarer å gjøre rede for, samt kritisk vurdere de vitenskapelige og etiske utfordringene ved ulike forskningsroller (143). Det er vesentlig at de i en forskerposisjon har evner til å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakere, de teoretiske perspektivene, de empiriske dataene og den forforståelsen som forskeren tar med seg inn i prosjektet. For at forskningsprosessen skal bringe frem noe annet enn det jeg på forhånd tror, var det nødvendig at jeg gikk inn i prosessen med et åpent sinn med plass for tvil, ettertanker og uventete konklusjoner. Det er vesentlig at jeg som forsker ikke skulle ta temaets tilstand for gitt eller vente på overraskelser, men heller lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner. Ifølge vitenskapsfilosofien Karl Popper kunne en hypotese aldri verifiseres, men kan kun avkrefte eller falsifiseres (144). Han understreker også at den gode forskeren skaper og oppsøker

posisjoner som utfordrer fordommer og feltkunnskap man har med seg fra tidligere. Som forsker måtte jeg dermed være innstilt på muligheten til å måtte forkaste resultater og konklusjoner som jeg kunne trodde jeg hadde.

### 4.3 Mulige konsekvenser for deltakelse i prosjektet

I alle prosjekter eksisterer det en mulighet for at informanter kan bli negativt påvirket av studien, som kan medføre konsekvenser. I denne studien vil det ikke være en høy sannsynlighet for sterk negativ påvirkning, men det er viktig å nevne noen konsekvenser som informantene kunne ha opplevd. Den første er at informantene må sette av tid i sin hverdag til å bli intervjuet, dermed ofrer sin egen tid. Det andre punktet er at for noen informanter kan samtaler rundt fysisk aktivitet føre dem inn på tanker rundt egen kropp. Som tidligere nevnt kan det være en risiko for at informanter har hatt/har et dårlig kroppssyn eller har slitt med lidelser som omhandler ernæring og fysisk aktivitet. Dermed kunne det være en mulighet for at intervjuprosessen bringer frem eldre minner, eller negative tanker rundt kropp. I verste fall kunne en konsekvens av deltakelse i prosjektet for de individene med nevnte plager være redusert psykisk helse, og/eller tilbakefall av lidelse. Den siste konsekvensen er at det alltid kan være en risiko for gjenkjennelse for informanter. Selv om det vil bli anvendt flere mulige tiltak for å hindre gjenkjennelse av informanter, kan det oppstå. Dette vil være en negativ konsekvens for informanter da de vil ha tillit til meg som forsker, og fordi de deler personlige erfaringer og opplevelser (138). Konsekvenser av gjenkjennelse i alvorlige tilfeller kan i noen tilfeller inkludert psykologiske skader, sosial ekskludering, sysselsetting og skade på ens økonomiske stilling. Hvis nære som familie, partner eller venner gjenkjenner informanter under forskningsstudier, kan dette også ha alvorlige konsekvenser. Konsekvensen av at nære gjenkjenner informanten kan være opplevelse av ubehag, stigmatisering eller trakassering i deres personlige nettverk. Dette kan ha en negativ innvirkning på informantenes mentale og fysiske helse.

## 5.0 Resultater

I dette resultatkapitlet vil funn fra studien bli presentert. Funnene har blitt inndelt i fire hovedkategorier. Empiriske data har blitt akkumulert fra seks intervjuer, og kategoriene ble dannet med problemstillingen, det teoretiske fundamentet og intervjuene i baktanke. Kategoriene har i tillegg blitt utarbeidet etter fellestrekk som inntreffer på tvers av data og sitater som utmerker seg. De fire hovedkategoriene vil bli presentert gjennom egne underkapitler, og hvert hovedkapittel inkluderer tre underkategorier. Formålet med underkategoriene er å belyse temaene i hver kategori så nyansert som mulig for å understreke informantenes erfaringer. Hovedkategoriene som vil bli presentert er: 5.1 Gjennomføring av fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap, 5.2 Barrierer for fysisk aktivitet under og etter svangerskap, 5.3 Råd, informasjon og inntrykk av helsepersonell og samfunnet og avslutningsvis 5.4 Forhold, tanker og motivasjon rundt fysisk aktivitet. For å opprettholde kravet om anonymisering vil informantene bli fremstilt som informant 1 til 6. I tillegg har personopplysninger slik som navn på barn og arbeidsplass blitt fjernet eller endret for å ivareta anonymitet. Enkelte sitater har blitt redigert hvor det ikke er av betydning for innholdet av sitatet. Redigeringer som har blitt utført er for bindeord som «du vet», «liksom», «ikke sant», og andre småord. For å få mer flyt i teksten har det også blitt fjernet tenkepauser.

### 5.1 Gjennomføring av fysisk aktivitet før, under og etter svangerskap

I dette avsnittet vil det bli redegjort for informantenes valg av aktivitetsform og treningsfrekvens. Avsnittet vil også inkludere informasjon om avslutning og oppstart av trening, samt endringer som informantene erfarte under de ulike periodene under og etter svangerskap. Første del som blir tatt for seg er hvordan informantene trente før de ble gravide, etterfulgt av hva slags aktivitetsformer informantene utførte både før, under og etter svangerskap. Med utgangspunkt i dette undertemaet vil spørsmål som «Hva slags trening gjorde du før du ble gravid?» bli fremhevet. I andre del vil fokuset bli rettet over på hva slags treningsfrekvens informantene hadde og varigheten på treningsøktene. Denne delen vil ta for seg hva som var normal treningsfrekvens og varighet før graviditet, men også hva slags treningsmengde informantene hadde under svangerskap og opp til ett år etter fødsel. Siste del vil ta for seg endring i treningsvaner. Delen vil inkludere endringer i treningsfrekvens, endring av treningsøvelser/treningsform, samt avslutning og oppstart av trening etter fødsel. Spørsmål som blir fremhevet her er «Gjorde du noen endringer i treningen?», «Trente du igjennom hele svangerskapet?», og «Hvor lang tid tok det før du begynte å trene igjen etter

fødsel?». I helhet viser kategorien til når, hvor mye og hvordan informantene trente under svangerskap og perioden etter fødsel.

### 5.1.1 Aktivitetsform

Et gjennomgående tema i materialet mitt er at alle informantene har enten deltatt i idrett under oppveksten og/eller har hatt perioder i livet sitt før svangerskap hvor trening var en prioritering. Dermed har fysisk aktivitet vært en viktig del av hverdagen for alle informantene i ulike perioder av livet deres før svangerskap. I min studie var jeg interessert i å høre om hva slags type aktivitet/trening kvinnene utførte under og etter graviditeten, men også i perioden før. Jeg startet intervjuet med å spørre informantene om deres tidligere treningshistorie, og hvordan de trente før de ble gravid, samt foretrukken aktivitetsform. Informantenes egen praksis var noe ulik når det gjaldt valg av aktivitetsform, men også erfaring med andre aktivitetsformer. Informant 3 og 6 forklarer hvordan trening alltid har vært en stor del av deres liv:

*Jeg har jo alltid drevet med trening og alltid holdt på med en eller annen aktivitet. Så jeg drev jo på med svømming lenge, fra jeg var 6 til jeg var 16, og fra jeg var rundt 14-15 så begynte moren min å snike meg inn på SATS «latter». (...). Så for å si det sånn har dette på måte vært hele livet nesten.*

Vi kan se i utsagnet til informant 3 at hun har en sterk interesse og lidenskap for fysisk aktivitet og trening, og at dette har vært en del av livet hennes i flere år. Ut ifra utsagnet kan man antyde at informanten verdsetter å opprettholde en sunn og aktiv livstil. Informant 6 forteller videre:

*Jeg har alltid vært veldig glad i trening og synes det er kjempeviktig både for hodet og kropp, spesielt hode. Så jeg er jo, det er jo min livsstil da, så for meg så er det kjempeviktig å få den økta.*

Slik vi ser i informant 6 og 3 sin beretning blir trening sett på som en nødvendig del av hverdagen deres. Sitatene viser at informantene alltid har hatt en stor interesse for fysisk aktivitet og anser trening som viktig for både kroppen og hodet. Informant 6 utsagn viser at trening blir sett på som en vesentlig del av hennes livsstil som er avgjørende for å

opprettholde en sunn og balansert tilværelse. Ut ifra utsagnet kan vi se at å få inn en treningsøkt er en prioritert aktivitet for denne informanten. Informant 6 og fire av de andre informantene var enig i at trening var noe som man både gledet seg til, men også noe som var sett på som en «naturlig» del av hverdagen. Det er også viktig å påpeke at utsagnene kan avsløre sosiale og kulturelle påvirkninger som kan ha ledet informanten til å både utforske og utvikle sin interesse for fysisk aktivitet. I utsagnet til informant 3 kan for eksempel hennes mors introduksjon til treningssenteret indikere at informanten har blitt oppfordret til å utforske denne interessen, kanskje som et middel for å opprettholde god helse eller utvikle selvdisciplin.

I likhet med informant 3 og 6 har alle informantene drevet med noen form for idrett eller en form for fysisk aktivitet som ikke kategoriseres som idrett, slik som dans i oppveksten. En likhet mellom alle informantene er at de meldte seg inn i treningsstudioer etter de sluttet med idrett eller tidligere aktivitetsform. En ulikhet som oppstod imellom informantene, var valget å trene egentrening eller delta i gruppetimer. Fire av informantene foretrakk å trene alene i motsetning til å delta på gruppetimer, mens de to andre informantene utførte en kombinasjon av egentrening og gruppetimer før svangerskap. De fire informantene som foretrakk egentrening meddelte flere ulike begrunnelser hvorfor. Den første var at det var lettere å fokusere på seg selv og ikke bli distraheret av andre. Den andre begrunnelsen var at de heller foretrakk å følge eget treningsprogram enn å delta på en gruppetime hvor treningsopplegget var satt på forhånd. Den siste begrunnelsen for egentrening var i forhold til tid. Da enkelte av informantene hadde en svært travel hverdag følte de heller at det skapte økt stress å prøve å rekke gruppetimen. Dermed var det lettere for dem å kunne velge tid for trening i hverdagen selv. De to informantene som foretrakk å delta på gruppetimer kom også med flere begrunnelser hvorfor de valgte den type trening. Den første begrunnelsen var at de følte de hadde lite kunnskap om hvordan de skulle sette opp en effektiv treningsøkt. I motsetning til de andre informantene var det da en fordel at trening var satt opp på forhånd. Den andre begrunnelsen var at det var både motiverende og sosialt å delta på gruppetimer. De meddelte at de følte seg både inspirert og motivert av instruktør, samt å se andre individer som også deltok på samme gruppetime. Den siste begrunnelsen var at ved å melde seg på en time følte de at de «måtte» møte opp. Dermed skapte det gode rutiner som gjorde det lettere å dra på trening. Funn fra informantenes utsagn viser at fire av informantene trente en kombinasjon av styrke og kondisjonstrening som aktivitetsform før svangerskap. De resterende informantene trente kun styrketrening i kombinasjon med turer i hverdagen før svangerskap. Form for

styrketrening ble ikke utdypet av informantene, men kondisjonstrening som ble utført før svangerskapet var løping, sykling og gruppetimer som baserte seg på aerobic treningsform.

Under graviditet kunne man se en endring i valg av aktivitetsform fra informantene. I motsetning til før svangerskap ble det en reduksjon i aktivitetsformer med høy intensitet, kondisbasert treningsform og trening som inkluderte hopp eller spenst. De samme to informantene som deltok på gruppetimer før svangerskap meddelte at de også noen ganger deltok på gruppetimer som enten var pilates eller svangerskapsgruppetimer. Med unntak av en informant ble styrketrening og gange utendørs de treningsformene som ble hyppigst utført under svangerskapet. Dette forteller informant 5 om endringen i aktivitetsform:

*Jeg trente mere litt annen type styrke, litt kanskje med kroppsvekt og ikke så tungt lenger fordi det var litt skummelt og ja. (...). Så jeg måtte jo bare tenke litt annerledes og litt nytt, og det kjente jeg var litt utfordrende, at nå skjønnte jeg at jeg på en måte er en annen utgave og ja, nå er kroppen min liksom en ovn.*

Utsagnet til informant 5 viser at hun i stor grad er i tråd med hvordan flere gravide har et ønske eller driv for å trene selv om kroppen er i endring. Vi kan se i utdraget at informanten valgte å utføre endringer i treningsform og intensitet som en følge av å føle seg engstelig for å trene for hardt. I likhet med andre som gjennomgår et svangerskap vil det være naturlig å føle frykt for å trene under svangerskapet. Videre forteller informanten at hun måtte tenke annerledes og utfordre seg selv når det kommer til treningsøktene ettersom hun er en annen utgave av seg selv. I likhet med perioden under svangerskap ble hovedform for fysisk aktivitet etter svangerskap styrketrening og gange utendørs. Et skille mellom før og etter svangerskap er at i store deler av barselperioden var det kun gange utendørs med barnevogn eller hund som ble utført som treningsform. Kun to av informantene kom tilbake til samme treningsrytme de hadde før svangerskap, noe som kan være på grunn av flere årsaker som jeg vil gå nærmere inn på senere i kapitlet. Noe som kan være viktig å nevne er at kun to av informantene prøvde å trene bekkensbunntraining. Dette er viktig å nevne da bekkenbunnstrening ofte blir sett på som en viktig treningsform å utføre da det kan styrke muskulaturen i underlivet, som igjen kan bidra til å redusere risikoen for urinlekkasjene og nedsig av livmoren (32). Selv om kun to av informantene gjorde noe trening for bekkenbunn følte alle informantene noe usikkerhet rundt hvordan de skulle trene området. Informant 2 og 4 forklarer det slik:



*Jeg gjorde aldri noen bekkenøvelser som jeg kan huske, jeg prøvde å liksom gjøre knipeøvelser, men det følte jeg var forferdelig ubehagelig, så jeg tror jeg gjorde det feil. Så det kuttet jeg ut.*

I utsagnet til informant 2 kan man se at hun føler både usikkerhet og frykt. Informant 4 utdyper videre hvordan hun følte usikkerhet om hvordan man skulle trene etter fødsel:

*Jeg begynte med litt sånne øvelser, bare hjemme, sånn bekkenbunnsøvelser, bare gjorde litt hjemme da med egen kroppsvekt. Bare testa litt, men det synes jeg var kjempeskummelt. Det er der jeg følte det var litt skummelt, «hvordan setter jeg i gang, hvordan trener jeg bekkenbunnen», altså «hva gjør jeg nå».*

Slik jeg leser informantene sine utsagn og materialet generelt uttrykker kvinnene en usikkerhet rundt hvordan man skulle trene bekkenbunn riktig. De blir usikre på hva de skal forstå som normale plager og hva som skal til for at disse ugyldiggjøres som unormale. Det er viktig å understreke at materialet også viser til når informantene kommer til noe som kan ses som et vendepunkt, et punkt hvor de opplever enten store smerter eller ubehag som da er *unormale*.

### *5.1.2 Treningsfrekvens og varighet*

Som vi så eksempler på i forrige avsnitt, kan opplevelsen av å gjennomgå et svangerskap føre til endringer i treningsvaner, valg av foretrukket aktivitetsform, men også endring av livsstilsvaner. I dette avsnittet skal vi se mer spesifikt på hvor mye informantene trente under de ulike periodene, samt varigheten på treningsøktene. Deres erfaring med endring i treningsvaner, treningsmengde og varighet kan få et innblikk i hvordan disse periodene av livet førte til både kroppslige og psykologisk endring i tankesett. Informant 1 forklarer hennes normale treningsfrekvens rett før hun ble gravid;

*Før svangerskapet, ja da satset jeg da, så det var nesten hver dag det. Så sånn sett hadde jeg godt grunnlag, men nei skal vi si 5 ganger i uka, 5-6 ganger i uka.*

Ut ifra materialet kunne man se at det var en stor variasjon i treningsfrekvens imellom alle informantene. Spennet i materialet var mellom 2-8 økter i uken, men i gjennomsnitt trente

informantene imellom 2-3 ganger i uken før de ble gravide. Alle informantene hadde en treningsvarighet mellom 45 min-1,5t per treningsøkt før svangerskapet. Under svangerskapet og i barselperioden kunne man se en nedgang hos informantene i både frekvens og varighet på treningsøktene. Under det første trimesteret for alle informantene var det lite endring i treningsfrekvens og varighet, men i løpet av andre trimester hadde enten treningsmengden blitt redusert betydelig eller avsluttet helt. Årsaken til at treningsfrekvensen og varigheten ble redusert vil bli utdypet senere i kapittelet «Barrierer for fysisk aktivitet under og etter svangerskap.» I dette kapitlet ønsker jeg heller å fordype meg inn i hvordan endring av vaner førte til en endring i tankegang. Jeg begynner med informant 5 og hennes refleksjon omkring endring av treningsfrekvens fra før svangerskap til etter svangerskap:

*Så før kunne jeg være veldig sånn hjernevasket, jeg tenke sånn, jeg skal ha 60 minutter på den pulsklokken til jeg er fornøy. Men etter fødsel så ja, får du 30 minutter, ja det er bra nok, (..). Det skjer noe med hodet, du blir mamma og du skjønner hva som er viktigst her. Er det at du får 60 minuttene eller er det ungen, ja selvfølgelig er det ungen som er viktigst her.*

Informant 5 sitt utsagn viser tydelig hvordan det har vært en endring i tankegang rundt betydningen av å «få inn» treningsøkten». Jeg mener dette er et svært interessant utsagn som omhandler morskap og prioriteringer. I utsagnet ser vi hvordan informanten tidligere hadde et stort fokus på å oppnå et visst antall minutter med trening for å tilfredsstille seg selv, men etter å ha fått barn har det oppstått en endring i fokus og prioritering. Informant 4 forteller også om sin endring i tankegang og forhold til trening etter fødsel:

*Jeg tror det var at jeg hadde det så fint med babyen og tilværelsen der og da som gjorde at jeg trengte ikke den treninga. Jeg hadde ikke det stresset rundt meg og ikke så mye tanker.*

Informantene har fått økt forståelse, samt innsett at det å ta vare på barnet sitt er viktigere enn å oppnå egen bestemt treningstid. I informant 4 sitt utsagn kan vi se skiftet i prioritering hvor hun tilpasset seg og har blitt mer fleksibel i forhold til treningstiden ved å godta at 30 minutter er bra nok. Dette kan ses som en form for prioritering og endring i verdier, hvor barnets behov blir satt før informantens sin. Som vi ser uttrykker informant 4 hvordan trening før svangerskapet hjalp henne med å avlaste både stress og mye tanker. Slik jeg ser utsagnet til informant 4 føler hun ikke lenger det samme behovet for å trene som ville gi en følelse av å

redusere stress og bekymringer. Dette kan skyldes at informanten ikke opplevde mye stress eller hadde mye bekymringer på tidspunktet.

