Det fede liv med PCO – vi samler brikkerne!

PCO, overvægt og barnløshed i et multidisciplinært perspektiv

Layout til forside: Anne Kragelund
www.annekragelund.com

Integreret speciale i Kommunikation, Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier og Medicinalbiologi
Roskilde Universitet, maj 2010

Charlotte Christina Lunde
clunde@ruc.dk
Kommunikation og Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier
Vejleder Kommunikation: Nina Blom Andersen
Vejleder Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier: Simon Sjørup Simonsen

Tine Simonsen Hald
tineh@ruc.dk
Kommunikation og Medicinalbiologi
Vejleder Kommunikation: Nina Blom Andersen
Vejleder Medicinalbiologi: Ole Vang

Specialeafhandlingen opfylder studienævnets krav til omfang på 80 sider á 2.400 anslag + 25 %. Derudover er der bevilget 15 sider á 2.400 anslag med begrundelse i integreringen af 3 fag. Afhandlingen udgør 275.364 anslag. I opgørelsen er ikke medregnet forside, kolofon, forord, abstract, resumé, indholdsfortegnelse, ordforklaringsliste, litteraturliste samt bilag (bilag er vedlagt på CD-rom).

Forord

Dette speciale er skrevet på Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologier (CBIT), Institut for Miljø, Samfund og Rummelig Forandring (ENSPAC) og Institut for Natur, Systemer og Modeller (NSM) på Roskilde Universitet. Specialet integrerer fagene Kommunikation, Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier samt Medicinalbiologi. Med afsæt i spændingsfeltet mellem naturvidenskab og humanisme har vi tilstræbt at bidrage med et helhedsorienteret perspektiv på sygdommen PCO og de udfordringer, hverdagslivet rummer for de kvinder, der må leve med den.

Vores motivation for at skrive specialet er opstået dels på baggrund af et oplæg på RUC om PCO, forestået af overlæge Anette Lindhard fra Fertilitetsklinikken Region Sjælland, Roskilde sygehus og dels på baggrund af vores fælles interesse inden for ernæring og livsstil. Vi indledte et samarbejde med Fertilitetsklinikken med en idé om at undersøge gruppens kost, vægtforløb og graviditetsmuligheder samt udarbejde skriftligt informationsmateriale inden for samme emne til brug på klinikkens hjemmeside. Det stod dog hurtigt klart for os, at baggrunden for at kunne udarbejde en målrettet kommunikationsindsats var så kompleks, at problemet som udgangspunkt krævede en målgruppeanalyse, som inddrog flere perspektiver end først antaget. Vi besluttede os derfor til at udarbejde en målgruppeanalyse og således startede vores specialearbejde. I forbindelse med vores specialearbejde har en række kvinder deltaget i vores undersøgelse, og vi vil hermed benytte lejligheden til at sige en stor tak til Jer. I har bidraget med vigtig information og viden om livet og hverdagen med PCO, og nogle af jer har ladet os komme helt tæt ind på jeres liv og tanker. Tak for alle de personlige historier og opbakningen omkring vores undersøgelse. Det har været et helt fantastisk privilegium at komme så tæt ind på jeres hverdagsliv og forstå jeres kamp for et sundere liv samt det ultimative mål; at tabe jer og at blive mor. Vi vil også takke alle de kvinder, som aktivt har deltaget i debatter på PCOforum.dk og som har udvist stor interesse i og opbakning af vores fokus. Kontakten til jer har hjulpet os med forståelsen af livet med PCO.

Samtidig vil vi takke Fertilitetsklinikken på Roskilde og Holbæk sygehuse for samarbejdet og rette en særlig tak til overlæge Anette Lindhard for god faglig sparring. Derudover vil vi takke PCO-foreningen for jeres hjælpsomhed i forbindelse med at rekruttere deltagere til vores undersøgelse blandt jeres medlemmer. En stor tak til vores vejledere Nina Blom Andersen, Simon Sjørup Simonsen og Ole Vang for god og konstruktiv kritik undervejs i processen samt tak til Gary Banta for god og brugbar feedback i forhold til den statistiske del. Sluttelig en tak til vores familier og venner for konstruktiv feedback og praktisk hjælp og støtte. Og tak til Anne Kragelund for layout til specialets forside.

Roskilde Universitet, maj 2010
Charlotte Christina Lunde
Tine Simonsen Hald

Abstract

Title

"The grand life with PCO – we collect the pieces!"

Focus

Polycystic ovary syndrome (PCO) is the most common hormonal disorder among women of childbearing age. PCO is a complex diagnosis which includes insulin resistance, hyperinsulinaemia, hyperandrogenism, hirsutism, menstrual disorders and infertility. About half of all women with PCO are overweight or obese. Overweight has most likely a crucial significance for development, maintenance and exacerbation of the syndrome, as significant improvements of the syndrome is often achieved by weight loss. The physical and especially psychological and social consequences of living with PCO are so far not well researched especially not in a national perspective.

Purpose

The purpose of the thesis is to uncover the physical, mental, social and communicative aspects which are important for weight loss among obese women with PCO. Overall the aim is to create a greater understanding in health care systems, in the surroundings and among the women themselves to the aspects which are important for weight loss in this group in order to increase women's opportunities to achieve the desired weight loss.

Contents

The thesis describes key aspects of the suffering of PCO and to live with PCO as themes in women's lives, including the importance of women's symptom experience, lifestyle, perception of disease causes, personal resources and experience of communication about weight loss in the health care system. It describes the changes in weight, waist circumference and the menstrual cycle of study participants through 26 weeks and tests for associations between weight loss, waist circumference change and fecundity and for associations between weight loss and other selected parameters such as exercise, dietary factors and dietary counselling.

Data collection and empiricism

The study consists of a target group analysis of 33 obese Danish women with PCO (BMI> 27) who at baseline wanted to loose weight to reduce their symptoms of PCO. Data and empirical data was gathered through three survey components: The 1st: A questionnaire which included the overall group of 33 participants, examined diet, exercise, health and disease understanding of the women and their personal resources in relation to PCO, obesity and infertility as well as their experience of communicating with the health professional therapists about weight loss communication. The 2nd: 20 out of the 33 women

participated in a registration that examined women's weight loss, waist circumference and menstrual pattern through 26 weeks. However, only 18 attended the menstrual assessments. The 3rd: 5 out of 33 women participated in personal interviews which elaborated on key themes from the questionnaire. The study also included a personal interview with an alternative therapist with years of experience in treating obese Danish women with PCO.

Results

20 women in the weight- and waist measurement and menstrual registration lost on average 4.5 % of their total bodyweight during the study period and their waist level changed - 2.9 cm on average during the period. 8 out of 18 participants had a change in cycle at more regular menstrual periods during the period. There were statistically significant positive correlations between weight loss and reduced waist size and there were statistically significant positive associations between medium long education and weight loss. The study found no statistically significant positive associations between weight loss and fecundity, reduced waist size and fecundity, low SI and weight loss, physical activity during leisure time and weight loss, training length and weight loss and health perception and weight loss. However, all the above parameters revealed slight but not statistically significant associations. The study found no link between dietary counselling and weight loss.

The study showed that PCO and obesity greatly affects a woman's life and leads to physical, mental and social challenges such as fatigue, increased appetite, menstrual disorders, sadness and frustration and the feeling of being different. Women feel generally that they are not helped to achieve weight loss through communication with health professional therapists. Furthermore their possibilities of action against the disease are influenced by personal and social resources which vary from woman to woman.

Conclusion

Our study showed that PCO has implications far beyond the physical symptoms that usually are diagnosed and conceptualized in the Danish health care system. Furthermore, the investigation showed that participants' understanding of causes of disease, resources and opportunities are essential to their weight loss options. This is often overlooked or underestimated in counselling contexts and women do not feel that the communication with health care professionals supports them in their weight loss process.

The results of weight, waist measurement and menstrual registration can serve as a new basis for the expectations that health professionals, therapists and obese women with PCO may have to the size of weight loss, waist circumference change and cycle changes in a weight loss cycle. Most of the study analyses did not confirm an association between the analyzed parameters to determine the actual quantitative importance of lifestyle parameters associated to weight loss and weight loss associated with fecundity. However, there were in most cases weak associations between parameters which might be

enhanced through a larger number of participants. That will however require larger studies among obese women with PCO, than comprised in our thesis.

Resumé

Titel

”Det fede liv med PCO – vi samler brikkerne!”

Fokus

Polycystisk ovarie syndrom (PCO) er den hyppigst forekommende hormonelle lidelse blandt kvinder i den fertile alder. PCO er en kompleks diagnose, som blandt andet omfatter insulinresistens, hyperinsulinæmi, hyperandrogenisme, mandlig kropsbehåring, menstruationsforstyrrelser og barnløshed. Omkring halvdelen af alle kvinder med PCO er overvægtige eller fede, og overvægten har sandsynligvis afgørende en betydning for udvikling, opretholdelse og forværring af syndromet, da der ofte ses betydelige forbedringer af syndromet ved vægttab. De fysiske og især psykiske og sociale konsekvenser af at leve med PCO er indtil videre ikke velundersøgte i særdeleshed ikke i et nationalt perspektiv.

Formål

Specialets formål er at afdække fysiske, psykiske, sociale og kommunikative aspekter, som har betydning for vægttab blandt overvægtige kvinder med PCO. Overordnet er formålet at skabe en øget forståelse i behandlingssystemet, i omgivelserne og hos kvinderne selv for de aspekter, der har betydning for vægttab hos kvinderne med henblik på at øge kvindernes muligheder for at opnå det ønskede vægttab.

Indhold

Specialet beskriver væsentlige aspekter af at lide af PCO og at leve med PCO som temaer i kvindernes hverdag, herunder betydningen af kvindernes symptomoplevelse, livsstil, sundheds-/sygdomsforståelse, personlige ressourcer og oplevelse af kommunikationen om vægttab i behandlingsregi. Der beskrives ændringer i vægt, taljemål og cyklus for studiedeltagerne gennem 26 uger, og der testes for associationer mellem vægttab, taljemålsændringer og fekunditet samt mellem vægttab og øvrige udvalgte parametre fx motion, kostfaktorer og kostvejledning.

Dataindsamling og empiri

Undersøgelsen består af en målgruppeanalyse af 33 overvægtige danske kvinder med PCO (BMI > 27), som ved undersøgelsens start ønskede at tabe sig for at mindske deres symptomer på PCO. Data og empiri blev indsamlet gennem tre undersøgelsesdele: **1.** En spørgeskemaundersøgelse, som inkluderede den overordnede gruppe på 33 deltagere og omhandlede kvindernes kost, motion, sundheds- og sygdomsforståelse og personlige ressourcer i forhold til PCO, overvægt og barnløshed samt deres oplevelse af vægttabskommunikation med sundhedsfaglige behandlere. **2.** 20 ud af de 33 kvinder deltog i en vægt-, taljemåls- og menstruationsregistrering, som undersøgte kvindernes vægt/vægttab, taljemål og menstruationsmønster gennem 26 uger. Dog deltog kun 18 i menstruationsanalyserne. **3.** 5 ud af de 33 kvinder deltog desuden i personlige interviews, som uddybede centrale temaer fra

spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelsen omfattede også et personligt interview med en alternativ behandler med mange års erfaring i behandling af overvægtige danske kvinder med PCO.

Resultater

De 20 kvinder i vægt-, taljemåls- og menstruationsregistreringen tabte sig gennemsnitligt 4.5 % af kropsvægten i studieperioden, og deres taljeomfang ændrede sig – 2.9 cm i gennemsnit. 8 ud af 18 deltagere havde i perioden en ændring i cyklus mod mere regelmæssige menstruationer. Der fandtes statistisk signifikante positive sammenhænge mellem vægttab og taljemålsformindskelse, og der fandtes statistisk signifikante positive associationer mellem mellemlang uddannelseslængde og vægttab. Undersøgelsen fandt ikke statistisk signifikante positive associationer mellem vægttab og fekunditet, taljemålsformindskelse og fekunditet, lavt SI og vægttab, fysisk aktivitet i fritiden og vægttab, uddannelseslængde og vægttab og sundhedsforståelse og vægttab. Dog viste alle ovennævnte parametre svage, men ikke statistisk signifikante associationer. Studiet fandt ikke sammenhæng mellem kostvejledning og vægttab.

Undersøgelsen viste, at PCO og overvægt i høj grad påvirker kvindens hverdag og medfører fysiske, psykiske og sociale udfordringer som træthed, øget appetit, menstruationsforstyrrelser, tristhed og frustration samt følelsen af at være anderledes. Kvinderne føler generelt ikke, at de får hjælp til at opnå vægttab gennem kommunikation med sundhedsfaglige behandlere. Samtidig er kvindernes handlemuligheder over for sygdommen præget af deres personlige og sociale ressourcer, som varierer fra kvinde til kvinde.

Konklusion

Vores undersøgelse viste, at PCO har konsekvenser langt ud over de kropslige symptomer, som normalt diagnosticeres og begrebsliggøres i behandlingssystemet. Endvidere viste undersøgelsen at deltagernes sygdomsforståelse, ressourcer og handlemuligheder har afgørende betydning for deres vægttabsmuligheder, hvilket der ofte overses eller undervurderes i kommunikationen med kvinderne i behandlingsregi, hvorfor kvinderne ikke føler, at kommunikationen støtter dem i deres vægttabsproces. Resultaterne af vægt-, taljemåls- og menstruationsregistreringen kan fungere som et nyt grundlag for, hvilke forventninger sundhedsprofessionelle behandlere og overvægtige kvinder med PCO kan have til kvindernes vægttab, taljemålsændringer og cyklusændringer i et vægttabsforløb. De fleste analyser fandt ikke statistisk signifikante associationer mellem livsstilsparametre og vægttab og mellem vægttab og fekunditet.

Dog fandtes der i de fleste tilfælde svage associationer mellem parametrene, som muligvis ville blive stærkere ved et større antal deltagere. Det vil kræve større undersøgelser blandt overvægtige kvinder med PCO, hvis de fremsatte hypoteser endeligt skal verificeres.

Tillægsblad vedrørende ansvarsfordeling

Vores speciale er et resultat af et tæt samarbejde under hele forløbet. Hvert kapitel i specialet er udarbejdet i fællesskab, hvorfor det i praksis gør det umuligt at skelne imellem, hvem der er ansvarlig for hvilke kapitler.

Ud fra de formelle krav om hovedansvarsområder, har vi inddelt specialet på følgende måde:

Vi deler ansvaret for:

Del 1. Indledning

Del 2. Teori

Del 4. Analyse og resultater (4.1-4.3)

Del 6. Konklusion

Del 7. Perspektivering

Tine Simonsen Hald er hovedansvarlig for følgende afsnit:

3.2 Multidisciplinær metode og triangulering

3.3.1 Deltagerinformation

3.4.1 Udvælgelsen og rekruttering

3.4.3 Overvejelser om spørgsmålsformuleringer og – temaer

3.4.5 Spørgeskematype

3.5 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering

3.5.2 Undersøgelsesdesign og – proces

3.5.3 Dataindsamling

3.6.2 Undersøgelsesdesign

3.6.3 Interviewsituationen

3.7.1 Spørgeskemaer

3.7.2.1 Anvendte analysetests

3.7.3 Personlige interviews

4.4.1 Mødet med sundhedsprofessionelle

4.4.1.2 Spørgsmål til situationen

4.4.1.4 Mødet med sygeplejersker

4.4.1.5 Svarhjælp fra sygeplejersker

4.4.1.7 Mødet med kostvejledere og svarhjælp fra kostvejledere

4.4.2 Ressourcer til videnstilegnelse og handling

4.4.2.2 Private ressourcer

4.4.2.6 Opsamling – del 2

5.2.2 Vægt-, taljemåls og menstruationsregistrering

5.4 Samlet diskussion af det multidisciplinære perspektiv

Charlotte Christina Lunde er hovedansvarlig for følgende afsnit:

3.1 Proces

3.3 Udvælgelse og rekruttering af deltagere

3.4 Spørgeskemaer

3.4.2 Struktur og opbygning

3.4.4 Svarafgivelse

3.5.1 Udvælgelse og rekruttering

3.6 Personlige interviews

3.6.1 Udvælgelse og rekruttering af deltagere til personlige interviews

3.7 Analysemetoder

3.7.2 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering

3.7.2.2 Tilrettelæggelse og metode for den hypotesetestende del

4.4 Personlige interviews

4.4.1.1 Mødet med læger

4.4.1.3 Svarhjælp fra læger

4.4.1.6 Magt, traditioner og positionering i den medicinske behandlingskontekst

4.4.1.9 Opsamling – del 1

4.4.2.1 Ressourcer i behandlingssystemet

4.4.2.5 Sundhedsforståelse og handlekompetence

4.4.2.3 Netværksressourcer

5.1. Det multidisciplinære perspektiv og triangulering

5.2.1 Spørgeskemaer

5.2 Spørgeskemabesvarelser og vægt-, taljemåls-, og menstruationsregistrering

5.2.3 Kombianalyser: Spørgeskemaer og vægt-, taljemåls og menstruationsregistrering

5.3 Personlige interviews

Indholdsfortegnelse

Forord **3**

Abstract **4**

Resumé **7**

Del 1. Indledning **14**

1.1 Indledning *14*

1.2 Problemfelt *18*

1.3 Problemstilling *19*

1.4 Formål *20*

1.5 Undersøgelsesgruppen *20*

1.6 Begrebsafklaring *20*

1.7 Afgrænsning *21*

Del 2: Teori og hypoteser **21**

2.1 Polycystisk ovariesyndrom – PCO *22*

2.1.1 Diagnosekriterier 22

2.1.2. Patogenesen bag PCO – insulinresistens og hyperinsulinæmi 22

2.1.3 PCO og overvægt – patofysiologiske mekanismer 24

2.1.4 Behandlingsstrategier 25

2.1.5 PCO og vægttab – eksisterende viden og forskning 26

2.2 Hypoteser forud for statistiske analyser *29*

2.3 Sociologisk og kommunikativ teoriramme samt operationalisering *31*

2.3.2 Introduktion til teoriramme og operationalisering 31

2.3.3 Dorthe Gannik - social sygdomsteori 32

2.3.4 Pierre Bourdieu – kapital og habitus 36

2.3.5 Brenda Dervin - Sense-making og informationskløfter 37

2.3.6 Bjarne Bruun Jensen – sundhedsforståelse og handlekompetence 40

2.3.7 Deborah Lupton og Nanna Mik-Meyer – positionering 42

Del 3 – Metode **43**

3.1 Proces *43*

3.2 Multidisciplinær metode og triangulering *44*

3.3 Udvælgelse og rekruttering af deltagere *45*

3.3.1 Deltagerinformation 46

3.4 Spørgeskemaer *47*

3.4.1 Udvælgelsen og rekruttering ... 47
3.4.2 Struktur og opbygning ... 47
3.4.3 Overvejelser om spørgsmålsformuleringer og -temaer ... 48
3.4.4 Svarafgivelse ... 49
3.4.5 Spørgeskematype ... 49

3.5 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering ... 50
3.5.1 Udvælgelsen og rekruttering ... 50
3.5.2 Undersøgelsesdesign og –proces ... 51
3.5.3 Dataindsamling ... 51

3.6 Personlige interviews ... 51
3.6.1 Udvælgelse og rekruttering af deltagere til personlige interviews ... 52
3.6.2 Undersøgelsesdesign ... 53
3.6.3 Interviewsituationen ... 54
3.6.4 Interview med alternativ behandler (AB) ... 55

3.7 Analysemetoder ... 55
3.7.2 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering ... 56
3.7.2.1 Anvendte analysetests Frekvensanalyse ... 56
3.7.2.2 Tilrettelæggelse og metode for den hypotesetestende del ... 59
3.7.3 Personlige interviews ... 64

Del 4. Analyse og resultater ... 68

4.1. Beskrivelse og analyseresultater af spørgeskemabesvarelser ... 68

4.2. Vægttabsforløb, taljemål og menstruationsmønster i studieperioden ... 76

4.3. Analyseresultater ... 81
4.3.1. Analyseresultater af udvalgte data fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering ... 82
4.3.2 Analyse af udvalgte data fra spørgeskema (n = 33) ... 84
4.3.3. Analyse af udvalgte kombidata fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering og spørgeskema ... 85

4.4 Personlige interviews ... 88
4.4.1 Mødet med sundhedsfaglige behandlere ... 89
4.4.1.1. Mødet med læger ... 90
4.4.1.2 Spørgsmål til situationen ... 96
4.4.1.3 Svarhjælp fra læger ... 98
4.4.1.4. Mødet med sygeplejersker ... 100
4.4.1.6 Magt, traditioner og positionering i den medicinske behandlingskontekst ... 102
4.4.1.7 Mødet med kostvejledere og svarhjælp fra kostvejledere ... 102
4.4.1.9 Opsamling -del 1 ... 104
4.4.2.1 Ressourcer i behandlingssystemet ... 106
4.4.2.2 Private ressourcer ... 107
4.4.2.3 Netværksressourcer ... 112
4.4.2.5 Sundhedsforståelse og handlekompetence ... 119

4.4.2.6 Opsamling - del 2 122

Del 5. Diskussion af undersøgelsens metoder og resultater 122

5.1 Det multidisciplinære perspektiv og triangulering 122

5.2 Spørgeskemabesvarelser og vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering 123

5.2.2 Vægt-, taljemåls-, og menstruationsregistrering 124

5.2.3 Kombianalyser: Spørgeskemaer og vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering 126

5.3 Personlige interviews 131

5.4 Samlet diskussion af det multidisciplinære perspektiv 132

Del 6. Konklusion 132

6.1 Samlet konklusion 132

Del 7. Perspektivering 134

7.1 Perspektivering 134

Ordforklaringer 136

Litteraturliste 138

Del 1. Indledning

1.1 Indledning

”Jeg er virkelig ved at blive sindsyg!! Og jeg HADER alt det uønskede hårvækst. Jeg føler mig som den grimmeste og mest... ja, jeg ved ikke hvad! Jeg skal barbere mig hver eneste dag. Feminin er det sidste jeg føler mig. Jeg græder hver dag, når jeg ser mig selv i spejlet. Jeg har prøvet at tabe mig i to år, men der sker bare intet ! Jeg er så ulykkelig... og vil helst ikke vise mig ude i dagslys.”

”Det slog mig virkelig ud. Jeg fik forklaret, hvad det var uden helt at forstå noget af det, der blev sagt. Det eneste jeg hørte var, at det nok ikke var helt umuligt at få børn. Og så gik den klap ned.
Så tog man hjem i en underlig tåge af forvirrede tanker og følelser, der gik fra vrede til sorg og undren, og til at føle, at dette er uretfærdigt […]… det kan ikke passe, at jeg ikke kan blive gravid. Det er da enhver kvindes ret og tænker, at dette er da en naturlov. Som kvinde skal jeg da kunne blive gravid, ellers er jeg da ikke en "rigtig" kvinde.”[1]

Ovenstående citater repræsenterer en del af den verden, som kvinder med polycystisk ovariesyndrom (PCO) lever i til hverdag. En verden, som har fanget vores interesse, og som vi med dette speciale vil undersøge.

Specialets målgruppe

Specialet henvender sig til alle grupper af sundhedsprofessionelle behandlere, herunder sundhedsfagligt personale, der møder overvægtige* kvinder med PCO, deriblandt praktiserende læger, gynækologer, speciallæger (hudlæger) og (fertilitetslæger), sygeplejersker, diætister, kostvejledere, psykologer samt andre, der i og uden for behandlingsregi er i kontakt med disse kvinder.

Polycystisk ovariesyndrom – PCO

Polycystisk ovariesyndrom, PCO, er den hyppigste hormonelle lidelse hos kvinder i den fertile alder verden over. 5 % - 10 % af kvinder i denne gruppe lever med syndromet (Svendsen et al. 2003). PCO er et kompleks af symptomer, der optræder samtidigt, og tilstanden kaldes derfor et syndrom (Nørgaard 2005). PCO har flere følgetilstande, som kan påvirke den kvinde, der må leve med syndromet: De signifikante kliniske kendetegn ved PCO er blandt andet mandlig behåring og akne*[2], og PCO er desuden en af de hyppigste

[1] Begge citater er taget fra PCOforum.dk, som er et debatforum for kvinder med PCO
[2] Ord som findes i ordforklaringslisten er markeret med * første gang de optræder i teksten

årsager til barnløshed. (Diamanthia-Kandarakis et al. 2008). PCO er en kronisk sygdom*[3], som kan symptombehandles, men ikke helbredes.

Overvægt, vægttab og behandlingskonteksten

Omkring halvdelen af alle kvinder med PCO er overvægtige* eller fede*. Vægtstigning går ofte forud for symptomerne på PCO, hvilket tyder på, at den øgede mængde fedtvæv har afgørende betydning for udviklingen og opretholdelse af syndromet og dets kliniske og endokrine* manifestationer (Gambineri et al. 2002). Ca. 70 % af de kvinder, som er i behandling for barnløshed på grund af PCO på Fertilitetsklinikken Region Sjælland, er overvægtige.[4] Studier af overvægtige kvinder med PCO viser, at vægttab på blot få procent af kropsvægten kan sættes i forbindelse med forbedringer i de karakteristiske reproduktive og metaboliske forstyrrelser ved PCO manifestationer (Gambineri et al. 2002). De undersøgelser, der findes af vægttabs sammenhæng med fertilitet, er ikke overvældende i antal, og desuden er de alle udenlandske, hvorfor der stadig mangler viden på området.

Der eksisterer p.t. ingen præcis viden om, hvilke forventninger om komplians* man som sundhedsprofessionel kan have til anbefalingerne om vægttab både i forhold til det kvantitative vægttab og tidsperspektivet i et vægttabsforløb, eksempelvis på de danske fertilitetsklinikker. Der findes heller ikke viden om, hvor mange danske kvinder med PCO der har effekt af vægttab i forhold til en forbedring i cyklusmønsteret. Herudover findes der ikke konkret viden om livsstilen hos overvægtige PCO'ere i dansk sammenhæng, eksempelvis i forhold til kost og motion, som formodentligt er parametre med væsentlig betydningen for hverdagen og livet med overvægt og PCO. Der findes ligeledes ikke danske studier, som sammenligner disse parametre med vægt og vægttab blandt overvægtige kvinder med PCO.
PCO-symptomerne påvirker tilsyneladende ikke kun kvinden fysisk, men også psykisk. En undersøgelse af Hahn et al. peger på, at kvinder med PCO har signifikante reduktioner i fysisk og psykisk livskvalitet og et øget omfang af psykologiske problemer sammenlignet med raske kontrolpersoner. Tidligere data har dokumenteret forekomsten af psykologiske problemer hos kvinder med PCO, men man ved stadig meget lidt om, hvordan de fysiske symptomer påvirker de psykologiske funktioner i denne gruppe (Hahn et al. 2003). Studiet af Hahn et al. er et af de få studier, som har beskæftiget sig med koblingen mellem krop, psyke og sociale faktorer, men området er stadig uudforsket, og der mangler efter vores opfattelse viden om PCO- diagnosen i en bredere ramme.

[3] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland
[4] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

Kvinder med PCO er i berøring med adskillige behandlingssektorer og klinikere i sundhedsvæsenet pga. syndromets kompleksitet. Praktiserende læger, hudlæger, endokrinologer og gynækologer er eksempler på forskellige regi, hvor kvinder med PCO behandles (Svendsen et al. 2005). En stor andel af kvinder med PCO kommer på et tidspunkt i behandling på danske fertilitetsklinikker pga. problemer med fertiliteten. På Fertilitetsklinikken Region Sjælland har 15 - 25 % af kvinderne i barnløshedsbehandling en diagnose, som inkluderer en ovulationsfaktor, hvoraf hovedparten er kvinder med PCO.[5]

Selv om vægttab ofte er væsentligt for succesfuld behandling og sandsynligvis er i både behandleren og den overvægtige kvindes interesse, lykkes det ikke for alle at tabe sig som led i fertilitetsbehandlingen. Patienterne efterlever i en del tilfælde ikke lægens behandlingsråd, i.e. udviser ikke komplians. Ikke alene i fertilitetsregi, men også i andre behandlingsregi, som berører overvægtige kvinder med PCO, vil vægttab i de fleste tilfælde forbedre de symptomer, som bringer kvinden til behandling og derfor være anbefalelsesværdigt. Os bekendt findes der ikke undersøgelser af kompliansen i forhold til livsstilsændringer i det medicinske regi som helhed, men ifølge en artikel af Lindberg et al. er lav komplians i tilknytning til lægemiddelindtagelse et almindeligt og velkendt fænomen, som i det medicinske felt traditionelt er blevet betragtet som *"en patientfejl forårsaget af forglemmelse, forsømmelighed eller ulydighed"* (Lindberg et al. 2008).

Ifølge kommunikationsforsker Brenda Dervin (se 2.3.5) har man efterhånden mange års erfaringer for en lav komplians af lægens anbefalinger vedr. behandling. Men modsat den traditionelle opfattelse antyder Dervin, at den manglende effektivitet i praksis snarere skyldes kommunikationsproblemer mellem læge og patient end modvillighed hos patienten (Dervin 1980). Ifølge Dervin, står sundhedsprofessionelle som læger og sygeplejersker hver dag i en udfordrende og til tider problematisk kommunikationskontekst. De møder mange patienter hver dag og er som sådan massekommunikatører, men på den anden side må de se hver patient som unik, og kravene til dette er muligvis særligt høje i helbredsmæssigt belastede situationer, som ofte er konteksten i mødet mellem læge/sygeplejerske og patient. Den sundhedsprofessionelle står derfor over for en intens kommunikationsopgave (ibid.), hvilken er betragtelig, idet PCO ikke alene er en kompleks diagnose rent patofysiologisk og behandlingsmæssigt, men de antageligt tilknyttede faktorer, psykiske som sociale, danner grundlag for en yderligere kompleks kontekst, hvor kommunikationsopgaven potentielt skal favne mange nuancer. Dette gælder ikke mindst i forbindelse med overvægtsproblematikken, da overvægt, som tidligere beskrevet, er en af de faktorer, der belaster individet både fysisk og psykisk.

[5] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

Helhedsorienteret eller reduktionistisk behandling?

Ifølge Dorthe Gannik (se 2.3.3), som forsker i sygdom i et sociologisk perspektiv, er den biomedicinske, kliniske forskning domineret af en snæver reduktionistisk tilgang til sygdom, hvor det biologiske og diagnosebaserede får primær fokus, mens individets sociologiske, psykologiske og kulturelle rammer ikke inddrages. Denne tilgang dominerer ikke kun i forskningen, men også i den kliniske praksis. Ifølge Gannik er klinikerens problem, at han/hun bliver nødt til at inkludere den kontekst i behandlingen, som forskningen gør alt for at undgå. Visse dele af nyere klinisk forskning er dog begyndt at inddrage patientsubjektivitet, om end denne stadig betragtes som en fejlkilde. Ifølge Gannik betyder dette fokus på enkelte biologiske faktorer af sygdommen, at kompleksiteten i sygdomsbilledet ikke erkendes. Der er derfor risiko for, at sygdommens forbundenhed med hverdagslivet ikke bliver taget i betragtning i praksis, hvilket er særligt problematisk ved kroniske sygdomme, herunder PCO, pga. disse sygdommes langvarige karakter.

Vores forståelse er, at de mange specialeretninger inden for det medicinske paradigme formodentligt kan være medvirkende til, at syndromet behandles ”punktvis” og altså ikke som en helhed, der tager udgangspunkt i PCO´erens samlede situation. Ikke mindst i forhold til vægttab kan ”punktbehandlingen” formodentlig tilsløre den helhed, som med udgangspunkt i Gannik må have betydning for handlinger i forhold til vægttab i den enkelte kvindes hverdag (ibid.). Forskningen i PCO har traditionelt bevæget sig inden for de biologiske rammer, hvorfor de biologiske patogene faktorer i syndromet er de mest kendte og undersøgte.