### *5.1.3 Endring, oppstart og avslutning av trening*

Endring i treningsform og aktivitet er normalt, og ofte nødvendig under svangerskapet (2). Årsaken er at kroppen gjennomgår store endringer i løpet av svangerskapet, og derfor kan det være viktig å tilpasse trening for å ta hensyn til disse endringene. Det er viktig å starte eller opprettholde en aktiv livsstil under svangerskapet, da det kan bidra til å forbedre generell helse og velvære for gravide. Selv om det er viktig å utføre fysisk aktivitet under svangerskapet kan det være nødvendig å gjøre endringer i treningsform og aktivitet for å tilpasse seg de fysiske endringene som hender i kroppen. Da hver kvinne er unik, ønsket jeg å høre om informantene gjorde noen endringer som følge av svangerskap. Hvis de gjorde endringer ønsket jeg også å høre hvorfor de gjorde endringene, hva slags endringer de gjorde, samt hvordan det opplevdes å gjøre endringer. Informant 2 utdyper hvordan intensiteten på øktene endret seg i løpet av svangerskapet:

*Jeg kjente jo etter hvert at jeg ikke hadde så god pust rett og slett, så det ble tyngre, alt kjentes mye tyngre ut, men det kom gradvis, også litt snikende. Så det ble ikke så høy intensitet på øktene akkurat.*

I utsagnet kan vi se hvordan informant 2 opplevde at hun måtte redusere intensiteten på treningsøktene hennes. I likhet med informant 2, fortalte alle kvinnene at de kjente på at kroppen kjentes tyngre ut og at de ikke klarte å prestere på samme nivå. Utsagnet viser hvordan kvinnene opplevde økende fysisk begrensning på grunn av svangerskapet, som gjorde det vanskeligere å utføre fysisk aktivitet på samme intensitetsnivå som før svangerskap. I utsagnet til informant 4 kan vi se hvordan hun gjorde endringer i øvelser for å tilpasse både de fysiske og psykologiske faktorene:

*Så hvis jeg følte at kanskje planke ikke var helt riktig så la jeg meg kanskje ned på ryggen, også gjorde jeg en annen øvelse som tok nesten samme muskelgruppe da. Så jeg gjorde flere sanne endringer hvis jeg følte at det ikke kjentes helt riktig ut i kroppen egentlig.*

Da alle kvinnene gjorde endringer i treningsvaner og reduserte intensitet, var det svært variert når de avsluttet med trening under svangerskapet. En av informantene avsluttet med trening etter to måneder, fire sluttet å trene etter 4-5 måneder, og en informant trente igjennom hele svangerskapet. Årsaken til at trening under svangerskap ble avsluttet for fem informanter var på grunn av svangerskapsplager og sykdom. Det er viktig å nevne at alle informantene opprettholdte noe form for fysisk aktivitet under resterende deler av svangerskapet i form av gåturer. Avslutning av trening under svangerskap bør gjøres med forsiktighet og etter anbefalinger fra helsepersonell (145). Generelt sett anbefales det å trappe ned på treningsintensitet mot slutten av svangerskapet, og heller fokusere på lav-intensitet øvelser. I denne delen av kapitlet vil det bli satt fokus på opplevelsen av å slutte med trening og ikke opplevelsen av svangerskapsplagene som hovedårsaken. Det første utsagnet som vil bli trukket fram er informant 1 sitt som er toneangivende:

*Nei det var ganske kipt, for da var jeg liksom i gang, også visste jeg jo at det var bra å skulle være i aktivitet under graviditet også. Så da tenkte jeg bare «å nei», men det var jo helt umulig da å gjøre noen ting.*

Informant 1 sitt utsagn og materialet generelt viser at ingen av kvinnene forventet et «problemfritt» svangerskap, men hadde håpet å kunne trene igjennom hele svangerskapet. Eller som informant 5 sier:

*Jeg hadde jo lyst til å gi alt, men kroppen bare stoppet å fungere, så jeg kjente at det var surt, men ja. Det er jo den situasjonen man er i nå, også må man kanskje jobbe litt med seg selv oppe i hodet, og tenke at kroppen din er som den er og det går bra.*

Begge utsagnene og materialet kan tolkes som eksempler på hvordan mennesker håndterer motgang og utfordringer, samt hvordan de forholder seg til sin egen kropp og fysiske begrensinger. I utsagnene til informantene kan vi se et sterkt ønske om å kunne være aktiv under hele svangerskapet, men blir holdt igjen av de fysiske faktorene. Det vises også at informant 1 har en bevissthet om hva som er «bra» for kroppen, og at hun både ønsker å ta vare på seg selv og sitt ufødte barn. Imidlertid opplever hun en motgang hvor det blir umulig å gjøre noe, som fører til frustrasjon og en følelse av avmakt. Denne motgangen møtte også noen av informantene på under opptrening etter fødsel. Fem av de seks informantene hadde en gradvis oppbygning av trening etter svangerskap. Den siste informanten skiller seg ut da hun

startet med før høy intensitet som medførte skader. Under trening etter fødsel kan man se ut fra materialet at det eksiterer flere fellesfaktorer imellom informantene. Den første faktoren var at store deler av fysisk aktivitet som ble gjennomført etter fødsel var gåturer. Dette var hovedsakelig ute med barnevogn. Den andre fellesfaktoren var at alle informantene følte det både var tungt å trene, og at det tok lang tid å komme tilbake til samme form som før svangerskap. Noen av informantene meddelte også at de aldri kom tilbake til samme form som før svangerskap. I utsagnet til informant 6 kan vi lese hvordan hun opplevde det å trene igjen etter fødsel:

*Jeg trodde jo at jeg hadde trent så bra, ikke sant, både før og underveis, at jeg hadde godt grunnlag liksom. Jeg har alltid hørt at du kommer raskt tilbake da, så det var tankene i hodet mitt, men å starte å trene igjen var bare det slaget i trynet (..) Så det å komme tilbake etterpå har vært en kjempeprosess.*

I dette utsagnet får vi en forståelse av at informanten hadde en forventning om at hun ville komme raskt tilbake i form etter fødsel, ettersom hun tenkte hun hadde trent mye både før og under svangerskapet. Imidlertid var hennes erfaring med å komme tilbake til trening etter fødsel mye vanskeligere enn hva hun hadde forventet. Å komme tilbake til den gamle treningsformen tok mye mer tid og krefter enn hva hun hadde antatt, og derfor beskriver hun det som en «kjempeprosess». Dette kan antyde at å komme tilbake i form etter fødsel kan være en lang og utfordrende prosess, selv om man har trent godt før og under svangerskapet.

## 5.2 Barrierer for fysisk aktivitet under svangerskap og etter

I dette underkapittelet vil det bli gjort rede for ulike barrierer for fysisk aktivitet informantene har erfart. Første del vil ta for seg hva slags svangerskapsplager og skader informantene opplevde under svangerskap og etter. Med utgangspunkt i dette undertemaet vil spørsmål som «Opplevde du noen plager som førte til at du ikke kunne trene?» bli fremhevet. I andre del vil fokuset bli rettet over til hva slags ressurser og støtteapparater informantene hadde rundt seg. Denne delen vil ta for seg mengde fritid i hverdagen, tilgang til treningssentre og/eller barseltrening, samt støtteapparater i form av venner eller familie rundt dem. Siste del vil ta for seg kunnskap om fysisk aktivitet. Delen vil inkludere kunnskap om Helsedirektoratets råd og anbefalinger for fysisk aktivitet under og etter svangerskap, samt kunnskap om fysisk aktivitet under begge periodene. Spørsmål som blir fremhevet her er «Hva viste du om trening under

svangerskap før du ble gravid?» og «Har du hørt om Helsedirektoratets råd og anbefalinger for trening under og etter svangerskap?». Denne delen av kapitlet vil vise til barrierer som kunne føre til at fysisk aktivitet ikke ble gjennomført. Tema inkluderer et bredt spekter av faktorer fra svangerskapsproblemer til mangel på ressurser.

### *5.2.1 Svangerskapsplager, skader og sykdom*

Svangerskapsproblemer kan være en normal del av svangerskapet for flere kvinner (146). Det er vanlig at gravide kvinner opplever ulike plager og ubehag i løpet av svangerskapet, og disse kan variere fra mild til alvorlig grad. Kvinnene som deltok i dette studiet opplevde alle noe form for svangerskapsplager under svangerskapet. Disse plagene førte både til reduksjon av yteevne under trening og en helhetlig reduksjon av treningsmengde. De svangerskapsplagene som ble mest nevnt er; kvalme, bekkenproblematikk, ligamentsmerter, energitap og vektøkning. Informant 2 meddeler om hennes erfaring med svangerskapsplager og trening:

*Jeg var veldig kvalm under svangerskapet. Så det har på måte gjort det vanskelig for meg å fortsette å trene eller i hvert fall oppi mitt hode. Med første så jobbet jeg 100% nesten til jeg var ute, men jeg kasta opp flere ganger om dagen. Så jeg syntes det var veldig vanskelig å bare dra på treningssenter eller gjøre noe annet fysisk enn å dra på jobb. I det svangerskapet da så endret det helt klart hvordan jeg så på trening, og det stoppet jo opp hele treningen min.*

I utsagnet til informant 2 kan vi se hvordan svangerskapsplagene skapte så sterkt ubehag at det førte til at trening ble avsluttet. Dette sterke ubehaget kan vi også se i utsagnet til informant 3:

*Jeg sleit veldig med smerter, og da ligamentsmerter og bekkensmerter. Det gjorde jo at jeg ble veldig immobil, så jeg gikk mye turer, men det gikk ikke å gå turer etter hvert heller fordi det var så smertefullt. Så jeg var veldig klar for å være ferdig med den graviditeten for å si det sånn.*

I utsagnet kan vi se hvor stor påvirkning svangerskapsplagene har hatt på informanten. Hun nevner at hun både hadde ligamentsmerter og bekkensmerter og gir en beskrivelse om hvordan smertene ga henne en følelse av immobilitet. Det siste sitatet jeg ønsker å trekke fram

kommer fra informant 6. Det skiller seg ut fra de andre ved at smertene opplevdes etter svangerskapet som følge av for høy intensitet på trening før kroppen var klar etter fødsel:

*Så det første jeg gjør i uke syv er jo å gå på den mølla, og føler meg helt fin. Endelig ikke noe baby i magen, og begynner å løpe i en halvtime. Altså fy flate går an å være så dum. Jeg fikk så problemer med bekkenet (...), jeg hadde det så vondt, sleit veldig og ble veldig lei meg fordi jeg skjønnte jo at jeg hadde gjort noe galt. Jeg var bare så gira på å komme tilbake og få tilbake kroppen min, men herregud jeg ble helt ødelagt.*

Ut ifra utsagnene fra informant 2, 3 og 6 får vi en forståelse av hvordan svangerskapsrelaterte plager skaper både ubehag og smerter som hadde stor påvirkning på informantenes aktivitetsmengde. Disse smertene vil da både oppleves svært ubehagelige og danner derfor fysiske begrensinger. Dette ser vi spesielt i utsagnet til informant 6 hvor man får et innblikk i hvordan svangerskapsrelaterte plager fører til endringer i hvordan hun opplevde forholdet til kroppen etter svangerskap. I helhet viser utsagnet til informant 6 hvordan hennes forventninger om å komme tilbake til trening etter fødselen ble skadet av smertefulle bekkenproblemer, og hvordan dette påvirket hennes selvfølelse og kontroll over sin egen kropp.

### *5.2.2 Ressurser og støtteapparater*

Gode ressurser og støtteapparater kan være avgjørende for å fremme helse og trivsel for gravide og deres ufødte barn. På grunn av de positive effektene gode ressurser og støttesystemer kan ha på mor, var det vesentlig å høre informantenes egne erfaringer rundt tema. I dette temaet av kapittelet vil ikke erfaring med helsevesenet bli inkludert. Da informantene hadde noe ulike erfaringer med helsepersonell og helsevesenet ble det dannet et eget hovedtema ettersom tema inkluderer mye materiale, samt er svært viktig. Tidligere i analysen fikk vi et lite innblikk av informantenes hverdag. Alle kvinnene jobbet 100% stillinger under svangerskapet, som gjorde at de hadde en hektisk hverdag. I tillegg til svangerskapsplager, meddelte informantene at lite fritid, samt et aktivt og hektisk yrke var en av årsakene til at trening på fritiden ikke ble gjennomført. Dette ble understreket av tre informanter ettersom jobbhverdagen deres inkluderer store mengder fysisk aktivitet. Informant 4 utdyper om hennes erfaring med kombinasjonen av trening og jobb:

*Jeg begynte med litt styrke, men måtte jo fort stoppe for det ble rett og slett for mye å både jobbe der jeg jobber, for det er veldig høy aktivitet der fra før av og da trening på fritiden, det gikk utover bekkenløsningen.*

I utsagnet kan vi se hvordan kombinasjonen av trening og et aktivt yrke påvirker informantens kropp og mentalitet. Konsekvensene av kombinasjonen av trening og jobb, førte da til at informanten opplevde bekkenproblematikk. Informant 2 utdyper videre hennes opplevelse av påvirkningen yrke hennes hadde på fysisk aktivitet:

*Jeg endte opp med å ikke gå på treningssenteret eller sånne type ting fordi jeg trengte den tiden å komme meg da. Spesielt i det yrke jeg har som er ganske fysisk aktivt så var det liksom den treningsbiten som ble veldig vanskelig da.*

I utsagnene og materiale kan vi se hvordan kombinasjonen av å være gravid, trene og ha et fysisk krevende yrke kan være en stor utfordring som krever både tilpasning og prioritering. Ved at begge informantene opplevde høy aktivitet på jobb, ble det krevende for dem å dra på trening da de følte mangel på energi eller smerter som følge av jobb. For informant 4 førte også den høye aktivitetsmengden i kombinasjon med trening til bekken-problematikk. Dermed var det for flere av informantene en barriere for trening å ha et aktivt eller krevende yrke. En annen faktor som kunne være en barriere for fysisk aktivitet var konsekvensene av nedstengingen av landet som følge av Covid-19 pandemien. Da alle kvinnene var gravide i løpet av ulike perioder av pandemien, opplevde de alle noe form for påvirkning. Enkelte av kvinnene var gravide under begynnelsen av pandemien, som betydde at treningssentre var stengt og barselgrupper eller barseltrening ikke var mulig. Informant 3 forklarer hvordan tiltakene for covid-19 påvirket hennes treningsmulighet og motivasjon:

*Etter kvalmen var over tenkte jeg jo at jeg skulle begynne å komme i gang igjen, også kom nedstengingen da, og da falt jo det ut. Jeg syntes jo det er mye morsommere å trene på treningssenter enn hjemme.*

Fra utsagnet til informant 3 og materialet kan man se at nedstengingen var en demotiverende faktor. Slik som informanten forteller, var det mindre morsomt og demotiverende å trene hjemme. Informant 2 utdyper videre;



*Det ble jo litt demotiverende da Covid kom også. Jeg fødte jo i april samme år som Covid, så da var det ingen ting som var åpent, det var liksom ikke noen skikkelige barselgrupper der man kunne gå og trene sammen eller gå på treningsstudio, eller prøve å få i gang motivasjonen igjen da. Det ble liksom egentrening eller ingen ting.*

Begge utsagnene gir oss et innblikk i hvordan vi forholder oss til endringer og utfordringer i livet, samt hvordan dette påvirker vår motivasjon og evnen til å opprettholde en sunn livsstil. I det første utsagnet til informant 3 kan vi se hvordan informanten har opplevd kvalme under første del av svangerskapet, og etter svangerskapsplagene ble mindre følte hun seg motivert til å begynne å trene igjen. Imidlertid blir denne motivasjonen utfordret av nedstenging av restriksjoner på grunn av Covid-19. Informanten beskriver hvordan det å trene både er mer krevende og mer kjedelig enn å trene på treningscenteret, dette fører til at hun sliter med å opprettholde samme motivasjon som hun hadde før nedstenging.

Som nevnt tidligere kan gode støttesystemer som familie og venner være uvurderlige for en kvinne under svangerskap. Når spørsmålet om støtteapparater ble stilt til informantene, kom det fram ulike oppfatninger og erfaringer. To av informantene følte at de hadde gode støtteapparater rundt seg under begge periodene. Tre av informantene mente de hadde noe gode støtteapparater, men følte seg verken støttet eller ikke støttet av venner og familie. De fortalte at støtteapparatene var til stede, men at ingen av dem tok initiativ til å hjelpe med hverdagslige plikter, inspirere og motivere, eller delta på trening sammen. Den siste informantene følte de hadde lite gode støtteapparater rundt seg. Informant 2 forklarte erfaringen sin på denne måten:

*Jeg tror kanskje jeg hadde opplevd at de kunne vært mer støttende hvis de kunne hjulpet til å passe mer på datteren min, eller på en måte hjulpet litt mer til da, liksom sånn at jeg de kunne tilrettelagt for at jeg kunne gått og trent for eksempel (...). Det hadde jo vært lettere for meg om folk støttet meg. Bare det å ha noen som kunne avlastet litt sånn at jeg eventuelt kunne fått mer overskudd til å kunne gjøre andre ting på en måte.*

Informant 2 beskriver sin opplevelse av å ha ønsket mer støtte fra venner og familie i forbindelse med å passe på datteren hennes og gi henne tid til å for eksempel å dra og trene. I utsagnet ser vi at hun uttrykker at det ville vært lettere for henne om hun hadde mer støtte, og at det ville hjulpet om noen kunne avlastet henne slik at hun kunne fått mer overskudd til å

kunne gjøre andre ting. Ved at hun ikke opplevde god støtte vil redusert hjelp fra støtteapparater bli sett på som en barriere for fysisk aktivitet.

### *5.2.3 Kunnskap om fysisk aktivitet*

For gravide kvinner kan kunnskap om fysisk aktivitet under og etter svangerskap kunne hjelpe med å ta informerte valg om hvordan man kan ta vare på seg selv og sitt ufødte barn på best mulig måte (2). Men flere kvinner føler de mangler kunnskap om hvordan de kan trene under svangerskapet og spesielt etter. Alle informantene ble spurt om de hadde lest, hørt om, eller blitt oppfordret til å lese Helsedirektoratets råd og anbefalinger for fysisk aktivitet under svangerskap og etter. Kun en av informantene var sikre på at de hadde lest rådene.

Informanten fortalte at hun ikke hadde blitt anbefalt å lese rådene, men valgte selv å oppsøke de. To av de andre informantene hadde hørt om de, men hadde ikke lest de. De resterende tre informantene hadde verken hørt eller lest rådene. Informant 1 forklarer det slik:

*Nei, har ikke det. Det eneste jeg husker fra de var at de anbefalte sånn 30 minutter hver dag med aktivitet for alle mennesker. Men mer enn det fra de har jeg ikke fått med meg, eller blitt bedt om å lese. Jeg har heller ikke gått inn å lest noe sånt på det.*

Det er viktig å understreke her at det på ingen måte er informantens feil at de ikke viste om, eller ikke har lest anbefalingene og rådene. Alle informantene meddelte at de prøvde å oppsøke informasjon selv om trening under periodene, men syntes det var vanskelig å finne både leservennlig og pålitelig informasjon. En av informantene delte at hun var innom Helsedirektoratets nettsider om råd for ernæring under svangerskapet, men hun syntes de både var vanskelig å finne, samt at det var skrevet på et tungvint språk. Da pålitelig informasjon kan både være vanskelig å finne, men også navigere i kan det raskt føre til at man går over til andre løsninger. Flere gravide kvinner velger ofte å finne informasjon i bøker eller på blogger som er laget av influensere eller andre sentrale profiler. Tre av informantene fortalte at de ofte var inne på «mammablogger» og leste om trening under periodene, og en av informantene fortalte at hun kjøpte Pia Seeberg sin bok om trening etter fødsel. Informant 4 forklarer det slik:

*Jeg var innom en god del ulike blogger og sånt som omhandlet mye om graviditet eller trening i graviditeten da. Var fint å liksom se hvilke øvelser de gjorde, for da tenkte jeg at jeg også kunne gjøre de øvelsene ikke sant.*

Slik som informant 4 forklarer kan vi se at hun lette etter informasjon om fysisk aktivitet under periodene. Dette førte til at hun var innom flere ulike blogger som omhandlet temaet trening under svangerskap og etter. I utsagnet forteller hun at hun opplevde det som nyttig å kunne lese hva slags øvelser andre gravide gjorde for å få kunnskap. I tillegg kunne det også gi følelse av trygghet da informanten opplevde usikkerhet rundt hvilke øvelser man kunne utføre under svangerskap. Men selv om informantene brukte ulike kilder for å finne informasjon, følte alle at de ikke hadde nok kunnskap om hvordan de skulle trene under svangerskapet og etter. I utsagnet til informant 6 får vi et innblikk i hennes opplevelse med fysisk aktivitet under periodene;

*Jeg var absolutt hele tida litt bekymret, sånn litt redd for å sette i gang noe eller ja, gjøre noe feil da. Akkurat det med trening under svangerskapet så føler jeg at det ikke er så mye kunnskap rundt det, og jeg kan for lite om det, og jeg tror det er veldig mange som føler på det da.*

To av informantene meddelte at de hadde noe kunnskap om hvordan man burde trene under periodene, men understeker at det ikke var mye. De fire resterende informantene fortalte at de følte de hadde ingen kunnskap om fysisk aktivitet under graviditet og i barselperioden. Når informantene ble spurt om konkret hva de viste om tema ble det nevnt noe ulikt fakta. En av informantene fortalte at hun hadde hørt at man ikke skulle løfte tungt under svangerskapet. To av informantene nevnte at de visste det var viktig å trene bekkensbunntrening både under og etter svangerskapet. En fellesnevner for informantene var at alle var sikre på at fysisk aktivitet var viktig under begge periodene, men visste ikke hvordan de best skulle utføre treningen. I utsagnene og materialet generelt kommer det fram hvordan kvinnene opplevde usikkerhet som skapte bekymring rundt trening under og etter svangerskap.

### 5.3. Råd, informasjon og inntrykk av helsepersonell og samfunnet

I denne delen av kapitlet vil det bli gjort rede for informantenes erfaring med helsepersonell og samfunnet. Det første undertemaet vil ta for seg hva slags råd og hjelp informantene fikk

fra helsepersonell og samfunnet. Med utgangspunkt i dette undertemaet vil spørsmål som «Fikk du noen råd fra helsepersonell om hvordan du skulle trene?» bli fremhevet. I andre del vil fokuset først bli rettet over på informantenes inntrykk/tanker om helsepersonell og samfunnet og deres ønsker for videre arbeid fra helsepersonell om fysisk aktivitet under og etter svangerskap. I dette undertemaet vil spørsmål som «Følte du at du fikk nok informasjon om fysisk aktivitet?» og «Var det noe du skulle ønske de informerte deg om?» Siste del vil ta for seg informantenes erfaring med helsevesenet.

### *5.3.1 Råd/hjelp fra helsepersonell og samfunnet*

Det kan være flere årsaker til at noen kvinner opplever å ikke få tilstrekkelig med informasjon eller råd om trening under og etter svangerskap fra helsepersonell (147). Årsaker fra helsepersonells side kan være mangel på kunnskap, tidsbegrensinger, mangel på standardiserte retningslinjer og individuelt tilpasset råd, samt kommunikasjonsproblemer. Jeg har valgt å trekke frem informant 2 sitt utsagn, da det gjenspeiler store deler av materialet:

*Jeg fikk ikke noe informasjon om trening eller noe tilbud nei. Det har liksom ikke vært noe sånn «dette er en yogaklasse eller noe sånt» (...). Jeg fikk ikke noen anbefalinger, bare det at du burde prøve å gå litt granne. Det var ikke noe håndfast, så det virket som at hvis det du gjør fungerer så funker det sikkert, og da er det greit.*

Informanten beskriver at hun ikke har fått noen spesifikke anbefalinger eller tilbud om trening, og at det hun har fått er vage og uklare instruksjoner om å prøve å være litt aktiv. I utsagnet kan vi se hvordan dette får informanten til å føle seg frustrert og usikker på hva som vil være trygt og effektivt for henne under og etter svangerskapet. Vi kan se at hun ønsker mer konkret eller tilpasset veiledning og informasjon fra helsepersonell. Hun beskriver også en følelse av at det ikke er noen faste regler eller standarder for hva som er trygt og effektivt, og at det er opp til henne å finne ut hva som fungerer for henne. Informant 2 var en av de fire informantene som følte at de ikke fikk noe informasjon om fysisk aktivitet under svangerskap og etter. En av de andre informantene kunne ikke huske om hun fikk informasjon om trening, men tenkte at hun hadde spurt helsepersonell om hun savnet informasjon. Den siste informanten husket at hun fikk noe informasjon etter hun selv måtte spørre helsepersonell, men sa at det var veldig vagt. Informasjonen hun fikk var beskjed om å *lytte* til kroppen, roe ned tempo og ikke gjøre noe hun ikke orket. Et annet fellestrekk mellom informantene var at

de først fikk forbud om å gjøre ulike treningsformer og treningsøvelser etter skade eller svangerskapsproblem hadde oppstod. Informant 6 forklarer deres opplevelse slik:

*Jeg endte opp med å måtte gå til en spesialist innenfor kvinnehelse som var privat og betalte da store summer. Der fikk jeg jo beskjed at jeg ikke måtte finne på å verken løpe eller hoppe eller trene tungt. Men det igjen, ingen hadde fortalt meg det. Så der savner jeg at noen informerte og sa at «Her må du begynne pent». Hvor den informasjon lå måtte jeg finne selv, så ja jeg savner mer fokus på kvinnehelse.*

I dette utsagnet kommer det frem at informanten har opplevd en mangel på informasjon og veiledning i forhold til hva slags fysisk aktivitet hun kunne gjøre etter fødsel. Det var ikke før etter skaden har oppstått at informanten får beskjed om at hun ikke må løpe, hoppe eller trene tungt. Vi forstår at hun savnet at noen hadde informert henne om dette tidligere, og at det hadde vært mer fokus på kvinnehelse generelt. Informant 1 utdyper om hennes opplevelse med helsepersonell etter hun opplevde smerter i barselperioden:

*Jeg syntes ikke sykepleierne var så gode på det, de var mest opptatt av sånn amming og baby også ligger man der i smerter liksom. Jeg tenkte bare «Hallo, jeg er i smerter her». Så da til slutt fikk jeg fysioterapeut, men det virka som det ikke var alle som fikk det.*

Utsagnene viser at informantene opplevde en manglende tilstedeværelse og oppmerksomhet fra helsepersonell i forhold til deres spesifikke behov og situasjon. Informantene føler seg spesielt overlatt til seg selv og må finne informasjon de trenger, og det oppleves som en byrde. Vi kan se i utsagnene at de opplever skuffelse og frustrasjonen over mangelen på informasjon og veiledning som kunne ha forebygget problemet de opplevde. Av de seks informantene som opplevde form for skader eller svangerskapsproblemer, fikk kun en informasjon eller en plan om alternativ trening. En mulig årsak til at kun denne kvinnen fikk råd om øvelser, var muligens siden hun dro til fysioterapeut. De andre informantene søkte råd hos leger eller andre helsepersonell.

### *5.3.2 Inntrykk og ønsker om helsepersonell og samfunnet*

Gravide og kvinner i barselperioden har ulike tanker, inntrykk og ønsker om helsepersonell og samfunnet generelt når det gjelder deres helse og omsorg. Disse oppfatningene kan variere

avhengig av faktorer som kulturelle og sosiale normer, personlige erfaringer, tidligere kunnskap og tilgang til informasjon og ressurser (148). De fleste kvinner vil ha høye forventninger til helsepersonell og forventer å bli behandlet med respekt og verdighet gjennom hele perioden. De vil også ønske å bli hørt og ha en aktiv rolle i beslutningstaking angående egen helse og omsorg. Noen kvinner kan oppleve å ha negative erfaringer med helsepersonell og føle seg oversett eller behandlet dårlig, noe som kan føre til at de blir usikre og bekymret for egen helse og omsorg. I utsagnet til informant 3 forteller hun om hennes erfaring og tanker om helsepersonell;

*Jeg tror kanskje helsepersonell er litt underinformert om trening under graviditet og etter. Jeg tror faktisk de ikke har informasjon nok, og da blir det ofte til at når du sier at du jobber på treningsstudio at du blir deres informasjonskilde på en måte, på hva som er bra eller ikke, siden de ikke er oppdatert.*

I utsagnet antyder informanten at hun føler seg misfornøyd med helsepersonell og deres kunnskap om trening under graviditet og etter fødsel. Hun antyder at helsepersonell mangler tilstrekkelig informasjon om dette emnet, og at hun derfor føler seg tvunget til å være en informasjonskilde for dem når det gjelder hva som er bra eller ikke ved trening under periodene. Resultatene viser at fem av seks informanter meddelte at de følte at deres helse var lite prioritert, i forhold til babyen. Den siste informant tenkte at hun ble godt ivaretatt, ettersom hun ikke husket hendelser hvor hun var misfornøyd. Kvinner kan føle at de blir mindre prioritert etter fødselen enn babyen ettersom det ofte er et stort fokus på babyens behov og helse i de første ukene og månedene etter fødsel (31). Informant 6 utdyper om hennes erfaring:

*Jeg savner mer oppfølging også med bekkenet og da, liksom hvordan går det med selve kvinnen, ikke bare den «hei, hvordan går det med deg og amming, hvordan gikk det med fødsel, prevensjon», det er det, også er du good to go». Det er det du snakker om, det er det eneste, også må du selv ta tak i det andre. Så ja, alt fokus er på barnet.*

I utsagnet kan vi se at informanten opplever mangel på støtte og oppmerksomhet fra helsepersonell. I likhet med informanten og fire av de andre informantene, opplever flere kvinner at de får begrenset oppfølging fra helsepersonell etter utskrivelse fra sykehuset, og at

de dermed må finne ut mye på egen hånd. Dette kan føre til at informantens egne behov og helse blir oversett eller nedprioritert. Informant 4 utdyper videre:

*Ja, alt fokuset er der, det er kun barnet. Det er ikke noe sånt «hvordan har du det». Jeg tror nok at hvis jeg hadde fått det spørsmålet så hadde jeg knekt sammen tror jeg. Så jeg syntes det var veldig rart at det var ingen som spurte om det, og det var veldig vanskelig å si at «jeg har det ikke bra» når du er der siden du vil jo gjøre alt for barnet ditt.*

I begge utsagnene og i materialet generelt kan vi se at fokuset er ensidig rettet mot barnet, og at de ikke opplever å bli spurt om hvordan de selv har det etter fødsel. Dette fører til at kvinnene føler seg oversett eller ignorert av helsepersonell. Dette kan være vanskelig å takle, spesielt hvis man gjennomgikk fysiske eller psykiske problemer etter fødselen. Informantens erfaringer kan også påvirke hennes forhold til helsepersonell. På slutten av dette undertema ønsker jeg å avslutte med et utsagn fra informant 2 som gjenspeiler store deler av materialet:

*Ja, jeg skulle ønsket jeg fikk mer informasjon, generelt gjennom alt når det kommer til graviditeten og tiden etter. Det er alt for lite informasjon å få, og det at man må søke opp selv er ikke godt nok, rett og slett.*

Slik som informanten og store deler av materiale viser føler kvinnene at det er en mangel på informasjon tilgjengelig for gravide og nybakte mødre. De uttrykker en følelse av frustrasjon over at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå og håndtere graviditeten og tiden etterpå på en tilfredsstillende måte. Slik vi ser i utsagnet viser informanten at hun mener dette gjelder generelt, og ikke bare for deres personlige erfaring. Fra informantene blir det uttrykket et ønske om at helsepersonell og samfunnet generelt skal være mer engasjert i å tilby støtte og informasjon til kvinner i denne fasen av livet.

### *5.3.3 Press fra samfunnet om den ideale kroppen*

Kroppspress er en vedvarende utfordring for flere kvinner i samfunnet, spesielt under svangerskap og i tiden etterpå. Det økende fokuset på kroppsidealer og kroppspress i media og sosiale medier kan føre til en opplevelse av utilstrekkelighet og selvbevissthet blant kvinner som er gravide eller i barselperioden (82). I tillegg til det økende fokuset på kroppspress, kan også samfunnets forventninger til kvinner som er gravide eller i barselperiode føre til en opplevelse av stress og press. Dette kan inkludere forventninger om å

være «perfekt» mor, å komme seg raskt tilbake til arbeidslivet og å opprettholde et visst nivå av fysisk aktivitet og utseende. Fire av informantene meddelte at de var enige at det eksisterer et press fra samfunnet om å komme tilbake til samme form, eller kropp som før svangerskapet, En informant var noe enig, og den siste av informantene mente det ikke eksisterer et press fra samfunnet. Informant 5 utdyper i utsagnet under om emnet:

*Ja, man ser det jo litt på VG og Instagram og sånt da. Du ser ofte kjendiser som ser ikke ut som de har født omtrent. Så ja, det blir jo noe sosialt press, men jeg prøver å ikke bli påvirket så mye i hvert fall av det og ikke se så mye på det. Men man får en viss sånn dere følelse at man burde kanskje vært der da.*

Utsagnet til informanten viser en bevissthet rundt kroppspress i samfunnet, spesielt gjennom media og sosiale medier. Informantens observasjon av kjendiser som ser ut til å ha trent seg tilbake til sin tidligere kroppsform etter fødselen, kan indikere et press om å se ut en bestemt måte etter å ha født. Samtidig viser informanten en bevissthet rundt sin egen påvirkning av kroppspresset, og at de prøver å begrense sin eksponering for det. Likevel sier informanten at hun fortsatt føler en viss grad av press om å være på et visst nivå, som indikerer deres kommentar om å «burde kanskje vært der». I likhet med informant 5 meddelte de resterende informantene som enten var enig eller noe enig, at de selv ikke kjente mye på presset selv. Tre av informantene meddelte også at de følte det var mer kroppspress før i tiden, eller slik som informant 3 sier:

*Jeg synes kanskje det var mer av det før, altså folk har blitt flinkere nå til å vise den ekte mammakroppen. Jeg føler at det har blitt mer rom, ja at folk er flinke til det også da i media at de legger fram mammakroppen, da den ekte mammakroppen.*

I utsagnet meddeler informanten en observasjon av at det har blitt mer rom for å vise den ekte mammakroppen. Hun indikerer at det har blitt en økning i aksept og bevissthet rundt kroppsmangfoldet og en bevegelse bort fra det ensidige kroppsidealet i samfunnet. Informantens kommentar om at det virker til å være mer aksept for forskjellige kroppstyper på en generell basis kan indikere en økt bevissthet om kroppens rolle i samfunnet, og en bevegelse mot en mer inkluderende og mangfoldig kroppoppfatning. Men selv om det ser ut til å være en økning i aksept av mammakroppen, opplever noen kvinner press fra den tradisjonelle omsorgsrollen. Informant 4 utdyper i utsagnet under om hennes opplevelse:



*Ja, jeg føler at det er litt sånn «alle skal stå på kjøkkenet å lage hjemmelaget til ungen sin hele tiden fra dag en». Alt annet enn det er helt feil liksom, da er du en dårlig mamma hvis du gir noe annet. Den ser man jo hele tiden, men igjen jeg er jo ikke så lett påvirkelig så jeg bryr meg ikke så veldig mye egentlig «latter».*

Utsagnet til informanten forteller oss om hvordan samfunnets forventninger til kvinner som mødre påvirker deres oppfatning av seg selv, og deres rolle i samfunnet. Informanten beskriver i utsagnet at hun hele tiden ser at man forventer at mødre skal stå på kjøkkenet å lage hjemmelaget mat til sine barn, dette viser til en forventning om at kvinner skal ta på seg en tradisjonell omsorgsrolle i hjemmet. Informantens kommentar at hun ikke bryr seg så mye kan indikere en bevissthet om at hun ikke ønsker å bli begrenset av samfunnets forventninger til henne som mor, og at hun ønsker å skape sin egen identitet og rolle i samfunnet.

## 5.4 Forhold, tanker og motivasjon rundt fysisk aktivitet

I dette avsluttende avsnittet vil det bli redegjort for informantenes treningsforhold og motivasjon, tanker om fysisk aktivitet, samt følelser rundt kroppsendring som følge av svangerskap. Første del som blir tatt for seg er om det har oppstått en endring i treningsforhold som følge av svangerskap, etterfulgt av hva som var informantenes treningsmotivasjon under og etter svangerskap. Med utgangspunkt i dette undertemaet vil spørsmål som «Føler du at forholdet ditt til trening har endret seg etter svangerskap?», og «Hva var motivasjonen din for trening under periodene?» bli fremhevet. I andre del vil fokuset bli rettet over til informantenes tanker om fysisk aktivitet, med fokus på under svangerskap og etter. Denne delen vil ta for seg hvordan de følte seg når de trente, og tanker de hadde tilknyttet til fysisk aktivitet i periodene. Siste del vil ta for seg følelser og tanker rundt kroppsendring. Delen vil fokusere på informantenes erfaring og følelser av å oppleve kroppsendringer under og etter svangerskapet. Spørsmål som blir fremhevet her er «Hvordan følte kroppen din ut når du trente?» og «Hvordan påvirket de kroppslige endringene deg?» I helhet viser temaet til informantens nye treningsforhold, hva som ble sett på som motivasjon, deres tanker rundt fysisk aktivitet og følelser tilknyttet til kroppsendringer.

### 5.4.1 Treningsforhold og motivasjon

Svangerskap og barseltid er perioder hvor store endringer i kvinners liv hender, både fysiske og mentale. For de fleste kvinner vil det også oppstå endring i syn av treningsforhold og

motivasjon. Ifølge informantene følte alle at deres treningsforhold har endret seg etter fødsel på grunn av en rekke årsaker. Den hyppigste årsaken som ble nevnt for endring i treningsforhold etter svangerskap var at man kunne styre tiden sin selv før man hadde fått barn. En følge av å leve en hektisk hverdag i kombinasjon med barneoppdrag, førte til at flere av kvinnene nedprioriterte trening. Trening ble dermed ikke sett på som like viktig som før, noe som førte til en endring i treningsforhold. Tre av informantene meddelte at denne endringen i treningsforhold startet allerede under svangerskapet. Informant 2 utdyper om hennes erfaring:

*Det er absolutt en endring «latter». Det skal jeg ikke legge skjul på (..) Det svangerskapet endret helt klart hvordan jeg så på trening, og det stoppet jo opp hele treningen min. Jeg sluttet å trene når jeg ble gravid egentlig, eller i hvert fall på den måten.*

Informanten beskriver at det var en absolutt endring på grunn av svangerskapsproblemer, dette førte til at hun måtte slutte å trene på samme måte som før hun ble gravid. Informanten meddeler også at hun endret hvordan hun så på trening, noe som kan indikere at hun hadde en annen forståelse av hva trening var og hva den skulle brukes til. I likhet med å føle en endring i treningsforhold, opplevde også kvinnene endring av motivasjon i de ulike periodene. Motivasjon og mål med trening som ble nevnt av informanter før svangerskap var; føle seg trent, opprettholde vekt, utseende, føle seg komfortabel i egen kropp, bli sterkere og få innhente de positive effektene fysisk aktivitet har for psyken. Under svangerskap var motivasjon og mål; være i god form til fødsel, få god selvfølelse, god helse for mor og barn og opprettholde treningsform. Etter svangerskapet var motivasjon og mål for trening; komme i god form, vektnedgang, skape struktur i hverdagen, danne gode vaner, komme tilbake til egen kropp og passe klær som ble brukt før svangerskap. Under svangerskapsperioden fortalte fem av informantene at de var svært motivert til å trene under svangerskapet, men etter svangerskapsplager oppstod førte det til en reduksjon i motivasjon. Informant 5 utdyper hvordan hun opplevde tap av motivasjon;

*Rundt uke 20 så var jeg totalt ferdig med trening, da var det veldig rolige økter, også litt på SATS, men ja, kroppen gjorde så vondt så da følte jeg at jeg ikke kunne gjøre noen ting, så da mister man litt motivasjonen.*

Dette utsagnet viser informantens opplevelse av å miste motivasjonen for trening etter smerter oppstod under svangerskapet. Hun utdyper videre at hennes treningsintensitet ble redusert og frekvens av økter redusert, men selv etter å ha gjort endringer var det vanskelig å holde motivasjonen oppe på grunn av smerter. Informant 4 utdyper hvordan det også var mentalt tungt å dra på trening:

*Det var en kneik, det var tøft. Veldig tungt mentalt å gå ut den døra, men samtidig veldig deilig etterpå. For da var det sånn «jeg klarte det, jeg gjennomførte» og var da veldig stolt av meg selv.*

Utsagnene og materialet viser at informantene følte seg motivert til å trene i begynnelsen av svangerskapet, men det oppstod raskt en gradvis nedgang i motivasjon. I utsagnene kan vi se hvordan informantene opplevde det både fysisk og mentalt tungt å trene. Informant 4 beskriver det som mentalt krevende å dra på trening på grunn av manglende motivasjon, tretthet og travel hverdag. Likevel beskriver informanten en følelse av mestring ved å klare å overvinne barrierene og fullføre treningen. I likhet som under svangerskapet opplevde informantene en reduksjon av treningsmotivasjon i barselperioden. I utsagnet under utdyper informant 3 og 6 om deres motivasjon;

*Jeg var veldig keen på å komme tilbake igjen i kroppen min uavhengig om det var i like god form eller ikke. Det var ikke så farlig for meg, men jeg ville bare føle at jeg har kroppen min tilbake liksom, og at den fungerer. Så helseaspektet har jo kommet i mye større grad nå enn hva det var før «latter». Da var det jo veldig mye mer det estetiske, men nå er helseaspektet definitivt i førersetet.*

I utsagnet til informant 3 ser man at hun er klar for å komme «tilbake» til sin egen kropp, og fokuset handlet ikke helse. Slik som hun forteller har helseaspektet kommet i ettertid, da det før var mer det estetiske som var prioritering. Informant 6 trekker frem sine erfaringer:

*Du kommer deg endelig igjennom fødselen, og du er super gira, er så motivert og klar for å finne tilbake deg selv for det er liksom satt litt på vent, du savner deg selv. Men så ser du at «oi, det her er en mye lengre prosess», og det er litt drepen altså. Det dreper litt den motivasjonen, for hodet vil så mye mer enn kroppen orker. Så det var faktisk litt vanskelig at det gikk så sakte.*

Utsagnet til informantene og den resterende delen av materialet viste at kvinnene følte seg svært klar for å komme i gang med trening igjen og hadde høy motivasjon. Men slik som informant 6 sier så følte de at kroppen og mentaliteten ikke var på samme bølgelengde. Denne dynamikken førte til at kvinnene opplevde frustrasjon, som igjen førte til gradvis tap av motivasjon. I likhet med det tidligere utsagnet til informant 3 så kan følelsen av å miste kontakt med sin egen kropp under graviditeten føre til et ønske om å gjenvinne kontrollen og følelsen av å være seg selv.

#### *5.4.2 Tanker rundt fysisk aktivitet*

Gravide og kvinner i barselperioden kan ha ulike tanker om fysisk aktivitet, avhengig av deres individuelle erfaringer, fysisk helse og livsstil (2). Noen gravide kan oppleve at de blir mer slitne en vanlig, og at de derfor ønsker å redusere aktivitetsnivået sitt. Andre kan føle seg mer energiske og ønsker å opprettholde et høyt aktivitetsnivå. Når det gjelder kvinner i barselperioden, kan de oppleve at kroppen deres er svekket etter fødsel, og derfor kan de trenge tid til å komme seg før de kan begynne å trene igjen. I begynnelsen av svangerskapet uttrykket alle informantene at de ønsket å trene så lenge som mulig under svangerskapet. Tre av informantene forklarte at hovedårsaken til at de ønsket å trene hele veien, var at de hadde hørt at man måtte være «sterk» for fødsel. Fem av seks informanter informerte også om at de opplevde det mye tyngre å trene under svangerskapet enn før. Jeg ønsker å trekke frem et utsagn fra informant 5, hvor hun forteller om opplevelsen når hun forstod at treningsformen hennes hadde endret seg:

*Jeg prøvde meg på en løpetur, da var jeg sikkert 25 uker på vei. Jeg tror jeg holdt på i tre kilometer totalt, og kanskje løp 200 meter av de, og da kjente jeg «wow jeg er nede på det ja», at jeg hadde kommet helt ned hit, og jeg løpte mila før det ikke sant. I hvert fall så kjentes det da som om jeg hadde løpt en mil også hadde jeg bare kommet 3 kilometer.*

I utsagnet til informant 5 kan vi se hvordan hun opplevde endring i treningsform som følge av svangerskapet. Av de fem informantene som måtte slutte med trening under svangerskapet, fortalte fire av dem at det var spesielt mentalt tungt å ikke få lov til å trene. Flere av informantene fortalte at trening var en viktig del av deres livsstil og en kilde til velvære og glede. Å miste denne muligheten kan derfor føles som et stort tap. I tillegg informerte en av informantene at trening var svært viktig for hennes mentale helse. Trening kan ha positive

effekter på den mentale helse, som for eksempel å redusere stress og angst. Når man ikke får lov å trene, kan noen føle seg mer stresset og engstelig, noe som kan føre til at man opplever en nedgang i humør og mental helse. I likhet med å oppleve en endring i treningssynet deres, var et gjennomgående tema i materialet følelsen av usikkerhet, skuffelse og redsel under trening etter fødsel. Alle informantene nevnte at de følte seg enten usikker eller redd for hvordan de skulle trene etter fødsel. Informant 6 utdyper hennes opplevelse:

*Det er der jeg følte det var litt skummelt, «hvordan setter jeg i gang, hvordan trener jeg bekkenbunnen», altså «hva gjør jeg nå». Det er der savner mer fokus på kvinnehelse da, etter fødsel (...). Du er akkurat ferdig med den viktigste arbeidsoppgaven i livet ikke sant, du har fått barn liksom og må ta vare på kroppen din, men du får ingenting.*

I utsagnet fra informant 6 kan vi se hvordan hun opplever en følelse av usikkerhet angående hvordan hun skal trene etter fødsel, spesielt usikkerhet rundt trening av bekkenbunn. Utsagnet viser at hun ikke føler seg tilstrekkelig veiledet eller støttet når det gjelder kvinnehelse, spesielt etter at hun har gjennomgått den viktige og krevende oppgaven med å føde et barn. Informanten gir uttrykk for at hun opplever et savn etter mer fokus på kvinnehelse i denne perioden, og hun føler seg dermed overlatt til seg selv når det gjelder å ta vare på kroppen sin.