Det multidisciplinære perspektiv på PCO

Ifølge Gannik ville den ideelle samfundsmæssige praksis integrere den biomedicinske tilgang til sygdom med den sociale sygdomsteori således, at sygdom i højere grad kunne begribes og behandles som en helhed (Gannik 2005). Ifølge Dr. med. Lone Schmidt, som har forsket i den psykologiske påvirkning fra barnløshed i en generel gruppe, er mange barnløse kvinder dog belastede af lavt selvværd, problemer med interpersonelle forhold, personlige bekymringer og selvbebrejdelse som følge af infertilitet og fertilitetsbehandling, hvorfor vi ikke vil udelukke, at dette også kan gælde for kvinder med PCO (Schmidt 2006). Da overvægtige kvinder med PCO udgør en betydelig andel af patienterne på landets fertilitetsklinikker, er relevansen af at opnå viden på dette område betragtelig. Undersøgelser af, hvordan symptomerne fra PCO påvirker danske overvægtige kvinder, kunne derfor bidrage med vigtige oplysninger til det danske behandlingsregi.

De sundhedsprofessionelle, der arbejder med overvægtige PCO'ere, møder hver dag deres patienter eller klienter i konteksten mellem behandler og individ. Trods denne inter-individuelle kontekst eksisterer der, så vidt vi ved, udelukkende undersøgelser af kvinder med PCO baseret på en kvantitativ ramme, hvor viden alene etableres på baggrund af grupper og tendenser, og hvor individets unikke oplevelser og fortællinger ikke inddrages. Der findes således ikke publiceret viden, som er baseret på kvalitative og individuelle nuancer i kvindens situation med PCO. Ifølge Gannik er netop subjektiviteten afgørende for patientens valg af behandling og for den måde patienten deltager i behandlingen eller modtager behandlingen (Gannik 2005). Indsigten i hvilke subjektive forhold, der er på spil for patienten, synes derfor særligt relevant i den inter-individuelle behandlingskontekst.

1.2 Problemfelt

Ud fra ovenstående spændingsfelt mellem den reduktionistiske sygdomsbehandling og den komplekse sygdomskontekst oplever vi, at der mangler beskrivelse og viden på flere centrale områder. I første omgang mangler der en afklaring af aktuelle livsstilsfaktorer, herunder kost og motion, blandt danske overvægtige kvinder med PCO samt disse parametres mulige sammenhænge med, og betydning for, vægt- og vægttab. Herudover mangler der viden om sammenhængen mellem PCO, fekunditet*[6] og vægttab i et nationalt perspektiv. Der findes i øjeblikket ingen beskrivelser af den kontekst, disse kvinder befinder sig i, når den medicinske diagnose blandes med hverdagens praksis og det sociale liv. For at kunne forstå betydningen af PCO som diagnose og fænomen, må syndromet undersøges i et komplekst perspektiv – det multidisciplinære.

1.3 Problemstilling

Med afsæt i ovenstående er målet med specialet således at besvare følgende problemformulering:

- Hvilke tendenser kan vi observere i deltagernes vægt og vægtforløb, abdominale fedtfordeling, fekunditet, livsstil i form af kost og motion og ressourcer, herunder uddannelse?
  Hvilke associationer kan vi drage mellem ovennævnte parametre, og hvilken betydning har parametrene for deltagernes vægttab?

- Hvordan føler deltagerne sig mødt i kommunikationen om PCO, overvægt og vægttab med sundhedsprofessionelle, og i hvilket omfang giver kommunikationen mening og anvendelsesmuligheder for deltagerne?

- I hvilket omfang har deltagernes ressourcer betydning for deres sygdomshandlinger i en hverdag med PCO og overvægt?

For at afklare hvordan vores undersøgelsesgruppe forholder sig omkring deres position som overvægtige PCO'ere, hvordan de oplever kommunikationen i mødet med sundhedspersonale samt hvilken betydning deres hverdagspraksis har for et vægttab, finder vi det relevant at søge en mere specifik viden på området. Til problemformuleringen knytter der sig derfor yderligere følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan oplever deltagerne kommunikationen med sundhedspersonale primært om vægt og vægttab og sekundært om PCO og barnløshed?
- I hvilket omfang oplever deltagerne at få den information og de handlemuligheder, de har behov for, for at komme videre i et vægttabsforløb?
- Hvad betyder deltagernes personlige værdier og handlemuligheder [7] for hverdagen med PCO og overvægt?
- Hvad betyder deltagernes strukturelle rammer[8] for deres måde at agere på i forhold til PCO og ønsket om vægttab?
- Hvordan oplever deltagerne at blive positioneret af andre, og hvordan positionerer deltagerne sig selv som overvægtige i det sociale rum?
- Hvilken betydning har positioneringen for deltagernes forståelse af deres PCO-diagnose og overvægt?

[7] Herunder deltagernes sundheds/sygdomsforståelser samt opfattelse af egne handlemuligheder.
[8] Behandlingssystemet, omgivelser, netværk, arbejde, bolig, økonomi, viden mv.

1.4 Formål

Specialets formål er, at afdække fysiske, psykiske, sociale og kommunikative aspekter som har betydning for vægttab blandt overvægtige kvinder med PCO. Overordnet er formålet at skabe en øget forståelse, i behandlingssystemet, i omgivelserne og hos kvinderne selv, for de aspekter som har betydning for vægttab hos kvinderne, med henblik på at øge kvindernes muligheder for at opnå det ønskede vægttab. Herunder er formålet, at redegøre for deltagernes vægt, taljemål og menstruationsmønster over en 6 måneders periode samt redegøre for øvrige parametre i tilknytning til kvindernes hverdag og ressourcer, herunder uddannelse, kost, motion, sundhedsforståelse, netværk og kvindernes kommunikationsoplevelse i behandlingsregi, primært i forhold til emnet vægttab og sekundært i forhold til PCO og barnløshed.

Herudover er formålet at afklare eventuelle associationer mellem vægttab og fekunditet i undersøgelsesgruppen samt associationer mellem øvrige ovennævnte parametre med særlig fokus på deres betydning i forhold til vægtforløbet gennem 6 måneder. Formålet er ligeledes at klarlægge, hvordan PCO og overvægt griber ind i, og påvirkes af, kvindernes hverdag og levevilkår, og i hvilket omfang kvinderne har ressourcer til at handle over for deres sygdomssymptomer, herunder overvægt og barnløshed.

1.5 Undersøgelsesgruppen

Vores primære undersøgelsesgruppe er overvægtige kvinder diagnosticeret med PCO, som har et graviditetsønske. Vores sekundære undersøgelsesgruppe er kvinder diagnosticeret med PCO uden et graviditetsønske. Kvinderne i begge undersøgelsesgrupper er blevet anbefalet at reducere deres vægt. Undersøgelsesgruppen repræsenterer danske kvinder over hele landet. Vi omtaler både kvinderne som deltagere, kvinder med PCO og som PCO'ere.

1.6 Begrebsafklaring

I udenlandsk litteratur og omtale af PCO bruges begrebet PCOS. Vi anvendte i starten dette udtryk i vores materiale, men fandt gennem undersøgelsen ud af, at PCO er mere brugt i daglig tale i Danmark, hvorfor vi ændrede begrebet til PCO.

I forbindelse med omtale af lægelige faggrupper bruger vi blandt andet en opdeling mellem praktiserende gynækolog og fertilitetslæge. Vi er klar over, at begge læger er gynækologer, men bruger opdelingen som praktisk adskillelse i analysen.

1.7 Afgrænsning

Da vi har valgt at lægge fokus på deltagernes oplevelse af kommunikationen med sundhedsfagligt personale, har vi ikke indsamlet empiri i form fx interviews med læger og sygeplejersker. Vi har dog foretaget ét interview, hvor vi har talt med en behandler af anden kategori end de før omtalte, som har bidraget med information set fra vores undersøgelsesgruppes side. Desuden kender vi til procedurerne og holdningen fra de sundhedsprofessionelles side gennem kontakt med fertilitetsklinikker på flere større sygehuse i Danmark.

Vi har afgrænset gruppen af kvinder med PCO til den gruppe af kvinder, som er overvægtige med BMI[9] over 27, hvilket er i overensstemmelse med de overvægtskriterier, Fertilitetsklinikken arbejder ud fra i behandlingsøjemed.

Specialet vil kun sekundært beskæftige sig med følgevirkninger af PCO, som ligger uden for fertilitetsproblematikken. Her tænker vi bl.a. på de fænomener, der i øvrigt er knyttet til PCO og hyperandrogenisme*, såsom øget kropsbehåring og akne* samt de længerevarende konsekvenser af PCO, herunder udvikling af diabetes type 2 og hjerte- /karsygdomme. Specialet vil endvidere ikke beskæftige sig med årsagerne til, at kvinder med PCO bliver overvægtige, men i stedet have fokus på overvægtens betydning ved PCO.

Del 2: Teori og hypoteser

Dette kapitel er inddelt i tre afsnit. I første afsnit vil vi redegøre for de patofysiologiske mekanismer bag PCO, som har betydning for forståelsen af vores problemstilling. Herunder vil vi præsentere relevante dele af den eksisterende naturvidenskabelige viden og forskning inden for problemstillingen og denne vil desuden danne grundlag for den efterfølgende præsentation af hypoteserne bag vores kvantitative undersøgelser. Efterfølgende vil vi redegøre for vores valg af sociologisk og kommunikativ teori samt den teoretiske operationalisering, vi har valgt på denne baggrund. Gennem præsentation af den samlede teoretiske ramme vil vi skabe en forståelsesmæssig baggrund for, hvordan vores teoretiske fundament sætter rammerne for vores forklaringer af de empiriske resultater, vi uddrager i både de kvantitative og kvalitative analyser.

[9] Body Mass Index (BMI) [Vægt i kg/(Højde i m)^2]

2.1 Polycystisk ovariesyndrom – PCO

2.1.1 Diagnosekriterier

PCO blev beskrevet første gang i 1935 af lægerne Stein og Leventhal og er siden blevet defineret på flere forskellige måder. De seneste diagnosekriterier blev udarbejdet på en international konsensuskonference i 2003, hvor " The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group"[10] vedtog de kriterier, der blandt andet anvendes i dansk behandlingsregi[11]. Diagnosen stilles på baggrund af mindst to af de følgende tre kriterier:

1. Ovulatorisk dysfunktion: Amenoré* (manglende menstruationer af over ½ års varighed) eller oligomenoré* (uregelmæssige menstruationer med < 21 eller > 35 dages intervaller).
2. Kliniske eller biokemiske tegn på hyperandrogenisme*: Kliniske; hirsutisme* eller akne. Biokemiske: øget total testosteron og øget frit testosteron.
3. Polycystiske ovarier konstateret ved ultralydsscanning: Mindst et polycystisk ovarium, som indeholder mindst 12 follikler på 2 – 9 mm i et plan og /eller ovarievolumen på over 10 ml.

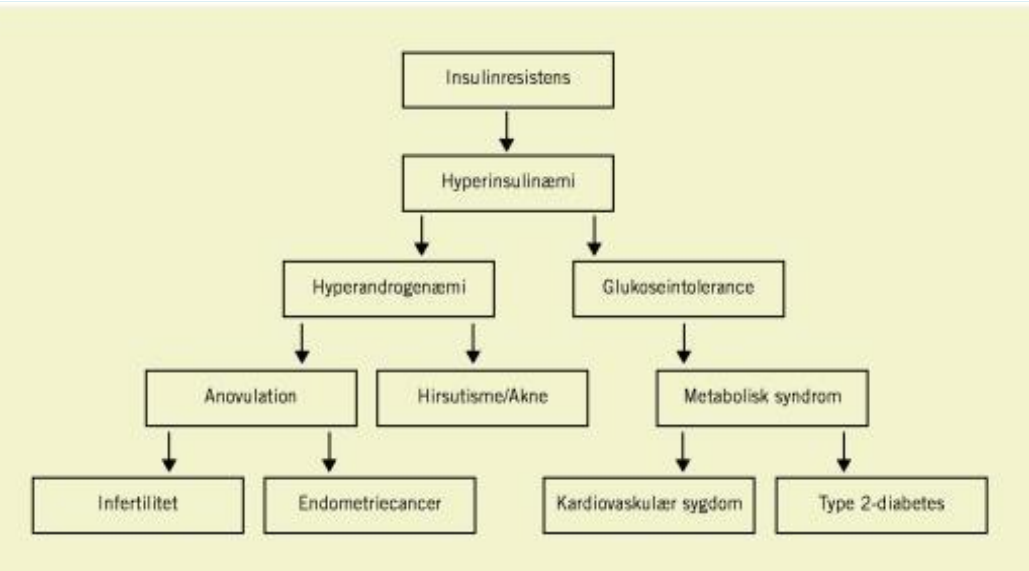
Samtidig ses ofte insulinresistens* med sekundær hyperinsulinæmi* og biokemiske forandringer i form af forhøjet luteiniserende hormon (LH), LH/FSH ratio over 2, glukoseintolerance og abnorm lipidprofil (ubalance i kolesterolværdierne) (Dasgupta et al. 2008, Svendsen et al. 2003).
De kliniske manifestationer ved PCO begynder i puberteten eller senere, og den præcise patofysiologiske mekanisme bag PCO er indtil videre ikke kendt (Clausen et al. 2004).

2.1.2. Patogenesen bag PCO – insulinresistens og hyperinsulinæmi

PCOS patogenesen skyldes formodentlig genetiske forhold i første omgang, men de specifikke gener er ikke kendte, og patogenesen er kun delvist belyst (Svendsen et al. 2003).
Mellem 50 og 90%[12] af kvinder med PCO har insulinresistens*. Dette tal er signifikant højere end blandt alders- og BMI matchede kontrolkvinder. Et studie af Dunaif et al. påpeger, at en årsag til insulinresistensen

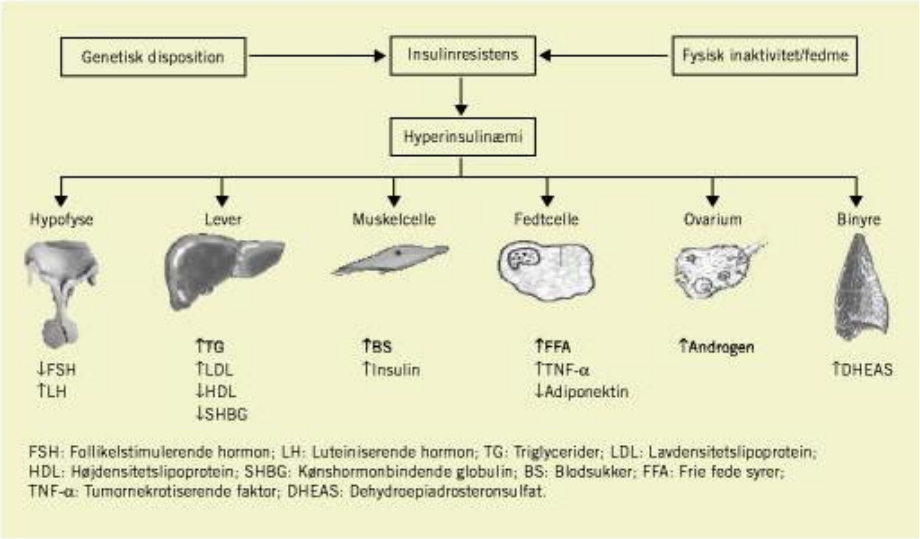
[10] I 2003 fastslog en PCOS-workshopgruppe sponsoreret af **ESHRE**/**ASRM** (European Society for Human Reproduction (ESHRE) and the American Society of Reproductive Medicine (ASRM)) nye kriterier for PCOS-diagnosen, hvis seneste kriterier var vedtaget i 1990.
[11] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland
[12] Tallet er afhængigt af hvilke diagnosekriterier som anvendes.

kan være en genetisk defekt i insulinsignalkaskaden (Dunaif et al. 2001).



Figur 2.1.2.1: Effekten af insulinresistens og hyperinsulinæmi på forskellige organsystemer ved PCO. Hiarkisk model. Patienten fremtræder fænotypisk som vist i figuren, dog optræder alle abnormiteter ikke nødvendigvis hos den enkelte patient, hvilket understreger kompleksiteten i syndromet (Svendsen et al 2003).

Ifølge Gambineri et al. anses insulinresistens og hyperinsulinæmi som primær faktorer i udviklingen af PCO (Gambineri et al. 2002). Baggrunden for denne antagelse findes i anvendelsen af insulinfølsomhedsregulerende medicin til kvinder med PCO, da dette har vist sig at forbedre symptomerne på PCO (Gambineri et al. 2002). Via hyperinsulinæmien påvirkes æggestokke og binyrer til at udskille henholdsvis en forøget mængde androgener* samt prohormonet for androgener, DHEAS. Desuden er en række andre organer involveret i det komplekse samspil mellem insulin og androgener (Gambineri et al. 2002).



Figur 2.1.2.2: Konsekvenser af insulinresistens og hyperinsulinæmi (Svendsen et al., 2003) Illustration af de vigtigste patofysiologiske sammenhænge bag udvikling og manifestation af PCO-syndromet.

Den perifære insulinresistens leder til, at blodets indhold af insulin øges, og dette medfører hyperinsulinæmi. Hyperinsulinæmien påvirker en række organer, som ændrer udskillelsen af en række hormoner, prohormoner m.v., og den heraf følgende hyperandrogenisme medvirker i udviklingen af PCO-symptomerne.
Samspillet mellem hyperinsulinæmi og hyperandrogenisme er af afgørende betydning ved PCO og mekanismerne er komplekse, hvorfor kun de væsentligste nævnes her:

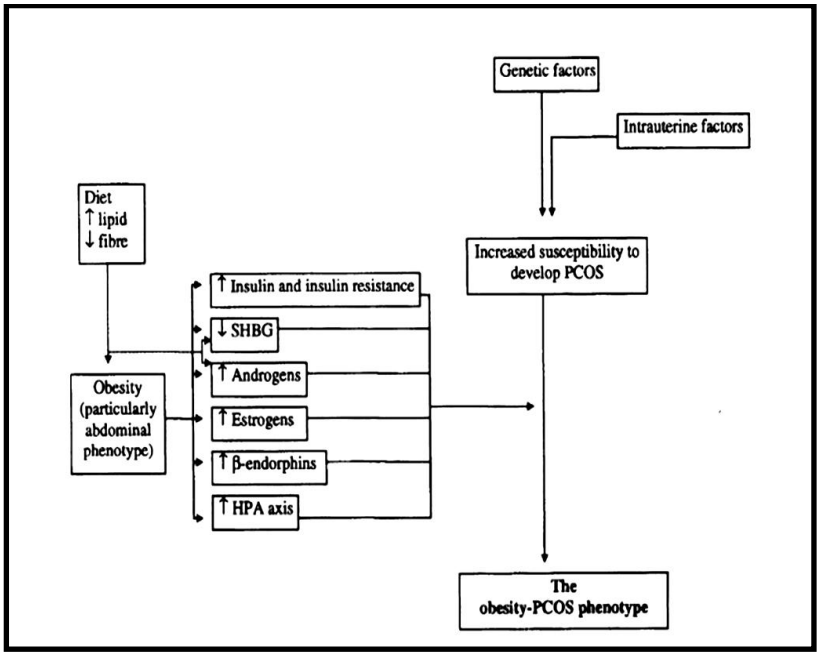
- I ovarierne stimulerer hyperinsulinæmien til øget syntese af androgener gennem synergistisk interaktion med LH. Dette medfører, at ægløsningen hæmmes, fordi udviklingen af folliklerne standser på et for tidligt stadie. Anovulation* eller oligoovulation* findes således hos 70 – 80 % af kvinder med PCO (Diamantia-Kandarakis 2008, Gambineri 2002).
- I leveren hæmmes produktionen af SHBG (sex hormon binding globulin), og herved øges mængden af frie androgener i serum (Gambineri, 2002). Leveren påvirkes desuden af hyperinsulinæmien til at udskille flere frie fede syrer, hvilket øger insulinresistensen (Svendsen et al. 2003).
- I hypofysen påvirkes gonadotropinerne (LH og FSH) af hyperinsulinæmien, så niveaet af LH stiger, mens FSH falder. Den øgede mængde af LH fører til øget androgensyntese, mens det lavere niveau af FSH betyder, at androgenerne i mindre omfang end normalt bliver omdannet til østrogen (Diamanti-Kandarakis 2008).
- Binyrerne bidrager til PCO-patologien ved at øge androgenproduktionen i binyrebarken. Studier har vist, at den øgede androgenproduktion sandsynligvis skyldes det høje insulinniveau i blodet (Gambineri 2008).

2.1.3 PCO og overvægt – patofysiologiske mekanismer

Generelt gælder de samme patofysiologiske mekanismer for slanke og overvægtige med PCO, men overvægt vil ofte være med til at igangsætte og/eller forstærke patofysiologien. Det er endnu uklart præcis, hvilken rolle overvægt spiller i relation til PCO (Barber et al. 2006). Ifølge et review af Gambineri et al. findes der i flere studier af kvinder med PCO evidens for, at overvægt hos kvinderne øger niveauerne af androgener* og insulin i blodet, sammenlignet med fundene hos normalvægtige PCO´ere. Dette stimulerer til yderligere insulinresistens, og risikoen for ændringer i hormonbalancen med menstruationsforstyrrelser til følge øges. Et øget niveau af østrogen ved overvægt spiller ligeledes en rolle i udviklingen af hyperandrogenisme (Gambineri et al. 2002).

Ifølge Dasgupta et al. viser undersøgelser, at kvinder med PCO generelt spiser en kost med mere mættet fedt og færre fibre sammenlignet med kontrolgrupper, hvilket øger risikoen for overvægt (Dasgupta et al.

2008). Ifølge Gambineri medvirker en fedtholdig, fiberfattig kost desuden, uafhængigt af overvægten, til et øget androgenniveau i blodet. Et meget højt lipidniveau kan i sig selv medføre fald i SHBG og hermed en stigning i blodets androgener. I samspil med den genetisk øgede følsomhed for udvikling af PCO øger ovennævnte faktorer risikoen for udvikling af "The obesity-PCOS phenotype"(Gambineri et al. 2002).



Figur 2.1.3.1: Formodede sammenhænge mellem overvægt og den øgede risiko for, at udvikle "The obesity-PCOS phenotype". (Gambineri et al. 2002)

2.1.4 Behandlingsstrategier

Ifølge Svendsen et al. har PCO behandlingen hidtil været primært symptomatisk med vægt på kosmetiske gener, blødningsforstyrrelser og infertilitet (Svendsen et al. 2003). I de senere år er der dog kommet fokus på også at behandle de metaboliske forstyrrelser blandt andet for at nedsætte risikoen for følgesygdomme på længere sigt. Nedenfor nævnes de hyppigst anvendte behandlinger af PCO.

<u>- Vægtreduktion:</u>

På baggrund af erfaringer med positive resultater af vægtreduktion på insulinfølsomhed, mindsket koncentration af frie androgener i blodet, kolesteroltal og ovulation, er vægtreduktion ved hjælp af henholdsvis diæt og motion hjørnestenen i behandlingen af PCO hos overvægtige. Ifølge guidelines fra Dansk selskab for obstetrik og gynækologi, er der i behandlingsregi således enighed om at første behandlingsstrategi hos overvægtige kvinder med PCO og fertilitetsønske er, at kvinden forsøger at opnå vægttab. Rådgivning om vægttab en væsentlig del af den indledende fertilitetsbehandling i denne gruppe (Clausen et al. 2004).

- P-piller:

P-piller bliver hyppigt anvendt til at behandle menstruationsforstyrrelser, akne og hirsutisme hos kvinder uden graviditetsønske.

-Metformin og clomifen:

Det antidiabetiske middel metformin bliver anvendt til at hæmme leverens glukosekoncentration og reducere insulinresistens og plasmainsulinkoncentration. Metformin medvirker blandt andet til at øge ovulationsraten (Svendsen et al. 2003), og det anvendes evt. i kombination med det ovulationsinducerende middel clomifen. Denne kombination forbedrer både konceptionsraten og ovulationsraten sammenlignet med metformin alene (Svendsen et al. 2003).

2.1.5 PCO og vægttab – eksisterende viden og forskning

I nedenstående afsnit vil vi redegøre for den viden, som danner baggrund for vores hypoteser og antagelser om vægt og vægttab blandt overvægtige kvinder med PCO samt sammenhængen mellem vægttab og abdominal fedtfordeling, fekunditet, kostens glykæmiske indeks (GI) samt fysisk aktivitet.

Abdominal fedtfordeling

Kvinder med PCO har en øget tendens til abdominal fedtfordeling (over 88 cm i taljeomkreds) sammenlignet med normalbefolkningen (Ehrman et al. 2002). I et studie fandt man, at normalvægtige kvinder med PCO havde 70 % højere forekomst af android og intermediær[13] fedtfordeling sammenlignet med normalvægtige kontrolpersoner (Kirchengast et al. 2001). Overvægtige PCO'ere med den abdominale fænotype* har øget tendens til hyperandrogenisme pga. lavere niveauer af SHBG sammenlignet med normalvægtige PCO'ere. Abdominal fedtfordeling kan tilsyneladende være en selvstændig patogen faktor for udvikling af nedsat glukosetolerans, dyslipidæmi, insulinresistens og hyperandrogenisme (Gambineri et al. 2002; Svendsen et al. 2003). Studier tyder på, at den androide fedtfordeling kan være medvirkende årsag til de forhøjede insulinniveauer (Barber et al. 2006). Da den abdominale fedtfordeling hænger sammen med hyperandrogenisme, vil den abdominale fedtfordeling sandsynligvis kunne associeres med de kliniske manifestationer af PCO, herunder fekunditeten. Et studie af Huber-Buchholz et al. fandt eksempelvis statistisk signifikante sammenhænge mellem et reduceret taljemål i studieperioden og en øget ovulationsrate hos overvægtige og anovulatoriske kvinder med PCO (Huber-Buchholz et al. 1999).

[13] Intermediær fedtfordeling: Et grænsestadie imellem gynoid og androgen fedtfordeling

PCO, vægttab og fekunditet

Studier af overvægtige kvinder med PCO viser, at vægttab på blot få procent af kropsvægten kan sættes i forbindelse med forbedringer i de karakteristiske kliniske, hormonelle og metaboliske faktorer ved PCO. Et studie af Stamets et al. undersøgte effekten af to typer diæter i to grupper af overvægtige kvinder med PCO og fandt, at niveauerne af både insulin og androgener faldt statistisk signifikant fra starten til slutningen af en periode, i hvilken kvinderne i gennemsnit tabte sig 3,6 % i den ene gruppe og 4,2 % i den anden gruppe. (Stamets et al. 2004) Flere studier af overvægtige generelt har vist effekt af vægttab på >5 % af kropsvægten, bl.a. på forbedret insulinfølsomhed, og ifølge Farshchi et al. er der rimelig grund til at antage, at disse resultater kan overføres til overvægtige kvinder med PCO (Farschi et al. 2007).

Vægttab påvirker altså ikke alene de metaboliske faktorer, men kan også påvirke ægløsning og menstruationscyklus positivt. Ifølge Van Dam et al. (Van Dam et al. 2003) medfører energirestriktion og vægttab forbedringer i ovulationsmønsteret hos 50 – 80 % af overvægtige kvinder med PCO. I et studie af Crosignani et al. (Crosignani et al. 2003) undersøgte man 33 overvægtige, anovulatoriske kvinder med PCO. Studiet fandt, at de kvinder, der opnåede henholdsvis 5 og 10 % vægttab i løbet af studieperioden, opnåede statistisk signifikante forbedringer i de patofysiologiske ovarieparametre, som kendetegner PCO, og at 60 % af de kvinder, der tabte sig minimum 5 %, opnåede ovulatoriske cykli i perioden. Andre studier har ligeledes undersøgt vægttabs effekt på reproduktive end-points hos overvægtige kvinder med PCO og har fundet positive associationer mellem vægttab og menstruationsfrekvens eller reproduktiv hormonprofil (Hoeger et al. 2004, Moran et al. 2003, Kiddy et al. 1998, Tang et al. 2003).

I et lokalt perspektiv har vi oplysninger fra Fertilitetsklinikken Region Sjælland, som understøtter antagelsen om en sammenhæng mellem vægttab og fekunditet/fertilitet. Personalet vurderer på baggrund af et erfaringsmæssigt skøn, at 50 – 75 % af de PCO-patienter, der taber sig over 5 %, vil opleve spontane ægløsninger som følge af vægttabet[14].

Et studie af Moran et al. har fundet evidens for en sammenhæng mellem energirestriktion og nedsatte niveauer af SHBG og testoteron hos overvægtige kvinder med PCO. Fundene var samtidig associeret med nedsatte insulinniveauer. Studiet påviser, at maksimal effekt på ovennævnte parametre sker under energirestriktion snarere end ved efterfølgende energihomeostase (Moran et al. 2003). Dette kunne indikere, at det ikke er den absolutte mængde af tabt kropsfedt i sig selv, som i første omgang har betydning for forbedringer i cyklus blandt overvægtige PCO'ere og, at virkningen ikke er afhængig af BMI og

[14] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

forskelle i størrelsen af individuelle fedtdepoter som udgangspunkt. Virkningen af energirestriktionen i sig selv kan derfor være forklaringen på, at en kvinde med et BMI på eksempelvis 35 kan opnå samme ovulationsstimulerende effekt af vægttabet som en kvinde med et BMI på 26, selvom den relative fedtmængde hos førstnævnte trods alt vil være en del større.

Glykæmisk indeks (GI) og vægttab

Ifølge Romualdi et al., som har undersøgt sammenhængen mellem insulinniveauer og appetitregulering, spiser kvinder med PCO flere fødevarer med højt glykæmisk indeks * (GI) og få fibre end kvinder uden PCO (Romualdi et al. 2008). Kvinder med PCO oplever ofte "craving" efter hurtigt optagelige kulhydrater (Moran et. al. 2003). Højt GI eller høj glykæmisk load*(GL) kan formodentlig påvirke ønsket om vægttab i negativ retning, både fordi kulhydrater med højt GI kan virke appetitstimulerende, og fordi insulinniveauet øges af et højt GI/GL i kosten (Nielsen et al. 2001).

Undersøgelser af overvægtige generelt peger på en effekt af lavt GI på vægttab. Et studie af Brehm et al. blandt raske, overvægtige kvinder uden PCO sammenlignede en diæt med meget få kulhydrater (max. 20 g pr dag) med en officielt anbefalet diæt indeholdende 55 % kulhydrat og holdt diættyperne op mod kvindernes vægttab i studieperioden på 6 måneder. Ved den statistiske analyse fandt man, at de kvinder, der havde spist diæten med meget få kulhydrater, tabte sig signifikant mere end de kvinder, der havde spist diæten med "almindeligt" indhold af kulhydrater (Brehm et al. 2002). Flere andre studier har fundet lignende resultater i en sammenlignelig gruppe (Skov et al. 1999, Baba et al. 1999, Samaha et al. 2003). Lignende undersøgelser blandt overvægtige med PCO har ikke fundet statistisk signifikante sammenhænge mellem diæterne med et højt proteinindhold eller diæter med et højt kulhydratindhold på vægttab (Stamets et al. 2004 og Moran et al. 2003). Ifølge Reaven et al. er der dog tiltagende indicier på, at en diæt med et reduceret glykæmisk indeks kan være fordelagtigt for kvinder med PCO pga. den insulinreducerende og hermed metaboliske og reproduktive effekt af en sådan diæt (Reaven et al. 2004).

Fysisk aktivitet og overvægt hos kvinder med PCO

Et studie af Wright et al. viste, at ved selvrapportering af aktivitetsniveauer var kvinder med PCO mindre fysisk aktive end kvinder uden PCO (Wright et al. 2004). Fysisk inaktivitet bidrager formentligt til patofysiologien bag PCO, specielt hos overvægtige (Svendsen et al. 2003). Ifølge Farshchi et al. samt "ESHRE/ASRM-sponsored workshop group" findes der dog kun sparsom indsigt i fysisk aktivitets betydning for vægttab og fertilitet hos overvægtige kvinder med PCO. Den nuværende viden må derfor hentes fra i studier af overvægtige personer uden PCO. To studier fra 2003 viser, at 60 – 75 minutters moderat til høj-

intensiv fysisk aktivitet afstedkommer et større vægttab over en længere periode på 12 – 16 måneder (The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group 2004, Farshchi et al. 2007).

2.2 Hypoteser forud for statistiske analyser

Som ovenfor beskrevet findes der evidensbaserede sammenhænge mellem PCO og faktorerne vægt og fekunditet. I det følgende vil vi redegøre for, hvilke af disse sammenhænge, vi har valgt at undersøge, og vi vil beskrive forudsætninger og hypoteser for vores undersøgelsesområder.