#### *5.4.3 Følelser og tanker rundt kroppsendringer*

Barseltid er en svært unik periode for kvinner, hvor kroppen har gått igjennom store endringer under graviditet og fødselen. Det er ikke uvanlig for kvinner å ha en rekke følelser og tanker rundt kroppsendringene som skjer i perioden. Noen kvinner kan føle seg overveldet av kroppsendringene og oppleve at de ikke kjenner sin egen kropp igjen lenger (82). Dette kan føre til en følelse av tap av kontroll og en bekymring for at kroppen aldri vil være den samme igjen. Andre kvinner kan føle seg beundret og takknemlig for hva kroppen deres har vært i stand til å oppnå gjennom graviditeten. For flere kvinner i barseltiden kan tanken på trening og gjenopptakelse av trening være en kilde til bekymring eller stress, spesielt når det gjelder kroppsendringer. Det er viktig å huske at trening kan være en positiv faktor for både fysisk aktivitet og mental helse, men det er også viktig å gjøre det på en trygg måte (32). I utsagnet under utdyper informant 3 om hennes opplevelse av hvor lang tid hun følte det tok å «komme tilbake»:

*Det var en lang prosess altså å komme tilbake, og det for meg har vært et sjokk. Jeg hadde null peiling, hadde ingen anelse at det skulle være så tøft, også at det skulle ta så lang tid. Så jeg skulle ønske at noen hadde fortalt meg om det, det var jo ingen som sa noe, og det måtte jeg da google meg fram til.*

I likhet med informant 3, nevnte tre andre informanter at de også opplevde at det var en lang prosess å komme tilbake til normal form. Informantene meddeler også at det opplevdes som et sjokk, og at de hadde ingen anelse om hvor tøft det ville være. I utsagnet til informant 3 meddeler hun frustrasjon over at ingen hadde gitt henne informasjon om hva hun kunne forvente, og at hun selv måtte google seg frem til det. I tillegg til opplevelsen av at det tok lang tid å komme tilbake i form, var vektøkning også et punkt som gikk igjen i materialet. Under svangerskapet opplever kvinner betydelige fysiske og hormonelle endringer, og etter fødsel må kroppen tilpasse seg igjen (32). Det kan være utfordrende å håndtere disse endringene, og å føle at kroppen ikke lenger ser ut eller fungerer som den gjorde tidligere. Informant 2 forteller i utsagnet under om hennes opplevelse med vektøkning og reduksjon i muskelstyrke etter svangerskap;

*Jeg hadde det ikke bra da, sånn inne i kroppen, så var jo en motivasjon i seg selv. Rett og slett siden jeg hadde gått opp 30kg, så jeg følte meg ikke helt vel på en måte, for jeg var både for stor og for svak. Så det var vel den største motivasjonen, men så var det jo ganske mye vekt jeg skulle ned, også så det følte litt sånn vanskelig ut.*

I utsagnet forteller informanten om hennes personlige opplevelse av vektøppgang etter å ha gjennomgått en graviditet, og hennes motivasjon for å miste vekt. Informanten beskriver at hun føler seg dårlig inne i kroppen som en følge av vektøppgang, og dette var en stor motivasjon i seg selv for å miste vekt. Hun beskriver også at som følge av graviditeten følte hun seg både for «stor» og for «svak». Samtidig erkjenner hun at det å miste mye vekt er en utfordrende prosess som kan føles vanskelig.

## 6.0 Diskusjon av funn

Formålet med denne oppgaven er å undersøke informantenes erfaring med fysisk aktivitet under svangerskap og etter, med fokus på hvordan kvinnene opplever og former sin forståelse av fysisk aktivitet under perioden. Studiens primære problemstillinger er å undersøke informantenes erfaringer med fysisk aktivitet under periodene, samt hva slags råd og informasjon de fikk. Gjennom å få en mer nyansert forståelse av hvordan kvinner opplever fysisk aktivitet under periodene, vil denne oppgaven kunne bidra til økt forståelse om hvordan man kan hjelpe, støtte og oppmuntre kvinner som gjennomgår et svangerskap eller er i barselperioden til å utføre fysisk aktivitet. I kapittel to ble det presentert teori som kan bidra til å forklare og gi en forståelse av fenomener som er relevante for studien. I forrige kapittel ble funnene presentert, og nå vil jeg i dette kapitlet forsøke å tolke funnene ved å anvende og relatere dem til de tidligere presenterte teorien. Dette gjøres for å kunne gi en mer inngående forståelse av funnene og deres betydning (149). Gjennom å anvende teori på empiriske funn, kan man avdekke sammenhenger, motstridende resultater og implikasjoner som kan være relevante for både teoretisk og praktisk kontekst.

### 6.1 Utførelse av fysisk aktivitet under periodene

I denne delen av kapitlet diskuteres relevante funn knyttet til treningsforhold, aktivitetsform og intensitet blant informantene under og etter svangerskapet. Når det ble stilt spørsmål om hva slags aktivitetsformer informantene utførte, viste det seg at styrketrening og gange utendørs var de mest foretrukne og utførte aktivitetsformene blant informantene under begge periodene. Fra funnene kan man se en endring i foretrukket aktivitetsform og intensitet fra før svangerskapet til under. De fleste informantene utførte enten mindre kondisjonstrening eller ingen aktivitetsformer med høy intensitet. Det er verdt å merke seg at en informant trenger både kondisjonstrening og styrketrening under svangerskapet, men med noe lavere intensitet. Dette kan ses i tråd med Muktabhant et al., sin studie som indikerer at det er mulig å opprettholde en viss grad av kondisjonstrening under svangerskapet, selv om det kan være nødvendig å justere intensiteten og kondisform for å tilpasse endringene som hender i kroppen (37). Som eksempler på hvordan informantene reduserte treningsintensiteten trekkes informant 5 og 2 sine utsagn frem: *”Jeg trente litt annen type styrke, litt kanskje med kroppsvekt og ikke så tungt lenger fordi det var litt skummelt”*. Informant 2 trekker frem: *”Jeg kjente jo etter hvert at jeg ikke hadde så god pust rett å slett, så det ble tyngre, alt kjentes mye tyngre ut, men det kom gradvis, også litt snikende. Så det ble ikke så høy*

*intensitet på øktene akkurat*". Dette kan ses i sammenheng med hva Lie K et al., meddeler som er at det ikke er uvanlig at kvinner opplever en reduksjon i treningsintensitet under svangerskapet, da det skyldes en kombinasjon av fysiske og psykologiske faktorer (2). Fysiske faktorer inkluderer endringer i kroppen som vektøkning, endring i kroppens tyngdepunkt, samt økt belastning på bekkenbunn. På grunn av disse faktorene kan det ha vært krevende å utføre visse øvelser, eller å opprettholde samme intensitetsnivå som før svangerskapet for informantene. Informant 2 beskriver hvordan hun gradvis følte at pusten ble dårligere, og hvordan det påvirket hennes opplevelse av kroppen og trening. Reduksjon i kondisjon under svangerskapet kan skyldes en rekke faktorer som endringer i hormonnivåer, økt kroppsvekt og andre fysiske begrensinger som følge av svangerskapet. Informantenes reduksjonen av treningsintensitet kan også ses på som en forsiktighetsforanstaltning som er i tråd med Helsedirektoratets anbefaling om moderat fysisk aktivitet som ikke krever høy anstrengelse under svangerskap (28). Begreper jeg mener må trekkes frem fra informant 5 sitt utsagn er forandring, og hvordan det påvirker vår selvforståelse. Graviditet kan betraktes som en helt unik endring i livet til en kvinne, både fysisk og psykisk (32). Graviditet medfører en forvandling av ens kropp og identitet som kan påvirke hvordan man oppfatter seg selv og sin plass i verden. Erfaringen med å være gravid kan også tolkes som muligheten til å oppleve en helt ny side av selv og sin eksistens. Som informant 5 utdyper måtte hun tenke annerledes og nytt, dette kan tolkes som at hun har fått en dypere forståelse av hennes egen kropp og dens muligheter. Hun nevner også at hun kjente på utfordringene med å trene under svangerskapet. I den forstand kan det hevdes at hun også har fått en dypere forståelse av hennes kroppslige begrensinger (87). På denne måten kan graviditet åpne opp for en ny måte å tenke på seg selv og sin egen identitet. På den andre siden kan svangerskap også betraktes som en utfordring for informantens selvforståelse og identitet. Ved store kroppslige endringer kan det forekomme øyeblikk hvor individet får en følelse av å ha mistet kontrollen over sin egen kropp og livssituasjon, noe som kan medføre en følelse av fremmedgjøring fra seg selv. Med Simone de Beauvoir i baktankene kan materialet tolkes som en indikasjon på den fysiske og mentale styrken som kvinnene besitter, selv når store endringer oppstår i kroppen sin, slik som graviditet (106). Denne tilpasningsevnen kan bli sett på som en styrke i seg selv og en påminnelse om kvinnelig autonomi og evne til å forme sin egen kropp og identitet. I helhet så kan utsagnet ses som en påminnelse om at alle individer alltid er i kontinuerlig forandring. Ved store livsendringer og opplevelser kan disse forandringene også medføre til en utvidelse av vår selvforståelse.



### 6.1.1 Opplevelsen av endring

Funn fra denne studien indikerer at alle informantene opplevde en nedgang i både frekvens og varighet på treningsøktene under svangerskap og etter, sammenlignet med før svangerskapet. Mens det er lite endring i treningsfrekvens og varighet i første trimester, ser man en betydelig nedgang i løpet av andre trimester, hvor fem informanter sluttet helt med styrketrening. Dermed var det kun en av informantene i denne studien som møtte anbefalingene til det statelige helseprogrammet om 150 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken (28). Årsaken til reduksjon i treningsfrekvens og varighet, samt avslutning av trening blant informantene, var hovedsakelig knyttet til svangerskapsrelaterte plager. Dette er i tråd med funn fra andre studier som har undersøkt hvorfor kvinner reduserer eller avslutter trening under svangerskapet. I Haakstad et al., sin studie fant de at svangerskapsrelaterte plager var den vanligste årsaken til reduksjon av aktivitetsnivå under svangerskapet, noe som støtter funnene i denne studien (5). I lys av endringene i livsstil som følge av svangerskap og morskap, rapporterte informantene en opplevelse av endring i sin tankemåte og sitt forhold til fysisk aktivitet. Slik som informant 5 sier: *"Det skjer noe med hodet, du blir mamma og du skjønner hva som er viktigst her. Er det at du får 60 minuttene eller er det ungen"*. Informant 4 trekker frem: *"Jeg hadde det så fint med babyen og tilværelsen der og det gjorde at jeg trengte ikke den treninga"*. Fra et fenomenologisk perspektiv velger jeg å tolke utsagnene som en beskrivelse av en tilstand av «flow», eller «flyt», hvor informanten er fullstendig engasjert i øyeblikket og har en følelse av harmoni og enkelhet (87). Barnet og tilstedeværelsen der og da representerer en livsverden som oppleves som meningsfullt og autentisk, samt gir informanten en følelse av tilfredshet og ro. I en slik tilstand ville informantene oppleve seg fri fra stress og tanker om fremtiden eller fortiden og føler dermed ikke det samme behovet for trening for å opprettholde velvære og ro. Da de i denne perioden følte seg tilsynelatende avslappet og tilfreds med livet mistet de en av hovedårsakene til å dra på trening. Ifølge Simone de Beauvoir må alle individer være åpen for endring og utvikling, og det å leve et autentisk liv betyr og stadig utfordre seg selv og strebe etter å realisere sin frihet og sine muligheter (88). På den andre siden anerkjente de Beauvoir også verdien av å leve i øyeblikket og å nyte livets gleder. Hun hevder viktigheten av å finne mening og glede i de små tingene i livet og være åpen for øyeblikk av lykke og harmoni når de oppstår. Dette kan vi se i utsagnet til informant 5 ved at hun i barselperioden opplevde mindre stress og bekymringer, dermed opplevde hun en form for harmoni. Morsrollen endret dermed deres perspektiv og gjorde dem mer bevisst på hva som var viktigst. Morsrollen fikk dem til å vurdere spørsmålet om det var «verdt» å

prioritere en time med fysisk aktivitet over tid med barnet. Dette kan ses i sammenheng med studien til Brown et al., som ble publisert i American Journal of Preventive Medicine (6). Studien fant at en av de vanligste årsakene til at kvinner ikke utførte fysisk aktivitet etter svangerskap var prioritering av omsorg for barnet. Dette kan indikere at morsrollen har en betydelig innvirkning på valg knyttet til fysisk aktivitet, og at det kan være viktig å ta hensyn til denne faktoren når man utvikler tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Når de positive effektene av treningen som informantene møtte blir skiftet ut med nye endringer i hverdagen kan det være vanskelig å finne et nytt gode eller mål med treningen. Ved ikke å ha et hovedformål med trening kan det være vanskelig å få motivasjon og finne fokus for å danne regelmessige treningsvaner. Å trene kan være et spesielt krevende arbeid som vil kreve disiplin. Da informantene følte reduksjon av motivasjon etter fødsel ble det også vanskelig for dem å opprettholde treningen over lengre tid uten motivasjon og formål. Dette funnet er i tråd med studien til Gaston et al., som fant at kvinner som ikke følte seg motivert eller hadde mål med trening etter svangerskap, var mindre sannsynlig å trene fødsel (27).

Normalt anbefales det at gravide trapper ned på treningen, spesielt treningsintensitet mot slutten av svangerskapet (28). I denne studien avsluttet nesten alle kvinnene med trening som følge av svangerskapsrelaterte plager, men det ble ennå gjennomført gåturer. Funnene viser at informantene opplevde det som trist eller «surt» å ikke kunne trene ut den resterende delen av svangerskapet. Informant 1 forteller: *”Nei det var ganske kipt, for da var jeg liksom i gang, også viste jeg jo at det var bra å skulle være i aktivitet under graviditet også”*. Informant 5 meddeler: *”Jeg hadde jo lyst til å gi alt, men kroppen bare stoppet å fungere, så jeg kjente at det var surt”*. Maurice Merleau-Ponty ville trolig tolket informantens utsagn som en beskrivelse av kroppens erfaring og persepsjon av verden (103). Slik som tidligere nevnt hevdet han at kroppen og sinnet ikke kunne avskilles, og at våre fysiske opplevelser og handlinger er en del av hvordan vi forstår og opplever verden. I dette tilfellet kan informantene ha opplevd en følelse av desorientering eller forvirring når de innså at deres fysiske form hadde endret seg, og at deres kropp ikke lenger kunne yte på samme nivå som før. Dette kan bli sett på som et eksempel på hvordan våre kroppslige erfaringer og persepsjon kan påvirke vår forståelse av verden rundt oss. Å ikke kunne prestere på trening, eller ikke kunne trene i det hele tatt kan både være utfordrende og demotiverende, spesielt hvis trening har vært en viktig del av ens livsstil og rutine. Kvinnens gradvise opplevelse av at treningen ble tyngre, og at de måtte gjøre endringer eller slutte kan sees som en form for kroppslig læring som skjer gjennom direkte erfaring fra kroppen. Denne følelsen av skuffelse eller

frustrasjon er ikke uvanlig når man opplever svangerskapsplager eller sykdom som hindrer en i å trene eller være aktiv under svangerskapet (16). For å minimere de negative følelsene vil det kreve tålmodighet og aksept av begrensinger man tidligere ikke hadde. Denne aksepten kan vi se i utsagnet til informant 5. Her finner jeg det spesielt relevant å trekke inn Simone de Beauvoir, som argumenterte for at kroppen er en viktig del av hvordan vi opplever oss selv og vår identitet (106). Når informant 5 beskriver at kroppen hennes stoppet å fungere, eller når informant 2 sier det er «umulig» å gjøre ting, kan dette tolkes som at de har en følelse av å ikke ha full kontroll over kroppen sin. Dette medfører frustrasjon og en følelse av at de ikke lever opp til forventningene til hvordan det bør være og hva de bør gjøre. Samtidig sier informant 5 at hun må jobbe med seg selv oppe i hodet. Dette kan tolkes som en måte å prøve å endre sin egen oppfatning av kroppen og dens begrensinger. Følelsen av at hodet ønsker, men kroppen ikke klarer, er et gjentakende tema blant informantene. Da informantene oppfattet fysisk aktivitet som noe som var viktig for både deres fysiske og mentale helse, opplevde de en følelse av skuffelse eller tristhet av å ikke kunne trene. Dette kan ligne på de Beauvoirs ide om at kroppen kan være et objekt som man prøver å kontrollere og tilpasse til en viss grad, men at skille mellom en objektiv og en subjektiv kropp er en utilstrekkelig måte å forstå kropp og kvinne på (95). De Beauvoir fremmer ideen om kroppen verken kan reduseres til essens eller en sosial konstruksjon. Hun unngår denne dualiteten ved å heller beskrive kroppen som en situasjon. Dermed kan kunnskap om en gravid kvinnes situasjon og kroppslige plager ikke sees isolert fra hennes kontekst «her og nå». Kroppen er dermed på en og samme tid påvirket av både kroppslige og biologiske prosesser, samt menneskelig meningsproduksjon. Disse følelsene som informantene opplevde, kunne man også se i funnene til Hemalatha et al., sin studie som undersøkte sammenhengen mellom fysisk aktivitet og bekkenleddsmerter under svangerskapet (16). Kvinnene i studien til Hemalatha et al., opplevde også følelser av frustrasjon og tristhet ved å ikke kunne trene som følge av svangerskapsrelaterte plager.

Fem av seks informanter utførte en gradvis oppbygning av trening etter svangerskap. Oppstart av trening etter fødsel bør skje gradvis og tilpasses individuelt ut ifra kvinnens helsetilstand, type fødsel, omstendighetene rundt fødselen og form før, under og etter svangerskap (150). Generelt anbefales det at kvinner starter med lette øvelser og gradvis øker intensiteten etter hvert som kroppen deres helbredes og styrker seg. Fra funnene kan man se at informantene opplevde at det tok lang tid å komme tilbake i form, og at det var svært krevende å trene etter svangerskapet. Det kan være flere årsaker til at noen individer kan tro at det er lett å komme

raskt tilbake til samme treningsform som før svangerskapet etter fødsel. En av årsakene kan være at noen individer forventer å komme raskt tilbake i form ettersom de har vært fysisk aktiv under svangerskapet. Dette kan vi se i utsagnet til informant 6: *”Jeg trodde jo at jeg hadde trent så bra, ikke sant, både før og underveis, at jeg hadde godt grunnlag liksom”*. For å utforske informantens subjektive opplevelse med trening og å tilpasse seg en ny virkelighet etter fødsel vil det bli tolket i lys av fenomenologisk filosofi. Informantens forventning til å komme tilbake i form etter å ha trent regelmessig både før og under svangerskap kan sees som en del av hennes horisont av forventninger (87). Imidlertid blir disse forventningene møtt med en virkelighet som var annerledes enn hva hun hadde forventet, noe som kan ha ført til endring i hennes horisont av muligheter. Det er også viktig å ta de kroppslige endringene som kan medføre til utfordring med å trene etter fødsel inn i tolkningen. Dette kan sees som en del av hennes kroppslige horisont, som representerer hennes kroppslige opplevelser og muligheter. Denne kroppslige horisonten kan ha blitt endret som følge av fødselen og tiden etterpå, og informantens erfaringer med trening kan ha ført til en økning i smerte og utfordring. Det er også viktig å ta i betraktning hvordan informantens opplevelse av virkeligheten kan endres som følge av hennes kroppslige og følelsesmessige erfaringer, og hvordan dette kan påvirke hennes livsverden. Det er viktig å understreke at alle kropper er forskjellige og at fødselsopplevelsen kan ha en stor innvirkning på prosessen med å komme tilbake i form. Det å komme tilbake i form etter fødsel vil ofte være en utfordrende oppgave. Kroppen gjennomgår store endringer under svangerskap og fødsel, og det kan ta lang tid å bygge opp muskelstyrke og kondisjon igjen (2). Det er derfor vesentlig å ha realistiske forventninger og gi seg selv tid til å komme tilbake i form på en sunn og trygg måte.

### *6.1.2 Frykten rundt bekkenbunnstrening*

Flere kvinner kan føle usikkerhet rund trening av bekkenbunn etter svangerskap av ulike årsaker (151). En av hovedårsakene er at graviditet og fødsel kan føre til svekkelse eller skade på bekkenbunns-muskulaturen, som kan føre til urinlekkasje eller prolaps. Svekkelse var en av de årsakene til at informantene følte engstelse for å utføre øvelser som kan forverre situasjonen og eventuelt føre til ytterligere skade. I denne studien var det kun to av seks informanter som prøvde i en liten periode å utføre bekkentrening, til tross for at det ofte blir ansett som en viktig form for trening å styrke musklene i underlivet. (32). En av årsakene til at bekkenbunnstrening blir sett på som viktig er fordi det reduserer risikoen og urinlekkasje og nedsatt livmor. Informantene beskrev opplevelsen av å trene bekkenbunn som en ubehagelig

opplevelse, eller noe som skapte usikkerhet og frykt. Informant 2 trekker frem: *"Det var forferdelig ubehagelig, så jeg tror jeg gjorde det feil så det kuttet jeg ut"*. Informant 4 forteller: *"Det synes jeg var kjempeskummelt. Hvordan setter jeg i gang, hvordan trener jeg bekkenbunnen, altså hva gjør jeg nå"*. Dette kan ses i tråd med studien til Evisen et al., hvor de oppdaget at kvinner følte de ikke fikk god nok støtte fra helsepersonell omkring fysisk aktivitet etter svangerskapet (30). I studien fortalte kvinnene at de følte seg usikre på hva slags øvelser som var trygt å gjøre etter fødsel, samt anbefalinger. Studien utdyper at manglende kunnskap om riktig teknikk og øvelseutvalg førte til usikkerhet og mangel på motivasjon for å utføre bekkenbunnstrening. I likhet med kvinnene i studien til Evisen et al., opplevde informantene i denne oppgaven samme usikkerhet og mangel på kunnskap om hvordan de skulle trene bekkenbunn. Funnene fra materialet viser at alle informantene prøvde å trene bekkenbunn minst en gang, men at denne frykten eller ubehaget førte til at all bekkensbunnstrening ble stanset. Som funnene viser ble trening heller sett på som noe skummelt, enn noe som ga glede og presentasjonsfølelse for informantene. Slike følelser gjorde det vanskelig for informantene å kunne komme inn i regelmessige treningsvaner. Fra et fenomenologisk perspektiv kan endringer i bekkenbunnsmuskulatur som følge av svangerskap ses på som en del av den gravides opplevelse av sin kropp som en dynamisk enhet som stadig endrer seg (87). Svangerskap vil påvirke kroppen på mange måter, og dette kan medføre en endring i hvordan den gravide opplever sin egen kropp. Svekkelse i bekkenbunnsmuskulatur kan dermed føre til en opplevelse av kroppslig svakhet eller tap av kontroll over kroppen. Det er også viktig å nevne at innenfor fenomenologien vektlegges det at opplevelsen av kroppen er individuell og unik for hvert individ (88). For noen gravide kan det oppleves stressende eller belastende å ha en svekket bekkenbunn som følge av svangerskap, men for andre kan det heller oppleves som en naturlig del av svangerskapet som ikke skaper bekymring. Det er også relevant å nevne hvordan bekkenbunns svakhet kan endre hvordan den gravide kvinnen opplever sin egen kropp i forhold til omgivelsene og samfunnet. For eksempel kan bekymring for ytterligere skade på bekkenbunn påvirke den gravides evne til å delta i aktiviteter og i samfunnet generelt. Slik jeg tolker disse utsagnene er i stor grad i tråd med Merleau-Ponty sin forståelse av hvordan kroppen påvirker vår forståelse og oppfatning av verden rundt oss (103). Dette ubehaget kvinnene opplever når de prøver å utføre disse øvelsene kan skape endret forståelse av kroppen deres.

Det er også viktig å trekke frem hvordan kulturelle og sosiale faktorer påvirker vårt forhold til dem. Kan samfunnets normer og verdier føre til at vi opplever usikkerhet eller ubehag i

kroppen vår, samt hvordan kan dette påvirke vår oppfatning av oss selv som en person? Alle informantene meddelte at de visste at bekkenbunnstrening var viktig å gjøre, men de visste ikke hvordan det skulle utføres. Kulturelle og sosiale faktorer kan også forsterke denne usikkerheten. Dette kan ses i lys av filosofen Michel Foucault, hvor han hevdet at den kvinnelige kroppen er underlagt diverse kroppsregimer, og at fysisk aktivitet blant annet under svangerskap og etter også kan betraktes som en slik regime (78). Ifølge Foucault vil å «disiplinere» kroppen betegne underkastelse av tidsregimer og bli tvunget til å inkorporere samfunnets kriterier for hva det vil si å være en «god mor» (79). Et viktig spørsmål som må stilles her er om det eksisterer en felles forståelse i samfunnet om at kvinner «burde» vite hvordan de skal trene bekkenbunn. Ut ifra hvordan jeg tolket kvinnenens utsagn har de en følelse av å være fortaapt da de vet betydningen av å trene bekkenbunn, men ikke vet hvordan. Informantene kan få en følelse av at de ikke oppfyller samfunnet forventninger rundt viktigheten av bekkensbunnstrening. Wetterberg meddelte også at gravide blir overvåket av andre som setter spørsmålsteget ved deres handlingsvalg og treningspraksiser i svangerskapet og etter (81). Ved å føle at man ikke «møter» samfunnets forventninger kan kvinner som har gjennomgått et svangerskap føle seg flau eller ukomfortable rundt diskusjonen av bekkenbunnshelse eller urinlekkasje med helsepersonell, venner eller andre nære. Dette kan føre til en opplevelse av isolasjon og skam. Det er derfor vesentlig å øke bevisstheten rundt bekkenbunnshelse og tilby tilstrekkelig informasjon og støtte til kvinner, spesielt etter svangerskapet.

## 6.2 Barrierene for fysisk aktivitet

Funnene fra denne studien viste at alle kvinnene opplevde noe form for svangerskapsplager som førte til reduksjon av treningsmengde. Som nevnt i resultatene var de mest opplevde svangerskapsplagene; kvalme, bekkenproblematikk, ligamentsmerter, energitap og vektøkning. Informanten 3 forteller: *”Jeg sleit veldig med smerter og da ligamentsmerter og bekkensmerter. Det gjorde jo at jeg ble veldig immobil”*. Informant 2 trekker frem: *”Jeg var veldig kvalm under svangerskapet. Så det har på måte gjort det vanskelig for meg å fortsette å trene eller i hvert fall oppi mitt hode”*. I utsagnet til informant 3 ser man at selv om hun opplevde kraftige smerter prøvde hun ennå å få inn noe form for fysisk aktivitet mens det ennå var mulig. Dette viser at fysisk aktivitet var en så vesentlig del av livstilen hennes, og det var ikke før smertene var så kraftige at hun måtte slutte. Til slutt nevner informant 2 at hun var «veldig klar for å bli ferdig med graviditeten», dette kan tolkes som en indikasjon på at smertene har hatt stor innvirkning på hennes livskvalitet. Utsagnet til informant 2 tolkes på

flere måter, men det viser tydelig hvordan svangerskapsplager kan påvirke en kvinnes liv og trening. For å få en forståelse for hvordan kvalme under svangerskap kan endre en kvinnes opplevelse i forhold til trening velger jeg å tolke det i lys av Merleau-Pontys fenomenologiske perspektiv. Med hans filosofiske tilnærming vil dette utsagnet kunne tolkes som et uttrykk for hvordan kroppen og de kroppslige plagene påvirker ens relasjon til omverden og ens handlingsmuligheter (103). Kvalme kan da hevdes å være en kroppslig følelse som oppstår utenfor ens kontroll og påvirker individets oppfatning av verden, inkludert ens muligheter for å være aktiv og trene. Kvalme vil derfor påvirke informantenes kroppslige opplevelser og gjøre det krevende for de å delta i fysisk aktivitet, da kvalme kan være assosiert med svimmelhet, ubehag og følelse av uvelhet. Kvalmen kan også påvirke hennes persepsjon av kroppen og hennes relasjon til den. I dette utsagnet uttrykker informanten at kvalmen har gjort det vanskelig for henne å fortsette å trene eller oppfatte trening som noe positivt. Kvalmen kan da ha skapt en kroppslig motstand, en hindring som har forstyrret hennes naturlige og spontane bevegelser og dermed endret hennes forhold til trening. I stedet for å oppleve trening som noe som gir henne glede og energi, opplevde hun heller at trening var noe som kan forverre kvalmen og gi henne enda mer ubehag. Igjen ønsker jeg å trekke frem Haakstad et al., sin studie, ettersom i likhet med denne studien opplevde kvinnene som deltok i Haakstad et al, sitt studie at svangerskapsrelaterte plager var hovedårsaken til at fysisk aktivitet ble avsluttet (5). Ved å se på funn fra begge studier kan funnene støtte teorien om at svangerskapsrelaterte plager fører til reduksjon av fysisk aktivitet under svangerskap. Utdragene gir oss et lite innblikk på ubehaget og smertene informantene opplevde. Ingen av kvinnene forventet å ha et helt «problemfritt» svangerskap, og de fleste informantene mente at de hadde et «unormalt svangerskap» på grunn av svangerskapsplagene de møtte. Basert på min tolkning av funnene, er det i stor grad i tråd med hvordan svangerskap fremstilles i samfunnet. For eksempel på HelseNorge sine nettsider blir blant annet kvalme og oppkast, søvnproblemer, bekkenløsning og ryggproblemer definert som «vanlige» problemer (152). Til tross for dette, viser materiale at kvinnene opplever stor usikkerhet når de erfarte økende smerte eller ubehag som følge av «vanlige» svangerskapsplager. De blir usikre på hva som regnes som normale smerter, og hva som skal til for at disse anses som unormale. Både i utsagnene og i materiale kan man se vendepunktet hvor informantene innser at smertene er *unormale*. Ved at informantene er usikre på om smerter er normale eller ikke, er det ikke unaturlig at de føler frykt for å trene. Med andre ord, selv om en rekke svangerskapsproblemer blir beskrevet som en naturlig del av svangerskapet, opplever informantene usikkerhet og tvil når de opplever smerter relatert til svangerskap.

### 6.2.1 Ressurser og støtteapparater

Ut fra funnene kan man se at mangel på tid og tidsprioritering var en barriere for fysisk aktivitet, spesielt under svangerskapet. For flere mennesker kan det være krevende å balansere et aktivt yrke og trening, men det kan være enda mer krevende for gravide kvinner (153). Det er mer krevende for gravide kvinner på grunn av flere årsaker. Ulike årsaker inkluderer de fysiske belastningene graviditet medfører, energitap, mer utsatt for skader og overbelastning, samt tidsbegrensinger (154). Etter svangerskapsplager var energitap, aktivt yrke og tidsbegrensing de hyppigst nevnte årsakene i materiale for treningsbarrierer. Informant 4 forteller: *”Jeg begynte med litt styrke, men måtte jo fort stoppe for det ble rett og slett for mye å både jobbe der jeg jobber”*. Informant 2 utdyper: *”Jeg endte opp med å ikke gå på treningssenteret eller sånne type ting fordi jeg trengte den tiden å komme meg”*. Disse utsagnene kan tolkes som en refleksjon over hvor vanskelig det kan være å balansere arbeid og personlig tid, spesielt når arbeidet er fysisk krevende. Balanse mellom arbeid og personlig tid er avgjørende for å opprettholde god helse og trivsel, og kan hjelpe oss å være mer til stede og engasjert både på jobb og i andre aspekter av livet (24). Samtidig kan det være vanskelig å finne tid og energi til trening og andre aktiviteter som kan bidra til å opprettholde god helse og velvære. Ved bruk av fenomenologi kan dette tolkes som en beskrivelse av hvordan kroppen og omgivelsene påvirker og former hverandre gjennom en subjektiv opplevelse (87). Det er mulig at informanten opplever arbeid og fritid som to forskjellige verdener som må integreres på en måte som ivaretar både kropp og sinn. Da arbeidet til informant 2 krever mye energi og tid blir det ikke noe overskudd igjen til trening på fritiden. Hun nevner at hun må bruke fritiden til å restituere fra jobb. Dette kan peke på behovet for å prioritere egen helse og velvære, selv om det kan føre til avkall på andre aktiviteter som kan ha positive effekter på kroppen og sin, som trening. Disse funnene kan kobles til funnene i studien til Cramp et al., hvor de fant at mangel på tid og energi var en av de vanligste årsakene til at gravide og nye mødre ikke gjennomførte fysisk aktivitet (17). Som følge av å jobbe i et aktivt yrke opplevde noen av informantene mindre energi til gode i hverdagen. Dette funnet trekker oss også inn på hvordan samfunnet muligens setter krav om å være konstant produktiv og effektiv. Alle informantene meddelte at de ønsket å ha et så «normalt» liv som mulig under svangerskapet, de ønsket å både prestere på jobb, samt delta på sosiale arrangementer med venner og familie under svangerskapet. Ved at informantene ønsker å prestere på jobb kan det trekkes en kobling mot Foucault filosofi. I lys av Foucault kan også ønsket om å prestere på jobb under



svangerskap, bli sett på som et forsøk å møte samfunnets kriterier av å være en «god arbeider» (79).

Å ha sterke støtteapparater både fra samfunnet og nære kan hjelpe gravide kvinner med å takle stress, bekymringer og følelsesmessige utfordringer som kan oppstå under svangerskapet (83). Kvinnene som deltok i dette studiet hadde ulike opplevelser omkring støtteapparater. To av informantene følte seg støttet under hele perioden, tre følte seg verken støttet eller ikke støttet, og siste informant følte seg ikke støttet. Informant 2 trekker frem: *”Det hadde jo vært lettere for meg om folk støttet meg. Bare det å ha noen som kunne avlastet litt sånn at jeg eventuelt kunne fått mer overskudd til å kunne gjøre andre ting på måte”*. Informantene som følte seg noe støttet og informantene som ikke følte seg støttet understreker at de ønsket hjelp til hverdagslige plikter, og at nære motiverte eller inspirerte til trening. Ved bruk av fenomenologisk filosofi vil det settes søkelys på informantens subjektive opplevelse av situasjonen i tolkningen. I den fenomenologiske tilnærmingen ønsker vi å se hvordan informantene opplevde situasjonen og hvordan dette påvirket hennes forståelse av verden rundt henne. Det er tydelig at informantene følte seg overveldet av situasjonen og ønsket mer tid og energi til å ta vare på seg selv. Vi kan se at hun føler seg noe alene i situasjonen, ettersom ingen strekker ut en hjelpende hånd. Denne følelsen av isolasjon kan påvirke hennes selvbilde og skape usikkerhet rundt sin rolle som mor og som en person som ønsker å ta vare på egen helse og velvære (87). Funnene om mangel på støtte kan ses i tråd med funnene fra studien til Bedaso et al., som undersøkte viktigheten av gode støttesystemer (83). Studien fant at en betydelig andel av kvinner rapporterte lav sosial støtte, spesielt hvis de var enslige og hadde lav utdanning. Denne likheten i rapportering av dårlige støttesystemer kan ses som en kobling imellom studiene. Det er viktig å nevne at alle kvinnene som deltok i denne studien hadde en partner og hadde høyere utdanning. Så funnene fra Badaso et al., om at ensomhet og lavere utdanning kan ha påvirkning, vil ikke ha noen sammenheng i denne studien. Funnene fra denne delen av studien kan også vise til hvordan kvinner i samfunnet ofte blir stilt ovenfor uforenelige krav og forventninger. I deler av samfunnet skal kvinner ennå ha ansvar for barnepass og husholdning, samtidig som at hun skal ta vare på sin egen helse og trening. Her ser jeg det som svært relevant å se det i lys av Simone de Beauvoir sin filosofi. De Beauvoir ville sannsynligvis se funnene som et eksempel på hvordan kvinner i patriarkalske samfunn blir plassert til å være ansvarlige for omsorgsoppgaver og husholdning, selv om det går på bekostningen av deres personlige frihet og selvrealisering (95). Disse funnene fra materiale om støttesystemer kan dermed også bli sett på som kritikk av den manglende støtten som

kvinner ofte får fra samfunnet og deres nære relasjoner. Uten å ha gode støttesystemer fra både nære, men også samfunnet vil det være krevende for kvinner å kunne balansere sine ansvarsområder og forfølge sine egne mål.

### *6.2.2 Manglende kunnskap og usikkerhet*

Flere kvinner føler at de mangler kunnskap om hvordan de skal trene under svangerskapet, spesielt etter fødsel (2). Da økt kunnskap om fysisk aktivitet ser ut til å være en faktor for treningsmengde, er det viktig å diskutere informantenes treningskunnskap. Funn fra studien viste at kun en av informantene var sikker på at hun hadde lest de statlige rådene som ligger på Helsedirektoratets nettsider. To av informantene hadde hørt om de, og de resterende visste ikke at de eksiterte. Da Helsedirektoratets nettsider inneholder pålitelig informasjon og veiledning som kan hjelpe folk med å ta bedre beslutninger for helsen sin, er det underlig at Helsedirektoratet nettsider blir lite brukt. Da rådene og anbefalingene er dannet med forskning i bunn vil det være en pålitelige informasjonskilde som kan opplyse gravide om hvordan de kan og burde trene under svangerskap (28). Generelt viste funn fra studien at informantene følte de manglet kunnskap om hvordan de skulle trene i de ulike periodene. Informant 6 forklarer det slik: *”Akkurat det med trening under svangerskapet så føler jeg at det ikke er så mye kunnskap rundt det, og jeg kan for lite om det, og jeg tror det er veldig mange som føler på det da”*. Dette kan ses i tråd med studien publisert i *Obstetrics & Gynecology*, som i likhet til denne studien fant at kvinnene hadde begrenset kunnskap om trening under svangerskap og etter (19). Deltagerne i nevnt studie rapporterte også usikkerhet rundt hvilken type trening og øvelser som var trygt og anbefalt. Usikkerhet er også en gjenopptagende følelse som informantene i denne studien rapporterte. Informant 6 forteller videre: *”Jeg var absolutt hele tida litt bekymret, sånn litt redd for å sette i gang noe eller ja, gjøre noe feil da”*. Her finner jeg det relevant å trekke inn Merleau-Ponty, da usikkerhet kan sees i sammenheng med hans fenomenologiske perspektiver på erfaringer. Ifølge Merleau-Ponty, så er kroppen vår et aktivt erfaren *organ* som gir oss direkte opplevelse av verden (103). Kroppen er ikke adskilt fra verden, men snarere en del av den. Våre erfaringer av verden er uløselig knyttet til kroppen vår og vår evne til å handle i verden. Fra dette perspektivet kan usikkerheten informantene opplevde ses som en form for forstyrrelse i deres evne til å handle og forholde seg til verden på en meningsfull måte. Usikkerhet kan oppstå når våre kroppserfaringer er usikre eller forstyrret, for eksempel i dette tilfellet når vi mangler kunnskap om hva som er riktig eller galt å gjøre i en gitt situasjon. For å forsøke å dekke kunnskapshullene fortalte flere av

informantene at de oppsøkte råd og informasjon på blogger. Informant 4 forklarer det slik: *”Jeg var innom en god del ulike blogger og sånt som omhandlet mye om graviditet eller trening i graviditeten da. Var fint å liksom se hvilke øvelser de gjorde, for da tenkte jeg at jeg også kunne gjøre de øvelsene ikke sant”*. Utsagnet til informant 4 blir forstått som et uttrykk for vår menneskelige tendens til å søke etter inspirasjon og kunnskap fra andre mennesker og deres erfaringer. Den greske filosofen Aristoteles hevdet at mennesker er et sosialt dyr som naturlig søker etter fellesskap med andre mennesker (84). Det at informanten søker inspirasjon og kunnskap fra andre mennesker, slik som blogger eller kjente profiler, kan dermed sees som en naturlig utvidelse av vår sosiale natur. Ved å da observere og lære av andre mennesker som har erfaring med trening under og etter svangerskap, innhentet informanten ny lærdom som muligens hjalp henne å takle noe av utfordringene som følger med å være gravid. Samtidig kan utsagnet også sees som et uttrykk for vårt behov for å føle oss inkludert i et fellesskap og å se hva andre mennesker gjør for å oppnå lignende mål som oss selv. Å se hva andre kvinner gjør for å trene under svangerskap, kan gi en følelse av fellesskap og samhørighet med andre som er i samme situasjon. Dette kan være en sentral faktor for å oppleve motivasjon og mestring når man trener under svangerskapet. I likhet med informantene er det flere årsaker til at gravide og kvinner i barselperioder oppsøker råd fra bloggere eller kjente profiler. Den første årsaken er at flere gravide kan finne det lettere å identifisere seg med bloggere eller kjente profiler som er i samme situasjon som dem selv, og som deler sine personlige erfaringer og utfordringer. Dette kan gi en følelse av personlig tilknytning og fellesskap (155). I tillegg vil disse profilene ofte være tilgjengelig via sosiale medier og andre online plattformer, noe som gjør det enkelt for gravide å få tilgang til informasjon og råd når de trenger det. Noen gravide kan også oppleve at de ikke får tilstrekkelig med informasjon eller støtte fra helsepersonell, og derfor søker de alternative kilder for informasjon. Noen gravide kan også være interessert i alternative og såkalte «naturlige» løsninger for å forbedre sin egen helse og velvære, og bloggere eller sentrale profiler kan tilby slike råd og tips. Det er viktig å understreke at ikke alle bloggere eller kjente profiler er kvalifiserte helsepersonell, og deres råd bør ikke erstatte profesjonell medisinsk rådgiving eller behandling.