Vægtens opførsel over tid

Vægt og vægttab hos kvinder med PCO er som beskrevet et centralt parameter i patofysiologien og behandlingen. Der findes indtil videre ingen undersøgelser, der redegør for et observationelt vægttabsforløb i en målgruppe tilsvarende vores, der ønsker at tabe sig, men ikke som standard følger en bestemt diæt eller vægttabsplan. Da vægttab "på egen hånd" imidlertid er situationen for mange kvinder med PCO, oplever vi en stor betydning af at generere mere viden på området. Fertilitetsklinikken på Roskilde Sygehus skønner, at PCO patienter, som bliver bedt om at tabe sig inden behandling, ændrer deres vægt fra +5 til – 15 kg over 6 måneder. Det anslås, at syv ud af ti patienter vil tabe sig i perioden, mens resten enten vil bibeholde deres vægt eller tage på.[15] Disse tal kan være med til at give en omtrentlig fornemmelse af vægttabet i en gruppe af overvægtige kvinder med PCO.

Vores formål med denne del af undersøgelsen er at observere og beskrive vægttabsforløbet i den samlede målgruppe gennem 26 uger således, at studiets resultater efterfølgende kan danne basis for egentlige hypoteser om målgruppens vægttab over en given tidsperiode. Vores formål er tillige at anvende data fra vægtregistreringen til statistiske analyser i det omfang, de kan bidrage til at besvare vores hypoteser, som er beskrevet nedenfor. Med baggrund i ovenstående opstiller vi følgende undertemaer og underhypoteser for vores studie:

Taljemålets opførsel over tid

Som tidligere nævnt er abdominal fedtfordeling karakteristisk for både slanke og overvægtige kvinder med PCO. Der findes os bekendt ingen undersøgelser, som redegør for den abdominale fedtfordelings incidens og udvikling i en gruppe af PCO kvinder som ønsker at tabe sig, men som ikke følger en bestemt diæt eller vægttabsplan. Formålet er derfor at observere og beskrive taljemål og disses ændringer gennem 26 uger i vores undersøgelsesgruppe.

[15] Personlig kommunikation med Anette Lindhard, Region Sjælland

Abdominal fedtfordeling og vægttab

Gennem vores undersøgelse af taljeomfangets ændring over tid vil vi derfor forvente at se en sammenhæng mellem abdominal fedtfordeling og vægttab i målgruppen. Samtidig forventer vi at observere en højere fekunditet hos de deltagere, hvis taljemål mindskes i løbet af de 6 måneder.
Vi opstiller derfor hypotesen om, at vægttab vil korrelere med mindsket taljemål, ikke kun pga. vægttabet i sig selv, men også pga. af mindsket androgenniveau.

Abdominal fedtfordeling og fekunditet.

Formindskelse af taljemålet gennem uge 0-25 vil kunne associeres med en øgning i menstruationsfrekvensen i sammen periode.

Fekunditet og vægttab

Et vægttab hos deltageren på minimum 5 % af kropsvægten i løbet af 6 måneder vil korrelere med en hyppigere/mere regelmæssig cyklus i gruppen, sammenlignet med det cyklusmæssige udgangspunkt.

BMI og fekunditet

Det er vægttabet på minimum 5 % af kropsvægten, som har betydning for fekunditeten, i højere grad end størrelsen af BMI som udgangspunkt.

Glykæmisk indeks (GI) og vægttab

Hypotesen er, at de deltagere, som har et højere (estimeret) niveau af hurtigt optagelige kulhydrater i dagskosten også er dem, der taber sig mindst i studieperioden.

Fysisk aktivitet

Derfor er vores hypotese, at det tidsmæssige omfang af motion i fritiden korrelerer positivt med omfanget af vægttab gennem studieperioden på 26 uger.

Sundhedsforståelse og uddannelse

Ifølge Jensens ovenstående teori om sundhedsforståelser hænger det individuelle sundhedsperspektiv tæt sammen med viden og indsigt, hvilket ifølge Bourdieu i vis udstrækning erhverves gennem kulturel kapital i form af uddannelse (jf. 2.3.4 og 2.3.6). Vi mener derfor, at det vil det være nærliggende at antage, at de deltagere, som har en længere uddannelse, og som hermed har en bredere grundviden og er vant til at opsøge ny viden, vil være mere tilbøjelige til at have en sundhedsforståelse, der inddrager hele

livssituationen, og hermed læner sig op af en bred sundhedsforståelse i forhold til de deltagere, som er kortuddannede eller ingen uddannelse har.

Kostvejledning

Med baggrund i vores teori (jf. 2.3) vil vi forvente, at de deltagere, der angiver at have fået en vejledning om kost og vægt, som de mener at have kunnet bruge i praksis (handling) eller som er henvist til/i et forløb hos kostvejleder, har tabt sig mere, end de der ikke har fået en sådan vejledning.

Uddannelse (kulturel kapital) og vægttab

Vi antager, at de deltagere, der har en relativt højere kulturel kapital (defineret som uddannelseslængde), også opnår et større vægttab, idet de med baggrund i teorien vil have flere ressourcer samt tiltro til egen handling, end de deltagere som har en kortere uddannelse (jf. 2.3.4 og 2.3.6).

2.3 Sociologisk og kommunikativ teoriramme samt operationalisering

2.3.1 Videnskabsteoretisk positionering

Videnskabsteoretisk placerer vi os inden for fænomenologien og socialkonstruktivismen. Disse ontologier anerkender eksistensen af en fælles fysisk verden, men understreger, at denne verdens betydning er subjektivt fortolket – det vil sige, at virkeligheden for den enkelte er en konstruktion, som afhænger af individets sanser, erfaringer, intelligenser og refleksioner. Individet fortolker hermed sig selv og andre i en social proces, der omfatter verbalsprog, sanser og adfærd til et totalt betydningskompleks (Poulsen 1999). Med baggrund i den fænomenologiske videnskabsforståelse begiver vi os ind i deltagernes livsverden set ud fra deres perspektiv og deres forståelse af denne (Kvale 1997). Dette giver det os mulighed for at få indblik i deltagernes livsverden og giver os baggrund for at forstå deres handlinger og hverdag i tilknytning til PCO og vægt- og barnløshedsproblematikken samt deres oplevelse af den kommunikationen, der foregår i feltet.

2.3.2 Introduktion til teoriramme og operationalisering

I specialet går vi tæt ind på de individuelle betydningsdannelser og handlinger, der ses i forhold til PCO, vægtproblematik, vægttab og barnløshed. Vores forståelse er, at disse betydningsdannelser og handlinger er socialt regulerede, og samtidigt individuelt internaliserede. Derfor mener vi, at det er nødvendigt at anskue deltageren i både en individuel og samfundsmæssig/strukturmæssig ramme.

På baggrund af ovenstående antagelser har vi som udgangspunkt for vores metodiske og metodologiske overvejelser i specialet valgt at inddrage følgende teoretikere:

Primære:

- Dorthe Gannik – social sygdomsteori
- Pierre Bourdieu - kapital og habitus
- Brenda Dervin – Sense making methodology og det relative perspektiv på sundhedskommunikation

Som supplement til de primære teoretikere har vi valgt disse sekundære teoretikere:

- Bjarne Bruun Jensen – Sundhedsforståelse og handlekompetence
- Nanna Mik-Meyer og Deborah Lupton - positionering

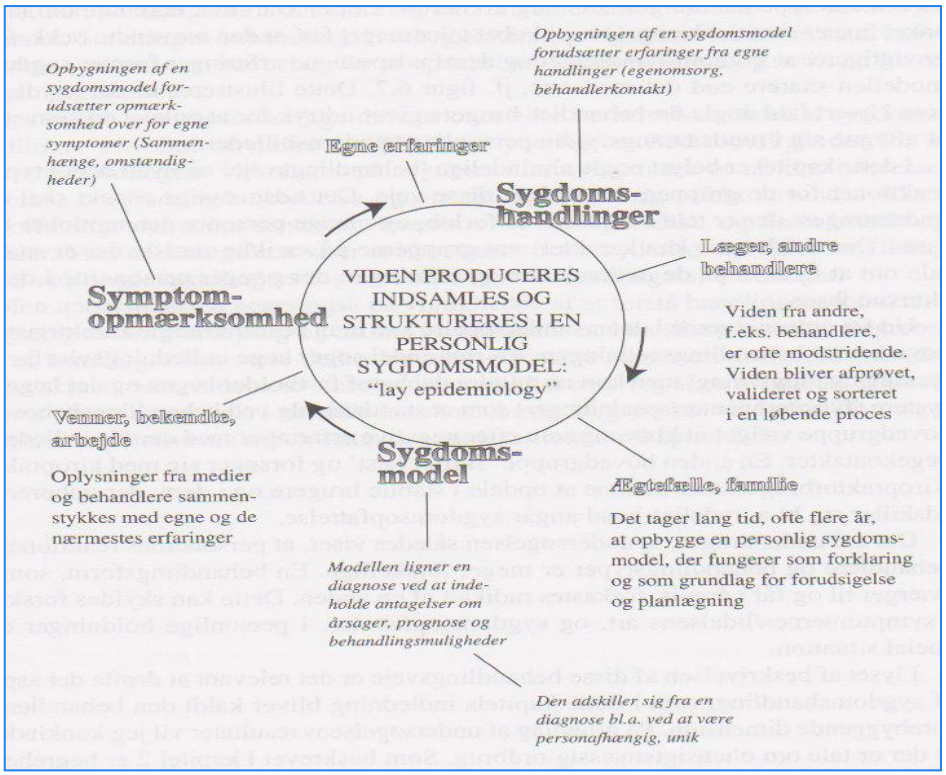
Fælles for ovenstående teoretikere er, at de beskæftiger sig med handling og betydningsdannelse ud fra et hverdagslivsperspektiv og et aktør/struktur perspektiv. Centralt for disse perspektiver er, at de lægger vægt på, at betydningsdannelse og handling for den enkelte er funderet i et samspil mellem individuelle og strukturmæssige forhold/samfundsmæssige forhold, som omgiver individet i dets hverdag. Teorierne er samtidigt helhedsorienterede i den forstand, at de anskuer handlinger på baggrund af en ramme, der inddrager hele individet, dets erfaringer og dets omverden og altså ikke ser isoleret på det enkelte individ med det enkelte problem. Teorierne har samtidig hver deres særegne områder og ontologiske perspektiver, som på hver deres måde kan bidrage til vores besvarelse af problemformuleringen.

2.3.3 Dorthe Gannik - social sygdomsteori

Ganniks teori baserer sig på et sygdomsbegreb, som inddrager hele det handlende individ og dets samfundsmæssige forhold og faktorer. For at få en forståelse af, hvorfor mennesker bliver syge, og hvordan sygdommen påvirker deres liv, følelser og handlinger, må sygdommen ses som en integreret del af individernes livsforløb med årsager og konsekvenser, som kan føres tilbage til livsforløbet.

Gannik anvender begrebet ”sygdomshandling” til at beskrive *”Det personen gør med den hensigt at forstå sygdommens natur eller at kontrollere dens udtryk i sit daglige liv”* (Gannik 2005). Sygdomsadfærden forklares med baggrund i individets ”sygdomsopfattelse” eller ”sygdomsforståelse”, der af Gannik defineres som *”et udtryk for personens forståelse af sin egen sygdom; af hvad der er galt med ham/hende.”* (Gannik 2005). Begrebet ”symptomopmærksomhed” er centralt i denne sammenhæng og defineres af Gannik som fornemmelser, følsomhed og oplevelser af smerter, reaktioner m.m. De betydninger, som individet danner

ud fra sin sygdomsforståelse og symptomopmærksomhed, resulterer i udviklingen af en personlig ”funktionel sygdomsmodel”. Den funktionelle sygdomsmodel er individets forståelse af sine symptomer i et helhedsbillede. Sygdomsmodellen er central for de forklaringer og forudsigelser, individet kan gøre sig om sine symptomer, og sygdomsmodellen er desuden vigtig som planlægnings- og handlegrundlag over for sygdommen.



Figur 2.3.3.1 Dannelsen af den personlige sygdomsmodel

Det er dog ikke alle mennesker, som udvikler handleorienterede sygdomsmodeller. Udover symptomopmærksomhed er ressourcer en vigtig forudsætning for, at modellen kan anvendes konstruktivt af individet. Såvel individuelle som samfundsmæssige forhold er bestemmende for, om det enkelte menneske oplever større krav til sygdomshandlingsfeltet, end hun har ressourcer til at klare.
Gannik inddeler individets ressourcer i tre områder, som hver indeholder potentielle ressourcer eller belastninger:

”Private ressourcer” – *”ressourcer der tilhører personen, eller udgør en fast bestanddel af hans/hendes nuværende livsbetingelser.”* Eksempelvis familierolle, økonomi, uddannelse, arbejde og fritid.

”Netværksressourcer” - *”Ressourcer der står til rådighed for individet i hans/hendes umiddelbare omgivelser, f.eks. blandt slægt og venner, eller på arbejdspladsen.”* Ifølge Gannik spiller netværket en væsentlig rolle i valget af handlinger.

”Offentlige/formelle ressourcer” – *”Ressourcer der kan udnyttes efter nærmere bestemmelse af formelt autoriserede hjælpeinstanser”*, herunder sundhedsvæsen, hvor der gælder nogle formelle retningslinjer, begrænsninger og betingelser.

Gannik arbejder desuden med sygdomsopfattelser ud fra en opdeling mellem den lægelige og den folkelige tilgang, som på flere områder står i modsætning til hinanden. De folkelige sygdomsmodeller ligner de lægevidenskabelige på den måde, at de begge har en årsagsforklaring til sygdommen, og at de begge har nogle forestillinger om prognosen. Til gengæld adskiller de folkelige sygdomsmodeller sig fra de lægevidenskabelige ved, at sygdom opfattes som et led i eget livsforløb og som multikausalt betinget. Man har ingen eller vage opfattelser af sygdommens patologi, og der er ingen klar adskillelse mellem sygdom, sygdomsudtryk og sygdomsreaktioner. Den kliniske praksis i lægefeltet er påvirket af den lægelige opfattelse, som er forankret i medicinske forskningstraditioner. Det medicinske felt opererer således på baggrund af mangeårige traditioner inden for ”Den biomedicinske model”. Ifølge Gannik er den biomedicinske model baseret på forestillinger om, at sygdom kan beskrives på samme måde uafhængigt af den syge person og er karakteristisk ved en krop-sjæl dualisme. Ifølge Ganniks sundhedssociologiske udgangspunkt er patientens opfattelse af behandlingen, forholdet til lægen/praktikeren og patientens følelser dog helt centrale for den måde patienten deltager i og modtager behandlingen på. Gannik ser her patienten som aktør med egen sygdomsmodel og sygdomsopfattelse, som enten kan forstærke eller modarbejde behandlingen. Dette er afhængigt af patientens ”net af omstændigheder”, herunder holdninger, vaner og ressourcer. Lægen/praktikeren står derfor overfor en svær opgave i klinisk praksis, idet traditionen ikke byder praktikeren at medinddrage disse faktorer.

Operationalisering – Gannik

PCO og overvægt er kroniske sygdomme (Lindhard 2010[16], Statens Institut for Folkesundhed 2007). Med baggrund i dette definerer vi således deltagernes handlinger i undersøgelsesfeltet som ”Sygdomsadfærd”, og vi kan dermed med udgangspunkt i Gannik finde en tilgang som kan give os en vinkel på deltagernes særlige situation som mennesker med en kronisk sygdom, PCO, og med en tilknyttet problematik som overvægtige og for nogles vedkommende barnløse.

[16] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

Vi har således brugt Ganniks teori som ramme for de dele af spørgeskema og interviews, som handler om sygdoms/sundhedsforståelse, sygdomsmodel og sygdomshandlinger. Vi forestiller os at anvende Ganniks teori til at identificere de eventuelle påvirkninger af målgruppens praksis inden for vægt og vægttab, som kan forklares med baggrund i deres PCO- diagnose og evt. barnløshed. Det vil sige, at vores vinkel fokuserer på sygdommens specifikke betydning for et bestemt felt eller situation, som i projektets tilfælde er vægt og vægttab i kombination med PCO og evt. barnløshed.

For at danne os et billede af deltagernes sygdomsmodel i forhold til PCO, overvægt og sekundært barnløshed samt, hvor udviklet denne er, bruger vi spørgeskemaet til at afklare, i hvor høj grad deltagerne føler, at de har viden om og forståelse for deres sygdomssituation, og i hvor høj grad de føler sig handlekraftige over for denne. Spørgsmålene vil vi uddybe i de kvalitative interviews for at opnå fortællinger om deltagernes sygdoms- og handleforståelse, jf. deres sygdomsmodel.

I forhold til handling vil vi bl.a. fokusere på faktorerne ernæring og motion, som ifølge Gannik hører til de vigtigste aktiviteter folk foretager i forhold til at beskytte deres sundhed. Disse temaer er således medtaget i første del af spørgeskemaet, og endvidere ønsker vi at uddybe dem i interviewene.
I forbindelse med både spørgeskemaer og interviews vil vi anvende Ganniks tre ressourcekategorier til at afklare, hvilke ressourcer og begrænsninger deltageren har til selv at handle i forhold til et vægttab. I spørgeskemaet inddrager vi som nævnt spørgsmål om uddannelse, viden om PCO, vægt og barnløshed, og derudover spørger vi til netværk, formelle netværk og deltagernes følelse af kontrol over sygdomsudtrykket, som kan fortælle os om deres handledispositioner. I interviewene vil vi gå i dybden med ressourcetemaet og forsøge at danne os et billede af hver deltageres individuelle handlerum over for PCO, overvægt og barnløshed.

Gennem såvel kvalitativ som kvantitativ analyse søger vi svar på, i hvilket omfang deltagernes ressourcer og sundhedsforståelse har betydning for deres udvikling af en sygdomsmodel, som de kan handle ud fra i forhold til PCO og vægttab. I den kvalitative analyse anvender vi desuden Ganniks teori om folkelige, versus lægelige/biomedicinske opfattelser af sygdom som forklaringsgrundlag til de begrænsninger, der evt. kan findes i kommunikationen mellem læge/sundhedsfaglig person og deltageren som patient.

2.3.4 Pierre Bourdieu – kapital og habitus

Store dele af Ganniks teori er baseret på Bourdieus sociologi, og vi vælger at anvende hans teorier i samspil med Ganniks teorier.

Ifølge Bourdieu er vi livet igennem i interaktion med vores omgivelser. Der foregår et samspil mellem personlighed/krop (individ)og de fysiske ressourcer ude i virkeligheden. De værdier, der mødes i dette krydsfelt, afsætter tilsammen livsform og habitus. Aktør/struktur perspektivet er således centralt for Bourdieu, og han opererer med tre centrale begreber nemlig habitus, kapital og felt.
Habitus kan defineres som en sammenknytning mellem personlighed, livsomstændigheder og værdisæt. Habitus kan minde om begrebet vane, men det er mere førbevidst og desuden kropsliggjort på en varig måde i form af permanente dispositioner, der viser sig som en fornemmelse for, hvad man kan og ikke kan gøre i bestemte situationer. Herved opstår også en fornemmelse for begrænsninger (Waldorff 2005), og dette har afgørende betydning for, hvordan en aktør handler, eksempelvis i forhold til vægttab og livsstil.

Kapitalen er individets anvendelige ressourcer og styrker. Bourdieu inddeler kapitalen i flere undergrupper, hvoraf den kulturelle og økonomiske kapital er de vigtigste (Gannik 2005). Bourdieu beskriver også den symbolske kapital, som et individ kan tilegne sig i kraft af sin prestige eller sit renommé, eksempelvis på baggrund af en stor formue eller en lang uddannelse. I tilknytning til habitus- og kapitalbegrebet opererer Bourdieu med begrebet ”felter”, som kan definere bestemte kontekster af hverdagen, hvortil der hører bestemte værdier (Poulsen 1999). Den symbolske kapital veksles til magt i det aktuelle felt (Waldorff 2005). Lægepositionen er et godt eksempel på symbolsk kapital, og den symbolske kapital bliver derfor også interessant for vores problemstilling i forsøget på at afklare, hvilke personlige positioneringer og værdier, som får mest indflydelse i en læge/patient relation. Den enkeltes handlinger kaldes hos Bourdieu ”praksis”. Forklaringen på individets praksis, altså handlinger, findes i et samspil mellem habitus, kapital og felt (Gannik 2005).

Operationalisering – Bourdieu

Ved kulturel kapital forstås bl.a. mængden af uddannelse og viden. Disse to elementer søger vi svar på gennem spørgeskemaet, og efterfølgende inddrager vi elementerne i den kvalitative analyse, som forklaring på deltagernes sygdomsmodel og handlinger i de aktuelle felter. Feltteorien kan anvendes som praktisk tilgang til målgruppeanalysen ved, at vi definerer de felter hos målgruppen, som har tilknytning til den aktuelle problemstilling. Dette kunne fx være praksis omkring behandling, informationssøgning,

madlavning, indkøb, spisevaner og motionsvaner. Inden for de givne felter kan deltagernes kapital og habitus bruges som forklaring på deres tanker og handlinger.

2.3.5 Brenda Dervin - Sense-making og informationskløfter

Hovedantagelsen i Brenda Dervins sense-making teori er, at individet danner "sense" (mening/fornuft) ud fra både ubevidste og bevidste, frivillige og ufrivillige, indre[17] og ydre aktiviteter og informationsprocesser. En kerneantagelse er, at virkeligheden er både ordnet og kaotisk og til stadighed udvikler sig. Der foregår altså en kontinuerlig bevægelse gennem livet, og i denne bevægelse opstår konstant diskontinuitet også kaldet "gaps" (kløfter). Disse "gaps" kommer til udtryk som manglende forståelse og evne til at danne mening, fx i forbindelse med kommunikation eller en informationsproces. Kløfterne kan opstå mellem enheder, tidspunkter, rum, mellem "virkeligheden" og fornemmelser, mellem et menneske på tidspunkt 1 og det samme menneske på tidspunkt 2, mellem 2 mennesker etc. Kløfterne blokerer for den naturlige bevægelse gennem livet, hvorfor mennesket vil søge at udfylde kløfterne, så hun kan danne betydning og forsætte bevægelsen. Denne udfyldning kalder Dervin for "bridging" at danne bro. Mennesket kan bruge en lang række "værktøjer" til at danne bro, hvilket kan fx være intuition, følelser, kognition, drømme, visioner, ideer, billeder etc.

Sense-making anerkender en eksisterende virkelighed og er altså ikke radikalt konstruktivistisk. Men samtidig understreges det, at virkeligheden ikke er direkte tilgængelig for mennesket, fordi hun er farvet af sin og andres forståelse af de kløfter, der opstår gennem livet (Cardillo 1999). Ifølge sense -making teorien handler kommunikation følgelig om at udfylde "gaps" – og diskussionen går bl.a. på, hvis "skyld" det er, hvis afsenderens intention med kommunikationen ikke fanges, og hullet/kløften altså ikke udfyldes. I den traditionelle kommunikation har modtagerens "mangler" fået skylden. Sense-making forholder sig til strukturen i kommunikationen – transmissionsmodellen kontra individets aktive, fortolkende brug af kommunikation (Dervin 2001).

Brenda Dervin har bl.a. arbejdet med sundhedskommunikation i dette perspektiv, og ligesom Bjarne Bruun Jensen, beskæftiger hun sig med to forskellige måder, professionelle kan kommunikere sundhed på. Dervin anfører, at der eksisterer antagelser om kommunikation hos sundhedsprofessionelle, som er med til at spænde ben for kommunikationspraksissen. Disse antagelser består bl.a. i, at de professionelle oplever sig selv som eksperterne, der skal formidle ekspertisen, som skal accepteres af modtageren. Antagelserne kan ifølge Dervin kan hindre en positiv udvikling i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og

[17] følelsesmæssige, kognitive, fysiske og spirituelle

patienter. Dervin lister herefter nogle nye antagelser om kommunikationen, som sætter deltageren og dennes verden i centrum, jf. det demokratiske sundhedsparadigme (Dervin 1980). Dervins forskning af kommunikation i sundhedssammenhæng tager udgangspunkt i en situationel og relativistisk tilgang frem for en absolut (Dervin 1980).

De professionelle antagelser, også benævnt som "De traditionelle antagelser" er afsenderorienterede og forankrede i absolutte antagelser om kommunikation. Antagelserne kan opdeles i fire punkter:

1. Den absolutte informationsantagelse: Den information, som den sundhedsprofessionelle er i besiddelse af, kan overføres til patienten, som om det var en brik.
2. Observatørkonstruktionen af virkeligheden: Det professionelle system bygger på professionelle anskuelser af verden, og kommunikationsopgaven er at overføre disse anskuelser til patienten.
3. På tværs af tid og rum antagelsen: Forskelle mellem patienter anses som forskelle i demografi, personlighed og andre variabler, som ikke er afhængige af tid og rum.
4. Overtalelsesantagelsen: Den professionelle opgave er at kommunikere på en måde, så de ønskede effekter opnås (jf. komplians) (Dervin 1980).

Dervin angiver herefter et sæt modtagerorienterede, alternative antagelser om kommunikation, som i højere grad antager, at den individuelle handling kontrolleres af individet, at den er påvirkelig af situationen, og at den ikke kan forudbestemmes af konstante variabler, som demografi, køn m.v. De alternative antagelser kan ligeledes opdeles i fire punkter, som hver udgør modstilling til punkterne i de traditionelle antagelser:

1. Den relative informationsantagelse: Information informerer ikke, medmindre den enkelte kan danne personlig mening ud fra den.
2. Modtagerkonstruktionen af virkeligheden: Professionelle systemer, må ikke alene bygges på formel ekspertise, men også på kommunikationsprocedurer, som tager udgangspunkt i klienter/patienter.
3. Situationsantagelsen: Forudsigelse og forståelse af, hvordan modtagerne bruger kommunikation, må forankres i modtagerens opfattelse af egen situation.
4. Anvendelsesantagelsen: Modtageren bruger kommunikationen ud fra den hjælp, de søger til deres situation.

Time-line

Dervins timeline teori baseres på en antagelse om, at alle situationer for individet indeholder en bevægelse gennem tid og rum, hvor individet kontinuerligt forsøger at skabe mening for at kunne forsætte sin bevægelse. Ind imellem bliver situationer dog uhåndterbare, og individet må derfor søge nye svar for at kunne skabe mening til videre bevægelse (Dervin 1980). På baggrund af sin anskuelse om livets kontinuerlige bevægelse har Dervin udviklet en ”timelinemetode”, som hun bruger i sit studie af sundhedskommunikation. Her analyseres modtagerens bevægelsesoplevelse ved at evaluere, i hvor høj grad modtageren er i stand til at danne kontinuerlig mening i sin situation og sin bevægelse mod et givent mål. Dervin inddeler bevægelsen i tre hovedpunkter: 1. Punktet, hvor modtageren ser sin bevægelse blokeret. 2. Punktet, hvor modtageren former spørgsmål i forsøget på at bevæge sig videre. 3. Punktet, hvor modtageren finder hjælp til at bevæge sig videre, eller evt. ikke finder denne hjælp. Dervin vurderer informationen ud fra, om patienten får svar på de spørgsmål, hun har til sin situation, og kommunikationens ”effekt” vurderes ud fra, om patienten synes, at informationen har været en hjælp til at bevæge sig videre (Dervin 1980).

Operationalisering - Dervin

Med baggrund i Dervins timelinemetode og sense-making -teori vil vi gennem spørgeskemaer og interviews søge viden om, i hvor høj grad deltagerne føler sig blokerede i deres sygdomssituation samt, i hvilket omfang kommunikationen i konsultationen med sundhedspersonale kan hjælpe dem videre. Vi har til dette formål udviklet disse koder:

- ”Bevægelsesblokering” - Med udgangspunkt i Dervins timeline-teknik vil vi gennemgå interviewene for at lede efter svar på, hvor og hvordan deltageren evt. føler, at hendes bevægelse mod målet bliver blokeret, altså på hvilke måder det er svært at komme videre, primært i forhold til at opnå vægttab og sekundært i forhold til fertilitet og PCO. Blokeringerne beskrives under 4 temaer, henholdsvis *barrierer, bekymringer om målet, bekymringer om midler og observerende position.*

- ”Spørgsmål”: I sin analysemodel arbejder Dervin med fire kategorier, som hvert eneste af deltagernes spørgsmål indplaceres i. Kategorierne er henholdsvis; ”tidsmæssig placering”, ”bevægelsesfokus”, ”hovedaktør” og ”aspekt fokus”.

-”Svarhjælp”: Her spørger vi til, hvordan svarene i kommunikationssituationen med sundhedspersonale hjælper deltageren videre eller, hvordan evt. manglende svar påvirker deltageren.

Med Dervins time-line i tankerne vil vi skabe et rum, som deltagerne kan tale ud fra. Det bliver muligt, at rekonstruere en konkret kommunikationssituation og spørge til hver enkelt del, der blev talt om, og herved få detaljerede beskrivelser af deltagerens oplevelse.

Vi søger altså gennem spørgeskemaer og interviews svar på, på hvilken måde deltagerne føler deres bevægelse mod målet blokeret, hvilke former for spørgsmål der opstår og i hvilken grad, de finder svar på disse. Vi vil afklare, hvilken betydning disse temaer har for deltagernes hverdag generelt, samt deres oplevelse af betydningen af kommunikation med fagpersonale i sundhedsregi. Vi vil desuden søge svar på, i hvilken grad kommunikationen i dette regi er forankret i de traditionelle eller alternative kommunikationsantagelser. I analysen vil vi anskueliggøre betydningen af bevægelsesblokeringen i deltagernes hverdag, og vi vil søge at belyse, i hvilken grad kommunikationen med sundhedsfagligt personale hjælper deltagerne med informationer og nye perspektiver, som kan hjælpe dem videre. Ifølge Dervin kan analysen bruges til at forstå patientens behov for svar ved at erfare, hvordan patienten ser sin situation og følgelig, hvilke spørgsmål hun stiller. Desuden kan analysen afsløre, om der finder en anvendelsesorienteret information sted.

2.3.6 Bjarne Bruun Jensen – sundhedsforståelse og handlekompetence

Bjarne Bruun Jensen diskuterer to forskellige sundhedsparadigmer, og den indflydelse disse har på både individers og gruppers forståelse, holdninger og handlinger i forhold til egen og andres sundhed samt i forhold til den kommunikation, der udspiller sig i fx sundhedssektoren. På den ene side står det adfærdsmodificerende paradigme, som er det dominerende i vores samfund og repræsenterer den moraliserende sundhedsformidling og et snævert sundhedsbegreb med fokus på livsstil. På den anden side findes det demokratiske sundhedsparadigme, som er mere helhedsorienteret, medinddrager både levevilkår og livsstil, har et bredere sundhedsbegreb, og med kommunikation stræber efter at øge handlekraft (handlekompetence) og målgruppemedbestemmelse (Jensen 2006).

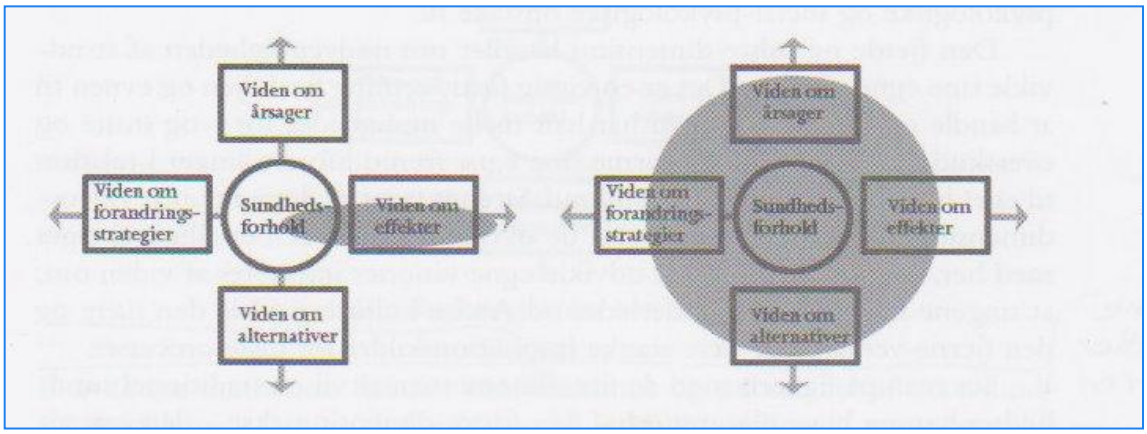
Ifølge Jensen er der inden for det snævre sundhedsbegreb tendens til en opfattelse af, at handlinger forbundet med livsstilen udelukkende beror på individet. Levevilkårene inddrages altså ikke som en mulig faktor, der kan påvirke individets handlemuligheder. Dette placerer ansvaret hos individet og hermed også muligvis skyld over at befinde sig i den "ikke-sunde" tilstand (Jensen 2006).

Bjarne Bruun Jensen arbejder med sundhed på et pædagogisk plan, hvor fokus er på kommunikation med målgrupper. Ud fra vores forståelse kan de kompetencer, målgruppen opnår, bruges af individerne i

gruppen til at skabe handlinger for egen sundhed. Vi vælger derfor at bruge Jensen i både en sundhedspædagogisk grupperamme og en individuel ramme, når vi analyserer kommunikation og ressourcer relateret til vores problemstilling.

Ifølge Jensen skal målgrupper være i besiddelse af relevant viden og indsigt for at kunne handle over for et givent sundhedsmæssigt problem. Handlingsorienteret viden om sundhedsforhold består ifølge Jensen af fire dimensioner: Viden om effekter, viden om årsager, viden om forandringsstrategier og viden om alternativer. Ifølge Jensen vil den traditionelle sundhedsoplysning blive placeret under viden om effekter, hvor den naturvidenskabelige tilgang dominerer. Ifølge Jensen er det dog nødvendigt at inddrage de andre former for viden i sundhedsoplysningen, såfremt individerne ellers bliver handlingslammede. I lighed med Gannik mener Jensen desuden, at det er essentielt at inddrage kulturelle og samfundsmæssige faktorer i sundhedsbegrebet.

Nedenstående figur illustrerer vidensdimensionerne samt modstillingen mellem traditionel og handlingsorienteret viden.



Figur 2.3.6.1 Landskaber for traditionel og handlingsorienteret viden

Operationalisering – Jensen

Som supplement til Ganniks teori om sygdomsopfattelse og om, hvordan den påvirker handlinger (Gannik 1999), vil vi anvende Jensens diskussion af de to sundhedsparadigmer (Jensen 2006), som i lighed med Ganniks tilgang giver et forslag til sundheds/sygdomsopfattelsen og de deraf følgende handlinger.
I forbindelse med vores undersøgelse vil vi således inddrage dele af Jensens anskuelser om sundhedsparadigmerne og hans firefeltsmodel, når vi skal undersøge og vurdere, i hvor høj grad vores målgruppe er i besiddelse af handlekompetence i forhold til vægttab. Gennem spørgeskemaet søger vi svar

på, om deltageren placerer sig inden for det traditionelle eller demokratiske sundhedsparadigme, og i interviewene søger vi uddybelse af disse svar.

Med udgangspunkt i firefeltsmodellen vil vi endvidere afklare, hvordan deltagernes individuelle omfang af indsigt i deres sygdom påvirker deres handlekompetence i forhold til vægttab. Gennem spørgeskemaet søger vi derfor svar på deltagernes opfattelse af egen viden og muligheder for handling. I interviewene vil vi uddybe disse temaer.

Vi bruger begrebet handlekompetence som supplement til handlingsperspektiverne i hovedteorierne, altså Ganniks "Handlerum" og Dervins "The uses assumption". Alle tre begreber dækker over den samme forståelse af nødvendigheden af modtagerengagement og – handling, hvis forandring skal opnås. Jensens opfattelse af det moraliserende paradigmes envejskommunikation understøtter Dervins antagelser om, at den traditionelle, absolutte tilgang til sundhedskommunikation mangler at tage udgangspunkt i modtagerens behov eller – handling, og vi vil derfor anvende disse diskussioner til at supplere hinanden i den kvalitative analyse.

2.3.7 Deborah Lupton og Nanna Mik-Meyer – positionering

I afsnittet om positionering trækker vi på forskning af den engelske sociolog og sundhedsforsker Deborah Lupton og Nanna Mik-Meyer, som er forsker inden for antropologi og sociologi. Vi anvender Lupton og Mik-Meyers forskning til at forstå, hvordan overvægtige kvinder positioneres i den vestlige kulturkreds såvel som, hvordan kvinderne positionerer sig selv i forhold til deres krop, overvægt samt andre symptomer i relation til PCO. Samtidig mener vi, at disse positioneringer kan være afgørende for kvindernes selvforståelse og for, hvordan den enkelte kvinde ser og forstår verden.

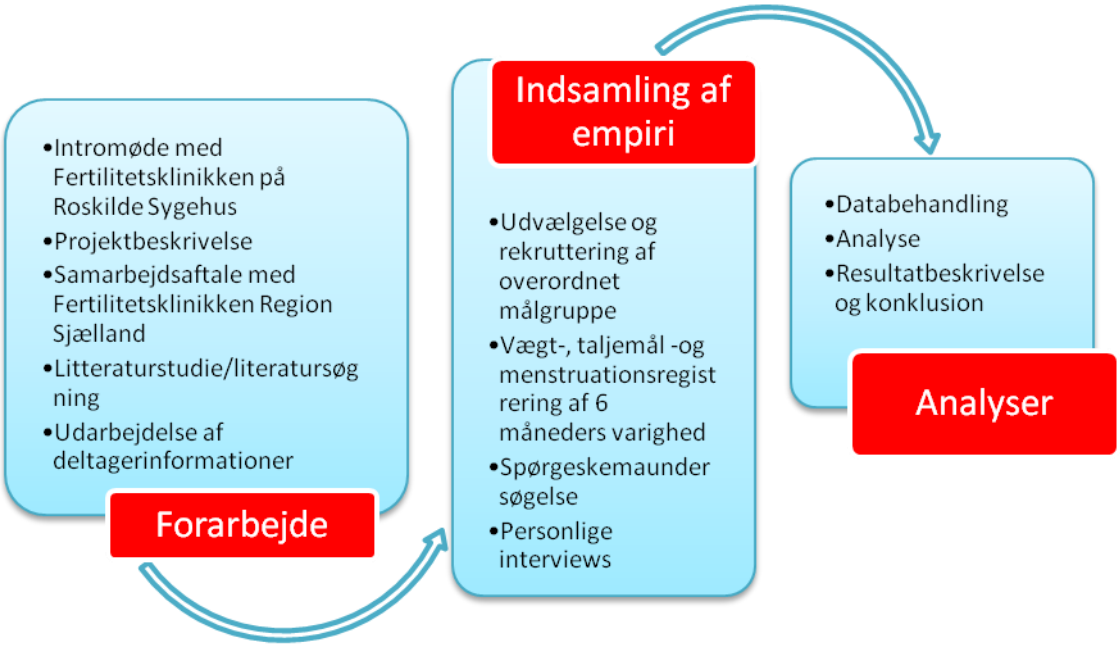
Både Lupton og Mik-Meyers forskning handler om, hvordan der i de senere år i takt med den stigende overvægt er sket et skift i vores samfund, som har gjort kroppen til genstand for opmærksomhed, og som samtidig gør det mere legalt at blande sig i folks privatliv, hvad angår overvægt. Ifølge Lupton anses kroppen og dens fysiske fremtoning i det vestlige samfund som yderst vigtig i forhold til den måde, vi betragter os selv, og for hvordan andre betragter os. Da kroppen er mulig at forme (ændre) rent fysisk, betragtes den derfor som et fysisk symbol på, i hvilken grad kroppens "ejer" besidder selvkontrol (Lupton 1998). Sagt med andre ord regnes den overvægtige krop at være under viljens kontrol. Derudover anses den overvægtige krop ligeledes som værende potentielt syg, hvilket er i overensstemmelse med Mik-Meyers forskning, som på samme måde peger på, hvordan overvægtige mennesker anses for at være en

slags risiko-gruppe. Mik-Meyer har forsket i de negative aspekter i det offentlige/private forhold i tilknytning til, hvordan overvægtige ansatte, i nogle tilfælde, anses for at være i denne risiko-gruppe, da arbejdsgiveren træder ind og tilbyder hjælp til en sundere livsstil. Dvs., at overvægten synes at være et tegn på, at personen ikke kan tage vare på sig selv, hvorfor det bliver legalt at blande sig i personens privatliv.

Del 3 – Metode

Efter forudgående gennemgang af specialets teoretiske tilgang og forståelse, vil vi her redegøre for vores valg af metode samt redegøre for de metodiske refleksioner, som vi har gjort os ved indsamlingen af vores empiri og data. Vores tilgang er dels deduktiv, dvs. at vi opstiller hypoteser og tester dem (Spicer 2004), og dels abduktiv, dvs. at vi anvender en refleksiv og dialogisk vekselvirkning mellem vores teoretiske begreber og vores empiriske fund. Kapitlet sammenfatter alle de overvejelser, vi har gjort os i løbet af specialeprocessen, men de er ikke nødvendigvis foregået i den rækkefølge, som præsenteres her.

3.1 Proces



Figur 3.1.1: Den samlede undersøgelsesproces

3.2 Multidisciplinær metode og triangulering

Med baggrund i kompleksiteten bag diagnosen og sygdommen PCO vælger vi at anskue problemstillingen fra flere forskellige faglige vinkler samt ud fra flere metodiske tilgange. Metoden baseres således både på multidisciplinære tilgange, der anskuer problemstillingen gennem vores tre forskellige fag og metodisk triangulering, som inddrager såvel kvantitative som kvalitative aspekter af problemstillingen (Spicer 2004).

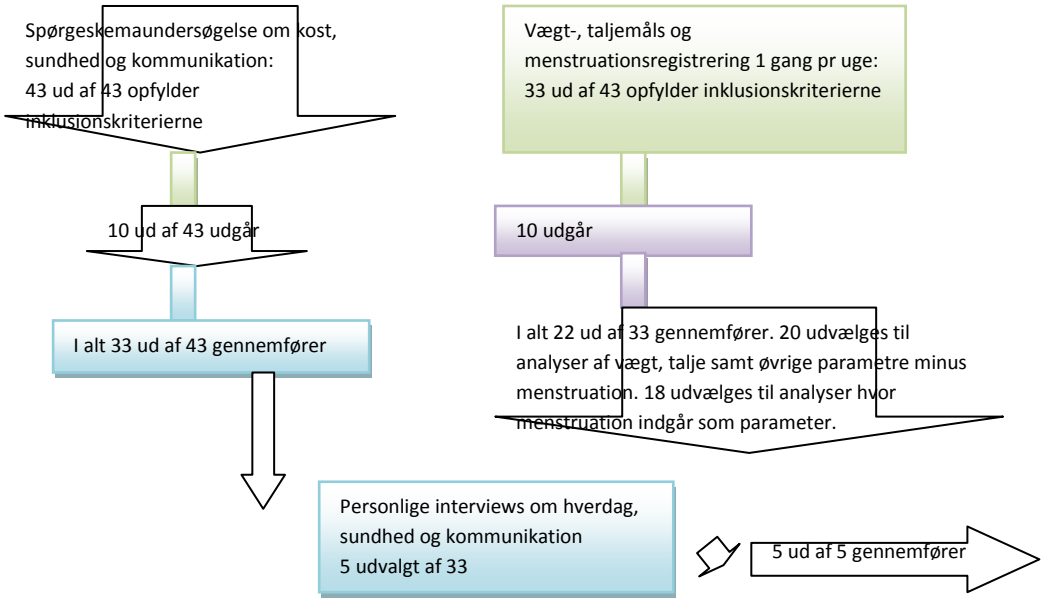
Mens begrebet kvalitet betyder "hvilken slags" eller "den væsentlige karakter af noget", betyder kvantitet "hvor meget" eller "hvor stor mængde af noget". Selv om en del forskning traditionelt har adskilt kvantitative og kvalitative metoder (Kvale 1997), findes der argumenter for, at tilgangene kan kombineres og, at enhver undersøgelse i praksis indeholder begge aspekter (Spicer 2004). Det er vores opfattelse, at såvel kvantitative som kvalitative metoder er redskaber til at besvare forskningsspørgsmål (ibid). Ifølge Spicer kan triangulering bruges til at afdække kompleksitet og processer samt diversiteter og modsigelser i den sociale verden, mens kvantitative undersøgelser kan bruges til at fremhæve målbare aspekter af livet, såsom socioøkonomiske forskelle i indkomst eller sundhed. Fordelene ved at kombinere metoderne er, at kombinationen af det generelle med det dybe kan afdække menneskers liv samt den omfattende kontekst som dette er forankret i (ibid). Med denne indfaldsvinkel begrunder vi vores valg af triangulering og multidisciplinaritet. Med kombination af forskellige metoder søger vi altså at danne os et helhedsbillede af undersøgelsesgruppen og problemstillingen for i videst muligt omfang at kunne nuancere og begribe disse. Metoderne åbner for forskellige vinkler på problemet, og det er efter vores opfattelse ikke et spørgsmål om, hvilken metode der har mest gyldighed, men snarere hvilken metode, der egner sig til at undersøge et givent forskningsspørgsmål. Vores formål med trianguleringen er at øge konfidensen af de konklusioner, vi i sidste ende når frem til.

Vores undersøgelse inddrager således en spørgeskemaundersøgelse, som undersøger både naturvidenskabelige, humanistiske og sociologiske parametre, en vægt-, talje- og menstruationsregistreringsundersøgelse samt en kvalitativ interviewundersøgelse. For at åbne for en bredere forståelse af diagnosen PCO og de tilknyttede symptomer har vi valgt at anvende en facilitativ kombination af kvantitative og kvalitative metoder (Spicer 2004). Det vil sige, at det er vores intention, at vi gennem spørgeskemaet vil afdække de tendenser, der har betydning i gruppen, og disse vil vi efterfølgende søge uddybet i interviewene. Med denne tilgang åbner vi for en større forståelsesramme både i et gruppeperspektiv og på et individuelt plan. Vægt-, talje- og menstruationsregistreringsundersøgelsen vil fungere både som selvstændigt grundlag for beskrivelse og analyser, men vil også blive kombineret med relevante data fra spørgeskemaet og vil enkelte steder indgå i samspil med den kvalitative undersøgelse.

3.3 Udvælgelse og rekruttering af deltagere

Vi har valgt at udvælge og rekruttere en overordnet gruppe, fra hvilken vi herefter har rekrutteret deltagere til de tre delundersøgelser. Denne udvælgelse og rekruttering skete i første omgang gennem Fertilitetsklinikken Region Sjælland over en periode på tre måneder, hvor deltagerne blev rekrutteret og informeret via en deltagerinformation (bilag 1), samt mundtlig oplysning fra Fertilitetsklinikkens personale. Fertilitetsklinikken rekrutterede 4 deltagere for os i perioden, hvorefter vi med henblik på et større antal deltagere valgte at udvide vores rekruttering til hele landet. Dette foregik, dels gennem vores private netværk, dels gennem et skriftligt indlæg på et fælles forum for kvinder med PCO, PCOforum[18], og dels gennem kontakt til PCOforeningen[19], hvor vi deltog i foreningens generalforsamling med et oplæg omkring vores undersøgelse. Desuden blev vores deltagerinformation sendt til alle foreningens medlemmer via e-mail (bilag 2).

Til den overordnede gruppe rekrutterede vi i alt 43 deltagere, hvoraf 10 udgik og 33 besvarede et spørgeskema. Ud af de 33 medvirkede 22 deltagere i vores vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering af 26 ugers varighed, og 5 deltagere medvirkede i personlige interviews.



Figur 3.3.1: Flowdiagram for deltagelse i studiet

[18] www.pcoforum.dk
[19] www.pcoinfo.dk

3.3.1 Deltagerinformation

Deltagerinformationen udarbejdede vi med det formål, at den skulle fungere som en appetitvækker med henblik på deltagelse i vores undersøgelse, hvorfor vi var opmærksomme på, at denne skulle stimulere læserens nysgerrighed, interesse og følelse af, at emnet var personligt vedkommende, ikke mindst fordi disse elementer var vigtige for, om det lykkedes os at inddrage det ideelle antal deltagere (30 - 40 personer eller mere). (Se del 5.2.3). Deltagerinformationen blev udleveret på Fertilitetsklinikken, Region Sjælland (bilag 1) samt til websiderne regionsjaelland.dk (bilag 1), pcoforum.dk og pcoinfo.dk (bilag 2). Vi lod os inspirere af Videnskabsetisk Komités vejledning om deltagerinformation[20], både fordi en del af vores studie læner sig op af den biomedicinske forskning samtidig med, at deltagerne til vores studie delvist blev rekrutteret via hospitalsregi.

Det er vigtigt, at deltagerne føler sig informerede om formålet med studiet og deres egen rolle som deltagere. Mangel på information kan føre til, at de adspurgte patienter takker nej til at deltage, eller at de måske indvilger i at deltage for senere at falde fra eller slække på egen deltagelse pga. manglende engagement eller vilje. Vi har derfor lagt vægt på at beskrive deltagerinformationen i det sprog, som vi mener, henvender sig bedst til undersøgelsesgruppen, og vi har samtidig valgt at bruge ord, som så vidt muligt er utvetydige og ud fra vores formodning alment kendte. Det vil bl.a. sige, at vi så vidt muligt har undladt fagudtryk, dog er disse medtaget, hvis de giver en bestemt mening. Vi har struktureret teksten således at det, vi mener, er mest vedkommende for deltageren, er beskrevet først. Det vil sige, at de indledende afsnit bl.a. omhandler den personlige relevans i forhold til temaet. Dette betyder, at vi fra starten bygger en bro til opnåelse af graviditet, som er kvindernes essentielle omdrejningspunkt i dette regi, og at vi først i teksten beskriver, at deres deltagelse er betydningsfuld på flere måder. Vi håber herved at skabe følelsen af personlig relevans for den enkelte, hvilken er af afgørende betydning for, om deltageren har lyst til at involvere sig i studiet.

For at tage højde for aspekter, vi ikke selv har været opmærksomme på, har vi pilottestet deltagerinformationen med henblik på at få feedback på forståelsen og opfattelsen af teksten og strukturen. Vi har brugt i alt fire kvindelige testpiloter af forskellig alder og uddannelsesniveau for at få en alsidig tilbagemelding.

[20] Den Centrale Videnskabsetiske Komités hjemmeside: http://www.cvk.im.dk/cvk/site.aspx?p=465

3.4 Spørgeskemaer

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at afklare de faktorer og handlinger bag PCO; fysiske, psykiske, kommunikative og sociale, som har betydning for kvinden i hverdagen, ikke mindst i forhold til temaet vægt og vægttab. Svarenes pålidelighed i en spørgeskemaundersøgelse afhænger af faktorer som spørgsmålenes udformning og spørgeskemaets struktur samt respondenternes situation og den kontekst, spørgeskemaet besvares i. Før og under udarbejdelsen af spørgeskemaet (bilag 3), gjorde vi os derfor overvejelser om hvilke faktorer, der skulle danne grundlag for valg af metode i forbindelse med spørgeskemaudarbejdelsen. Vi refererer i øvrigt til del 2.3 i forhold til operationalisering af teori i spørgeskemaet.

3.4.1 Udvælgelsen og rekruttering

Udvælgelsen og rekrutteringen af deltagerne til vores spørgeskemaundersøgelse (33 personer) tager udgangspunkt i følgende inklusionskriterier:

- Overvægtige kvinder med et BMI > 27 med en PCO-diagnose
- Kvinderne skal have planer om at tabe sig i løbet af den periode, vi følger dem, og de skal have uregelmæssige (≥ 35 dages interval) eller manglende menstruationer (≥ 6 måneders interval).

3.4.2 Struktur og opbygning

Skemaet er opdelt i temamæssige områder. Del 1 – 5 handler om faktuelle spørgsmål (adfærd og kendetegn) (Olsen 2005), og del 6 – 10 handler om holdninger, viden og sociologi. Opdelingen i forskellige kontekster kan være en hjælp til hukommelsen, og samtidig kan det være en hjælp til besvarelsen, at skemaet starter med det mest håndgribelige og slutter med det mest abstrakte (ibid).
Vi bestræber at stimulere respondentens vilje og evne til at besvare skemaet ved at give en kort introduktion til besvarelsen af spørgeskemaet, så respondenten føler sig introduceret til de forestående spørgsmål, og vi angiver desuden et anslået tidsforbrug, så respondenten kan danne sig et overblik inden start. Vi har hernæst valgt at opbygge spørgeskemaet med relativt simple i indledningen (del 1 + 2) således, at respondenten ikke mister motivationen fra starten (ibid). Herefter har vi valgt at placere kostregistreringsdelen (del 3), da denne er temmelig omfattende, og da der vil være risiko for færre svar, hvis vi placerer den senere, hvor deltagerne måske er kognitivt trætte (ibid). Del 4, 5 og 6 om motion, rygning og vægt følger efter vores mening naturligt efter kost, da emnerne er indbydes forbundne, og de er derfor placeret efter del 3. Fra del 6 bliver spørgsmålene mere holdningsprægede, og her kan frygten for at fremstå som socialt uacceptabel eller følelsen af at blive "invaderet" spille en rolle for pålideligheden af

svarene (ibid). Ved at placere denne del til sidst mener vi, at den virker mindre overvældende, end hvis vi havde placeret den i starten (ibid).

3.4.3 Overvejelser om spørgsmålsformuleringer og -temaer

Spørgsmålene går tæt på en følsom situation og vil derfor sandsynligvis opfattes som sensitive. Ifølge Henning Olsen er sensitivitet et komplekst begreb med i alt fald tre aspekter: Det socialt uønskede, invasion af privatlivet og oplevet risiko for manglende anonymitet (Olsen 2005). Kost og spisevaner kan være forbundet med noget meget privat for den enkelte, og det er måske ikke et område respondenten er vant til at forholde sig til eller udtrykke sig om, hvorfor svarsituationen kan forbindes med noget ubehageligt. Det kan påvirke svarenes pålidelighed, hvis respondenten ikke har lyst til at svare og derfor undlader at svare, eller at respondenten svarer ud fra sin egen opfattelse af, hvad der er det rigtige eller socialt acceptable svar. I den forbindelse kunne det tænkes, at respondenten fx underrapporterer (ibid) hyppigheden af en bestemt spisesituation eller indtag af en bestemt fødevare for at tilpasse det til der socialt accepterede. Vi har under formuleringen af spørgsmålene forsøgt at undgå at placere visse fødevaregrupper i enten negativ eller positiv sammenhæng, fx ved ikke at placere alkohol i en særlig gruppe, men medtage det under andre drikkevarer og medtage kage i morgenmadskategorien og ikke kun i slikkategorien.

Undersøgelser viser, at overvægt for individet kan være forbundet med mange følelser, oftest af negativ karakter, og da spørgeskemaundersøgelsen går tæt på den fysiologiske kilde til overvægten, nemlig kosten, kan spørgsmålene føles overvældende og intimiderende. Vi kan dog naturligvis ikke undgå, at almindeligt forekommende normer om rigtigt og forkert muligvis vil spille en rolle under alle omstændigheder. Det kan påvirke svarene, at respondenten ikke er fuld anonym (ibid), da dette kan føles intimiderende. I kraft af vores studies design, er det dog ikke muligt for os at anonymisere deltagerne, men i vores skriftlige introduktion til spørgeskemaet såvel som til hele studiet lægger vi vægt på at fortælle deltagerne, at de er anonyme over for alle andre der er involverede i vores studie, herunder Fertilitetsklinikken samt i forhold til publicering af resultaterne. Vi skaber herved en vis følelse af fortrolighed og tryghed hos de respondenter, der ellers ville føle sig utilpasse ved situationen.

Der er store individuelle forskelle på graden af kognitiv kompetence hos mennesker (ibid), og vi antager, at denne forskel kan overføres til vores undersøgelsesgruppe, som må formodes at være sammensat af kvinder med forskellig baggrund og forskellige kompetencer. Det er derfor vigtigt, at vi ved udformningen af spørgsmålene så vidt muligt er bevidste om, at undersøgelsesgruppens tilgang til og opfattelse af

spørgsmålene ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med vores egen personlige tilgang. For at fremme respondentens forståelse af spørgsmålene har vi anvendt entydige spørgsmål og hverdagssprog (ibid).

Forud for spørgeskemaets anvendelse lavede vi en mini-pilotundersøgelse således, at vi har fået tilbagemeldinger i forhold til forståelsesmæssige problemer eller andre vanskeligheder, der kunne være forbundet med at besvare skemaet. Vi benyttede samme testpiloter som nævnt i del 3.3.1.

3.4.4 Svarafgivelse

For at respondenten kan afgive så pålidelige svar som muligt, er det vigtigt, at hun kan huske svaret på de spørgsmål, vi stiller, hvilket stiller krav til, at respondenten kan genkalde detaljer om den periode spørgsmålet omhandler. Ifølge Olsen (Olsen 2005) er *"…det at glemme er forbundet med forløbet tid, karakteristiske træk og antallet af begivenheder, der konkurrerer med begivenheder som respondenten bliver bedt om at huske".* Spisning og fysisk aktivitet (del 3 og 4) er fx hyppigt gentagne begivenheder, som regel uden særligt karakteristiske træk, og som konkurrerer med mange af den samme type begivenheder. Der vil derfor være en tilbøjelighed til, at oplysninger om måltider og fødevarer ikke lagres længe i hukommelsen. I forbindelse med vores undersøgelse, har vi derfor valgt at spørge respondenten om de seneste dages måltider og de seneste ugers fysiske aktivitet. Del 3 fungerer som en registrering af deltagernes kostindtag over en periode på 2 døgn. I forbindelse med del 10 vil der være større sandsynlighed for at respondenten kan huske situationen, da vi spørger til en konkret kontekst, som ikke gentages dagligt. Vi har valgt hovedsagligt at anvende lukkede spørgsmål, da brugen af åbne spørgsmål om adfærd i en tidsperiode kan bevirke en tendens hos respondenten til at over- eller underdrive svarene, og dette kan påvirke svarenes pålidelighed (ibid). Vi har desuden tilstræbt, at svarkategorierne er udtømmende og gensidigt udelukkende. Vores valg og fravalg af spørgsmål inden for kategorierne udgør en balance imellem at hjælpe hukommelsen på vej og ikke virke for overvældende på deltagere, som ikke er vant til at beskæftige sig med kognition.

3.4.5 Spørgeskematype

Med baggrund i overvejelserne om emnets følsomhed har vi valgt at anvende postspørgeskema, så vi ikke er til stede, når respondenterne afgiver svar, hvilket muligvis kan føles ubehageligt og vurderende. Som Henning Olsen skriver, har postspørgeskemaer den fordel, at de bedre kan bære sensitive spørgsmål (Olsen 2005). Anvendelse af denne type spørgeskema vil give respondenten bedre tid (ibid), og der vil være bedre mulighed for at besvare skemaet i en afslappet atmosfære. Det vil derfor antageligvis kunne medføre mere pålidelige svar, at vi ikke er til stede. Dog er vi opmærksomme på, at postspørgeskemaformen stiller højere

krav til klare og simple udtryk (ibid), da vi ikke kan forklare eller uddybe vores spørgsmål undervejs i interviewet.

Vi har valgt papirspørgeskema frem for internetbaseret spørgeskema, da vi ikke kender respondenternes fortrolighed med internetbrug på forhånd. Da undersøgelsesgruppen også er forholdsvis lille, vil vi ikke i samme omfang drage fordel af computerassistancen ved svarafgivelsen, som hvis gruppen havde været større. Papirformen havde desuden den fordel, at det er et håndgribeligt produkt, som kan ligge fremme i hjemmet og minde deltageren om at besvare.

3.5 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering

Formålet med denne undersøgelsesdel er at redegøre for deltagernes vægt, taljemål og menstruationsmønster over en periode på 26 uger samt at afklare eventuelle sammenhænge mellem vægttab og menstruationscyklus/fekunditet i gruppen samt sammenhænge mellem øvrige udvalgte parametre med særlig fokus på deres betydning i forhold til vægt og vægttab.

Studiet foregik med individuel løbende inddragelse og afslutning af deltagerne. Perioden blev valgt, fordi Fertilitetsklinikken Region Sjælland vurderede, at dette var en tidsramme, hvor der kunne nå at vise sig en effekt af vægttabet på blandt andet menstruationsparameteren[21]. En længere periode vil øge risikoen for dropout fra undersøgelsen.

3.5.1 Udvælgelsen og rekruttering

Udvælgelsen og rekrutteringen af deltagerne til denne undersøgelsesdel (22 personer) er sket efter vejledning fra Fertilitetsklinikken[22] og tager udgangspunkt følgende kriterier:

- Overvægtige kvinder med et BMI > 27 med en PCO-diagnose.
- Kvinderne skal have planer om at tabe sig i løbet af den periode vi følger dem og de skal have uregelmæssige (≥ 35 dages interval) eller manglende menstruationer (≥ 6 måneders interval).
- Kvinderne må ikke tage p-piller eller andre hormoner i studieperioden samt to måneder forinden inddragelse (dette kriterium er primært relevant i forhold til menstruationsdata).
- Kvinderne må ikke have andre sygdomme, som kan have betydning for vores undersøgelsesområder.

[21] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard
[22] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard

3.5.2 Undersøgelsesdesign og –proces

Designmæssigt er studiet et ukontrolleret og hypotesetestende observationsstudie. Det læner sig op af designet for et kohortestudie, da det både er prospektivt og inddrager individer med bestemte karakteristika (PCO og overvægt), som mistænkes for at være forløber for en bestemt helbredseffekt (uregelmæssige eller manglende ægløsninger). Dog adskiller vores studie sig fra det typiske design, idet det ikke inkluderer en kontrolgruppe af sammenlignelige kvinder uden PCO. Dette har af tidsmæssige årsager ikke været muligt, omend det havde kunnet udvide vores kausalitetsassociationer i forhold til PCO.

3.5.3 Dataindsamling

Vi bad deltagerne om at registrere deres vægt og taljemål 1 gang om ugen. Derudover bad vi dem registrere deres cyklus løbende, dvs. at de noterede deres første og sidste blødningsdag i hver måned i studieperioden. Vi udarbejdede et registreringsskema for hver af de 3 parametre; vægt, taljemål og blødning, og skemaerne blev sammen med en tilhørende vejledning samlet i en deltagermappe (bilag 4 + 5), som hver deltager fik udleveret umiddelbart inden undersøgelsens start. Vi lavede en SMS- og e-mail service, hvor vi 1 gang om ugen mindede deltagerne om at foretage målingerne den følgende dag. Deltagerne valgte selv, hvilken påmindelsesform de ønskede og meldte herefter tilbage med deres ugentlige resultater. Resultaterne registrerede vi i et excelark, som løbende blev opdateret. Efter endt studieperiode returnerede hver deltager sine skemaer, hvor vi efterfølgende kontrollerede alle oplysninger fra vægt- og taljemålsregistreringerne. Skemaet for blødningsregistreringerne blev ligeledes tastet ind i et excelark.

3.6 Personlige interviews

Vi anvender kvalitativ interviews, da vi ønsker en dybere forståelse med detaljerede individuelle informationer, som giver os mulighed for at fortolke såvel det implicitte som det eksplicitte (Neergaard 2001). Vi har dels fokus på målgruppens hverdag og handlinger og dels på kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og vores målgruppe. Det er vores formål at belyse, hvordan undersøgelsesgruppen forstår og håndterer PCO og overvægt samt, hvilke barrierer der forekommer i kommunikationssituationen. Med udgangspunkt i vores spørgeskema del 6 – 10 benytter vi det personlige interview til at få gruppen til at uddybe tendenserne fra spørgeskemaet, herunder beskrive specifikke situationer, handlinger og oplevelser fra deres hverdag samt den konkrete kommunikationssituation. Vi refererer til del 2.3 i forhold til operationalisering af teori i interviewene.

Vi har valgt at interviewe deltagerne enkeltvis frem for i en fokusgruppe, da overvægt og barnløshed er ekstremt følsomme emner (Smith februar 2006). Vi forestiller os derfor, at det sandsynligvis ikke er alle deltagerne, der ville befinde sig godt med at fortælle om deres situation blandt fremmede.