Funnene viser at informantenes opplevelser knyttet til usikkerhet, skuffelse og redsel var gjennomgående temaer under tanker om trening. Disse opplevelsene varierte avhengig av individuelle faktorer som livsstil, helsestatus, fødselsopplevelse og tidligere erfaring med trening. Da kvinner kan ha svært forskjellige tanker rundt fysisk aktivitet, spesielt under barselperioden, var det viktig å trekke frem dette temaet i diskusjonen. Noen kvinner kan

oppleve det som positivt å trene i barselperioden siden det kan gi en følelse av mer energi og hjelper dem med å takle søvnmangel og stress knyttet til å ta vare på et nyfødt barn (19). De kan også føle at det gir dem en opplevelse av kontroll og mestring over egen kropp, samt ha nytte av de fysiske fordelene som trening kan ha. På den andre siden kan noen kvinner oppleve det som utfordrende og belastende å trene i barselperioden. I utsagnet til informant 4, kan vi se en kombinasjon av både den mentale utfordring å dra på trening, samt mestringsfølelsen etter: *”Det var en kneik, det var tøft. Veldig tungt mentalt å gå ut den døra, men samtidig veldig deilig etterpå.”*. Filosofisk sett kan dette utsagnet bli sett på som en form for personlig vekst og utvikling. Ved å møte motstanden og overvinne den, kan informanten utvikle en følelse av indre styrke og selvtillit. Gjennom denne erfaringen kan informanten også lære om sine egne begrensinger og muligheter, og utvikle en dypere forståelse av seg selv og sin egen evne til å takle utfordringer. Dette kan skape en ny forståelse og respekt for hva kroppen er i stand til å gjøre som kan bidra til å gi en ny bevissthet om kroppens funksjon og styrke. Dermed kan opplevelsen av å overvinne motstand bidra til å styrke ens følelse av frihet og selvrealisering. Ifølge de Beauvoir er frihet ikke bare en tilstand av fravær av ytre begrensinger, men også en indre opplevelse av å kunne ta valg og handle i tråd med ens egen vilje og verdier (107). I dette tilfellet kan opplevelsen av å overvinne motstand som følger med å trene etter fødsel, bidra til å styrke ens følelse av frihet og selvstyrke, ved å vise at en har evnen til å handle i tråd med ens egne mål og ønsker. Utsagnet til informanten kan også bli knyttet til de Beauvoirs filosofi om selvrealisering. Ifølge de Beauvoir er selvrealisering en kontinuerlig prosess hvor man søker å utvikle sine egne evner og interesser og realisere sitt fulle potensial som menneske (95). Ved å overvinne motstanden og gjennomføre treningen, kan informanten oppleve en følelse av selvrealisering og stolthet over å ha tatt et viktig steg i å ta vare på sin egen helse og velvære. Tidligere studier har også vist at kvinner kan ha ulike opplevelser av trening under svangerskap og i barselperioden som kan påvirke kvinnens syn på fysisk aktivitet. Studien til Wen et al., fant at kvinner som hadde en positiv holdning til trening, hadde en større sannsynlighet for å fortsette med trening under svangerskapet og etter svangerskapet (4). Dette kan ses som en sammenheng da informantene i denne studien utførte mest trening i perioder hvor de ikke følte frykt eller usikkerhet rundt trening. Disse funnene kan vise til viktigheten av at kvinner må få bedre informasjon om hva slags trening de kan utføre under periodene. Uten denne informasjonen oppstår det usikkerhet og frykt, som kan føre til en reduksjon i aktivitetsmengde

### 6.2.3 Reduksjon av motivasjon

Funnene fra denne studien viste til at alle kvinnene følte seg svært motivert til å trene under svangerskapet og i perioden etter. Men at denne motivasjonen sank betraktelig som følge av svangerskapsrelaterte plager, spesielt under svangerskapet. Dermed kan nedsatt motivasjon også bli sett på som en barriere for å utføre fysisk aktivitet. Informant 5 trekker frem:

*”Kroppen gjorde så vondt så da følte jeg at jeg ikke kunne gjøre noen ting, så da mister man litt motivasjonen”*. Ved å anvende fenomenologisk filosofi velger jeg å sette fokus på hvordan informantene opplever tap av treningsmotivasjon som følge av svangerskapsplager, og hvordan dette påvirker deres forhold til trening og hennes kropp (87). I utsagnet forteller informant 5 om hvordan smertene gjorde så vondt at hun følte at hun ikke kunne gjøre noen ting. Dette kan tolkes som en opplevelse av at hennes kropp ikke lenger var i stand til å utføre den typen trening hun var vant til, og at dette førte til at hun mistet motivasjonen til å fortsette. Hennes følelse av å miste motivasjon kan tolkes som at trening ikke lenger var så viktig eller meningsfullt for henne som det hadde vært tidligere. Hun kan ha følt at det var umulig å oppnå de samme resultatene eller godene trening bringer som før, og derfor kunne hun miste troen på verdien av å trene. Selv om informant 5 mistet treningsmotivasjon under svangerskapet, følte hun en svær økning i treningsmotivasjon etter svangerskap. Denne økningen i treningsmotivasjon etter fødsel er en gjennomgående opplevelse blant materiale. Etter fødsel fortalte alle informantene at de følte seg svært motivert for å komme tilbake til trening igjen. Som en følge av at informantene ikke kunne trene under svangerskapet, rapporterte de at de var svært klare for å begynne å trene igjen etter fødsel. Informant 3 utdyper: *”Jeg var veldig keen på å komme tilbake igjen i kroppen min uavhengig om det var i like god form eller ikke.”* Informant 6 forteller videre: *”Du kommer deg endelig igjennom fødselen, og du er super gira, er så motivert og klar for å finne tilbake deg selv for det er liksom satt litt på vent, du savner deg selv”*. Informant 6 har en klar bevissthet om hva hun ønsker å oppnå og hva hun vil gjøre for å komme dit, men hun møter motstand fra kroppen som ikke er i stand til å gjøre det hun ønsker. Opplevelsen av å ønske å gå fullt ut, men kroppen holder deg igjen er et eksempel på en fenomenologisk konflikt mellom kropp og sinn (87). Denne motstanden skaper en frustrasjon som kan føre til at motivasjonen og ønske om å trene gradvis avtar. Samtidig er det interessant å merke seg at informanten også beskriver en opplevelse av at prosessen med å komme i form etter fødselen tok lengre tid enn hva hun hadde forventet, og at dette bidro til å redusere motivasjonen. Dette kan tolkes som en opplevelse av å ha urealistiske forventninger til hva hun kan oppnå på kort tid, og en

manglende aksept av at det tar tid å komme i form og å gjenoppbygge kroppen etter en så stor fysiologisk endring etter fødsel. I helhet viser utsagnet den komplekse og utfordrende prosessen med å gjenoppbygge kroppen etter fødsel, og den fenomenologiske konflikten mellom kropp og sinn som kan oppstå i denne prosessen. Uttalelsen fra informant 3 kan forstås som en fenomenologisk beskrivelse av kvinners opplevelse av kroppen etter fødsel. Informanten beskriver at det var viktig for henne å føle at hun hadde fått kroppen sin tilbake igjen, uavhengig av om den var i like god form som før eller ikke. Dette kan tolkes som en opplevelse av å miste kontroll over kroppen under graviditet og fødsel, og en lengsel etter å gjenopprette en følelse av eierskap og autonomi over egen kropp (87). Videre beskriver informanten en endring i fokus fra det estetiske til det helsemessige aspektet ved kroppen. Dette kan tolkes som en bevegelse fra en ekstern vurdering av kroppen, til en mer intern og helhetlig forståelse av kroppen som en del av ens totale helse og velvære. Dette kan også være en reaksjon på de fysiske og emosjonelle utfordringene som følger med fødselen og en erkjennelse av virkeligheten av å ta vare på kroppen for å håndtere disse utfordringene på best mulig måte. Den hyppigst nevnte motivasjonsfaktoren blant informantene var ønske om å «komme tilbake» til egen kropp. Det kan være flere årsaker til at informantene følte at de ønsket å komme raskt tilbake til «egen kropp» etter fødsel, men hovedsakelig så følte de seg ikke vel i den «andre» kroppen. Følelsen informantene rapporterer om å ikke føle seg vel, eller ikke å være fornøyd med egen kropp kan ligne resultatene i studien til Hodgkinson et al., som oppdaget at kvinner ofte følte kroppspress og misnøye med egen kropp (82). Da flere kvinner opplever endringer i kroppen sin, som vektøkning, strekkmerker og tretthet, kan dette påvirke deres selvfølelse og selvbilde. Dette kan føre til at kvinner ønsker å komme tilbake til sin tidligere kroppsform for å føle seg mer komfortabel i sin egen kropp igjen.

En kroppslig endring som informantene hadde mye tanker og følelser rundt var vektøkning. Reduksjon av vekt var den hyppigst nevnte motivasjonen etter fødsel. Informant 2 forteller om hennes opplevelse med vektøkning: *”Jeg hadde det ikke bra da, sånn inne i kroppen, så var jo en motivasjon i seg selv. Rett og slett siden jeg hadde gått opp 30kg, så jeg følte meg ikke helt vell”*. Ved bruk av fenomenologisk filosofi vil det bli satt fokus på hvordan opplevelsen av ens egen kropp kan påvirke ens selvbilde og identitet (87). I likhet med flere av informantene opplever mange kvinner store endringer i kroppen sin, både i form av vektøkning og tap av ens muskelstyrke (2). Dette kan ha påvirkning på ens selvfølelse og opplevelse av egen identitet, og kan i noen tilfeller føle til negative tanker og følelser. Fra et fenomenologisk perspektiv kan man se på hvordan denne opplevelsen av egen kropp påvirker

ens opplevelse av verden og seg selv. Når informantene opplevde store endringer i kroppen sin etter fødsel, kan dette ha påvirket deres oppfatning av verden og av seg selv. De kan føle seg fremmedgjort fra sin egen kropp og oppleve at de ikke kjenner seg selv igjen. Simone de Beauvoir argumenterte for at kvinner opplevde en «annenhet» i samfunnet som følge av den patriarkalske strukturen som har eksistert igjennom historien (95). Med dette i bakhodet kan utsagnet vise en følelse av tap av kontroll over sin egen kropp, og en følelse av å være «for stor og for svak», slik som informant 3 beskriver i utsagnet. Å ha gått opp 30 kg og føle seg «for stor» kan være en opplevelse av å ha mistet sin identitet og frihet, som igjen kan føre til følelse av depresjon eller mismot. Samtidig forteller informanten at vektøkningen og tap av muskelmassen ble en motivasjon for å endre sin situasjon. Ut ifra utsagnet kan vi forså at hun ønsker å komme tilbake til en tilstand hvor hun føler seg komfortabel i sin egen kropp og hvor hun har styrken til å gjøre det hun ønsker. Dette kan både ses på som en positiv handling, hvor kvinnen forsøker å gjenopprette kontroll og autonomi over egen kropp, samt en form for motstand mot denne «annenheten».

Selv om kvinnene opplevde høy motivasjon i begynnelsen etter svangerskap, sank også denne motivasjonen over tid. Informantene rapporterte at hovedårsaken for nedgang i motivasjon etter svangerskap var undervurdering av tiden det tok å komme tilbake i form. Informant 6 trekker frem: *”Men så ser du at «oi, det her er en mye lengre prosess», og det er litt drepen altså”*. Informant 3 forteller: *”Det var en lang prosess altså å komme tilbake, og det for meg har vært et sjokk”*. En mulig tolkning av utsagnet er knyttet til ideen om kunnskap og erfaring. Informanten beskriver at hun ikke hadde noe kunnskap eller forventninger om hvor tøff og langvarig prosessen med å komme tilbake i form etter fødsel vil være. Hun oppdaget det først gjennom egen erfaring og ved å søke informasjon på egen hånd. Denne tolkningen kan peke på et bredere tema om hvordan vi tilregner oss kunnskap og erfaring. Det kan argumenteres for at kunnskap ikke bare kan overføres gjennom teoretiske eller verbale uttrykk, men at det også er en subjektiv og erfaringstung dimensjon til det å lære og forstå (88). Kvinnen i utsagnet beskriver en erfaringstung dimensjon, hvor hun måtte gjennomleve og oppleve noe selv før hun forstod omfanget av det. Denne tolkningen kan også knyttes til etikken, og spesielt ideen om omsorg. Informanten uttrykker et ønske om at noen hadde fortalt henne om hva hun kunne forventet etter fødselen, og hvordan hun kunne håndtere det. Dette kan ses som et uttrykk for et behov for omsorg og støtte fra samfunnet rundt henne. Det kan argumenteres for at samfunnet har et etisk ansvar for å sørge for at kvinner som går gjennom barselperioden har tilgang til informasjon og støtte som kan hjelpe dem gjennom denne

utfordrende tiden. Dette utsagnet kan knyttes til Merleau-Pontys fenomenologiske tilnærming til kroppslige erfaringer og bevissthet (87). Merleau-Ponty ville antageligvis hevde at informantenes erfaring med å komme tilbake i form etter fødsel kan tolkes som en kroppslig erfaring som ikke kan beskrives fullt ut gjennom verbale eller teoretiske uttrykk alene. Denne erfaringen involverer heller en dyp forankring i kroppslig bevissthet, og at det er gjennom denne bevisstheten vi opplever og forstår det som skjer med kroppen vår. Videre kan det hevdes at informanten har opplevd en forandring i sin kroppslige tilstand, og som har blitt konfrontert med en annen kroppslig tilstand enn hva hun var vant til. Merleau-Ponty vil hevde at denne forandringen har implikasjoner for hennes opplevelse av seg selv og verden rundt henne, og at denne opplevelsen igjen ikke kan beskrives fullt ut gjennom verbale eller teoretiske uttrykk alene. Dette er i tråd med funnene fra studien til Sharon J. Herring, som fant at kvinnene undervurderte tiden det tok å komme i form etter fødsel (39). Funnene fra disse studiene kombinert viser betydningen av å informere helsepersonell eller andre aktører om viktigheten av å gi realistisk informasjon og støtte for å hjelpe kvinner med å nå sine helsemål etter fødsel.

### 6.3 Samfunnets påvirkning

Funn fra studien viser at nesten alle informantene følte de fikk ingen informasjon om hvordan de skulle trene under de ulike periodene fra helsepersonell. Unntaket var to informanter, hvor den ene informant ikke husket om hun fikk informasjon, og den andre fikk vag informasjon etter hun selv måtte spørre. Informant 2 trekker frem: *"Jeg fikk ikke noe informasjon om trening eller noe tilbud nei"*. Dette kan ses i tråd med studien til Evenson et al., som fant at mangel av støtte og veiledning fra helsepersonell var en mulig barriere for fysisk aktivitet under svangerskapet (18). Selv om Evenson et al., sin studie var publisert i 2009, tyder funnene fra denne studien at kvinner ennå ikke får tilstrekkelig støtte og informasjon fra helsepersonell under periodene. Selv om en av informantene fikk noe informasjon utdypet hun at de var veldig vage. Rådene som informanten fikk, inkluderte å lytte til kroppen, roe ned tempo og ikke gjøre noe hun ikke orket. Et fellestrekk i materiale var også at nesten alle kvinnene ikke fikk noe informasjon om alternativ trening som følge av svangerskapsrelaterte plager. Treningsforbud blant informantene som dro til lege eller annet helsepersonell ble ikke gitt før skader eller sterke plager var oppnådd. Informant 6 forteller: *"Der fikk jeg jo beskjed at jeg ikke måtte finne på å verken løpe eller hoppe eller trene tungt. Men det igjen, ingen hadde fortalt meg det"*. I lys av Simone de Beauvoir kan disse erfaringene kvinnene hadde med helsepersonell bli sett som et eksempel på hvordan kvinner kan bli oversett eller



marginalisert av helsevesenet og samfunnet generelt. De Beauvoir uttrykket at kvinner har blitt undertrykket og ignorert av menn og institusjoner som helsevesenet, som historisk sett har blitt dominert av menn (95). Ved at helsepersonell gir vage og generelle anbefalinger om trening, og ikke gir kvinner tilpasset informasjon som de trenger for å kunne trene på en trygg og effektiv måte, kan være et tegn på at vi ennå lever i et samfunn som prioriterer det mannlige kjønn over det kvinnelige. Denne delen av funnene kan dermed ses som en illustrasjon av hvordan kvinner fortsatt ikke får tilstrekkelig støtte og veiledning når det gjelder helse og velvære, og hvordan denne mangelen på støtte kan føre til at kvinner blir begrenset i sine muligheter til å leve fullstendige og sunnere liv. En av informantene utdyper også hvordan hun følte seg som en informasjonskilde for helsepersonell: *”Jeg tror faktisk de ikke har informasjon nok, og da blir det ofte til at når du sier at du jobber på treningsstudio at du blir deres informasjonskilde på en måte”*. Dette kan skape en opplevelse av usikkerhet da helsepersonell trekker konklusjonen at informanten ikke trenger informasjon ut ifra hennes arbeidsplass. Da informanten kun sa at hun jobbet på treningsstudio, betydde ikke dette at hun jobbet som PT eller trener, hun kunne for eksempel ha jobbet som markedsfører som ikke ville hatt noe utdanning i trening. Ved at helsepersonell ikke tilbyr informasjon til informanten på grunnlag at hun jobber på treningsstudio kan det skape en følelse av skam for informanten. Hvis informanten hadde jobbet som PT eller trener, kan de oppleve skam knyttet til at de ikke har nok kunnskap innenfor et emne de arbeider med. Kvinnene kunne da få en følelse av at de ikke lever opp til forventningene eller kravene som samfunnet stiller til en, og at man dermed oppfatter seg selv som mindreverdige eller utilstrekkelige. Fenomenologisk sett kan skamopplevelsen beskrives som en forstyrrelse av ens selvopplevelse og selvilde, som fører til en opplevelse av disintegrasjon og splittelse (87). Det kan være en følelse av at man mister kontrollen over sin egen selvforståelse, og at man ikke oppfatter seg selv på en måte som ikke samsvarer med ens egentlige selvforståelse. I helhet er det vesentlig at helsepersonell ikke antar at kvinner automatisk vet hvordan de skal trene under svangerskapet og etter fødsel. Selv om noen kvinner har kunnskap om erfaring med trening før graviditet, kan de ennå ha behov for veiledning og tilpasninger i trening under graviditet og etter.

### *6.3.1 Ønske om hjelp*

Funn fra studien viser at fem av seks informanter følte at de ikke fikk nok informasjon om trening under svangerskap og heller ikke etter fødsel. Kvinnene understreker også at deres helse ble spesielt nedprioritert i forhold til barnet sitt. De forteller at det var kun mye

oppmerksomhet rundt amming, søvnbehov, bleieskift og babyens generelle velvære, og at deres egne behov og helse ble oversett eller nedprioritert. Informant 4 trekker frem: *”Alt fokuset er der, det er kun barnet. Det er ikke noe sånt «hvordan har du det». Jeg tror nok at hvis jeg hadde fått det spørsmålet så hadde jeg knekt sammen”*. Utsagnet og materialet generelt viser at informantene opplever en følelse av avstand eller mangel på tillit til helsepersonell, da de får inntrykk av at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om trening under svangerskap og etter fødsel. Dette kan påvirke kvinnes evne til å søke hjelp og veiledning fra helsepersonell, og kan føre til at de i stedet søker informasjon og støtte fra alternative kilder. Fenomenologisk sett kan dette tolkes som en opplevelse av å miste kontrollen over ens eget liv og helse og føle seg neglisjert av helsevesenet som er der for å hjelpe (87). En fenomenologisk tilnærming vil imidlertid også legge vekt på denne opplevelsen i en større kontekst, og at det er viktig å forstå de kulturelle, sosiale og historiske faktorene som påvirker denne opplevelsen. Fra disse funnene kan man se likheter fra resultatene i studien til McLeish et al., som undersøkte forventninger og erfaringer fra førstegangsfødende med hensyn til postnatal omsorg i England (31). Kvinnene i dette studie opplevde også at de ikke fikk tilstrekkelig støtte og oppfølging fra helsepersonell etter fødsel. Dermed støtter funnene fra McLeish et al., sin studie de erfaringene kvinnene i denne studien rapporterte. I lys av Merleau-Pontys filosofi kan funnene fra denne studien vise et eksempel på hvordan kvinners kroppslige opplevelser og erfaringer ofte blir oversett og undertrykket i patriarkalske samfunn (103). Merleau-Ponty ville trolig påpekt at kvinners opplevelse av å føde et barn og ta vare på det nyfødte barnet ikke kan skilles fra deres mentale og følelsesmessige opplevelse. Både å ta vare på et barn og erfaringen av å føde kan forme kvinnes livssituasjon. Det er derfor viktig å anerkjenne og ta hensyn til disse opplevelsene når man snakker om opplevelsen av svangerskap, fødsel og omsorg for et nyfødt barn. Det er også sentralt å trekke frem hvordan samfunnets normer og forventninger kan påvirke kvinners oppfatning av seg selv og deres egne behov. I et patriarkalske samfunn blir kvinners kropp ofte redusert til en rolle som mor og omsorgsperson, noe som kan føre til at kvinners egne behov og opplevelser blir oversett (95). Dette kan igjen føre til at kvinner ikke føler seg i stand til å uttrykke sine egne behov og bekymringer i forbindelse med svangerskap. Disse problemene gjelder ikke bare kvinners kroppslige opplevelser, men også deres mentale og følelsesmessige opplevelser. Kvinners erfaringer med å bli oversett og undertrykt på grunn av kjønn er en form for marginalisering som påvirker deres liv, og dette er et mulig eksempel på hvordan samfunnet har skapt en disproporsjonal maktbalanse mellom kjønnene.