3.6.1 Udvælgelse og rekruttering af deltagere til personlige interviews

Vores udvælgelseskriterier for deltagere til denne del er foretaget med udgangspunkt i spørgeskemabesvarelserne samt oplysninger om deltagerne fra et interview med en behandler, som blev foretaget forud for denne udvælgelse. For at have en vis standardisering i forhold til samtalen er et af udvælgelseskriterierne, at deltageren er i fertilitetsbehandling. Fertilitetsproblemet er så omfattende i vores målgruppe, at det er væsentligt for os at opnå nuanceret forståelse for, hvordan problemet påvirker deltagernes hverdag, i kombination med PCO og overvægt. Desuden har vi baggrundsviden om den tilsyneladende markante forskel, blandt læger, i deres viden om PCO og vægttab. Kommunikationen omkring dette foregår som regel med en læge, hvorfor vi har valgt, at det andet kriterium indebærer, at deltageren har talt med en læge. For at have et sammenligningsgrundlag mellem faggrupperne må deltageren også gerne have talt med en sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig person. Derudover skal deltageren have angivet både ”ja” og ”nej” svar i spørgsmålet om, hvorvidt deltageren følte, hun efterfølgende fandt anvendelse for sine spørgsmål under konsultationen, således at vi har mulighed for at få detaljeret viden om, hvilken form for kommunikation der bedst henvender sig til deltageren og hjælper hende videre.

Ud fra ovennævnte kriterier ”isolerede” vi seks mulige interviewpersoner som første prioritet. Vi forventede på forhånd at gennemføre minimum fire interviews, da man via den kvalitative metode, ifølge Kvale, kan opnå store mængder data gennem et beskedent antal interviews (Kvale 1997), hvilket er en fordel rent praktisk idet vi arbejder ud fra en begrænset tidshorisont. Det kvalitative interview opnår validitet som metode, idet forskeren er åben og klar omkring sit teoretiske udgangspunkt og sine bevæggrunde for at stille netop de valgte spørgsmål (Kvale 1997).

Vi oplevede det som hensigtsmæssigt, at vi valgte kun at være 1 interviewer til stede, da interviewenes kontekst og emne var meget følelsesladet, og vi vurderede efterfølgende, at vi ville have haft vanskeligere ved at skabe den samme fortrolige, åbne og intime dialog med deltageren, hvis vi havde valgt at være til stede begge to. Dog er vi klar over, at det kan påvirke reliabiliteten, at vi kun var en interviewer til stede, men vi har i den efterfølgende analyse taget højde for dette aspekt ved at være fælles om hele den analytiske behandling af interviewene efterfølgende.

Vi måtte foretage det ene interview pr. telefon, hvilket efterfølgende viste sig at være forbundet med praktiske problemer, idet optagelseskvaliteten ikke var så god som ønsket, hvorfor vi mistede enkelte detaljer i interviewet, som samtidigt var mere krævende at transskribere end de øvrige interviews. Desuden havde telefoninterviewet den ulempe, at vi mistede muligheden for at aflæse deltagerens nonverbale sprog.

Vi rekrutterede deltagerne ud fra vores allerede eksisterende gruppe af deltagere, som på forhånd var informerede om, at vi evt. ville kontakte dem for et uddybende personligt interview. Vi foretog skriftlig henvendelse via e-mail til de udvalgte deltagere for at give dem en mulighed for at overveje vores forespørgsel, inden de besluttede sig til, om de ville medvirke. Ud af 6 adspurgte meldte 5 sig som interesserede, og disse interviewede vi.

3.6.2 Undersøgelsesdesign

Vores interviewguide (bilag 6)er delt op i to dele. Første del omhandler interviewpersonernes hverdagsliv og handlinger, og anden del omhandler kommunikationssituationen mellem vores interviewpersoner og sundhedsprofessionelle. Vores overvejelser over interviewets opbygning bygger dels på vores forforståelser og dels på inspiration fra vores teori (jf. del 2.3).

På baggrund af mailvekslinger med vores deltagere og deres besvarelser af spørgeskema samt den kontakt, vi har haft med sundhedsprofessionelle, har vi en antagelse om, at der er forhold i gruppens hverdag, personligt og strukturelt, som påvirker deres muligheder for at tabe sig. Det gælder både forhold, der støtter et vægttab og forhold, der modarbejder et vægttab. Derfor har vi valgt at sætte fokus på, hvilke forhold, der gør sig gældende for deltagernes praksis i forhold til vægt og vægttab. Med inspiration fra vores teori (jf. del 2.3) og fra spørgeskemasvarene søger vi en uddybende forståelse af deltagernes viden om PCO' ens påvirkning af vægten og de fysiologiske/biologiske mekanismer bag vægtstigning og vægttab. Vi undersøger endvidere hvordan deltagerne bruger deres netværk, herunder hvilke kommunikationsmæssige muligheder og barrierer, der findes i tilknytning til disse netværk samt deres netværksforståelse i forhold til, hvad der sker i sociale sammenhænge blandt venner og familie.

Endvidere undersøger vi deltagernes sundheds- og sygdomsforståelser og tilsvarende værdier, herunder hvordan sundhed/sygdom har betydning for dem, og hvor de placerer ansvaret for deres sundhed. Vi kigger samtidig på en uddybelse af opfattelsen af egne handlemuligheder, som også var et tema i spørgeskemaet – hvilke ting er det, de mener, selv at kunne påvirke, og hvilke faktorer ligger uden for deres

påvirkningsmuligheder? I forhold til kommunikationssituationen har vi på baggrund af spørgeskemabesvarelserne en antagelse om, at der er et behov i målgruppen for information og kommunikation om deres vægt og vægttab, som ikke bliver imødekommet i tilstrækkelig omfang i det etablerede behandlingsregi, primært læger og sekundært sygeplejersker. Vi har ligeledes en antagelse om, at der er forskel på målgruppens kommunikationsoplevelse, alt efter om de har talt med en praktiserende læge, en gynækolog, en fertilitetslæge eller en sygeplejerske. Vi har rekonstrueret kommunikationssituationen og søgt svar på hver enkelt ting (time-line step), som vores interviewpersoner husker, om denne situation. Vi anvender hvert time-line step til at spørge vores interviewperson, om hun havde nogle spørgsmål på det konkrete tidspunkt, og hvis hun fik svar, har vi spurgt, om svaret hjalp hende. Hvis ikke hun fik svar, har vi spurgt, om hun mener, at det ville have hjulpet hende at få svar. Med udgangspunkt i spørgeskemaets spørgsmål 10A5 og 10B5 har vi desuden forsøgt at få en mere detaljeret beskrivelse af, hvorvidt kvinden oplevede forståelse for sin situation.

Vi tager afsæt i en konkret samtale med læge eller sygeplejerske på fertilitetsklinikken. Gerne den første konsultation på stedet eller i alt fald en konkret samtale, hvor der er blevet snakket om vægt og/eller vægttab og betydningen af dette.

3.6.3 Interviewsituationen

Vores første interview repræsenterer vores undersøgelsesgruppe set fra en behandlers perspektiv, og de resterende fem interviews repræsenterer vores undersøgelsesgruppe set fra dennes perspektiv.

- De fysiske rammer for interviewene

Et enkelt interview blev afholdt som telefoninterview og resten blev foretaget på tomandshånd (jf. 3.6.1). De fire interviewene blev afholdt i deltagernes private hjem, geografisk placeret i Jylland og på Sjælland. De hjemlige omgivelser kan være medvirkende til en mere afslappet atmosfære, hvilket styrker autenticiteten og den ydre validitet. For at styrke relevante pointer optog vi alle interviews på en diktafon, som yderligere havde det formål, at vi kunne genhøre og transskribere interviewene.

- Procedure for enkeltinterviews

Alle de interviewede fik en mundtlig introduktion, herunder en præsentation af os og undersøgelsen, proceduren omkring optagelse med diktafon, anonymisering og transskription. Herefter lagde vi vægt på, at de måtte sige til, hvis ikke de havde lyst til at besvare eller tale om specifikke spørgsmål eller, hvis de blev berørte af situationen. Alle fik mulighed for at komme med yderligere oplysninger, hvis de fandt det

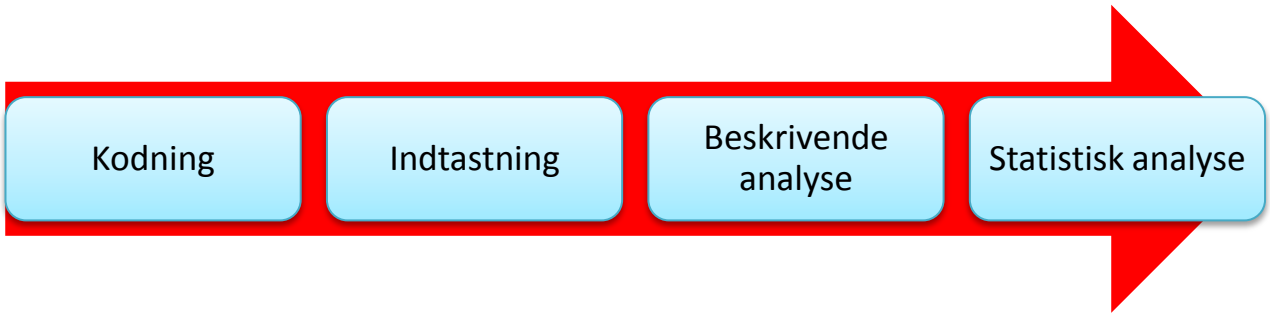
nødvendigt. Interviewene tog mellem 45 minutter og 1 time. Et enkelt interview nåede op på 2 timer. Vi stillede spørgsmålene fra interviewguiden i nogenlunde rækkefølge, men var forberedt på, at nogle af deltagerne berørte emnerne på forskellige tidspunkter. Antallet af opfølgningsspørgsmål var forskelligt, da nogle af deltagerne var mere talende og uopfordret svarede på spørgsmålene, mens andre var mere tøvende og i tvivl om, hvad de skulle svare.

3.6.4 Interview med alternativ behandler (AB)

Formålet med dette interview var at indhente viden om gruppens behov for kommunikation og vejledning i mødet med professionelle behandlere set fra en erfaren behandlers synspunkt. Formålet var også at få en idé om, hvilke kommunikationsbarrierer (gaps) der kan være mellem læger/sygeplejersker på den ene side og PCO patienter på den anden side set med en "udenforstående" behandlers øjne. Yderligere var formålet at anvende interviewet som inspiration til vores interviewguide til de kvalitative interviews med målgruppen som supplement til den baggrund vi har fra spørgeskemaernes del 6 - 10.
Opbygningen var et halvstruktureret interview, dvs. at vi havde nogle fastlagte temaer, så vi i højest muligt omfang sikrede, at vi fik besvaret vores forskningsspørgsmål, men også var åbne for ændringer i de mere detaljerede spørgsmål sådan, at der er mulighed for en justering i vores opfattelse af relevante spørgsmål undervejs. Behandleren blev briefet og de-briefet i forbindelse med interviewet (Kvale 1997).

3.7 Analysemetoder

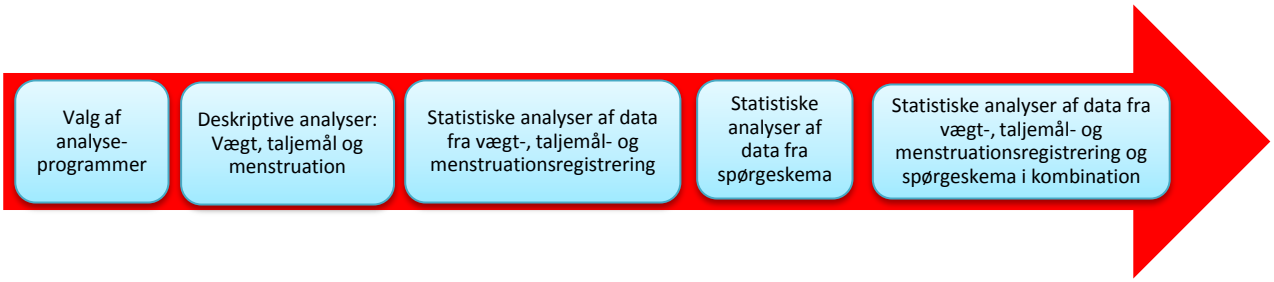
3.7.1 Spørgeskemaer



Figur 3.7.1.1 Illustration af analyseprocessen af data fra samt fra spørgeskemaer

Ovenstående figur illustrerer analysen af spørgeskemaerne. Alle svarkategorier i spørgeskemaet blev tildelt en talkode, og resultaterne for hver enkelt deltager indtastede vi i Excel. Hernæst bearbejdede vi data kvantitativt med deskriptiv statistik (se del 4.1.). Udvalgte data blev herefter anvendt i de statistiske analyser (se del 4.3.2 og 4.3.3).

3.7.2 Vægt-, menstruations- og taljemålsregistrering



Figur 3.7.2.1: Illustration af analyseprocessen af data fra vægt-, taljemål -, og menstruationsregistrering samt fra spørgeskemaer

Vi har anvendt programmet Ecxel 2007 og statistikprogrammet Systat til alle typer dataanalyse. Analyserne er inddelt i en beskrivende del og en hypotesetestende del. I første del beskrives vægt-, talje- og menstruationsdata for studieperioden. Da vi ikke har grundlag for en egentlig hypotese om vægt-, taljemål- og menstruationssforløbet, vælger vi at analysere og præsentere data med deskriptiv statistik. Vi har valgt primært at anvende stregdiagrammer, da disse for det første egner sig til illustrationer med mange data, og da de for det andet kan anvendes til at vise tendensen for hver værdis bidrag (vægt eller taljemål) i forhold til tiden (uger).[23] Stregdiagrammerne skaber således overblik over det samlede forløb. Vi har valgt at præsentere data uge for uge, således at hele forløbet kan overskues og tendenserne kan vurderes.

I den statistiske del tester vi sammenhænge, primært mellem vægtdata og en given udvalgt variabel, som vi forestiller os kan være en følge af eller have betydnng for, vægtforløbet og vægttabet (jf. 2.2).

3.7.2.1 Anvendte analysetests

Frekvensanalyse

Forudsætning for at teste data i en frekvenstabel er, at der er en teoretisk grund til at antage, at det ene testede parameter er afhængigt af det andet (Pedersen et al. 2009). Vores interesse ligger således i at undersøge forskelle og ændringer mellem delgrupperne på baggrund af antagelser om variablernes indbyrdes sammenhæng; det vil eksempelvis sige sammenhængen mellem vægttab og menstruation, sammenhæng mellem bevægelse og vægttab etc. En væsentlig del af vores interesseområde i denne undersøgelse er det procentmæssige vægttab i gruppen, i særdeleshed skæringsgrænsen på 5 %, samt eventuelle forskelle mellem de deltagere, der taber sig mere end og mindre end 5 % af deres kropsvægt. Vi vælger derfor at anvende frekvensanalyse på de af vores undersøgelseshypoteser, som baserer sig på forholdet mellem det procentmæssige vægttab samt en anden parameter (jf. del 2.2). Herudover analyserer vi enkelte andre kategoriske data med frekvensanalysen, som ikke indeholder den procentmæssige gruppeinddeling.

[23] Ecxel 2007 hjælpeprogram

Vi har anvendt 2x2 tabeller til beregningen da dette designmæssigt passer med vores hypoteseopsætning. Udover at frekvensanalysen passer til vores data, mener vi også, at analysetypen er velegnet til at skabe fornemmelse for tendenser i undersøgelsesgruppen, hvilket i sig selv er et værdifuldt parameter i den samlede målgruppeanalyse af vores deltagere.

Tabel 3.7.2.1.1: Typisk 2 x 2 frekvenstabel

	X^-	X^+	Total
Y^-	a	b	a + b
Y^+	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n = a+b+c+d

Systat anvender som standard Pearsons Chi-square test. Chi-square (X^2) testen eller "Goodness of fit" er den test, som normalt bruges til at afgøre, om der er signifikant forskel mellem de observerede og de forventede resultater i en frekvensanalyse. Når der testes mere end 1 parameter samtidig, analyseres data i en frekvenstabel (Pedersen et al. 2009). Da vi arbejder med 2x2 tabeller, hvor der kun er 1 frihedsgrad, vælger vi at supplere med Yates corrected Chi-square, da testværdien ellers kan blive for høj (Fowler et al. 1998). Vi tolker således dataene på baggrund af Yates-testen og vælger udelukkende at vise værdien af denne under resulaterne. Den kritiske værdi for signifikans for X^2-testen er i vores tilfælde 3.84 ved et signifikansniveau på 0.05 (Fowler et al. 2008).

Odds-ratio (OR)

Som supplement til X^2-testen i frekvensanalyserne har vi valgt at medtage Odds-ratio, hvilket er et mål for sandsynlighed for, om et givent parameter er den samme mellem de to grupper modsat X_2 , som måler forskellen mellem grupperne (Pedersen et al. 2009) Tabellen til højre illustrerer baggrunden for Odds-ratioen. Odds for række Y- er a + b. Odds for række Y + er c + d. Odss-ratioen er raten af de to odds. Altså er OR = a/b divideret med c/d.

En Odds-ratio på 1 indikerer at parametret er lige sandsynlig i begge rækker /grupper. En Odds-ratio større end 1 indikerer, at parametret er mere sandsynlig i den første række/gruppe. En Odds-ratio mindre end 1 indikerer, at parametret er mindre sandsynlig i den første række/gruppe (Children´s hospital and clinic).

Korrelationsanalyse

I de af analyserne, hvor vores data egner sig til det, vælger vi at anvende korrelationsanalyse enten alene eller som supplement til frekvensanalysen. Korrelationsanalysen kan bidrage med oplysninger om styrken mellem de to givne parametre, og denne viden kan være værdifuld for forståelsen af mulige asocierede relationer mellem betydningsfulde faktorer hos kvinder med PCO.

Vi vælger både den non-parametriske analyse ”Spearmans korrelationscoeffient”, som anvendes til ordinal- eller intarvaldata og forudsætter mindst 5 datapar og den stærkere parametriske ”Product moment correlation”, som forudsætter data på intervalskala og normalfordeling samt nogenlunde linær sammenhæng. Sidstnævnte vil pga. sin styrke være første prioritet, når data giver mulighed for det.
Spearmans test anvender rangerede data i stedet for absolutte tal, og derfor bliver påvirkningen fra yderværdier mindre. Spearmans analyse kan bruges til både interval- og ordinaldata.

Tabel 3.7.2.1.2: Styrketabel

Korrelations coefficient	**Styrke**
0.0 – 0.19	Meget svag
0.20-0.39	Svag
0.40-0.69	Moderat
0.70-0.89	Stærk
0.90–1.00	Meget stærk

Resultatet af Spearmans analyse tolkes via en given korrelationscoiffient (r_s). Resultatet af Product moment analysen tolkes vha. korrelationskoeffienten for product moment korrelation(r). Begge koeffienter anvendes for det første til at vurdere styrken af sammenhængen mellem de to parametre (se tabel 3.7.2.1.2.), og for det andet anvendes de til, at afgøre, om resulatet er statistisk signifikant ved at sammenligne resultatværdien med de kritiske tabelværdier for henholdsvis r og r_s (Pedersen 2009, Fowler et al. 2008).

Sammenligning af gennemsnit

Tests til sammenligning af gennemsnit bruges til at afgøre, om der er forskelle i gennemsnit mellem undersøgelsesgrupper i forhold til et givent parameter. Resultatet kan bruges til at vurdere, om bestemte karaktaristika i en gruppe har betydning for udfaldet af det undersøgte parameter.

Under hensyntagen til vores data har vi valgt ”Kruskall-Wallis”testen, som er en non-parametrisk anovatest (Pedersen 2009). Resultatet afgøres med en X^2-test, og talværdien sammenlignes med den kritiske tabelværdi for at afgøre, om resultater er statistisk signifikant (Pedersen 2009, Fowler et al. 2008).

Regressionsanalyse

Regressionsanalyse anvendes til at definere en relation mellem to kontinuerlige variabler X og Y. Forudsætningen for regressionsanalysen er modsat korrrelationsanalysen, at der er teoretisk eller empirisk baggrund for at antage, at den ene variabel (Y) er afhængig af den anden variabel (X). Vi anvender regressionsanalysen ”simpel liniær regression” (Fowler et al., 1998). Regressionsanalysen koncentrerer sig om spredningen i data, hvorfor den egner sig til at vurdere individuelle forskelle i data og effekt modsat

frekvensanalysen, som baseres på grupper. Regressionens signifikans testes med ANOVA (F-distribution) og resultatet sammenlignes med den kritiske tabelværdi for F (Pedersen 2009, Fowler et al. 2008).

Signifikansniveau

Signifikansniveauet for samtlige analyser er 0.05 svarende til 95 % confidensinterval.

3.7.2.2 Tilrettelæggelse og metode for den hypotesetestende del

I dette afsnit vil vi redegøre for, hvilke forudsætninger og analysemetoder vi har anvendt i hver enkelt analyse af udvalgte data fra henholdsvis ”vægt-, talje- og menstruationsregistrering”, ”spørgeskema” samt ”vægt-, talje- og menstruationsregistrering og spørgeskema i kombination”(jf. del 2.2).Der refereres i øvrigt til bilag 3.

<u>Analyser af udvalgte vægt-, taljemåls- og menstruationsdata:</u>

I disse analyser deltager 20 ud af de 22 deltagere. 2 er ekskluderet på grund af henholdsvis graviditet og for kort tids deltagelse i studiet. I analyser, som inkluderer menstruationsdata, deltager dog kun 18 personer, da yderligere 2 er ekskluderet pga. henholdsvis for høj alder og hormonbehandling i studieperioden.

Abdominal fedtfordeling og vægttab

Formålet med analysen er at afklare, om der findes sammenhæng mellem den individuelle vægt/vægtændring og de individuelle taljemål/taljemålsændringer i uge 0-25. 0-hypotesen antager, at der ikke er sammenhæng mellem parametrene, mens den alternative hypotese antager det modsatte.
Den afhængige parameter er ændring i taljemål i cm i uge 0-25, mens den uafhængige parameter er ændring i vægt i kg i uge 0 – 25. Analysen udføres med regressionsanalyse med henblik på at vise spredning, sammenhæng og fordeling af data tidsmæssigt i løbet af uge 0 - 25.

Abdominal fedtfordeling og fekunditet

Formålet med analysen er at redegøre for en evt. association mellem taljemål og fekunditet. Da begge datasæt er intervaldata, udføres analysen med parametrisk korrelationsanalyse, som giver det stærkeste resultat. Analyseparametrene er henholdsvis ”taljeændring (cm)” mod ”antal mens i uge 0 -25”.

Fekunditet og vægttab

Formålet med analysen er at undersøge, om der findes en mulig sammenhæng mellem ændret/hyppigere menstruationscyklus (= øget fekunditet pga. hyppigere ægløsning) og graden af vægttab i studieperioden,

uge 0-25. 0-hypotesen antager, at der ingen forskel er i menstruationsændring mellem grupperne, der har tabt sig henholdsvis over og under 5 %. Den alternative hypotese antager det omvendte; at der er forskel. 2 ud af de 20 deltagere er ekskluderet fra følgende analyse pga. henholdsvis for høj alder og hormonstimulerede cykli i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Analyserne er udført med henholdsvis frekvens- og korrelationsanalyse. Til frekvensanalysen er analyseparameteren defineret som "ændring i cyklus", og gruppen er opdelt i to:"+ eller – menstruationsændring". Dette giver os mulighed, for at analysere hele gruppen samlet uden at skulle adskille de deltagere, der som udgangspunkt har manglende menstruation og de, der som udgangspunkt har uregelmæssig menstruation.

Kriterierne for ændring i menstruationscyklus fra baseline er, at deltagere med manglende menstruationer skal have haft minimum 2 menstruationer med minimum 21 dages mellemrum i uge 0-25, og at deltagere med uregelmæssige menstruationer skal have haft minimum 2 sammenhængende cykli med 21-35 dages mellemrum i uge 0-25. Vi har valgt disse minimumsniveauer for i videst muligt omfang at undgå anovulatoriske afstødelser af slimhinden eller tilfældigt opståede engangscykli < 36 dage. End-point for deltagere med uregelmæssig cyklus som udgangspunkt svarer i øvrigt til de parametre, der er valgt som definition af "regelmæssig menstruation" i et lignende studie af Crosignani et al. (Crosignani et al. 2003) Ændringen eller mangel på samme holdes op mod skillegrænserne ">5 % vægttab" eller "<5 % vægttab". Disse grænser er valgt på baggrund af tidligere studiers fund af signifikante sammenhænge ved denne skillegrænse (Kiddy et al. 1998).

Vi supplerer frekvensanalysen med Spearmans korrelationsanalyse, som kan give et mere detaljeret billede af, ved hvilket procentmæssige vægttab eventuelle ændringer i menstruationen opstår. Det individuelle antal menstruationer (med > 21 dages mellemrum) i uge 0-25 giver et godt gennemsnitligt billede af regelmæssigheden. Dette er det afhængige parameter, som vi sammenligner med det individuelle procentmæssige vægttab i uge 0-25.

BMI og fekunditet

I denne frekvensanalyse sammenholder vi størrelsen af BMI i uge 0 (>/< 30) med +/- menstruationsændring i studieperioden for at vurdere, om fekunditeten kan associeres til størrelsen af BMI som udgangspunkt. Da formålet er at undersøge, om der er forskel i udfaldet af fekunditet pga. BMI, har vi kun udvalgt deltagere, der har tabt sig min. 2 % af deres kropsvægt for at tage højde for manglende vægttab som

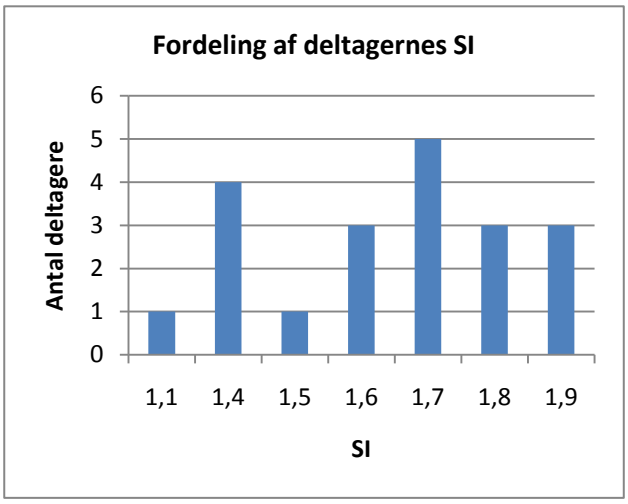
confounder*. Af samme grund baseres analysen kun på 12 ud af 20 deltagere. 0 hypotesen antager, at der ikke er forskel i menstruationsændring imellem BMI-grupperne, mens den alternative hypotese antager, at der er forskel på grupperne.

Analyser af udvalgte data fra spørgeskema:

Sundhedsforståelse og uddannelse

Denne frekvensanalyse tager udgangspunkt i spørgeskemaets spørgsmål 8.J: "Hvilket af tre nedenstående udsagn forbinder du mest med ordet sundhed?" samt i spørgeskemaets del 1.F, om uddannelsen efter folkeskolen. Svarmulighederne i 8.J er inddelt i en traditionel/snæver sundhedsforståelse og i en bred/demokratisk sundhedsforståelse. Ud fra svarene har vi dannet to analysegrupper, henholdsvis inden for den snævre og brede sundhedsforståelse, som vi sammenholder med uddannelsestypen. Analyseparametrene er således: "Kost/motion/ ikke syg" versus "tilfreds med sit liv" mod "ingen eller kort erhvervsfaglig uddannelse" eller "videregående uddannelse".

Analyseresultater af udvalgte kombidata fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering og spørgeskema:



3.7.2.2.1: Deltagernes SI, beregnet for 20 deltagere fra vægt-, taljemåls- og menstruationsregistreringen. Deltagerens individuelle, gennemsnitlige SI-niveau fordeler sig over og under middel (= 1.5), mellem værdierne 1,1 – 1,9. De hyppigste værdier (1,4 og 1,7) placerer sig lidt over og lidt under middel.

Glykæmisk indeks (GI) og vægttab

Beregningerne af kostens glykæmiske indeks/glykæmiske load udtrykt som "Sukkerindekset "* (SI) er foretaget vha. Bjarne Stigsbys beregningsanvisninger[24] (Stigsby et al.).(Bilag 8). Samtlige føde- og drikkevarer, som er indtaget i løbet af de to døgns kostindberetning, er hver tildelt en SI værdi på 1,2 eller 3, svarende til "Lavt SI", "Middel SI" og "Højt SI". Der er justeret i forhold til mængder ved at inddele fødevarerne i grupper efter deres værdi (1,2 eller 3) og herefter multiplicere vægten af samtlige fødevarer i hver gruppe. Denne værdi er divideret med 100 for at få værdien pr. 100 g fødevare, idet

[24] SI-niveauet udtrykker kostens samlede glykæmiske påvirkning, i.e. den insulinpromoverende effekt, ud fra følgende formel: SI = max{GI;GL}. Fødevarerne er opdelt i farver, ud fra deres SI - tal. Grøn farve angiver et lavt SI i kosten på under 40, gul angiver et mellemniveau af SI i kosten på 40 -55, mens rød angiver et højt SI på over 55.

dette er standarden ved Bjarne Stigsbys beregningssystem.

Resultaterne for hver gruppe er slutteligt lagt sammen, og gennemsnittet på denne værdi er beregnet, hvorved hver enkelt deltager har fået tildelt en vejledende gennemsnitlig SI-værdi. Vi vil understrege, at mængder af grøntsager og frugt er anslåede, da vi ikke har spurgt præcist til dette i spørgeskemaet. Vi har regnet med standardmængder. Hvor mængder i øvrigt ikke er oplyst, har vi brugt vejledende standardvægtangivelser (Andersen et al. 1996). Ved fyldeberegning af drikkevarer har vi regnet med koncentratvægten og ikke den samlede vægt. Drikkevarer uden kalorier er ikke medtaget i beregningen.

Data analyseres med frekvensanalyse. Vi har valgt en skillegrænse på 1,5 SI, da dette er gennemsnitsværdien og middelniveauet for SI. Parametrene er altså henholdsvis < 1.5 eller >/= 1.5 sammenholdt med vægttab > eller < 5 %. 0-hypotesen antager, at der ikke er forskel på vægttabet i den gruppe, der har spist mad med SI under 1.5 og den gruppe, der har spist mad med SI over 1.5.

Fysisk aktivitet i fritiden og vægttab

Data er indsamlet vha. spørgeskemaet**s** del 4.B (bilag 3). Vi har spurgt til tidsforbruget pr. dag inden for de sidste 14 dage. Det forholdsvis korte interval styrker hukommelsen og konkretiserer svarene. Samtidig mener vi, at 14 dage er længe nok til, at der under normale omstændigheder kan danne sig et generelt billede af deltagernes vaner. Svarmulighederne er angivet som 5 kategorier med tidsintervaller mellem 0 - > 60 minutter, og aktiviteterne er opdelt efter 7 typer. Vi har dog valgt ikke at anvende typeinddelingen i analysen, da grupperne ville blive for små til statistisk bearbejdning.

Vi anvender frekvensanalyse og opstiller på baggrund af ESHREs anbefaling til PCO'ere om 1 times daglig motion (The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group) parametrene >/= 1 time mod < 1 times daglig fysisk aktivitet i fritiden sammenholdt med > eller < 5 % vægttab. Analyse parametrene er: < 1 time pr. dag og >/= 1 time pr. dag fordelt på 10 deltagere i hver gruppe.

Analysen bygger på en 0-hypotese, som postulerer, at der ikke er sammenhæng mellem tidsforbrug til bevægelse pr. dag og det procentmæssige vægttab/antal tabte kg. Den alternative hypotese antager, at der er forskel på grupperne, således at det procentmæssige vægttab/antal tabte kg er liniært afhængigt af stigende tidsforbrug til bevægelse.

Kostvejledning og vægttab

Data er indsamlet vha. spørgeskemaets del 10.A.4, 10.B.4 og 10.D.1. (bilag 3). I del 10. A og 10. B er udvælgelsen til analysegrupper sket på baggrund af deltagernes svar på spørgsmålet: ”Da du gik derfra (vejledningen/samtalen med læge eller sygeplejerske), følte du da, at du havde viden nok om, hvordan du skulle opnå vægttab?”, og i del 10. D er udvælgelsen foretaget på baggrund af spørgsmålet: ”Er du henvist til diætist/kostvejleder, eller er du på nuværende tidspunkt i et vejledningsforløb hos en diætist/kostvejleder?”.

Vi vælger at analysere data med frekvensanalyse angående parametrene ”Brugbar kostvejledning eller henvisning /forløb hos diætist/kostvejleder” og ”Ingen brugbar kostvejledning/ingen kostvejledning eller henvisning/forløb hos diætist/kostvejleder”, sammenholdt med procentmæssigt vægttab (> og< 5 %). 0-hypotesen antager, at der ikke er forskel mellem grupperne, mens den alternative hypotese antager det modsatte.

Uddannelse og vægttab

Data om uddannelse er indsamlet vha. spørgeskemaets del 1.F(bilag 3). 8 deltagere har angivet at have ingen eller kort erhvervsfaglig uddannelse, mens 12 deltagere har angivet at have en videregående uddannelse. Vi analyserer data med henholdsvis frekvens- og Kruskall-Wallis analyse. I frekvensanalysen er grupperne opdelt i ”Ingen eller kort erhvervsfaglig uddannelse”, som dækker over svarkategorierne 1.F.1 – 1.F.3 samt ubesvaret (ingen uddannelse), mens gruppen ”Videregående uddannelse” dækker over svarkategorierne 1.F.4 – 1.F. 6. Svarkategori 7 ”Andet” er ikke medtaget, da vi har kendskab til uddannelseslængde og -type hos den ene deltager, der har besvaret kategori 7, og derfor har placeret hende i den relevante gruppe. Vægttabet er angivet i procent. 0-hypotesen antager, at der ikke er forskel på gruppernes vægttab, sammenlignet med uddannelsestypen, mens den alternative hypotese antager at vægttabet stiger med uddannelsesgraden eller –længden.

I Kruskall-Wallisanalysen er deltagerne inddelt i 3 uddannelsesgrupper. Gruppe 1 repræsenterer ”0-3 års uddannelse efter folkeskolen” (Ingen eller korte erhvervsfaglige uddannelser), gruppe 2 repræsenterer ”4-7 års uddannelse efter folkeskolen” (Korte eller mellemlange videregående uddannelser) og gruppe 3 repræsenterer ”> 7 års uddannelse efter folkeskolen” (Lange videregående uddannelser). Gruppernes vægtændring sammenlignes med uddannelsen og er angivet i kg afrundet til nærmeste hele ciffer.

3.7.3 Personlige interviews

Med inspiration fra Kvales seks analysetrin viser ovenstående procesdiagram de stadier, bearbejdningen af vores kvalitative datamateriale er foregået gennem. Vi har yderligere ladet os inspirere af Dervins analysepunkter i forhold til den specifikke kommunikationsdel som nævnt i metodeteorien.

Som nævnt tidligere er alle personlige interviews optaget på diktafon, hvorefter vi har transskriberet dem i fuld længde og så ordret som muligt.[25] Ved at transskribere interviewene forbliver vi tro mod de interviewedes udsagn samtidig med, at vi har bedre mulighed for at overskue dem (se bilag nr. 10.1 – 10.5). Dette er med til at dokumentere vores arbejde og højner dermed reliabiliteten, da vores fremgangsmåde hermed er gennemskuelig og eksplicit, så andre har mulighed for at se, hvordan vi er kommet frem til vores resultater (Halkier 2003). I transskriptionerne har vi i videst mulig omfang inkluderet passager med lyde som eksempelvis "mmh" og "øh" samt noteret, hvis interviewpersonen griner eller der opstod pauser. Vi har især været opmærksomme på, at emnet kan være følsomt, hvorfor vi har haft fokus på selve interaktionen og derved været opmærksom på, at interviewet ikke gik hen og blev terapeutisk.
Vi har endvidere bestræbt os på fortrolighed og anonymitet i transskriptionerne, dvs. at vi har beskyttet vores interviewpersoners privatliv imod mulighed for genkendelse. Det har vi gjort ved allerede på transskriptionsstadiet at sløre vores interviewpersoners identitet samt specifikke begivenheder og steder, som kunne være genkendelige for interviewpersonens omgivelser (Kvale 1997). Interviewpersonernes navne er derfor opdigtede. Med inspiration fra Jensen, har vi desuden, i nogle af fortællingerne, lagt et "røgslør" ud ved at ændre det sagte, i det tilfælde, hvor det har været muligt at genkende den interviewede (Jensen, Iben (1998/2007).

Det er vigtigt at tage højde for, at den interviewede ikke føler sig krænket på baggrund af det transskriberede interview, da det ind imellem kan forekomme, at en interviewperson kan være lettere

[25] Transskriptionsregler med udgangspunkt i Halkier 2003

chokeret over sine egne udtalelser efter gennemlæsning af en transskription (Kvale 1997). I forbindelse med interviewet med AB, havde AB givet tilladelse til at fremgå med navn i specialet. Efter transskriptionen af interviewet fandt vi dog, at interviewet indeholdt udtalelser, der efter vores mening med stor sandsynlighed ville få vores interviewperson til at genoverveje muligheden for at ændre sin status om anonymitet. Interviewpersonen ønskede efterfølgende anonymitet.

Efter transskriptionerne har vi foretaget en kodning også kaldet strukturering, hvorved vi inddelte vores empiriske råmateriale i mindre temaer, som vi har hentet med udgangspunkt i vores forsknings- og arbejdsspørgsmål, fra vores common sense samt fra vores teori. Det gav os mulighed for at finde et mønster i materialet forud for kategoriseringen, hvilken foregik ved, at vi samlede temaerne fra kodningen under færre overskrifter, der beskrev temaer inden for samme område. Vores kategorier er primært opstået ud fra det teoretiske fundament samt på baggrund af vores forforståelser.

Vi har endvidere kondenseret vores kategorier ved at sætte dem over for vores forsknings- og arbejdsspørgsmål, hvorefter vi kunne trække vores interviewpersoners udsagn sammen til kortere formuleringer (Kvale 1997). Kondenseringerne kunne forbindes til de i forvejen udvalgte hovedkategorier, som vi udformede vores interviewguide efter. Vores to procesmodeller[26] illustrerer vores undersøgelsesdesign samt vores analysemetode.

I selve fortolkningen beskæftiger vi os med datamaterialets mening i tre forskellige kontekster; selvforståelse, herunder vores forståelse af interviewpersonernes udsagn set ud fra deres egne synspunkter, kritisk common sense-forståelse og teoretisk forståelse (Kvale 1997).

[26] Se følgende sider

Undersøgelsesdesign

Vidensinteresser

Hvordan føler deltagerne sig mødt i kommunikationen om PCO, overvægt og vægttab med sundhedsprofessionelle og i hvilket omfang giver kommunikationen mening og anvendelsesmuligheder for deltagerne?

Interviewguide

Kommunikation:

- Samtaleindhold

- Deltagerens oplevelse af kommunikation om vægt i konsultationen med en sundhedsprofessionel
- Spørgsmål og svar (anvendelsesudbytte og meningsdannelse)

Analysemetode

Analyse parametre

Symptomer og symptomopmærksomhed

Kommunikationsoplevelse:
Bevægelsesblokering
Spørgsmål
Svarhjælp

Kodning

Symptomer og symptomopmærksomhed

Oplevelse af kommunikationen i konsultationen:
Vægt/vægttab
PCOS
Fertilitet
Andre emner

Bevægelsesblokering:
Barrierer
Forventninger
Bekymringer om midler
Observerende
Overordnede opfattelse

Spørgsmål:
Tidsmæssig placering af spørgsmål
Bevægelsesfokus
Aktør

Svarhjælp:
- Blev opmuntret/ blev ked af det
- Fik nyt perspektiv/-blev fastlåst
- Kunne se vejen mod målet/ magtesløs
- Kunne se muligheder/ frustration

Overordnet opfattelse af den sundhedsfaglige kommunikation og viden

Meningskategorisering

1.Symptomopmærksomhed og bevægelsesblokering:
Bekymringer om mål
Bekymringer om midler

2.Spørgsmål:
Hvad er PCO?
Hvordan skal jeg tabe mig?

3.Svarhjælp:
Blev opmuntret/blev ked af det
Fik nyt perspektiv/blev fastlåst
Kunne se vejen mod målet/magtesløs
Kunne se muligheder/frustration

Menings-kondensering

1. ”Jeg mærker en masse symptomer, men jeg ved ikke helt hvad jeg skal gøre ved dem og hvordan jeg skal komme videre og jeg bekymrer mig om, om det vil lykkes mig, at tabe mig, blive gravid, ikke blive syg og om jeg selv kan gøre noget for min situation.”

2. ”Hvad er PCO – hvad er årsagerne og konsekvenserne? Hvordan skal jeg spise så jeg taber mig?”

3. De fleste af mine spørgsmål har jeg ikke fået svar på og jeg føler mig fastlåst, magtesløs og frustreret i forhold til min sygdom”

Undersøgelsesdesign

Vidensinteresser

I hvilket omfang har deltagernes ressourcer betydning for deres sygdomshandlinger i en hverdag med PCO og overvægt?
Herunder:
- Hvad betyder kvindernes ydre strukturelle ramme (omgivelser, netværk, arbejde, bolig, økonomi, viden m.v) for deres måde at agere på i forhold til ønsket om vægttab?
- Hvad betyder personlige værdier forhold for samme handling - såsom kvindernes sundheds (sygdoms) forståelser og tilsvarende værdier (Hvad er sundhed/sygdom og hvis ansvar er det? Hvad er vigtigt?

Interviewguide

Overvægt
PCO
Barnløshed
Sundhedsopfattelse
Netværk

Analysemetode

Analyseparametre

Ressourcer – formelle, private og netværksressourcer

Sygdomsforståelse

Sygdomshandling

Sygdomsmodel

Sundhedsforståelse og handlekompetence

Social positionering

Kodning

Sundhedsperspektiv/ Sygdomsforståelse

Ansvars-/kontrolforståelse

Værdier

Viden

Handling

Tid

Vaner

Netværk: ”Viden”, ”støtte” og ”social kontrol og – konsekvenser af PCO, overvægt og barnløshed”

Skyld

Menings-kategorisering

1. Sundhedsperspektiv
2. Sygdomshandling
3. Ressourcer

Menings-kondensering

1. ”Motion og sund mad er vigtigt, men det kræver overskud - på den anden side er det også vigtigt at være glad”

2.”Jeg gør noget, for at forebygge PCO og overvægt, men nogle gange kniber det med viden og overskud til at gøre det fuldt ud.”

3. ”Jeg ved noget, jeg kan gøre noget men jeg ville gerne kunne mere af begge dele. Jeg får både støtte og modstand fra mit netværk.”

Del 4. Analyse og resultater

4.1. Beskrivelse og analyseresultater af spørgeskemabesvarelser

I dette afsnit vil vi præsentere de resultater fra vores spørgeskemaundersøgelse, som er relevante som baggrund for de efterfølgende kvantitative og kvalitative analyser. Dvs., at det kun er udvalgte dele, som beskrives i det nedenstående. Beskrivelse og illustration for den samlede undersøgelse findes i bilag nr. 9. I øvrigt henvises til bilag nr.3. Deltagernes gennemsnitlige alder på svartidspunktet er 31,1 år ± 7.0.

Del 1 – Uddannelse

1.E: 23 deltagere svarende til 70 % har studenter- eller HF-eksamen (inklusiv HHX og HTX). 9 deltagere, svarende til 27 %, har 10-11 års skolegang, og en enkelt deltager (3 %) har svaret, at hun har 8-9 års skolegang.

1.F: 17 deltagere (51 %) har en videregående uddannelse. Af disse har den største gruppe (31 %) en mellemlang videregående uddannelse, og 11 deltagere (33 %) har en erhvervsfaglig uddannelse. I alt har 28 deltagere (84 %) angivet, at de har en uddannelse efter folkeskolen eller gymnasiet/HF og tilsvarende.

Del 3 – Sukkerindeks (SI)(Kost)

Der henvises til beskrivelse i del 3.5. Bemærk, at besvarelserne i del 3 kun er beregnet for de deltagere, der er indgået i vægt-, taljemål og menstruationsregistrering og analyser (20 deltagere).

Del 4 – Motion og bevægelse

4.A: Omtrent halvdelen af deltagerne, 14 deltagere (42,4 %), har en dagligdag med et stillesiddende arbejde, og 8 deltagere (24,2 %) har et stående arbejde. 6 deltagere (18,2 %) har et lettere fysisk arbejde. 3 deltagere (9,1 %) er ikke i arbejde, og 2 deltagere (6 %) har ikke besvaret spørgsmålet eller har angivet et svar, vi ikke kunne tolke.

4.B: 6 deltagere (18,2 %) har inden for de sidste 14 dage før besvarelsen af spørgeskemaet ikke brugt tid på motion og bevægelse. 13 deltagere (39,4 %) svarer, at de bruger op til 30 minutter dagligt. 6 deltagere (18,2 %) bruger mellem 30 og 45 minutter dagligt på motion, og 3 deltagere (9,1 %) bruger i gennemsnit 45 - 60 minutter på motion. 5 deltagere (15,2 %) bruger 60 minutter eller mere på motion hver dag.

4.C: 20 deltagere (61 %) mener, at fysisk aktivitet er meget vigtigt for dem, 11 deltagere (36 %) mener, at det er vigtigt, og 1 deltager (3 %) ved det ikke, hvor vigtigt hun synes det er, at være fysisk aktiv.

Del 6 – Vægt

6.A: Samtlige 33 deltagere (100 %) mener, at det er nødvendigt for dem at ændre deres vægt, og samtlige deltagere (100 %) synes, at det er meget vigtigt eller i nogen grad vigtigt, at de ændre vægten **(6.B)**.

6.C: Samtlige deltagere (100 %) mener, at de selv kan gøre noget for at ændre deres vægt, og at de enten kan gøre meget eller i nogen grad kan gøre noget.

6.D: 21 deltagere (63,6 %) mener, at personalet på PCO-klinikker, fertilitetsklinikker eller hos praktiserende læger kan hjælpe dem enten meget eller i nogen grad med at ændre deres vægt. 5 deltagere (15,2 %) føler ikke, at personalet kan hjælpe dem. 7 deltagere (21,2 %) har svaret, at de ikke ved, om personalet kan hjælpe dem.

Del 7 - Hverdag, PCO, overvægt og barnløshed

Stress

7.A: En mindre andel af vores deltagere, 5 deltagere (15,2 %), har ikke følt sig stressede inden for de sidste 14 dage op til besvarelsen af spørgeskemaet. Derimod har 13 deltagere (39,3 %) følt sig lidt stressede, og 10 deltagere (30,3 %) har følt sig stresset i nogen grad. 5 deltagere (15,2 %) har følt sig meget stressede.

7.A.1: 28 deltagere har i spørgsmål 7.A svaret, at de i forskellige grader føler sig stressede i hverdagen. 11 af de 28 deltagere, svarende til 39 %, undlader at besvare spørgsmål 7.A.1, om hvordan det påvirker dem at være stressede. 7 deltagere (25%) svarer, at de bliver psykisk påvirkede, og 2 deltagere (7 %) svarer, at de bliver fysisk påvirkede. 8 deltagere (29 %) svarer, at de både bliver fysisk og psykisk påvirkede af at være stressede.

Hverdagen som ufrivillig barnløs

7.D: 16 deltagere har besvaret spørgsmål 7.D. om påvirkningen fra barnløshed. Vi antager, at disse 16 er de deltagere, der ved besvarelse af spørgsmålet betragter sig som barnløse, da vi i spørgeskemaet opfordrer til, at det kun er barnløse, der besvarer dette spørgsmål.

Som den efterfølgende tekst vil vise, varierer antallet af barnløse i besvarelserne, men dette skyldes antageligvis, at vi ikke klart har beskrevet anmodningen om kun at besvare, hvis deltageren er barnløs.

8 deltagere (50 %) svarer, at det påvirker deres hverdag meget, at de er barnløse. En lidt mindre gruppe på 7 deltagere, svarende til 44 %, angiver, at det påvirker deres hverdag i nogen grad. En enkelt deltager, svarende til 6 %, angiver, at det påvirker hendes hverdag lidt.

7.D.1: Ud af 16 barnløse deltagere svarer 7 deltagere (44 %) i spørgsmål 7.D.1, at barnløsheden påvirker dem mest psykisk, mens den samme andel svarer, at barnløsheden påvirker dem både psykisk og fysisk. 2 barnløse deltagere har ikke besvaret spørgsmålet.

Hverdagen med PCO

7.E: 15 deltagere (45,5 %) føler, at det påvirker deres hverdag at have PCO, og 8 af deltagerne (24,2 %) føler, at det påvirker dem i nogen grad. Hos 9 af deltagerne (18,2 %) påvirker det dem lidt, og hos 3 deltagere (9,1 %) har det igen påvirkning i hverdagen, og 1 enkelt deltager (3 %) har undladt at svare.

7.E.1: 29 deltagere har i spørgsmål 7.E svaret, at det påvirker deres hverdag, at de har PCO. Flertallet i denne gruppe (19 deltagere, svarende til 66 %) svarer, at at PCO´en påvirker dem både fysisk og psykisk. 4 deltagere (14 %) svarer, at PCO´en påvirker dem psykisk, og 3 deltagere (10 %) svarer, at PCO´en påvirker dem fysisk. 3 deltagere(10 %) i denne gruppe har undladt at besvare spørgsmålet.

Hverdagen som overvægtig

7.F: Ca. halvdelen (55 %) af vores deltagere føler sig meget påvirkede af deres overvægt i hverdagen. 36 % føler påvirkningen i nogen grad. 3 % af deltagerne føler, at overvægten påvirker dem lidt, og tilsvarende 3 % er ikke påvirkede af overvægten. 3 % har undladt at svare.

7.F.1: 31 deltagere har i spørgsmål 7.F svaret, at det påvirker deres hverdag, at de er overvægtige. 17 deltagere (55 %) i denne gruppe svarer, at overvægten påvirker dem psykisk. 2 deltagere (6 %) svarer, at overvægten påvirker dem fysisk, og 7 deltagere (23 %) svarer, at overvægten påvirker dem både fysisk og psykisk. 4 deltagere (13 %) i denne gruppe har undladt at besvare spørgsmålet, og 1 deltager (3 %) har besvaret på en måde vi ikke kunne tolke(fejl).

Del 8 - Sundhed og sygdom

Viden om årsagerne til overvægt

8.A: 27 deltagere (82 %) har svaret, at de har viden om, hvad årsagerne til deres overvægt er. 5 deltagere (15 %) svarer, at de ikke har denne viden, og 3 % af besvarelserne kan vi ikke tolke.

8.A.1: 19 deltagere (58 %) har angivet, at de synes, at de har behov for mere viden om årsagen til deres overvægt. 10 deltagere (30 %) svarer, at de ikke har behov for denne viden, og 4 deltagere (12 %) har ladet spørgsmålet stå ubesvaret.

Viden om årsagerne til, at deltageren har svært ved at blive gravid

8.B: 23 deltagere har besvaret spørgsmålet, hvoraf 20 deltagere (86,9 %) har angivet, at de synes, at de har viden om årsagerne til, at de har svært ved at blive gravide. Derimod svarer en lille andel (2 deltagere, svarende til 8,6 %), at de ikke har viden om disse årsager, og en enkelt deltager (4,3 %) har besvaret på en måde vi ikke kunne tolke (fejl).

8.B.1: 12 deltagere (52,2 %) har svaret, at de synes, at de har behov for mere viden om årsagerne til deres vanskeligheder med at opnå graviditet. Derimod svarer 8 af deltagerne(34,8 %), at de ikke har behov for mere viden, og 3 ud af de 23 (13 %) har ikke besvaret spørgsmålet.

Viden om årsagerne til PCO

8.C: 20 deltagere (61 %) har angivet, at de synes, de har viden om, hvad årsagerne til PCO er. Derimod svarer 13 af deltagerne (39 %), at de ikke har viden om årsagerne.

8.C.1: 26 deltagere (79 %) har svaret, at de synes, at de har behov for mere viden om PCO. 5 deltagere (15 %) svarer, at de ikke har behov for mere viden om årsagerne, og 2 deltagere (6 %) har ladet spørgsmålet stå ubesvaret.

PCO og egen mulighed for at lindre symptomer

8.I: For at lindre symptomerne af PCO mener 18 deltagere (55 %), at de delvist selv kan gøre noget. 14 deltagere (42 %) mener, at de i høj grad selv kan gøre noget, og 1 deltager (3 %) har svaret, at hun ikke mener, at hun kan gøre noget for at lindre symptomerne af PCOS.

Sundhedsforståelse

8.J: 17 deltagere (51,5 %) forbinder ordet sundhed med at spise sundt og dyrke motion. 13 deltagere (39,4 %) har svaret, at de forbinder ordet sundhed med at være tilfreds med sit liv. 2 deltagere (6,1 %) mener, at ordet sundhed handler om ikke at være syg, og en enkelt deltager (3 %) har svaret, at hun ikke ved, hvad hun forbinder med ordet sundhed.

Læger og andre behandleres rolle i sygdomshelbredelse

8.K: 16 deltagere (48,5 %) mener, at læger og andre behandlere har en betydelig rolle i forhold til at helbrede sygdomme. 14 deltagere (42,4 %) har svaret, at de mener, at disse har en meget vigtig rolle, og 1 deltager (3 %) mener ikke, at disse har en vigtig rolle. 2 deltagere (6,1 %) angiver, at de ikke ved, hvor vigtig en rolle disse har.

Del 9 – Omgivelser

Samtale med andre om PCOS

9.A: 24 deltagere (73 %) har svaret, at de ind imellem taler med andre mennesker om PCO. 7 deltagere (21 %) angiver, at de ofte taler med andre om det. 2 deltagere (6 %) har svaret, at de ikke taler med andre om deres PCO.

Samtale med andre om overvægt

9.B: 23 deltagere (70 %) har angivet, at de ind imellem taler med andre mennesker om deres overvægt. 6 deltagere (18 %) angiver, at de ofte taler med andre, og 4 deltagere (12 %) har svaret, at de ikke taler med andre om deres overvægt.

Samtale med andre om barnløshed

9.C: 22 deltagere har besvaret spørgsmål 9.C. 13 deltagere (59,1 %) har svaret, at de ind imellem taler med andre mennesker om deres barnløshed. 7 deltagere (31,8 %) angiver, at de ofte taler med andre, og 2 deltagere (9,1 %) har svaret, at de ikke taler med andre om deres barnløshed. Grunden til, at ikke alle har svaret er, at ikke alle deltagere er barnløse.

Del 10 – Samtale med læge og sygeplejerske

DEL 10.A

Kommunikation med læge

28 deltagere ud af 33 har talt med en læge eller gynækolog.

Anbefalinger for vægttab og brug af anbefalinger for vægttab

10.A.1: 15 deltagere (54 %) svarer ”ja” til at have fået en klar fornemmelse af, hvad de blev anbefalet at gøre for at tabe sig i vægt i forbindelse med deres samtale med en læge/gynækolog. 12 deltagere (43 %) har svaret, at de ikke havde en klar fornemmelse af dette, og 1 deltager (3 %) har ikke svaret.

10.A.1.1: 22 deltagere (45 %) angiver, at de ikke kunne bruge lægens anbefalinger for vægttab efter samtalen. 7 deltagere (32 %) svarer, at de kunne bruge nogle af anbefalingerne, mens 5 deltagere (23 %) mener, at de godt kunne bruge lægens anbefalinger efterfølgende. Der skulle kun være 15 besvarelser, da det kun var de deltagere, der har svaret ”ja” i 10.A.1, som skulle besvare 10.A.1.1, men dette har vi sandsynligvis ikke angivet klart nok.

Svar på eventuelle spørgsmål om vægt og vægttab

10.A.2: 14 deltagere (50 %) har svaret ”ja” til at have fået svar på eventuelle spørgsmål om vægt og vægttab i forbindelse med konsultationen med en læge/gynækolog. Tilsvarende har 14 deltagere (50 %) svaret ”nej” til dette.

Viden om vægtens betydning for evnen til at blive gravid

10.A.3: 11 deltagere (39,3 %) har svaret ja til, at de havde viden nok om vægtens betydning for evnen til at blive gravid, da de gik fra konsultationen. 9 deltagere(32,1 %) har svaret ”nej” til spørgsmålet, 6 deltagere (21,4 %) har svaret ”ved ikke”. 1 deltager (3,6 %) har ikke besvaret spørgsmålet, og 1 deltagers svar (3,6 %) kan ikke bedømmes pga. uklarhed i aflæsningen.

Viden om at opnå vægttab

10.A.4: 22 deltagere (79 %) har ikke fået følelsen af at have viden nok om, hvordan de skulle opnå vægttab efter konsultationen med lægen. 2 deltagere (7 %) svarer omvendt, at de havde følelsen af at have viden nok, og 4 deltagere (14 %) har svaret ”ved ikke”.

Lægen/gynækologens forståelse for deltagerens situation som overvægtig

10.A.5: 11 deltagere (39,3 %) følte, at lægen/gynækologen delvist havde forståelse for deres situation som overvægtig. 9 deltagere (32,1 %) svarer, at de ikke følte, at lægen/gynækologen havde forståelse, og 6 deltagere (21,4 %) følte, at lægen/gynækologen havde forståelse. En enkelt deltager (3,6 %) angiver, at hun ikke ved det, og en enkelt deltager (3,6 %) har ikke svaret på spørgsmålet.

DEL 10.B

Kommunikation med sygeplejerske

10 ud af 33 deltagere har talt med en sygeplejerske.

Anbefalinger for vægttab

10.B.1: 7 deltagere (70 %) har svaret ja til at have fået en klar fornemmelse af, hvad de blev anbefalet at gøre for at tabe sig i vægt, og 2 deltagere (20 %) har svaret, at de ikke havde denne klare fornemmelse. 1 deltager (10 %) har ikke svaret.

Brug af anbefalinger ang. vægttab

10.B.1.1 4 deltagere (40 %) angiver, at de godt kunne bruge sygeplejerskens anbefalinger efterfølgende. 3 deltagere (30 %) svarer, at de kunne bruge nogle af anbefalingerne efterfølgende, mens 3 deltagere (30 %) ikke mener, at de kunne bruge dem efterfølgende. Der skulle kun være 7 besvarelser, da det kun var de deltagere, der har svaret ”ja” i 10.B.1, som skulle besvare 10.B.1.1, men dette har vi sandsynligvis ikke angivet klart nok.

Svar på eventuelle spørgsmål om vægt og vægttab

10.B.2: 6 deltagere (60 %) har ikke fået svar på eventuelle spørgsmål om vægt og vægttab i forbindelse med konsultationen. 4 deltagere (40 %) har svaret ”ja” til at have fået disse svar.

Viden om vægtens betydning for evnen til at blive gravid

10.B.3: 4 deltagere (40 %) har svaret ja til, at have fået viden nok om vægtens betydning for evnen til at blive gravid. 3 deltagere (30 %) har svaret ”nej” til spørgsmålet, og tilsvarende 3 deltagere (30 %) har svaret ”ved ikke”.

Viden om at opnå vægttab

10.B.4: 6 deltagere(60 %) har svaret, at de, under samtalen, ikke havde have følelsen af, at de fik viden nok om, hvordan de skulle opnå vægttab. 3 deltagere (30 %) har svaret ja til, at have fået viden nok om, hvordan de skulle opnå et vægttab, og 1 deltager (10 %) har svaret ”ved ikke”.

Sygeplejerskens forståelse for deltagerens situation som overvægtig

10.B.5: 4 deltagere (40 %) har bekræftet, at de følte, at sygeplejersken havde forståelse for deres situation, mens 5 deltagere (50 %) følte, at sygeplejersken havde delvis forståelse for situationen. 1 deltager (10 %) har svaret, at hun ikke følte, at sygeplejersken havde forståelse for hendes situation som overvægtig.

Udlevering af skriftligt materiale

10.C.1: 14 deltagere (42,4 %) har fået udleveret materiale om livsstil og vægttab under samtalen med læge, sygeplejerske eller evt. diætist, mens 18 deltagere (54,6 %) ikke har fået udleveret materiale. 1 deltager (3 %) har ikke besvaret spørgsmålet.

10.C.1.1: 9 af de deltagere, der svarede ”Ja” i spørgsmål 10.C, kunne bruge materialet i hverdagen, mens 6 af de deltagere, der svarede ”Ja” i spørgsmål 10.C, ikke kunne bruge det. Antallet af ja- besvarelser i 10.C.1 skulle svare til antal svar i 10.C.1.1, hvilket ikke er tilfældet. Uoverensstemmelsen skyldes sandsynligvis, at en af nej-svarerne i 10.C.1 har besvaret 10.C.1.1.

Henvisning til diætist eller kostvejleder

10.D: 9 deltagere er enten henvist til diætist eller kostvejleder på svartidspunktet eller er i et vejledningsforløb hos diætist eller kostvejleder, mens 22 deltagere ikke er i en sådan situation. 2 deltagere har ikke besvaret spørgsmålet.

Opsamling på de samlede resultater

Resultaterne viser, at deltagerne er relativt veluddannede, og at de fleste har arbejde. De fleste synes, at fysisk aktivitet er vigtigt, og en del er fysisk aktive i varierende grader. Samtlige deltagere mener, at det er nødvendigt for dem at ændre deres vægt og de fleste synes, at det er meget vigtigt at de ændrer deres vægt, og at de selv kan gøre noget for dette eventuelt bistået af sundhedspersonale på de relevante behandlingssteder.

De fleste deltagere er både fysisk og psykisk påvirkede af stress, barnløshed, overvægt og PCO i hverdagen. Hovedparten af deltagerne mener, at de har viden om årsagerne til deres PCO, overvægt og barnløshed, men angiver samtidig, at de har behov for mere viden. De fleste deltagere forbinder sundhed med sund kost og motion eller fravær af sygdom, mens færre forbinder sundhed med at være tilfreds med livet.
De fleste deltagere taler ind imellem eller ofte med deres omgivelser om deres PCO, overvægt og barnløshed, mens kun en lille del ikke taler med deres omgivelser om disse temaer. På spørgsmålet om, i hvor høj grad deltagerne får vidensudbytte specifikt i forhold til vægttabshandlinger, er tendensen både ved samtale med læge og sygeplejerske, at kun omkring 1/3 del af deltagerne føler, at de har fået tilstrækkelig viden om, hvordan de skal opnå vægttab.

Resultaterne har givet os overblik over betydningen af relevante temaer i forhold til problemstillingen. Samtidig danner de en platform for vores metodiske og analytiske arbejde med de øvrige analyser, kvantitative som kvalitative. Vi har fundet tendenser, som vi vil lade indgå i vores statistiske analyser af sammenhænge mellem faktorer i deltagernes hverdag (se del 4.3.2 og 4.3.3), og som vi desuden vil undersøge i et mere nuanceret perspektiv gennem vores kvalitative analyse (se del 4.4.).

4.2. Vægttabsforløb, taljemål og menstruationsmønster i studieperioden

Med henblik på at skabe et samlet overblik over deltagernes individuelle og gennemsnitlige vægttab beskriver vi tendenserne i de 20 deltageres vægt, vægttab og taljemål fra uge 0 – 25. Se tabel 4.2.1 for deltagerdata. Beskrivelse af menstruationer i uge 0- 25 inddrager kun 18 af de 20 deltagere (tabel 4.2.2). Der refereres i øvrigt til afsnit 2.2, 3.5 og 3.7.2.