## 7.0 Avsluttende refleksjon

I denne oppgaven har det blitt utforsket kvinnenes erfaringer med fysisk aktivitet under svangerskapet og frem til ett år etter fødsel. Videre har det blitt undersøkt hva slags informasjon og råd kvinnene mottok om fysisk aktivitet fra eksterne kilder. Gjennom informantenes beskrivelser og refleksjoner om sine opplevelser, har jeg fått et innblikk i hvordan den moderne kvinnen opplever trening under de ulike periodene, og hvordan trening kan påvirke deres selvoppfatning. I oppgaven har det blitt tatt for seg flere ulike aspekter ved fenomenet for å forsøke å innhente relevante og beskrivende erfaringer og opplevelser.

Resultatene belyser tre hovedtemaer. For det første opplever kvinner det krevende å trene under svangerskap og i perioden etter på grunn av flere ulike årsaker og barrierer. Årsaker og barrierer som kvinnene erfarte inkluderte svangerskapsrelaterte plager, krevende yrker, dårlige støtteapparater, Covid-19 pandemien, samt mangel på tid og kunnskap. På grunn av slike barrierer uttrykket kvinnene følelser av usikkerhet, skuffelse og redsel under trening i løpet av svangerskapet og etter fødsel. For det andre belyser oppgaven at kvinnene opplevde mangel på råd og informasjon om fysisk aktivitet fra helsepersonell. Kvinnene rapporterte også opplevelser av at deres helse ble nedprioritert etter fødsel, sammenlignet med barnet. For det tredje belyser oppgaven ønsket om mer oppfølging og fokus fra helsetjenesten rundt hvordan man skal trene under svangerskapet og etter. Funnene i denne oppgaven samsvarer med andre nevnte studier av kvinners opplevelse av fysisk aktivitet under og etter svangerskap.

Gjennom oppgaven har hermeneutikken og fenomenologiske teorier blitt anvendt for å analysere og diskutere erfaringene til informantene. Fenomenologien har også blitt anvendt for å sette søkelys på forståelsen av kropp og bevegelser som bidrar til å gi innsikt i hvordan bevegelse er eksistensielt for mennesket, siden sansing, persepsjon og bevegelse forstås som en organisk enhet. I oppgaven har det spesielt blitt anvendt fenomenologiske teorier fra Simone de Beauvoir og Maurice Merleau-Ponty for å kunne få mer innsikt i hvordan tilstandsendringer opptrer i et livslangt samspill med sosiale betingelser. Videre har Foucault og Wetterbergs teorier om samfunnets påvirkning og overvåking blitt anvendt for å synliggjøre påvirkningen samfunnet har på gravide og kvinner i barselperioden.

## 7.1 Styrker og svakheter ved oppgaven

Studien har et begrenset utvalg, da den kun består av seks informanter. Dermed vil ikke utvalget være representativt for den generelle befolkningen. Med bakgrunn i dette er ikke studien representativ for overføring, men er gjennomført med et mål om å kunne få økt forståelse av hvordan kvinner opplever å trene under svangerskap og etter. For mennesker som arbeider med gravide og kvinner i barselperioden, kan mine funn være av interesse for å se på en mulig tilnærming for å strebe mot mål om å skape mindre usikkerhet og støtte for kvinnene. Et annet aspekt jeg har tatt i betraktning er at alle informantene utførte store mengder fysisk aktivitet før svangerskapet. Studien inneholder dermed ingen kvinner som hadde lite treningserfaring før svangerskapet. Det kan tenkes at kvinner med lite treningserfaring før svangerskap kan ha andre erfaringer under svangerskapet og etter, enn de med mer treningserfaring. Denne studien baserte seg på seks kvinners intervjuer som bodde innenfor eller i nærheten av det geografiske området Oslo og Viken. Ved at kvinnene bodde innenfor eller i nærheten av disse områdene, kan deres erfaringer med helsepersonell være ganske lik. Ved å ikke inkludere områder utenfor gitt geografisk område, kan andres erfaringer og syn på helsepersonell eller andre aktører være ulikt. Det er derfor viktig å påpeke at studien ikke dekker et stort nok geografisk omfang for å få en sterk forståelse av samhandling med helsepersonell og andre aktører. Studien tok heller ikke for seg økonomisk status som kan være en svakhet. Det kan tenkes at kvinner med svært variert inntekt kan ha ulike erfaringer og opplevelser med trening, ressurser og støtteapparater. En svakhet i studien er også at alle kvinnene som deltok hadde samme etnisitet og hadde høyere utdanning. Ved at alle informantene var homogene kan det ha ført til at erfaringer knyttet til utdanning og etnisitet har ikke blitt inkludert. Den siste svakheten som skal nevnes er helsetilstand. Denne studien inkluderte alle kvinner som hadde vært gravide i løpet av gitt tidsperiode, uansett helsetilstand. I denne studien var det ingen kvinner som delte informasjon om deres helsetilstand utenfor svangerskap og i barselperioden. Det må tas i betraktning at kvinner som gjennomgår sykdom eller har en diagnose, kan ha en annen erfaring med trening under periodene.

En av studiens styrker er bruken av kvalitativ metode. Ved å bruke kvalitativ metode ga dette en grundig og omfattende forståelse av fenomenet og dens kontekst og avdekket subtile nyanser og kompleksiteter som ellers kunne gå tapt i kvantitativ metode (88). Den neste styrken er bruken av semistrukturerte intervjuer. Ved å ha forhåndsbestemte spørsmål, sikrer

en semistrukturert intervjuguide at alle informantene blir bedt om å svare på de samme spørsmålene. Ved å benytte disse fremgangsmåtene kan det bli hentet inn mer informasjon som vil styrke resultatene. Ved å utføre et intervju vil det også gi muligheten til å spørre oppfølgingsspørsmål hvis noe er uklart. Dermed kan feiloppfatninger korrigeres og avklares fortløpende. Intervju vil også medvirke til at informanten får tid til å reflektere, noe som kan være lettere for noen informanter enn andre og som er nyttig for hukommelse. Den siste styrken som vil bli nevnt er ulikhetene mellom informantene, slik som yrke, bosted, alder og tidspunktet de var gravide. Ved at informantene dekker ulike områder kan dette gi en mer omfattende forståelse av fenomenet, da de kan bringe med seg ulike perspektiver, erfaringer og kunnskaper. Selv om det kun deltok informanter som er bosatt i Oslo og Viken, omfatter området et høyt antall innbyggere som øker sannsynligheten for et representativt utvalg. Dette kan bidra til å avdekke variasjon og kompleksitet i fenomenet. I tillegg vil variasjon mellom informanter kunne bidra til å øke validiteten av studien, da dette kan bidra til å bekrefte eller utfordre funn fra ulike perspektiver og kontekster.

## 7.2 Framtidig forskning

Jeg har med denne oppgaven forsøkt å få frem hvordan kvinner erfarte å trene under svangerskapet og etter, samt hvilke råd de fikk. I lys av mine funn er dette spørsmål som oppstår og som kan fokuseres videre på i fremtiden. Et punkt som kom opp i materialet var samboer eller ektefelles erfaring og opplevelse under periodene. Noen av informantene uttrykket at deres partnere også opplevde usikkerhet rundt trening, og denne usikkerheten førte til at de var bekymret for den gravides kvinne helse. En informant nevnte også at ektemannen følte seg ofte utenfor, da han ikke fikk noe informasjon fra helsepersonell. Det kunne dermed være interessant å studere et utvalg av menn og deres opplevelse av å ha en partner som gjennomgår et svangerskap.

Videre kunne man også forsket på forskjellen i erfaringer blant førstegangsfødende mot andregangsfødende. Det kunne vært spennende å utforske om førstegangsfødende faktisk opplever mer stress, enn andregangsfødende. Det kan også bli utforsket om andregangsfødende kvinner får noe annerledes informasjon av helsepersonell enn førstegangsfødende. En annen mulighet for videre forskning kan ligge i helsepersonells kunnskap og rutiner for råd og informasjon om trening under periodene. Ved å studere deres

kunnskap og rutiner, kan dette gi muligheten til å finne områder med kunnskapshull som bør håndteres eller styrkes.

### 7.3 Avsluttende tanker

I dette prosjektet søkte jeg å undersøke kvinners erfaring med å trene under svangerskapet og i perioden etter. Det ble også satt søkelys på hva slags råd og informasjon kvinnene fikk.

Målet med å utforske tematikken var å få dypere forståelse rundt hvordan kvinnene opplevde det å trene, og det ble særlig rettet mot hvordan kulturelle strømninger i samfunnet påvirker kvinners utvikling av meningsfulle forståelser av fysisk aktivitet under svangerskap og etter.

Kvinner opplever flere utfordringer når det gjelder fysisk aktivitet under svangerskapet og etter fødsel. Selv om mange kvinner har et ønske om å være aktiv i perioden, møter de flere barrierer som hindrer dem i å opprettholde et tilstrekkelig aktivitetsnivå. Med bakgrunn i oppgavens resultater bør kunnskap om fysisk aktivitet under periodene få mer fokus i samfunnet. Kvinnene som deltok i studien uttrykket et behov for støtte og hjelp i periodene, og understreket at manglende informasjon førte til usikkerhet og frykt som begrenset deres treningsmengde. Disse funnene viser at helsevesenet må tilby mer støtte, hjelp og informasjon til den gravide, spesielt i perioden etter. Forhåpentligvis kan resultatene fra denne oppgaven bidra til å presentere en verdifull dybdeopplevelse av kvinners erfaring med fysisk aktivitet som inkluderer barrierer, behov og ønsker for videre oppfølging. Videre kan resultatene brukes til å informere helsepersonell og andre aktører om hvordan man best kan støtte og oppmuntre kvinner til å være aktive i disse periodene.

## Referanseliste

1. Sjøberg J. Hvor hardt er det greit å trene som gravid? Her er det store kunnskapshull. Aftenposten. 9. mars 2023;2.
2. Lie K, Brandser B. Idrettens treningslære. 2. utg. 6860 St.Olavs plass 0130 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
3. Haakstad LAH, Torset B, Bø K. What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. Midwifery. januar 2016;32:81–6.
4. Evenson KR, Wen F. Prevalence and correlates of objectively measured physical activity and sedentary behavior among US pregnant women. Prev Med. 2011;53(1–2):39–43.
5. Haakstad LAH, Voldner N, Henriksen T, Bø K. Why do pregnant women stop exercising in the third trimester? Acta Obstet Gynecol Scand. november 2009;88(11):1267–75.
6. Brown WJ, Trost SG. Life transitions and changing physical activity patterns in young women. American Journal of Preventive Medicine. august 2003;25(2):140–3.
7. Zhao G, Ford ES, Li C, Balluz LS. Physical activity in U.S. older adults with diabetes mellitus: prevalence and correlates of meeting physical activity recommendations. J Am Geriatr Soc. januar 2011;59(1):132–7.
8. Owe KM, Nystad W, Skjaerven R, Stigum H, Bø K. Exercise during pregnancy and the gestational age distribution: a cohort study. Med Sci Sports Exerc. juni 2012;44(6):1067–74.
9. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Co. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, [Internett]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.; 2008. Tilgjengelig på: [https://health.gov/sites/default/files/2019-10/CommitteeReport\\_7.pdf](https://health.gov/sites/default/files/2019-10/CommitteeReport_7.pdf)
10. Hesketh KR, Evenson KR. Prevalence of U.S. Pregnant Women Meeting 2015 ACOG Physical Activity Guidelines. Am J Prev Med. september 2016;51(3):e87-89.
11. Haakstad LAH, Voldner N, Henriksen T, Bø K. Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(5):559–64.
12. Zhao R, Zhou J, Li Y, Huang J, Huang Y. Physical activity and risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Therapeutic Advances in Chronic Disease (TACD. 2019;10.
13. Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Mascio D, Di Tommaso M, Berghella V. Exercise During Pregnancy and Risk of Preterm Birth in Overweight and Obese Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Obstetrical & Gynecological Survey. august 2017;72(8):457–8.

14. Harrison C, Brown W, Hayman M, Moran L, Redman L. The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Semin Reprod Med.* 11. mai 2016;34(02):e28–37.
15. Domingues MR, Bassani DG, da Silva SG, Coll C de VN, da Silva BGC, Hallal PC. Physical activity during pregnancy and maternal-child health (PAMELA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 24. mai 2015;16:227.
16. . H, Sathyaprabha B, Venkatesh N, Sivakumar R. Physical Activity and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy- A Cross-sectional Study. *JCDR [Internett].* 2022 [sitert 4. april 2023]; Tilgjengelig på: [https://www.jcdr.net//article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2022&month=June&volume=16&issue=6&page=YC12-YC14&id=16492](https://www.jcdr.net//article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2022&month=June&volume=16&issue=6&page=YC12-YC14&id=16492)
17. Cramp AG, Bray SR. A Prospective Examination of Exercise and Barrier Self-efficacy to Engage in Leisure-Time Physical Activity During Pregnancy. *ann behav med.* juni 2009;37(3):325–34.
18. Evenson KR, Moos MK, Carrier K, Siega-Riz AM. Perceived Barriers to Physical Activity Among Pregnant Women. *Matern Child Health J.* mai 2009;13(3):364–75.
19. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics & Gynecology.* april 2020;135(4):e178–88.
20. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health.* 2015;7(6):527–31.
21. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, mfl. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med.* november 2018;52(21):1339–46.
22. Mohd Azahadi O, Su TT, Khor GL, Sim PS, Norlijah O. Physical activity patterns and maternal socio-demographic factors during the third trimester of pregnancy in a North-Eastern Malaysian population. *BMC public health,* 11(1), 1-8. 2011;
23. Sagedal L, Øverby N, Bere E, Torstveit M, Lohne-Seiler H, Småstuen M, mfl. Lifestyle intervention to limit gestational weight gain: the Norwegian Fit for Delivery randomised controlled trial. *BJOG: Int J Obstet Gy.* januar 2017;124(1):97–109.
24. Domenjoz I, Kayser B, Boulvain M. Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* oktober 2014;211(4):401.e1-401.e11.
25. Pereira MA, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Peterson KE, Gillman MW. Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: Project Viva. *Am J Prev Med.* april 2007;32(4):312–9.
26. Mottola MF. Exercise in the Postpartum Period: Practical Applications. *Current Sports Medicine Reports.* desember 2002;1(6):362–8.



27. Gaston A, Cramp A. Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants. *Journal of Science and Medicine in Sport*. juli 2011;14(4):299–305.
28. Helsedirektoratet. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling [Internett]. Helsedirektoratet. 2022 [sitert 22. september 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/gravide>
29. Price BB, Amini SB, Kappeler K. Exercise in Pregnancy: Effect on Fitness and Obstetric Outcomes—A Randomized Trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. desember 2012;44(12):2263–9.
30. Evenson KR, Mottola MF, Owe KM, Rousham EK, Brown WJ. Summary of International Guidelines for Physical Activity After Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*. juli 2014;69(7):407–14.
31. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Henderson J, Malouf R, Alderdice F. First-Time Mothers' Expectations and Experiences of Postnatal Care in England. *Qual Health Res*. oktober 2020;30(12):1876–87.
32. Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling. 3. utg. Bergen: Fagbokforl; 2015.
33. Torstveit MK, Siler HL, Berntsen S, Anderssen SA. Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
34. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, redaktør. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett]. 19. juli 2006 [sitert 19. oktober 2022]; Tilgjengelig på: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000180.pub2>
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Exercise in pregnancy. London; 2006.
36. Claesson IM, Sydsjö G, Brynhildsen J, Cedergren M, Jeppsson A, Nyström F, mfl. Weight gain restriction for obese pregnant women: a case-control intervention study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 26. oktober 2007;115(1):44–50.
37. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, redaktør. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett]. 15. juni 2015 [sitert 18. oktober 2022];2015(6). Tilgjengelig på: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007145.pub3>
38. da Silva SG, Ricardo LI, Evenson KR, Hallal PC. Leisure-Time Physical Activity in Pregnancy and Maternal-Child Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Cohort Studies. *Sports Med*. februar 2017;47(2):295–317.

39. Herring SJ. The Challenge of Postpartum Weight Loss in Low-Income Mothers. *J Womens Health (Larchmt)*. juli 2017;26(7):709–10.
40. Di Mascio D, Magro-Malosso ER, Saccone G, Marhefka GD, Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. november 2016;215(5):561–71.
41. Harrison AL, Shields N, Taylor NF, Frawley HC. Exercise improves glycaemic control in women diagnosed with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. oktober 2016;62(4):188–96.
42. Ceysens G, Rouiller D, Boulvain M. Exercise for diabetic pregnant women. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internett]*. 19. juli 2006 [sitert 19. oktober 2022];2010(1). Tilgjengelig på: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004225.pub2>
43. Perales M, Santos-Lozano A, Ruiz JR, Lucia A, Barakat R. Benefits of aerobic or resistance training during pregnancy on maternal health and perinatal outcomes: A systematic review. *Early Human Development*. mars 2016;94:43–8.
44. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med*. februar 2014;48(4):299–310.
45. Reilly ETC, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggle P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG*. januar 2002;109(1):68–76.
46. Sampsel CM, Miller JM, Mims BL, Delancey JO, Ashton-Miller JA, Antonakos CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol*. mars 1998;91(3):406–12.
47. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. februar 2003;101(2):313–9.
48. Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internett]*. 19. april 2006 [sitert 19. oktober 2022];2010(2). Tilgjengelig på: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005942>
49. Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Tommaso M, Roman A, Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of gestational hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. august 2017;96(8):921–31.
50. Wolf HT, Owe KM, Juhl M, Hegaard HK. Leisure Time Physical Activity and the Risk of Pre-eclampsia: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. mai 2014;18(4):899–910.

51. Owe KM, Nystad W, Stigum H, Vangen S, Bø K. Exercise during pregnancy and risk of cesarean delivery in nulliparous women: a large population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. desember 2016;215(6):791.e1-791.e13.
52. Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mars 1999;78(3):180–5.
53. Garshasbi A, Faghieh Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*. mars 2005;88(3):271–5.
54. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ*. 2. april 2005;330(7494):761.
55. Mørkved S, Salvesen KA, Schei B, Lydersen S, Bø K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):276–82.
56. Perales M, Refoyo I, Coteron J, Bacchi M, Barakat R. Exercise During Pregnancy Attenuates Prenatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Eval Health Prof*. mars 2015;38(1):59–72.
57. Gustafsson M, Stafne S, Romundstad P, Mørkved S, Salvesen K, Helvik A. The effects of an exercise programme during pregnancy on health-related quality of life in pregnant women: a Norwegian randomised controlled trial. *BJOG: Int J Obstet Gy*. juni 2016;123(7):1152–60.
58. Wiebe HW, Boulé NG, Chari R, Davenport MH. The Effect of Supervised Prenatal Exercise on Fetal Growth: A Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. mai 2015;125(5):1185–94.
59. Bouchard C, Shephard RJ, Brubaker PH. Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. januar 1994;26(1):119.
60. Nordic Council of Ministers NC of M. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 14. august 2008;5(11):1–3.
61. Helsedirektoratet. Dette gjør Helsedirektoratet [Internett]. Helsedirektoratet. 2022 [sitert 9. november 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet#referere>
62. Executive Board 142. WHO global action plan on physical activity 2018–2030 [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2018 [sitert 8. november 2022]. Tilgjengelig på: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274568>
63. Rebar AL, Gardner B, Verplanken B. Habit in Exercise Behavior. I: Tenenbaum G, Eklund RC, redaktører. *Handbook of Sport Psychology* [Internett]. 1. utg. Wiley; 2020 [sitert 29. mars 2023]. s. 986–98. Tilgjengelig på: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119568124.ch48>

64. Triandis HC. Values, attitudes, and interpersonal behavior. *Nebr Symp Motiv.* 1980;27:195–259.
65. Wood W, Neal DT. The habitual consumer. *J Consum Psychol.* oktober 2009;19(4):579–92.
66. Verplanken B, Orbell S. Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength <sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology.* juni 2003;33(6):1313–30.
67. Chauhan SP, Gupta LM, Hendrix NW, Berghella V. Intrauterine growth restriction: comparison of American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletin with other national guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* april 2009;200(4):409.e1-409.e6.
68. Exercise during pregnancy and the postpartum period: Number 267, January 2002 *Committe on Obstetric Practice.* *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* april 2002;77(1):79–81.
69. Wolfe LA, Davies GAL, School of Physical and Health Education, Department of Obstetrics and Gynaecology and Physiology, Queen’s University, Kingston, Ontario, Canada. Canadian guidelines for exercise in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* juni 2003;46(2):488–95.
70. Bø K, Thune C, Winther B. *Sprek, slank og sunn mamma! 1.utgave.* BS konsept; 2004.
71. Sjøpstad M. Svangerskap og fødsel etter fedmeoperasjon: Hva bør jordmødre vite? *Sykepleien.* mars 2018;(69455):e-69455.
72. Helsenorge. Trening når du er gravid og etter fødselen [Internett]. HelseNorge. 2022 [sitert 22. september 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/gravid/trening-graviditet-og-fodselsel/>
73. Fredriksen EH, Harris J, Moland KM, Sundby J. “A Defeat not to Be Ultra-Fit”: Expectations and Experiences Related to Pregnancy and Employment in Contemporary Norway. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research.* september 2010;18(3):167–84.
74. Pedersen T. Trening og graviditet [Internett]. Helsenett. 2022 [sitert 20. oktober 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenett.no/annonsere/195-sykdommer/graviditet-fodselsel/graviditet/5180-trening-og-graviditet.html>
75. Connell R. *Gender: in world perspective.* 2. ed., reprinted. Cambridge: Polity Press; 2010. 180 s. (Polity short introductions).
76. Küng H, redaktør. *Christianity and world religions: paths of dialogue with Islam, Hinduism, and Buddhism.* Maryknoll, N.Y: Orbis Books; 1993. 460 s.
77. Lerner G, Lerner G. *The creation of patriarchy.* New York: Oxford Univ. Press; 1987. 318 s. (Women and history / Gerda Lerner).

78. Johnson S. Narratives of the Pregnant Body: The Stories of Women in the Latter Stages of Pregnancy. I Narrative, Memory and Life Transitions. [Huddersfield]: University of Huddersfield; 2002.
79. Foucault M. Overvåkning og straff - det moderne fengsels historie. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 1999. (Fakkell).
80. Cohen R, Newton-John T, Slater A. The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. J Health Psychol. november 2021;26(13):2365–73.
81. Wetterberg A. My Body, My Choice...My Responsibility: The Pregnant Woman as Caretaker of the Fetal Person. Berkeley Journal of Sociology. 2004;48:26–49.
82. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. BMC Pregnancy Childbirth. desember 2014;14(1):330.
83. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. Reprod Health. 27. juli 2021;18(1):158.
84. Trott AM. Aristotle on the nature of community. New York, NY: Cambridge University Press; 2014. 239 s.
85. Ringdal K. Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforl; 2018.
86. Wifstad Å. Vitenskapsteori for helsefagene. nr 2. 0105 Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
87. Bondevik H, Rugseth G, Thoresen L. Fenomenologi i helsefaglig forskning. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2020.
88. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsedag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2017.
89. Moe S. Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. Fysioterapeuten. 3. mai 2009;21.
90. Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? nr. 1. Oslo: Universitetsforlaget; 1995.
91. Braatøy T. De nervøse sinn: medisinsk psykologi og psykoterapi. 1. utg. Oslo: Cappelen; 1979.
92. Svenaeus F. Sykdommens mening. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.

93. Svenaeus F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice*. Dordrecht Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. (International library of ethics, law, and the new medicine).
94. Hollway W. *Gender and Maternal Identities*. *Studies in the Maternal*. 8. desember 2020;13(1):4.
95. Beauvoir S de, Capisto-Borde C, Malovany-Chevallier S. *The second sex*. First Vintage Books ed. New York: Vintage Books; 2011. 822 s.
96. Jørstad S, Amundsen JE, Skottun G, Kjeldahl M. *NORSK GESTALTTIDSSKRIFT. I: NORSK GESTALTTIDSSKRIFT. nr 2*. Norsk Gestalttidsskrift NGI Akersveien 26 0177 OSLO; 2009.
97. Holloway I, redaktør. *Qualitative research in health care*. Maidenhead: Open Univ. Press; 2005. 300 s.
98. Gilje N, Grimen H. *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. nr 1*. Universitetsforlaget AS; 1993. 144 s.
99. Tønnessen S. *Vitenskapsteori og etikk for samfunnsvitenskap og humaniora. nr. 5*. Universitetsforlaget; 2019. 122 s.
100. Elster J. *Metoder og prinsipper i hermeneutisk forskningstradisjon*. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. januar 1979;33(3):135–49.
101. Nilsson B. *Gadamers hermeneutikk*. *Sykepleien*. mars 2007;(4):266–8.
102. Benton T, Craib I, Benton T, Craib I. *Philosophy of social science: the philosophical foundations of social thought*. 2. ed., 10th anniversary ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2011. 260 s. (Traditions in social theory).
103. Merleau-Ponty M. *Kroppens fenomenologi*. 1. utgave. Oslo: Pax; 1994.
104. Merleau-Ponty M. *Øyet og ånden*. 1. utgave. Oslo: Pax; 2000. 125 s.
105. Merleau-Ponty M, Dreyfus HL, Merleau-Ponty M. *Sense and non-sense*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press; 1964. 193 s. (Northwestern University studies in phenomenology & existential philosophy).
106. Tidd U. *Simone de Beauvoir*. London: Routledge; 2004.
107. Pettersen T. *Moralsk frihet og situasjon: Simone de Beauvoir*. *Norsk filosofisk tidsskrift*. 41(4):284–98.
108. Feeney E. *Simone De Beauvoir's Feminist Ideals Regarding Prostitution*. *E-International Relations*. 6. februar 2015;3.

109. Nicholas L. Remembering Simone de Beauvoir's 'ethics of ambiguity' to challenge contemporary divides: feminism beyond both sex and gender. *Feminist Theory*. april 2021;22(2):226–47.
110. Moi T. *Hva er en kvinne?* 1.utgave. Gyldendal; 1998. 186 s.
111. David P. Richard Shustermans kritik mot Merleau-Ponty: En kritisk granskning [Internett]. Linköping University, Department of Culture and Communication, Department of Philosophy; 2009. Tilgjengelig på: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3Ase%3Aliu%3Adiva-17233>
112. Shusterman R. *Body consciousness: a philosophy of mindfulness and somaesthetics*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 239 s.
113. Jacobsen DI. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2003.
114. Hilden PK, Middelthon AL. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – et etnografisk perspektiv*. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 20. oktober 2002;25:4.
115. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. I: *Tidsskriftet, Den Norske Legeforening*. 25. utg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 2002. s. 5.
116. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 4th edition. Los Angeles London New Delhi: SAGE; 2018. 420 s. (Introducing qualitative methods).
117. Berg RC, Munthe-Kaas H. Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Nor J Epidemiol* [Internett]. 11. november 2013 [sitert 29. september 2022];23(2). Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1634>
118. Nadim M. *Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning*. *ST*. 16. september 2015;23(3):129–48.
119. Damaskinidis G. *Qualitative Research and Subjective Impressions in Educational Contexts*. *EDUCATION*. 24. desember 2017;5(12):1228–33.
120. White DE, Oelke ND, Friesen S. *Management of a Large Qualitative Data Set: Establishing Trustworthiness of the Data*. *International Journal of Qualitative Methods*. juli 2012;11(3):244–58.
121. Whitemore R, Chase SK, Mandle CL. *Validity in Qualitative Research*. *Qual Health Res*. juli 2001;11(4):522–37.
122. Howe A, Høium K, Kvernmo G, Knutsen IR. *Studenten som forsker i utdanning og yrke-vitenskapelig tenkning og metodebruk*. 1. utgave. Høgskolen i Akershus; 2005. 295 s. (Læremidler for profesjonsutdanning.Høgskolen i Akershus).
123. Jensen D, Kjørstad M, Seim S, Tufte PA. *Vitenskapsteori for sosial-helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag AS; 55–77 s.

124. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 4. utg. Gyldendal akademiske; 2021.
125. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. 3. utg. Oslo: Abstrakt; 2011.
126. Van Iddekinge CH, Lanivich SE, Roth PL, Junco E. Social Media for Selection? Validity and Adverse Impact Potential of a Facebook-Based Assessment. *Journal of Management*. november 2016;42(7):1811–35.
127. Nylenna M. Prospektiv og retrospektiv. *Tidsskriftet*. 2016;136(10):936–936.
128. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. januar 2006;3(2):77–101.
129. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide*. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC Melbourne: SAGE; 2022. 338 s.
130. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
131. Runa P, Davidson B. *Forskningsmetodikkens grunnlag*. 1. utgave. Universitetsforl.; 1995. 113 s.
132. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. 4. utg. Los Angeles: SAGE publications Ltd; 2018. (Introducing Qualitative Methods Series).
133. Postholm MB. Kvalitativ forskning på praksis. Fra opprinnelse til forskerfokus. *NPT*. 22. februar 2004;88(1):3–18.
134. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Fourth edition, international student edition. Los Angeles London New Dehli Singapore Washington DC Melbourne: SAGE; 2018. 459 s.
135. Silverman D. *Interpreting qualitative data*. 5. ed. Los Angeles, Calif.: Sage Publ; 2014. 489 s.
136. Halvorsen K, Jerpseth H. Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien*. april 2016;(57440):e-57440.
137. Magelssrn M, Førde R, Lillemoen L, Pedersen R. *Etikk i helsetjenesten*. 1. utg. 0130 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2020;
138. Baez B. Confidentiality in qualitative research: reflections on secrets, power and agency. *Qualitative Research*. april 2002;2(1):35–58.
139. Israel M, Hay I. *Research ethics for social scientists: between ethical conduct and regulatory compliance*. London: Sage; 2006.



140. Fossheim H, Ingierd H. Forskeres taushetsplikt og meldeplikt. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2013.
141. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. 4. ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2015. 806 s.
142. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
143. Ashcroft R, Ashcroft RE, Lucassen A, Parker M, redaktører. Case analysis in clinical ethics. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 2005. 246 s.
144. Popper K. The logic of scientific discovery. Special Indian Edition. London: Routledge; 2010. 513 s.
145. Helsedirektoratet. Svangerskapsomsorgen [Internett]. Helsedirektoratet. 2022. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
146. Lutterodt MC, Kähler P, Kragstrup J, Nicolaisdottir DR, Siersma V, Ertmann RK. Examining to what extent pregnancy-related physical symptoms worry women in the first trimester of pregnancy: a cross-sectional study in general practice. BJGP Open. 12. november 2019;3(4):bjgpopen19X101674.
147. Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. Obstet Gynecol. november 2019;134(5):1056–65.
148. Leung C, Olufunlayo T, Olateju Z, MacArthur C, Taylor B. Perceptions and experiences of maternity care workers during COVID-19 pandemic in Lagos State, Nigeria; a qualitative study. BMC Health Serv Res. desember 2022;22(1):606.
149. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2009. 260 s.
150. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 9. ed. Pescatello LS, redaktør. Baltimore, Md.: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 456 s.
151. Goodridge SD, Chisholm LP, Heft J, Hartigan S, Kaufman M, Dmochowski RR, mfl. Association of Knowledge and Presence of Pelvic Floor Disorders and Participation in Pelvic Floor Exercises: A Cross-sectional Study. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 1. mai 2021;27(5):310–4.
152. Helsenorge. Vanlige plager under graviditeten [Internett]. HelseNorge. 2023. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/gravid/vanlige-plager-under-graviditeten/>
153. Committee on Obstetric Practice. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol 2020;135:e178–88. desember 2015;(804).

154. National Institute for Occupational Safety and Health. Pregnancy and Your Job – Reproductive Health [Internett]. Centers of Disease Control and Prevention. 2019. Tilgjengelig på: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/pregnancyjob.html>

155. Lorentzen V, Endresen E. A tribe of their own: Bloggers as a community of practice among Norwegian pregnant women. *Health, Risk & Society*. 2018;(20 (7-8)):285–301.

## Appendix

**Vedlegg 1:** Godkjenning av masteroppgave prosjektet av NSD

**Vedlegg 2:** Godkjenning av masteroppgave prosjektet av MOK

**Vedlegg 3:** Informasjonsskriv

**Vedlegg 4:** Intervjuguide

**Vedlegg 5:** Oversikt over informanter

[Meldeskjema](#) / [Kvinnens erfaring med fysisk aktivitet under svangerskap og i period...](#) / Vurdering

## Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
395330	Standard	05.08.2022

### Prosjekttittel

Kvinnens erfaring med fysisk aktivitet under svangerskap og i perioden etter fødsel.

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig

Tony Sandset

### Student

Ida Victoria Kolsrud Hauge

### Prosjektperiode

15.08.2022 - 01.08.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om etnisk opprinnelse og helseforhold frem til 1.8.2023.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formalet.

Side 2/2

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lasse Raas

Lykke til med prosjektet!

**UiO • Det medisinske fakultet**  
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Tony Sandset  
Evt. Intern prosjektansvarlig: Tony Sandset  
Masterstudent: Ida Victoria Kolsrud Hauge

Dato: 06.09.2022

Kontaktperson: Hilde Ousland Vandeskog

**Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder**

*Prosjekt: Kvinners erfaring med fysisk aktivitet under svangerskap og i perioden etter fødsel*

Vi viser til oppdatert søknad datert 06.07.2022 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av to representanter for Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap i møte 06.09.2022.

**Faglig vurdering**

Prosjektet er en kvalitativ studie som skal basere seg på intervjuer med 6-8 kvinner som har født for minst ett år siden. Deltagerne skal rekrutteres fra treningssentre og barselgrupper og intervjues om deres erfaringer med fysisk aktivitet under og etter svangerskap, og om den informasjonen de fikk om anbefalinger på feltet. Prosjektet som gjennomførbart og helsefaglig relevant.

**Forskningsetisk vurdering**

Det oppgis at prosjektet skal meldes til NSD. Kandidaten har på komiteens forespørsel ettersendt fremleggingsbekreftelse fra REK som bekrefter at prosjektet ikke er fremleggingspliktig der.

**Vedtak**

Tillatelse til igangsetting av prosjektet gis under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet.

Lykke til med prosjektet.

Med hilsen

Hilde Bondevik  
Avdelingsleder, professor

Christine Råheim Borge  
Leder masteroppgavekomiteen,  
førsteamanuensis



**Institutt for helse og samfunn**  
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap  
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo  
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald  
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78  
Telefaks: 22 84 53 83  
postmottak@medisin.uio.no  
www.med.uio.no/helsam  
Org.nr.: 971 035 854

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### Kvinner erfaring med fysisk aktivitet under svangerskap og i perioden etter fødsel.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan kvinner erfarer fysisk aktivitet under og etter svangerskap. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formål med studien er å undersøke erfaring og opplevelser med fysisk aktivitet under og etter svangerskap. Jeg ønsker å høre om dine erfaringer med å utføre fysisk aktivitet under et svangerskap og et år etter fødsel. Jeg ønsker også å høre om i hvilken grad du kjenner til anbefalingene for fysisk aktivitet, samt hva slags fikk noe informasjon du fikk om. Dette er en masteroppgave på ca 60-80 sider, hvor det forskes på følgende problemstilling: Hvordan erfarte kvinner fysisk aktivitet under og etter svangerskap? Samt «kjenner de til anbefalingene og hvilke informasjon fikk kvinner om fysisk aktivitet under og etter svangerskapet?»

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masteroppgave i tverrfaglig helseforskning ved Universitetet i Oslo. Prosjektet gjennomføres ikke for ekstern oppdragsgiver eller i samarbeid med flere institusjoner.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får forespørselen siden du er en kvinne over 18 år som har gjennomgått ett eller flere svangerskap for over ett år siden. Du er bosatt i Norge nå. Du snakker og forstår norsk

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse vil innebære at du vil bli intervjuet alene. Jeg vil bruke lydopptaker og foreta notater underveis i intervjuet. Anslått varighet ca 1 time. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med fysisk aktivitet under svangerskap og i perioden etter.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

#### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Alle dine personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Jeg kommer til å forholde meg til Norske Samfunnsvitenskapelig Datatjenester sine regler om oppbevaring og makulering av datamaterialet. Informasjonen som blir hentet skal kun bli benyttet som beskrives i hensikten med oppgaven. Alle opplysninger vil bli behandlet uten fødselsnummer, navn eller andre gjenkjennende

opplysninger. Jeg vil bli benytte nummer (eks informant 1) når jeg knytter informasjon fra deg, slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg i resultatene av studien.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Jeg planlegger å levere masteroppgaven i juni 2023. Informasjonen jeg får av deg vil bli brukt sammen med relevant litteratur og annen data. Dette vil være grunnlagsmaterialet for min masteroppgave. Alle utskrevne intervjuer og lydbånd vil bli makulert når studien er ferdig.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIO har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

#### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Ida Victoria Kolsrud Hauge, på epost [i.v.k.hauge@studmed.uio.no](mailto:i.v.k.hauge@studmed.uio.no), eller mobil: 90522980
- Veileder Tony Sandset, på epost [t.j.a.sandset@medisin.uio.no](mailto:t.j.a.sandset@medisin.uio.no), eller telefon: 90144187
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, på epost [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no), eller telefon 90822826
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.



Med vennlig hilsen

*Tony Sandset*  
(Forsker/veileder)

*Ida Victoria Kolsrud Hauge*  
(Masterstudent)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kvinnens erfaring med fysisk aktivitet under svangerskapet og i perioden etter fødsel», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### *Bakgrunnsinformasjon:*

1. I hvilket land er du født?
2. Hva er din sivilstatus? (singel, samboer, gift, skilt, enke)
3. Hva er din høyeste fullførte utdanning? (ungdomsskole, videregående skole, 2-årig høyskole, bachelor, master, doktorgrad)
4. Er du i arbeid eller under utdanning?
5. Hvor mange barn har du født, og hvor lenge siden?

### *Erfaring med fysisk aktivitet:*

6. Hvor mye trente du før svangerskapet? (hvor ofte i uken, måneden, etc?)
7. Hvilken form for trening gjorde du før svangerskapet? (Løping, sykling, styrketrening, yoga, dans, svømming, kampsport, ski, gruppetimer, etc?)
8. Hva slags forhold hadde du til trening da? (Godt forhold, middels forhold, dårlig forhold)
9. Har forholdet ditt til trening endret seg siden da? (Bedre, litt bedre, likt, litt dårligere, noe dårligere)

### *Erfaringer med fysisk aktivitet under svangerskapet*

10. Trente du mer eller mindre under svangerskapet enn hva du hadde gjort før? (hvor ofte i uken, måneden, etc?)
11. Hva slags former for trening gjorde du under svangerskapet?
12. Følte du deg noen gang bekymret eller redd for å trene under graviditeten? Hvis ja, hvorfor? (frykt for barnet, negativt påvirke graviditeten)
13. Kan du fortelle meg hvordan du opplevde å trene under svangerskapet? (Usikkerhet, stolthet, press, slapphet, økt energi, bekymring, etc.)
14. Skjedde det noen endring i treningsform eller mengde trening under de ulike trimesterene? (Første, andre og tredje trimester)
15. Var det under noen perioder vanskeligere å trene enn andre? Hvis ja, hvilke perioden og hvorfor? (mye stress på jobb, stress i hjemmet, føler seg sliten/slapp, ikke motivert etc.)
16. Kan du fortelle meg litt om hva som ga deg motivasjon til å trene? (sunnere livstil, mindre svangerskapsproblemer, familie og venner)

*Erfaringer med fysisk aktivitet opp til et år etter fødsel*

17. Hvor lang tid tok det før du begynte å trene igjen etter fødsel?
18. Hva slags trening var det første du gjorde etter fødsel? (Knipeøvelser, styrke, gåturer, gå med barnevogn, etc)
19. Hvordan opplevdes det å trene etter fødsel?
20. Hadde du gradvis opptrapping av trening i løpet av året? (treningsvarigheten, treningsmengden og treningsformen)
21. Hadde du et mål med å utføre fysisk aktivitet etter svangerskapet, i så fall hva? (generell helse, vektnedgang, bedre humør, mindre svangerskapsproblemer etc.)
22. Følte du noen gang i løpet av svangerskapet og i perioden etter at det eksisterte et treningspress fra samfunnet? Hvis ja, kan du fortelle meg hvordan dette presset påvirket deg og treningen din?

*Anbefalinger og råd*

23. Har du hørt om eller lest anbefalingene fra helsedirektoratet om fysisk aktivitet under og i perioden etter svangerskap?
24. Hvor mye visste du om trening under og etter svangerskap før du selv gikk igjennom et? (hvis ja, hvor og når lærte du om tema?)
25. Fikk du noen råd om fysisk aktivitet under perioden og av hvem? (leger, jordmødre, fysioterapeut, PT, etc)
26. Følte du at du fikk nok informasjonen om tema fysisk aktivitet under og etter svangerskapet i perioden?

*Avslutning*

27. Når du tenker tilbake, er det noe du skulle ønske du visste om trening og svangerskap før du selv gikk igjennom et? Er det noe du ønsker du var bedre forberedt på?
28. Er det noe mer du ønsker å tilføye?
29. Har du noen spørsmål?

**Vedlegg 5. Oversikt over informanter**

Oversikt over informanter	Antall barn	Utdanning	Arbeidsstatus	Sivilstatus
<i>Informant 1</i>	<i>1</i>	<i>Bachelorgrad</i>	<i>Ikke i arbeid</i>	<i>Gift</i>
<i>Informant 2</i>	<i>1</i>	<i>Bachelorgrad</i>	<i>I arbeid</i>	<i>Samboer</i>
<i>Informant 3</i>	<i>2</i>	<i>Bachelorgrad</i>	<i>I arbeid</i>	<i>Samboer</i>
<i>Informant 4</i>	<i>1</i>	<i>Bachelorgrad</i>	<i>I arbeid</i>	<i>Samboer</i>
<i>Informant 5</i>	<i>1</i>	<i>Bachelorgrad med videreutdanning</i>	<i>I arbeid</i>	<i>Samboer</i>
<i>Informant 6</i>	<i>1</i>	<i>Mastergrad</i>	<i>I arbeid</i>	<i>Gift</i>