Tabel 4.2.1: Deltagerdata rapporteret via spørgeskema og registrerede studiedata angivet som gennemsnitsværdier +/- standardafvigelser. Denne gruppe (n =20) indgår i den beskrivende del 4.2 (minus beskrivelsen af menstruationsmønster) samt i 4.3.3 og dele af 4.3.1

Deltagerdata (n = 20):				
Alder (år)	32.1 ± 8.1			
Højde (cm)	168,4 ± 6.0			
Uddannelseslængde (år)*	4.4 ± 2.4			
Registrerede studiedata:		**Uge 0**	**Uge 25**	**Ændring**
Vægt (kg)		97.1 ± 19.0	92.7 ± 20.3	- 4.4 ± 5.3kg (-4.5 %)
BMI		34.1 ± 6.1	32.6 ± 6.6	-1.5 ± 1.8
Taljemål (cm)		107.0 ± 17.6	104.1 ± 18.4	-2.9 ± 7.5

*Antal år efter folkeskolen

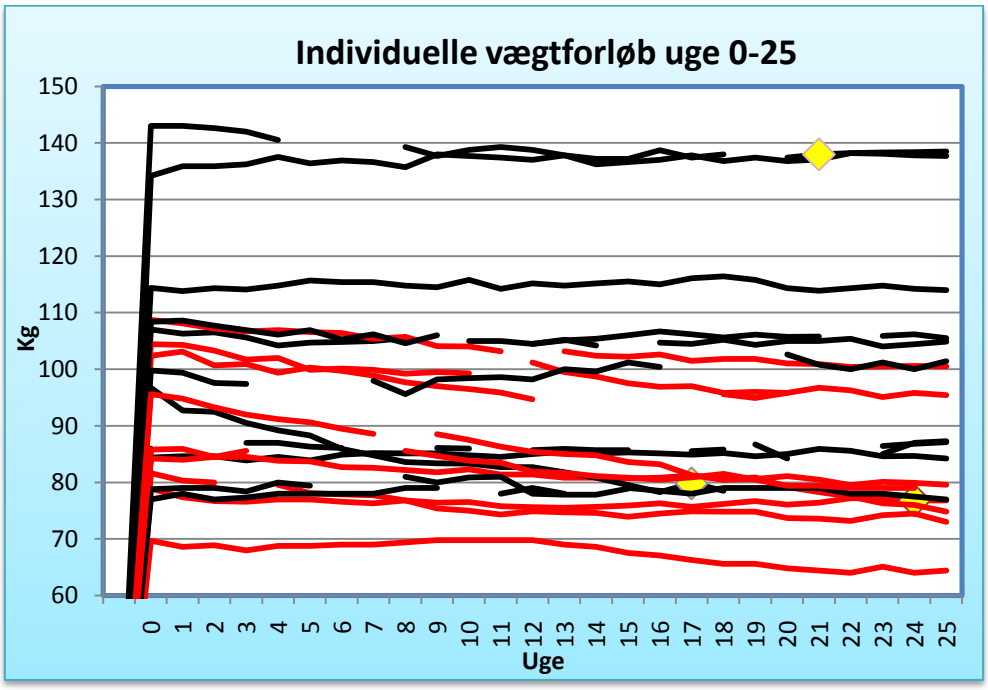
Tabel 4.2.2: Deltagerdata rapporteret via spørgeskema og registrerede studiedata angivet som gennemsnitsværdier +/- standardafvigelser. Denne gruppe (n =18) indgår i den beskrivende del af menstruationsmønsteret i 4.2 samt i dele af 4.3.3

Deltagerdata (n = 18):				
Alder (år)	30.8 ± 5.8			
Højde (cm)	169 ± 6.0			
Registrerede studiedata:		**Uge 0**	**Uge 25**	**Ændring**
Vægt (kg)		98.6 ± 18.9	94.5 ± 20.2	-4.1 ± 5.6
BMI		34.5 ± 6.2	33.2 ± 6.7	-1.3 ± 1.9
Taljemål (cm)		107.6 ± 18.9	105.1 ± 19.1	-2.7 ± 5.8
Cyklusmønster *		2.6 ±1.9	3.4 ±2.0	+0.8 ± 1.6

*Antal ustimulerede (ikke medicinsk inducerede) menstruationer pr. 6 måneder (18 deltagere)

Vægtforløb (n = 20)

I det følgende vil vi beskrive de individuelle og gennemsnitlige vægtforløb i uge 0 – 25.

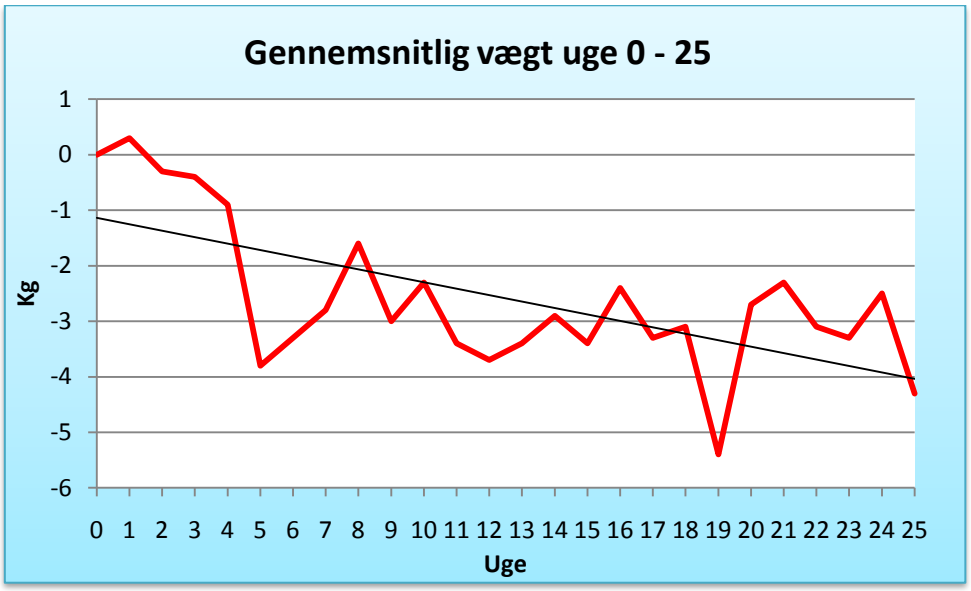


Figur 4.2.1: På figuren illustreres de individuelle delfaser. De gule ruder indikerer indtrædelse af graviditet hos deltager 18, 23 og 2, henholdsvis fra uge 17, 21 og 25.

Vægtændringerne i gruppen ligger mellem + 3.5 og – 20.8 kg. 15 deltagere har en jævn, svagt nedadgående kurve med vægttab mellem 0,2 og 9,4 kg, og en enkelt deltager har tabt sig over 20 kg, og for en enkelt deltagers vedkommende har vægten ikke ændret sig. 3 deltagere har taget på.

Da en del af vores undersøgelse fokuserer på deltagernes procentmæssige vægttab, er deltagerne opdelt i to grupper, illustreret med henholdvis røde og sorte linjer. Den sorte gruppe er de deltagere, som gennem uge 0 – 25 har tabt sig < 5 %, og den røde gruppe er de deltagere, som i uge 0 - 25 har tabt sig > 5 %. I alt har 10 deltagere tabt sig< 5%, og 10 deltagere har tabt sig > 5%, hvilket svarer til en fordeling på 50/50. Gennemsnitligt har deltagerne i den gruppe, der har opnået > 5 % vægttab, brugt 10,8 uger (± 5,8) (mellem 3 – 22 uger) til at nå skillegrænsen. Der er en klar tendens til, at størrelsen af kropsvægt og vægttab følges ad, idet de deltagere, der som udganspunkt har en højere kropsvægt, taber sig mindre end de deltagere, der som udgangspunkt har en lavere kropsvægt.

Gennemsnitligt vægtforløb for hele gruppen (n = 20)

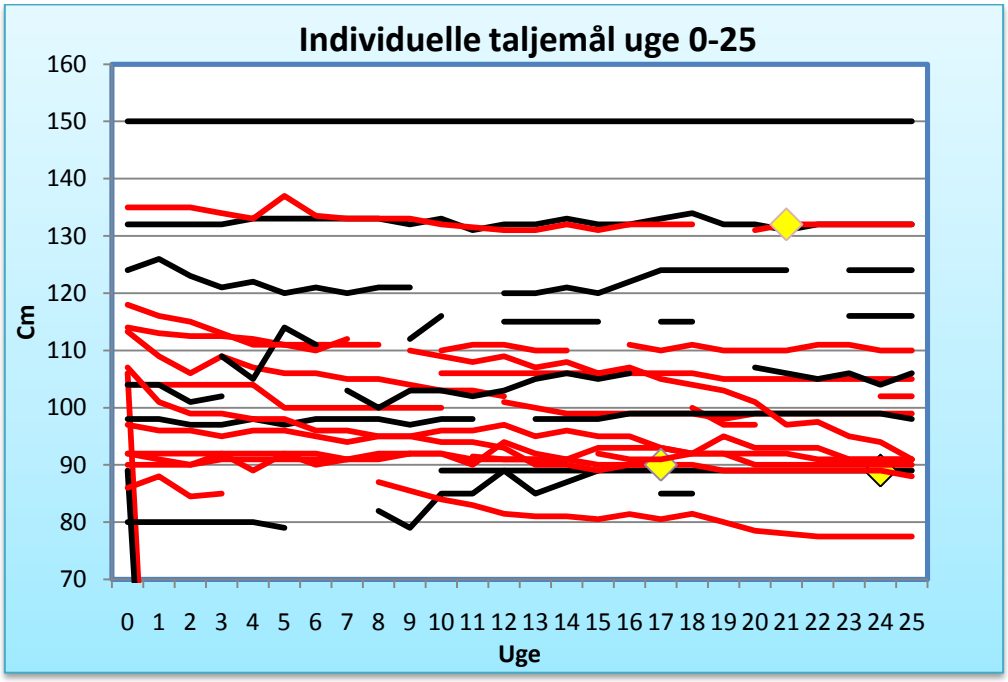


Figur 4.1.2 viser det samlede gennemsnitlige vægtforløb uge 0-25. Det kraftige udsving i uge 19 skyldes, at der mangler en indrapportering fra en af de deltagere som ligger øverst i BMI fordelingen.

Deltagerne har på ugebasis gennemsnitligt ændret deres vægt fra + 2,9 kg (uge 5) til – 2,3 kg (uge 19). For den samlede gruppe er den totale vægtændring – 87,7 kg, svarende til et gennemsnit på 4,7 kg per deltager eller - 4,5 % vægtændring.

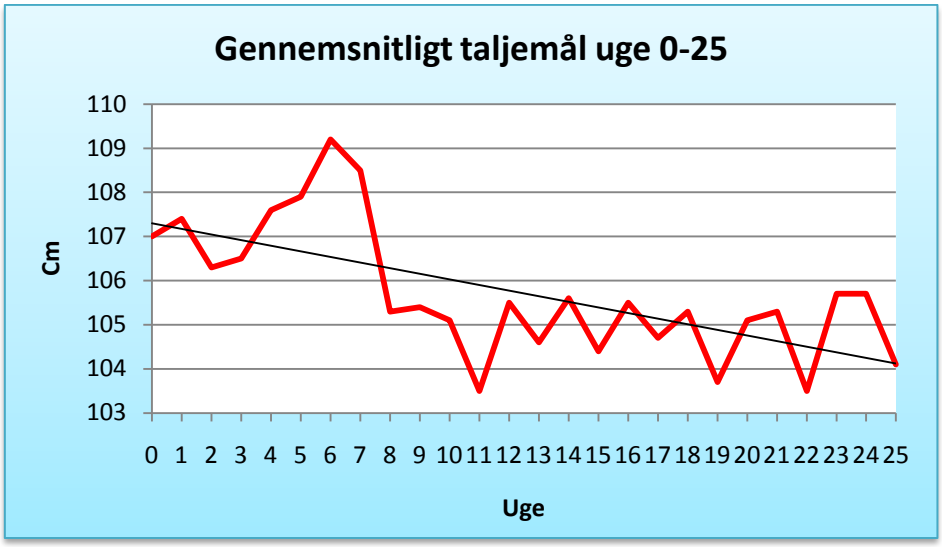
I den delgruppe af deltagere, som har haft et vægttab i studieperioden, er det samlede vægttab 93,9 kg, hvilket svarer til et gennemsnitligt vægttab på 4.7 kg pr. deltager, svarende til - 4,8 % vægtændring.
Som det ses af figuren, er der tendens til, at vægttabet går særligt hurtigt i starten af perioden (fra uge 1-7) for herefter at stabilisere sig (uge 7 – 25).

Taljemål (n = 20)



Figur 4.2.3 viser de individuelle forløb for udviklingen i taljemål i hele gruppen. De røde linjer markerer forløbet for de deltagere der har mindsket deres taljemål, mens de sorte linier markerer de deltagere der ikke har ændret taljemålet, eller har øget det i løbet af uge 0 – 25. 'Kurvehullerne' repræsenterer manglende data. De gule markeringer indikerer indtrædelse af graviditet hos 3 deltagere, henholdsvis fra uge 17, 21 og 25.

Udsvingene i gruppen med udgangpunkt i taljemålet i uge 0 ligger mellem + 10 cm og – 17 cm for hele perioden. 9 deltagere har en jævn, svagt nedadgående kurve med taljemålsændringer mellem – 1 og – 7 cm. 3 deltagere har en kraftigere nedadgående kurve med ændringer mellem – 11 og – 17 cm. For 4 deltageres vedkommende har taljemålet ikke ændret sig, mens 4 deltagere har øget deres taljemål med mellem 1 og 10 cm. Taljeregistreringerne viser ikke en lige så klar tendens som vægtregistreringerne til, at startstørrelsen har betydning for resultatet.

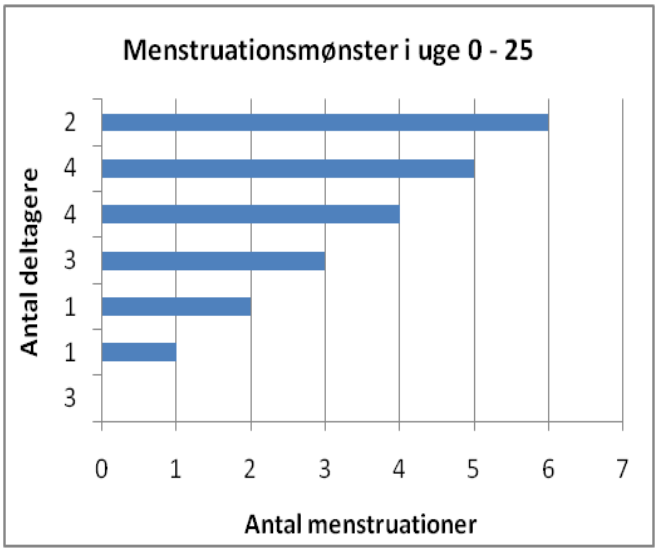


Figur 4.2.4: Det gennemsnitlige taljemål for hele gruppen fra uge 0 – 25

Gruppen starter med et gennemsnitligt mål på 107 cm (uge 0) og slutter med et gennemsnitligt mål på 104,1 cm (uge 25). Den gennemsnitlige taljemålsændring for alle deltagere er dermed – 2,9 cm. Det gennemsnitlige tab i taljemål for de deltagere, der har formindsket taljemålet, er - 7,2 cm.

Menstruationsmønster (n = 18)

Umiddelbart inden inddragelse i studiet har 13 ud af 18 deltagere uregelmæssige menstruationer, defineret som en cykluslængde mellem > 35 dage, mens 5 har manglende menstruationer, defineret som udeblivende cyklus i > 6 måneder. Opgørelsen af blødningsskemaerne viser, at de 18 deltagere hver har haft mellem 0-6 menstruationer i løbet af uge 0-25. Af de 5 deltagere med manglende menstruationer som udgangspunkt har 1 deltager haft en ændring i cyklus mod øget regelmæssighed. Af de 13 deltagere med uregelmæssige menstruationer har 7 deltagere haft en ændring mod øget regelmæssighed i cyklus i uge 0-25.



4.3. Analyseresultater

I dette afsnit vil vi redegøre for resultaterne af vores hypotesetestning. Der refereres til afsnit 2.2, 3.4, 3.5, 3.7.1 og 3.7.2.

Tabel 4.3.1 Samlede analyseresultater4.3.1: Analyseresultater

Vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering (n = 20/18/12[27])						
Analyse	***Analyse-type***	***Korrelations-koefficient***	***Odds-ratio***	***Yates corrected Chi-square***	***p-værdi***	***Statistisk signifikans på 0.05 niveau***
Abdominal fedtfordeling og vægttab	Model 1 regression: Simpel liniær regression	0.732			<0.05	Ja
Abdominal fedtfordeling og fekunditet	Pearsons product moment korrelation	0.312			>0.05	Nej
Fekunditet og vægttab	Frekvens-analyse		0.667	0.000	1.000	Nej
	Spearmans korrelation	0.209			>0.05	Nej
BMI og fekunditet	Frekvens-analyse		0.200	0.375	0.540	Nej
Data fra spørgeskema (n = 33)						
Analyse	***Analyse-type***	***Korrelations-koefficient***	***Odds-ratio***	***Yates corrected Chi-square***	***p-værdi***	***Statistisk signifikans på 0.05 niveau***
Sundhedsforståelse og uddannelsestype	Frekvens-analyse		2.500	0.857	0.355	Nej
Kombidata fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering og spørgeskema (n = 20)						
Analyse	***Analyse-type***	***Korrelations-koefficient***	***Odds-ratio***	***Yates corrected Chi-square***	***p-værdi***	***Statistisk signifikans på 0.05 niveau***
Glykæmisk indeks (GI) og vægttab	Frekvens-analyse		0.167	1.067	0.302	Nej
Fysisk aktivitet i fritiden (minimum 1 time pr. dag) og vægttab	Frekvens-analyse		0.184	1.800	0.180	Nej
Kostvejledning og vægttab	Frekvens-analyse		1.000	0.000	1.000	Nej
Uddannelsestype og vægttab	Frekvens-analyse		4.000	0.879	0.348	Nej
Uddannelseslængde og vægttab	Kruskall-Wallis				0.047	Ja

27

Abdominal fedtfordeling og vægttab = 20 deltagere.
Abdominal fedtfordeling og fekunditet + Fekunditet og vægttab = 18 deltagere
BMI og fekunditet = 12 deltagere (jf. 3.7.2.2)

4.3.1. Analyseresultater af udvalgte data fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering

I det følgende vil vi redegøre i detaljer for resultatet af de dataanalyser, der baserer sig på data fra vægt-, taljemåls og menstruationsregistreringen.

Abdominal fedtfordeling og vægttab (n = 20)

Analyseparametre: Taljemålsformindskelse (minus i cm) og vægttab (minus i kg).

Analysetype: Model 1 regression: Simpel liniær regression.

Resultat: Med en korrelationskoefficient på 0.732, viser analysen en stærk korrelation mellem deltagernes vægttab og formindskelse i taljemålet i uge 0 – 25. Resultatet er med en F-værdi (ANOVA) på 20.757 statistisk signifikant, idet den kritiske værdi for testen ligger på 4.4139 (Fowler et al. 1998).

Figur 4.3.1.1: Forholdet mellem taljeændring (cm)og vægtændring (kg) i uge 0 - 25

Abdominal fedtfordeling og fekunditet (n = 20)

Analyseparametre: Taljeændring (cm) mod antal menstruationer i uge 0 -25.

Analysetype: Pearsons korrelation.

Resultat: Med en korrelationskoefficient på 0.312 viser analysen en svag sammenhæng mellem formindskelse i taljemålet i uge 0 – 25 og et højere antal menstruationer i samme periode.

Da den kritiske værdi for product moment korrelationskoefficienten på 0.468 (Fowler et al. 2008) dog ikke opnås, er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

Tabel 4.3.2: Resultater af korrelation ml. taljemålsændring og fekunditet (antal menstruationer)

	Taljeændring	Antal menstruationer
Taljeændring	1.000	
Antal menstruationer	0.312	1.000

Figur 4.3.1. 2: Taljeændring i uge 0-25 mod antal menstruationer i uge 0 – 25

Fekunditet og vægttab

Test 1 (n = 18)

Analyseparametre:

Vægttab >/< 5 % og +/- menstruationsændring

Analysetype: Frekvens

Resultat: Testen viser ikke statistisk signifikante forskelle mellem grupperne, da den beregnede værdi af Yates test på 0 ikke overstiger den kritiske værdi på 3.84, og da p-værdien desuden ikke angiver, at testen er statistisk signifikant. Vi må derfor fastholde 0-hypotesen om, at der ikke er forskel i menstruationsændringen mellem de to vægttabsgrupper. En Odds ratio på 0.667 indikerer dog trods manglende statistisk signifikans, at sandsynligheden for at opleve en ændring i menstruationscyklus er lavere i den gruppe, der har tabt sig under 5 % sammenlignet med den gruppe, der har tabt sig over 5 %. Odds-ratioen understøtter til en vis grad vores alternative hypotese, om, at der findes en sammenhæng mellem vægttab og forekomst af menstruation.

Tabel 4.3.1.3: Resultatværdier vægttab >/< 5% og +/- menstruationsændring

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	0.000	1.000
Odds-ratio	0.667	

Tabel 4.3.1.4: Resultat af observerede frekvenser mellem vægttab >/< 5 % og +/- menstruationsændring

	+ Ændring	- Ændring	Total
<5 %	4	6	10
>5 %	4	4	8
Total	8	10	18

Test 2 (n = 18)

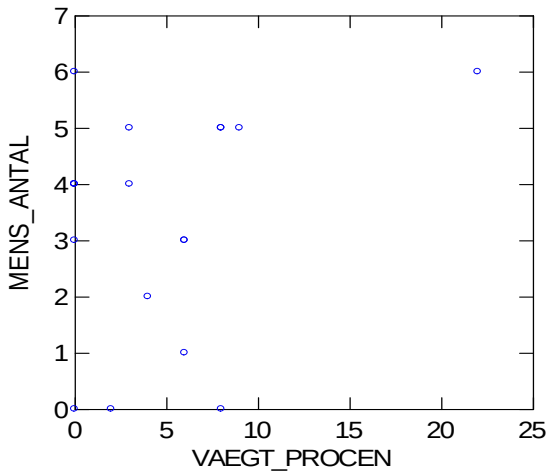
Analyseparametre: Vægttab % og antal menstruationer i uge 0-25

Analysemetode: Spearmans korrelationsanalyse

Resultat: Styrken i korrelationen mellem "Antal menstruationer i uge 0-25" og det procentmæssige vægttab kan ifølge analysen udtrykkes ved korrelationskoefficienten 0.209. Da den kritiske tabelværdi for koefficienten på 0.476 (Fowler et al. 1998) ikke opnås, er resultatet ikke statistisk signifikant.

Tabel 4.3.1.5: Korrelationsværdi mellem vægttab % og antal menstruationer

	Vægttab %	Antal menstruationer
Vægttab %	1.000	1.000
Antal menstruationer	0.209	



Figur 4.3.1.3: Vægttab i procent i uge 0 - 25 sammenholdt med antal menstruationer i uge 0 -25

BMI og fekunditet (n = 12)

Analyseparametre: Menstruationsændring (+/-) og >/< BMI 30 i uge 0.

Analysemetode: Frekvens

Resultat: En Odds-ratio på 0.2 indikerer, at en ændring i menstruationsmønsteret er mindre sandsynligt i gruppen, der som udgangspunkt har et BMI under 30. Med en Yates-værdi på 0.375 (mod en kritisk værdi på 3.84), viser analysen ikke statistisk signifikante forskelle mellem størrelsen af deltagernes BMI som udgangspunkt og forekomsten af menstruationsændring i uge 0-25.

Tabel 4.3.1.6: Resultat af observerede frekvenser mellem menstruationsændring (+/-) og >/< BMI 30

	+ Ændring	- Ændring	Total
BMI </= 30	1	3	4
BMI > 30	5	3	8
Total	6	6	12

Tabel 4.3.1.7: Resultatværdier, BMI og menstruationsændring

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	0.375	0.540
Odds-ratio	0.200	

4.3.2 Analyse af udvalgte data fra spørgeskema (n = 33)

I det følgende vil vi redegøre for resultatet af de dataanalyser, der baserer sig på data fra spørgeskemaet. I denne analyse er samtlige 33 deltagere inddraget, da analyse ikke er afhængig af vægtregistreringsresultaterne. For deltagerkarakteristika, se 4.1.

Sundhedsforståelse og uddannelsestype

Analyseparametre: Sundhedsforståelsen ”Kost/motion/fravær af sygdom” og sundhedsforståelsen ”Tilfreds med livet” sammenholdt med uddannelsestype (ingen/kort erhvervsfaglig udannelse eller videregående uddannelse)

Analysetype: Frekvens

Resultat:

Odds-ratioen på 2.5 indikerer, at den snævre sundhedsforståelse ”Kost/motion/ikke syg” er 2.5 gange mere sandsynlig i den kortuddannede end i den videreuddannede gruppe. Det vil sige, at

Tabel 4.3.2.1: Observerede frekvenser mellem uddannelsestype og sundhedsforståelse

	Kost/motion /ikke syg	Tilfreds med livet	Total
Ingen eller kort erhvervsfaglig	10	5	15
Videregående	8	10	18
Total	18	15	33

Tabel 4.3.2.2: Resultatværdier – uddannelsestype og sundhedsforståelse

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	0.857	0.355
Odds-ratio	2.500	

deltagerne med en videregående uddannelse i højere grad har en bred sundhedsforståelse, sammenlignet med gruppen med kort erhvervsfaglig- eller ingen uddannelse. Med en Yates-værdi på 0.857 og en P-værdi på 0.355 er resultatet ikke statistisk signifikant.

4.3.3. Analyse af udvalgte kombidata fra vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering og spørgeskema

I det følgende vil vi redegøre for resultatet af de dataanalyser, der baserer sig på data fra henholdsvis vægt-, taljemåls- og menstruationsregistreringen samt spørgeskema. Analysegruppen er identisk med gruppen fra vægt-, taljemåls- og menstruationsregistreringen (n =20).

Glykæmisk indeks og vægttab (n = 20)

Analyseparametre: SI <1.5 eller >1.5 og <5 % eller >5 %

Analysetype: Frekvens

Resultat:

Tabel 4.3.3.1: Observerede frekvenser mellem SI og vægttab

	<1.5	>1.5	Total
<5%	1	9	10
>5%	4	6	10
Total	5	15	20

Tabel 4.3.3.2: Resultatværdier– SI og vægttab

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	1.067	0.302
Odds-ratio	0.167	

Testen viser ikke statistisk signifikante forskelle mellem grupperne, da den beregnede værdi ifølge Yates (1.067)) ikke overstiger den kritiske værdi på 3.84, hvilket p-værdien på 0.302 ligeledes indikerer. Den forholdsvis lave Odds-ratio indikerer, at gruppen med det laveste SI niveau (<1.5) har større sandsynlighed for at tabe sig >5 %, end gruppen med det højere SI niveau (>1.5). Dette resultat styrker vores alternative hypotese, selv om den ikke bekræftes statistisk.

Fysisk aktivitet i fritiden og vægttab (n= 20)

Analyseparametre: <1 time/>1 times daglig bevægelse i fritiden og <5 % eller >5 % vægttab

Analysetype: Frekvens

Resultat:

Tabel 4.3.3.3: Resultat af observerede frekvenser mellem tid til fysisk aktivitet og vægttab

	<1 time	>1 time	Total
<5%	3	7	10
>5%	7	3	10
Total	10	10	20

Tabel 4.3.3.4: Resultatværdier – fysisk aktivitet 1 time og vægttab

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	1.800	0.180
Odds-ratio	0.184	

Analysen viser sammenhæng mellem det tidsmæssige forbrug til motion og det procentmæssige vægttab, dog er sammenhængen ikke statistisk signifikant. Paradoksalt nok viser sammenhængen det omvendte af vores forventninger, idet den gruppe, der taber sig > 5 %, også er den gruppe, der bruger mindst tid på motion i fritiden. Odds-ratioen på 0.184 peger på, at der er større sandsynlighed for at deltageren taber sig over 5 % af kropsvægten, hvis hun er fysisk aktiv mindre end 1 time pr. dag.

Kostvejledning og vægttab (n = 20)

Analyseparametre: Brugbar kostvejledning/ Ikke brugbar eller ingen kostvejledning og <5 % eller >5 % vægttab.

Analysetype: Frekvens

Resultat:

Ovenstående analyse viser ikke sammenhæng eller statistisk signifikans for en relation mellem brugbar kostvejledning eller henvisning til/forløb hos diætist og procentmæssigt vægttab. Den kritiske værdi for X2 tests er 3.84, med 1 df og et CI på 0.95. Dvs. at der med en værdi på 0, ifølge Yates test, i statistisk forstand ingen forskel er mellem det forventede og det observerede resultat. En p-værdi på 1 og en Odds-ratio på 1 tyder ligeledes på, at et vægttab på over 5 % er lige sandsynligt i begge grupperne (+/- kostvejledning). Dette vil sige, at vi må fastholde vores 0-hypotese og derfor ikke kan antage, at kostvejledningen har sammenhæng med et større vægttab i undersøgelsesgruppen.

Tabel 4.3.3.5: Observerede frekvenser mellem kostvejledning og vægttab

	Brugbar kostvejledning	Ikke brugbar eller ingen kostvejledning	Total
<5%	4	6	10
>5%	4	6	10
Total	8	12	20

Tabel 4.3.3.6: Resultatværdier – kostvejledning og vægttab

	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	0.000	1.000
Odds-ratio	1.000	

Uddannelsestype og vægttab (n = 20)

Analyseparametre: Ingen eller kort erhvervsfaglig uddannelse/videregående uddannelse og <5 % eller >5 % vægttab.

Analysetype: Frekvens

Resultat:

Analysen viser, at der findes en sammenhæng mellem ud

Tabel 4.3.3.7: Observerede frekvenser mellem uddannelse og vægttab

	Ingen eller kort erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelse	Total
<5%	5	5	10
>5 %	2	8	10
Total	7	13	20

Tabel 4.3.3.8: Resultatværdier – uddannelse og vægttab

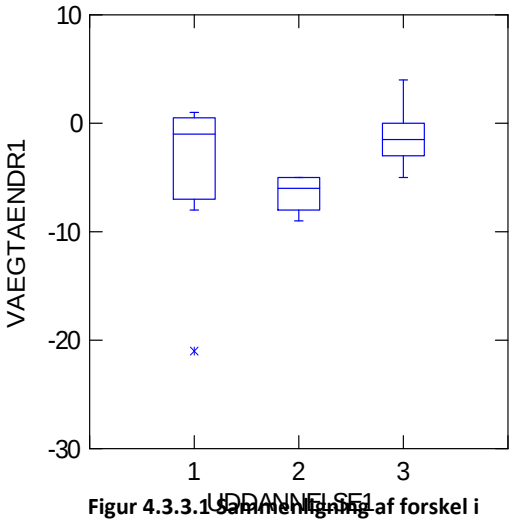
	Værdi	p-værdi
Yates corrected Chi-square	0.879	0.348
Odds-ratio	4.000	

dannelsestype og det procentmæssige vægttab, idet værdien for Yates er større end 0. Dog er den ikke høj nok til, at vi kan afvise 0-hypotesen. En Odds ratio på 4 understøtter på trods af manglende statistisk signifikans vores alternative hypotese og peger på, at det er mindre sandsynligt, at deltagerne taber sig >5 %, hvis de tilhører gruppen med ingen eller erhvervsfaglig uddannelse, end hvis de tilhører gruppen af deltagere med en videregående uddannelse.

Uddannelseslængde og vægttab (n = 20)

Analyseparametre: Gruppe 1: ”0-3 års uddannelse efter folkeskolen” (Ingen eller korte erhvervsfaglige uddannelser). Gruppe 2: ”4-7 års uddannelse efter folkeskolen” (Korte eller mellemlange videregående uddannelser). Gruppe 3: ”> 7 års uddannelse efter folkeskolen” (Lange videregående uddannelser), sammenholdt med vægtændringen angivet i kg, afrundet til nærmeste hele ciffer.

Analysetype: Kruskall-Wallis

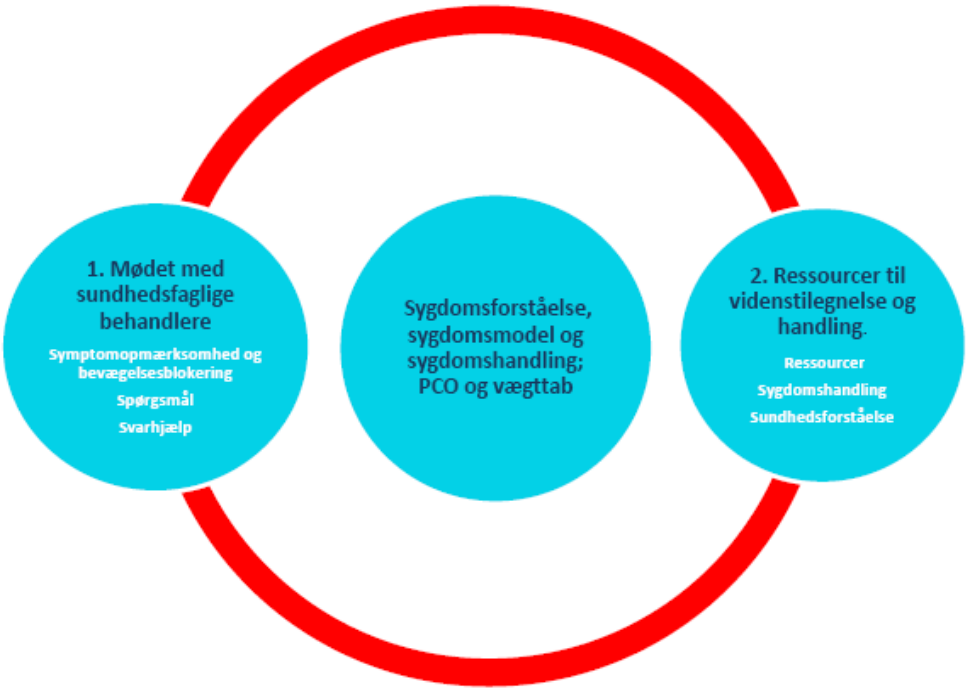


Figur 4.3.3.1 Sammenligning af forskel i gennemsnit mellem uddannelseslængde og vægtændring i kg

Resultat: Med en Kruskall-Wallis test-værdi på 6.130 overstiger resultatet den kritiske tabelværdi på 5.99 (Fowler et al. 2008). P-værdien er følgelig 0.047. Analysen viser således, at der er statistisk signifikant forskel på mindst to af grupperne. Analysen giver ikke svar på, hvilke af grupperne der afviger statistisk signifikant fra hinanden, men en visuel vurdering gør det muligt at postulere, at det som minimum er gruppe 1 og 2. Det vil sige, at vi kan forkaste 0-hypotesen og antage, at der er forskel mellem gruppe 1 og 2. Som figuren viser, taber gruppe 2 sig væsentligt mere end gruppe 1. Dette bekræfter vores alternative hypotese om sammenhæng mellem et højere vægttab og længere uddannelse.

4.4 Personlige interviews

I følgende del vil vi præsentere vores analyse af de fem interviewede deltageres fortællinger, og vi inddrager desuden fortællinger fra interviewet med den alternative behandler (AB). Vi vil samtidig diskutere resultaterne af analysen i forhold til den præsenterede teori. Analysen er bygget op i to hovedafsnit: 1. Mødet med sundhedsfaglige behandlere og 2. Ressourcer til videnstilegnelse og handling. Kategorierne udspringer af vores tidligere koder, jf. 3.7.3, og vores forskningsspørgsmål, jf. 1.3. Ved benævnelse af teoretikere og teoretiske begreber refererer vi til del 2.3.



Figur 4.4.1: Model over fortolkningens struktur og sammenhængen mellem kategorierne.
Som modellen oven for viser, er Ganniks begreber "Sygdomsforståelse", "Sygdomsmodel" og "Sygdomshandling" centrale parametre i analysen. Sygdomsforståelsen er vigtig for opbygningen af den enkeltes sygdomsmodel og sygdomsmodellen er vigtig for sygdomshandlingerne, som er i væsentligt fokus i nærværende speciale. De to dele af analysen (1 + 2) repræsenterer hver især baggrundstemaer af afgørende betydning for de tre centrale parametre.

I del 1 – mødet med sundhedsfaglige behandlere – inddrager vi fortællinger om deltagernes symptomopmærksomhed, som er vigtig for udviklingen af sygdomsforståelsen og sygdomsmodellen. Symptomopmærksomheden leder til, at deltagerne føler sig bevægelsesblokeret og dermed begynder at stille spørgsmål til symptomerne. Disse spørgsmål har potentiale til at blive besvaret i deltagernes

mødemed sundhedsfaglige behandlere, såfremt dette møde resulterer i anvendelig svarhjælp, og herved kan bevægelsesblokeringen ophæves, og kommunikationen kan herved modificere og påvirke sygdomsadfærden/handlingerne.

I del 2 – ressourcer til videnstilegnelse og handling – inddrager vi fortællinger om deltagernes sundhedsforståelse og ressourcer, herunder private ressourcer, formelle ressourcer og netværksressourcer. Ovennævnte parametre kan være afgørende for deltagernes sygdomshandlinger og for, i hvilket omfang de kan ophæve deres bevægelsesblokering. Således har ressourcerne indflydelse på udvikling af sygdomsmodellen.

4.4.1 Mødet med sundhedsfaglige behandlere

Under denne kategori ønsker vi at anskueliggøre deltagernes indgang til diagnosen PCO, som netop starter med symptomopmærksomheden og følelsen af, at alt i kroppen ikke er, som det plejede at være. Gennem analysen vil vi anskueliggøre deltagernes følelser omkring deres symptomer og samtidig vil vi skildre, hvilke tanker og spørgsmål denne situation medfører for deltagerne.

I forbindelse med deltagernes søgen efter svar, som de kan bruge til at forstå deres symptomer og hermed bygge bro over kløften, kommer deltagerne i kontakt med det etablerede behandlingssystem. Denne kontakt er, for de fleste, den allerførste åbning til diagnosen PCO. Kontakten er derfor vigtig, da den åbner den første vej mod potentielle svar og begyndende opbygning af en sygdomsmodel i tilknytning til PCO, overvægt og barnløshed jf. Gannik 2005.

Med udgangspunkt i Dervins time-line metode og gaps-teori samt teorien om traditionelle versus alternative tilgange til sundhedskommunikation (Dervin 1980) vil vi klarlægge deltagernes kommunikationsbehov og kommunikationsoplevelse i mødet med sundhedsfaglige behandlere samt øvrige faggrupper, som deltagerne har kommunikeret med. Vi vil søge svar på, i hvor høj grad deltagerne føler sig mødt i situationen. Tager kommunikationen udgangspunkt i deres behov som modtagere og er den brugbar, i.e. i hvilket omfang deltagerne under samtalen med sundhedsfagligt personale har fået svar på deres spørgsmål primært om vægttab, og sekundært om PCO? Desuden vil vi undersøge, hvordan svarene har påvirket deltagernes muligheder for at bygge bro over kløften (Dervin 1980), og udvide deres handlerum og sygdomsmodel (Gannik 2005). I tråd med dette vil vi, med hjælp fra Dervin, analysere kommunikationen i konsultationen med henblik på at afklare, om de antagelser, der ligger til grund for

kommunikationen, er forankret i den absolutte eller relative informationsantagelse og om der findes en anvendelsesorienteret kommunikation sted jf.2.3.5. og 3.7.3. I nedenstående tekst vil vi desuden vise, hvilke problematikker der kan være i denne situation, hvor to individer med forskellige baggrunde og motiver indgår i en kommunikativ kontekst.

Interviewet med AB har givet os anledning til at analysere deltagernes møde med behandlere ud fra behandlerens faglige specialeretning. AB siger: *"(…) der er et kæmpe spring fra gynækolog til fertilitetslæge [I: Ja, okay]. Fertilitetslægen er jo også meget resultatorienteret, altså de er lidt bedre til at forklare det [I: Ja], og det er jo også meget komplekst. Det er super komplekst, ik' [I: Ja] hvor... øhm… jeg har en oplevelse af, at en del praktiserende læger ikke ved ret meget om det her …"* [10.6:160][28]. AB oplever tillige, at diagnosen mange gange ikke stilles, før PCO'erne møder en specialist i fertilitet. Vi har med baggrund i dette valgt at analysere nedenstående tekst ud fra deltagernes oplevelse af kommunikationen med henholdsvis praktiserende læger, praktiserende gynækologer, fertilitetslæger og sygeplejersker. Opdelingen af de forskellige faggrupper giver os mulighed for at fremhæve, hvilke kontekster der evt. er særligt problematiske for deltagerne. Ud over at inddrage faggrupper, som arbejder i tilknytning til det offentlige regi, inddrager vi også privatiserede vejledere, herunder kostvejledere og psykoterapeuter.

4.4.1.1. Mødet med læger

Den praktiserende læge

- "De vil ikke anerkende det."

Fortællingerne om kommunikationen angående PCO, fertilitet, overvægt og vægttab med praktiserende læger er forholdsvis sparsomme. Dette skyldes muligvis, at flere deltagere endnu ikke har fået PCO-diagnosen på det tidspunkt, hvor de taler med den praktiserende læge, som ofte er den første sundhedsfaglige person, de henvender sig til vedrørende deres symptomer. Det viser sig, at alle vores deltagere har haft uregelmæssige menstruationer siden puberteten, hvilket de dog først begyndte at opfatte det som et problem, fordi de ønskede at være gravide. Her fandt de ud af, at menstruationerne stadig var uregelmæssige eller helt udeblivende, hvilket fik dem til at lede efter svar, herunder opsøge deres praktiserende læge. Malene på 26 år fik stillet sin diagnose i 2008, men diagnosen var ikke overraskende for da Malene var 13 år, havde hendes mor læst en artikel om PCO i Helse, og pga. Malenes symptomer, havde hendes mor en mistanke, hvilken blev delvis afvist af lægen: "*Øhm, og det spurgte jeg om, og jah… jo.. Det kunne da godt være, og så blev der ikke gjort noget ved det [I: Nej]. Hvis de nu havde undersøgt mig dengang og sagt, at det er det du har, jamen så… så havde jeg ikke været så overvægtig,*

[28] Vi henviser til bilag med transskriptioner [bilagsnr.:linjenr.].

som jeg er i dag. Så havde vi kunne gribe det, før det blev for voldsomt, ikk' og' (Pause). Så det er en fejl [I: Ja], men sådan er det" [10.2:168].

Malene mener altså, at hendes overvægt kunne have været undgået, hvis den praktiserende læge havde gjort noget ved symptomerne flere år tilbage. Malene og hendes mor giver udtryk for, at de allerede tidligt i forløbet søger efter svar på Malenes symptomer, men der skal altså gå mange år, før det lykkes dem at nå frem til en forståelse af Malenes symptomer. Denne afventende eller observerende indstilling hænger muligvis sammen med Malenes og moderens habitus samt omfanget af kapital, jf. 2.3.4. Dette tema vil vi beskrive nærmere i del 2.

Betina fortæller ligeledes om processen, hvor hun leder efter svar: *"Jeg blev kastet rundt. Først tog jeg nogle graviditetstest, og så tog jeg til lægen efter et par måneder, og hun var jo også spændt og håbede på, at jeg var gravid, for det ville jo være fantastisk, og det var jeg jo så ikke, og så kunne de så ikke rigtig finde ud af, hvad det så var, så jeg fik ikke rigtig sådan nogen svar"* [10.1:504]. Gennem interviewene får vi indtryk af, at deltagerne føler, at den praktiserende læge ikke ved særlig meget om PCO eller ikke er særlig villig til at anerkende syndromet medicinsk. Malene mener ikke at lægerne anerkender sygdommen og fortæller videre: *"[I: Tænker du, at det er fordi lægerne ikke ved så meget om det?] IP: Det tror jeg ikke, at de gør – jeg tror ikke, at de ved, hvad det har af betydning [I: Ej], det tror jeg ikke - ikke de praktiserende læger, i hvert fald"* [10.2:539]. Deltagerne føler heller ikke, at lægen tager dem seriøst. Anja fortæller, at hun inden hun fik sin diagnose, måtte lægge pres på for at blive undersøgt nærmere: *" ... og min læge sagde bare: 'Arh ja ja men altså, det er først efter 3 aborter man gør noget osv., osv.' [I:Ja, mmh] til sidst så sagde jeg også, 'der er noget galt, nu må du altså gøre et eller andet'"* [10.5:134]. Anja blev efterfølgende bekendt med sin PCO-diagnose hos en speciallæge på hospitalet.

Deltagerne føler altså, at den praktiserende læge enten undlader at handle eller forsøger at slå dem hen med et professionelt argument om, hvordan man "plejer at gøre", jf. Anjas praktiserende læge. Ifølge Dervins informationsforståelse (Dervin 1980), placerer den praktiserende læge sig egen "observatørkonstruktion af virkeligheden", og opgaven er at overføre denne virkelighed til patienten. Det fremgår dog tydeligt af blandt andet Anjas fortælling, at lægens tilgang ikke imødekommer hendes behov for at komme nærmere en forståelse af sin sygdom og sin situation.

Den praktiserende gynækolog

- ”Kom igen når du har tabt dig”.

De deltagere, som er blevet henvist videre til en praktiserende gynækolog med henblik på udredning eller fertilitetsbehandling, fortæller, at det var hos gynækologen, de første gang blev introduceret til diagnosen PCO. Betina fortæller om oplevelsen af at få ny information, men også at føle sig magtesløs over for det nye: ”*… Så kom jeg så til en gynækolog, som så tog nogle blodprøver og sagde, at der var muligheden for, at det var PCO, men hun forklarede det ikke ordentlig, så tænkte jeg vitterligt, at alt var galt, og jeg kunne aldrig nogensinde blive gravid og sådan noget…”* [10.1:506]. I denne situation får Betina en viden, som hun ikke kan handle overfor, men som bekymrer hende.

I tråd med Dervins gaps-teori befinder Betina sig her i en situation, hvor hun ikke har kontrol over valg af mål, fordi hun er bekymrede, og kontrollen er uden for rækkevidde. Hun synes ikke at kunne se vejen mod målet (graviditet) klart, men føler alligevel, at hun bliver drevet frem i denne proces (Dervin 1980). Usikkerheden om fremtiden synes således at skabe utryghed og frustration hos hende.

Ifølge Jensen kan information netop virke stærkt bekymringsskabende, hvis den ikke følges op på med viden om årsager og forandringsmuligheder (Jensen 2006). Betina føler ikke, at hun får tilstrækkelig sygdomsforståelse gennem informationen. Med udgangspunkt i Jensen kan den manglende indsigt i nuancerne være årsag til, at hun ikke aner, hvad hun skal stille op med den begyndende fornemmelse af, at der er noget på spil. Anne-Mette føler heller ikke, at gynækologen giver hende en forklaring, der skaber forståelse: *”Men jeg havde nok forventet, at han fortalte lidt mere om den sygdom generelt, fordi det var kort og godt, og det var faktisk sådan psssiuit (lyd), og sådan var det, og så kunne man gå ud derfra uden at vide, hvad det egentlig var for noget, men sådan var det. [I: Nå ja, tak for det!] Ja (griner) han var ikke meget for at ubelejlige sig selv, i hvert fald (griner)”* [10.3:375]. Betydningen af den manglende forståelse/indsigt og den manglende følelse af kontrol kommer vi nærmere ind på i del 2. Anne-Mette fortæller dog samtidig at hun oplevede at blive grundigt informeret hos en anden gynækolog. I denne situation skaber kommunikationen grundlag for en større sygdomsforståelse hos Anne-Mette og hermed muligheder for, at hun i højere grad kan handle og udvikle sin sygdomsmodel, jf. Gannik .

Deltagerne fortæller, at vægttab er et emne, som bliver taget op i konsultationen med gynækologen, men gynækologens fokus kan være overraskende. Anja oplever, at gynækologen gerne vil overbevise hende om, at en gastric bypass (kirurgisk fedmeoperation) vil være den bedste løsning, hvis hun skal tabe sig. Anja er ikke indstillet på dette, og efterlyser andre muligheder, hvilket hun ikke føler bliver imødekommet: *”Jamen*

det var lidt det der med, at han forsatte ud af sin tangent med, hvad han sådan syntes, der skulle til, hvor jeg ligesom sad tilbage ligesom… det er jo ikke det jeg vil [I: Nej, nej], ik altså. Kan du ikke? Er der så ikke noget andet? Jamen øh, ja så kunne jeg jo komme igen når jeg havde tabt mig, ik?" [10.5:442]. Her definerer gynækologen altså mulighederne, og Anja sidder tilbage med en følelse af ikke at blive hørt. Gynækologen forankrer her sin kommunikation i både "Observatørkonstruktionen af virkeligheden" og "Overtalelsesantagelsen", jf. 2.3.5, og situationen afspejler et fuldstændigt fravær af alle former for relative kommunikationsantagelser.

Vi fornemmer desuden, at deltagerne føler, at tiden med gynækologen er knap, og at gynækologen fokuserer på målet og effekten, snarere end processen. Gennem fortællingerne får vi dog paradoksalt nok indtryk af, at det netop er processen og bekymringerne om denne, som fylder i deres tanker. Spekulationerne om processen kommer blandt andet til udtryk gennem deltagernes bekymring for fremtiden og risikoen for følgesygdomme pga. PCO og overvægt. Malene har en mormor, der er død af sukkersyge og en moster, der også er ramt, og hun frygter, at sukkersygen også rammer hende. Anne-Mette er frustreret over sin overvægt og bekymrer sig også om, hvorvidt det vil lykkes hende at tabe sig og om, hvor hun vil ende henne i denne proces: "*For fanden, hvorfor skal jeg også være så fed altså?" [I: Mmh, ja]. Og så tænker jeg jo, hvorfor kan jeg ikke bare tabe mig, men det er altså ikke bare lige så let"* [10.3:272]. Anne-Mette befinder sig her i den fase af bevægelsesblokeringen, som Dervin kalder "Bekymringer om midler" i.e. viljen og energien til at tabe sig og evnen til at overvinde de metaboliske udfordringer ved PCO. Deltagerne bekymrer sig om, hvad og hvor meget de selv kan gøre, og om det rent faktisk vil lykkes for dem at tabe sig tilstrækkeligt, og om det vil lykkes at få børn.

Følelsen af mangel på kontrol kommer til udtryk gennem fortællinger om handleevne og de personlige egenskaber, man menes at skulle besidde for at kunne handle. Anne-Mette udtrykker det på denne måde: *"Det synes jeg er vigtigt [at leve sundt], men det er bare et spørgsmål om at få taget sig sammen til at få det gjort, altså. Og der tror jeg generelt, at min viljestyrke er for dårlig"* [10.3:204]. Anne-Mette mener altså, at hun mangler viljestyrken. Denne følelse kan være betinget af, hvordan hun anskuer sig selv som overvægtig, og hvordan hun mener, at andre synes, hun skal være. Måske ligger den manglende handling dog ikke i viljestyrke. Den kan blandt andre ting også være udtryk for den træthed og mangel på energi, som mange kvinder med PCO oplever. Betydningen af trætheden kommer vi ind på i analysens del 2. Ovenstående fortællinger er eksempler på, hvor meget bekymringer om processen og ressourcer til at komme igennem denne fylder hos deltagerne. Den effektorienterede kommunikation, som deltagerne møder hos gynækologen, og som sandsynligvis skyldes det medicinske paradigmes mangeårige rødder i den

traditionelle sundhedsforståelse, jf. 2.3.6, kan derfor have svært ved at imødekomme deltagernes behov for information, da den ikke forholder sig til den omfattende og komplekse situation, deltagerne forankrer deres bekymringer i. Som fortællingerne ovenfor antyder, går deltagerne fra gynækologen uden at kunne danne ny mening med deres situation, jf. Dervins sense-making teori.

Fertilitetslægen

- "Det lød bare så nemt for dem".

Om sin samtale med en fertilitetslæge på en klinik, fortæller Betina, at fertilitetslægen brugte god tid på at forklare, hvordan klinikken kunne hjælpe hende med behandling, hvordan behandlingsproceduren ville være, og at lægen desuden satte hende ind i, hvad diagnosen PCO betyder. Betina følte sig altså godt informeret på disse områder, og vi forstår ud fra samtalen, at hun følte sig i stand til at danne personlig mening og forståelse for sammenhængen mellem informationen og sin situation.

Vi får et indtryk af, at det har stor betydning for vores deltagere, at de bliver grundigt informeret om sygdommen og barnløshedsbehandlingen. De befinder sig i en særdeles sårbar situation, hvor barnløsheden er en stor psykisk belastning i hverdagen, som samtidig føles ukontrollerbar, og i den situation kan den rette situationelt orienterede kommunikation sandsynligvis hjælpe med at give en form for ro eller følelse af kontrol.

Betina fortæller om sin barnløshed: *"Jamen altså, nu har vi været igennem meget her på det sidste… sådan… jeg har grædt MEGET"* [10.1:143]. De svære følelser omkring barnløsheden fylder altså meget i hverdagen, og tristheden fører bl.a. til, at Betina trøstespiser, hvilket vanskeliggør det ønskede vægttab. Mod slutningen af konsultationen blev emnet vægttab bragt på banen, men Betina fortæller, at det i den samlede konsultation ikke fyldte meget som emne. Hun fortæller videre, at lægen anbefalede hende at tabe sig, og at hun kunne mærke, at det var en del af proceduren, at bringe vægttab på banen. På spørgsmålet om, hvad hun specifikt talte med lægen om i forbindelse med vægt og vægttab, svarer Betina: "*Ikke andet end at jeg fik en brochure og at jeg kunne kontakte alle mulige ting, her i dagens Danmark er der jo diætister og sådan.[I: Okay, så du fik nogle idéer til, hvad du kunne gøre?] IP: Ja, nogle brochurer… og den rigtige kost og… [I: Okay, men ikke nogen specifikke råd om…] nej]"* [10.1:317].

Betina følte, at det var svært at stille de spørgsmål under konsultationen, som kan være anvendelige for hende, sandsynligvis fordi hun brugte energien på at få overblik over alle informationerne, hun fik. Det skal måske forklares i manglende muligheder for at relatere til egen situation. Dette aspekt kan være svært at

eksplicitere. Ifølge Gannik, er det netop vanskeligt at give udtryk for sammenhænge, som er ureflekterede, eller som deltageren kun begyndende prøver at forstå. Betina har endnu ikke en så nuanceret sygdomsforståelse, at hun har udviklet sin personlige sygdomsmodel at handle ud fra (Gannik 2005). Dette er muligvis forklaringen på, at hun ikke får stillet spørgsmål. Anja beskriver det således: *"(...) når man ikke ved hvad man ska´…når man ikke ved, hvad man skal….når man ikke ved hvad det er, så kan det være svært at stille de rigtige spørgsmål"* [10.5:450].

Betina og Anja befinder sig her i det, Dervin kalder "den observerende position", hvor de observerer, men ikke kæder informationen sammen med egen situation, altså de fokuserer ikke på, hvordan det observerede relaterer sig til deres bevægelse mod vægttab og graviditet (Dervin 1980). Set i dette lys er kommunikationen ikke anvendelsesorienteret nok, og dette kan vanskeliggøre Betinas og Anjas handlinger mod målet. Betina siger, at hun i perioden umiddelbart efter at have talt med fertilitetslægen tænkte mere over betydningen af vægttab og gjorde mere for at tabe sig end ellers, men at hun hurtigt røg tilbage til udgangspunktet. Måske skete dette, fordi Betina ikke havde tilstrækkeligt med handlerum, og kommunikationen på fertilitetsklinikken medvirkede ikke til en udvidelse af dette. Størrelsen af deltagerens handlerum, jf. Gannik, og handlekompetence, jf. Jensen, kan være centralt i forhold til selv at følge op på de henvisninger, lægen giver i forhold til vægttab, hvilket vi vil beskrive i analysens del 2.
I forlængelse af ovenstående fortæller Betina netop, at hun ville ønske, at kommunikationen med fertilitetslægen havde hjulpet hende med at få mere hold på sin personlige situation og tankerne omkring den: *"Jamen, det lød bare så nemt for dem, så tænker de bare: "'det gør du lige, ik'!' [I: Okay]. Øh, det var ikke sådan øhm, hvordan har du det med det? Eller har du prøvet før? Eller hvordan føler du det selv? Det var slet ikke sådan en samtale, som her [I: Nej]. Det synes jeg ikke [I: Ej], for hvis de vidste, at det måske var svært for mig, så havde de måske sagt nogle andre ting (….)"* [10.1:412]. Betina efterlyser her en mere modtagerorienteret, dialogisk og relativ kommunikationsramme, jf. 2.3.5.

Når vi hører Betina fortælle om, hvordan barnløsheden påvirker hende følelsesmæssigt, og hvordan det smitter af på hendes måde at spise på, får vi en forståelse for, hvorfor hun føler behov for at kommunikationen tager udgangspunkt i netop hendes situation. Betinas fortælling er endnu et eksempel på, hvor vigtigt det er, at kommunikationen baseres på en relativ, individuel og situationel ramme, hvis sygdomsmodellen skal udvikles tilstrækkeligt til at skabe handlemuligheder hos deltagerne.

De psykiske belastninger, som vores deltagere tydeligvis er underlagt understøttes i et studie om psykosociale oplevelser hos kvinder med PCO (Esler 2007), der fremhæver det psykosociale aspekt i dels at

være barnløs, og dels at være barnløs og sekundært have PCO. Dette perspektiv er tilsyneladende vigtigt at være opmærksom på i en kommunikationskontekst, da det fylder meget i hverdagen for den enkelte kvinde.

Kommunikationen hos fertilitetslægen afspejler en forankring i det traditionelle, effektorienterede sundhedsparadigme. Dog synes kommunikationen om PCO og fertilitetsbehandling at tage mere udgangspunkt i deltagerens behov for information, og nærmer sig hermed en relativ tilgang, hvor lægen kommunikerer ud fra behovene hos patienten. Dog er informationen stadig forankret i lægens professionelle holdninger, og det virker som om informationen baserer sig på absolutte antagelser om deltageren som en bestemt "type" patient. Alt i alt befinder kommunikationen sig stadig ovre i den absolutte informationsantagelse, hvor det individuelle, situationelle perspektiv mangler.

4.4.1.2 Spørgsmål til situationen

- Hvad fanden er det jeg skal gøre?

I tilknytning til de ovenfor beskrevne bevægelsesblokeringer, hvor deltagerne føler sig fastlåste i deres symptomer, "lukkes" der af for bevægelsen fremad. Bevægelsesblokeringen åbner samtidig døren til en verden af spørgsmål (Dervin 1980).

Flere af deltagerne fortæller om, hvordan de i deres tidlige møde med omverdenen i forbindelse med symptomerne, endnu inden de kendte til deres PCO, ikke blev opmærksomme på, at de faktisk havde en sygdom, der kunne diagnosticeres og stilles spørgsmål til. Anja siger: "*Jeg har aldrig tænkt over, at jeg har haft lang cyklus før [I: Nej] nu, og at det har betydet noget. Der er jo aldrig nogen, der har spurgt til noget [I: Nej]. Så hvor skulle man så vide fra, at det kunne betyde noget?"* [10.5:125]. Efter at Anja har fået diagnosen, bekymrer hun sig om, hvorvidt hun kan finde mening med - og sammenhæng mellem handlinger og situationen med overvægt, PCO og barnløshed samt kontrol over disse. Anja fortæller videre: *" (…) der vidste jeg stadigvæk ikke noget. Stadigvæk i den der proces med at finde ud af: Hvordan hænger det her sammen? Hvad fanden er det jeg skal gøre, ik´?"* [10.5:542]. Bevægelsen mod målet vægttab og bedring af PCO´en går i stå, fordi Anja i den aktuelle situation, ikke har erfaringer, viden eller intuition etc. til at danne bro over den informationskløft, som opstår i kølvandet på bevægelsesblokeringen (Dervin 2001). I Anjas situation melder forvirringen, bekymringen og spørgsmålene sig, og hun prøver at finde måder at få svar på, så hun kan begynde at skabe sig en mening og handle i situationen.

Spørgsmålene er deltagernes måde at søge svar på deres situation, så de igen kan komme videre i bevægelsen mod målet; vægttab samt bedring af PCO -symptomerne og opnåelse graviditet. Spørgsmålene er deltagernes forsøg på at identificere deres situation – hvor kom de fra? Hvor er de på vej hen? Og hvordan kan de komme derhen? (Dervin 1980). Som beskrevet tidligere søger deltagerne, endnu inden de bliver klar over, at de har PCO, svar på symptomer, som bl.a. de uregelmæssige og manglende menstruationer. Allerede i denne tidlige fase, inden diagnosen stilles, opstår spørgsmålene, som deltagerne senere søger besvaret under samtalen med læger, sygeplejersker og andre fagkyndige, som beskrevet ovenfor. Med ønsket om at anskueliggøre deltagernes behov for information, vil vi i dette afsnit redegøre for de spørgsmål, der melder sig hos vores deltagere i sygdomsprocessen.

På baggrund af deltagernes fortællinger, kan vi se, at deres spørgsmål fordeler sig i to centrale hovedtemaer: 1. Hvad er PCO? (herunder symptomopmærksomhed og viden om patologien og de biologiske mekanismer bag PCO) og 2. Hvordan skal jeg tabe mig? Dette er elementerne i deltagernes søgen efter at kunne ophæve bevægelsesblokeringen.

I sin analysemodel arbejder Dervin med fire kategorier, som hvert af deltagernes spørgsmål kan indplaceres i. Kategorierne er henholdsvis; ”tidsmæssig placering”, ”bevægelsesfokus”, ”hovedaktør” og ”aspekt fokus”. Kategorierne kan hjælpe os med at afklare, om deltagerens informationsbehov mødes i samtalen med sundhedsfagligt personale samt i omgang med formelle og private netværk.

<u>Tidsmæssig placering af spørgsmål/temaer</u>

Spørgsmålene om vægttab, fokuserer på nutiden og fremtiden og drejer sig først og fremmest om, hvordan vægttabet kan opnås, og hvilke handlinger deltageren skal iværksætte nu og i fremtiden. Herunder bliver spørgsmål om kost, motion og livsstil centrale.

<u>Bevægelsesfokus</u>

I forhold til vægttab er spørgsmålene fokuseret på, om deltageren er på den rette vej, eller om de skulle være på en anderledes vej. Her lægges der vægt på den rigtige PCO-kost og – livsstil, og hermed spørger deltagerne til, hvilken vej (handlinger), der vil lede dem frem til vægttab.

<u>Aktør</u>

I forhold til spørgsmål om årsager til PCO og patologien bag PCO, placerer deltagerne, læger og andre sundheds/sygdomsformidlere som hovedaktører, da det er her den viden om temaet, som deltagerne

mangler, befinder sig. I forhold til handlingsaspektet, ”Hvad kan jeg gøre?” beskriver deltageren sig selv som hovedaktør. I spørgsmålet om, hvordan vægttab skal opnås, sker der ligeledes en tvedeling af hovedaktører. Deltageren efterspørger fagpersonerne som aktører, der skal guide med den rette vejledning om vægttab, hvorefter de selv vil være aktører i udførelsen.

Aspektfokus

Under begge temaer, PCO og overvægt, er aspektfokus:

Kroppen – hvad sker der med min krop og hvorfor sker det? Hvad kan jeg gøre for min krop, og hvordan kan jeg gøre det?

Helbred – kan jeg mindske mine symptomer, kan jeg komme ud af barnløshed og overvægt, og hvordan kan jeg gøre det?

Aktørens rolle i situationen – hvor meget kan jeg selv gøre, og hvordan kan jeg gøre det?

4.4.1.3 Svarhjælp fra læger

I sin undersøgelse af sundhedskommunikation og med udgangspunkt i den relative kommunikationsramme definerer Dervin information som ”svar på spørgsmål” og som ”hjælp” til at bruge informationen til at komme ud af bevægelsesblokeringen (Dervin 1980). Vi vil tage udgangspunkt i denne ramme i vores beskrivelse af, hvordan deltagerne oplever den hjælp (de svar), de får til at ophæve bevægelsesblokeringen via forståelse af PCO og vægttab og handlemuligheder i forhold til dette. Deltagernes følelse af at blive hjulpet på vej, er ifølge Dervin afgørende for, om samtalen kan defineres som egentlig kommunikation. I følgende afsnit vil vi anskueliggøre dette aspekt. Vi vurderer også i dette afsnit de medicinske fagretninger hver for sig, idet svarhjælpen kan være afhængig af det faglige speciale, hvilket vi mener, er vigtigt at være opmærksom på både for patient og behandlingssystem.

Information om PCO

Som beskrevet, er der tilsyneladende ikke meget hjælp at hente hos den praktiserende læge i forhold til at få stillet diagnosen og på den måde komme et skridt videre over Dervins bro. Hos de praktiserende gynækologer er oplevelsen blandet. Som i Anne-Mettes tilfælde, hvor den første gynækolog ikke bidrog til hendes forståelse af sin diagnose, mens en anden gynækolog i højere grad kommunikerede med udgangspunkt i hendes behov for forklaring og samtidig gav sig tid til det.

Betina fortæller til gengæld, at det først var på fertilitetsklinikken, at hun begyndte at få en udvidet forståelse for PCO trods flere konsultationer hos både praktiserende læge og praktiserende gynækolog:

”(…) så var det faktisk først, da jeg kom op på sygehuset, at jeg så fik lidt mere at vide om det (PCO), og

hvad de kunne gøre" [10.1:509]. For Betina har det været et langt forløb at nå frem til en begyndende fornemmelse af, hvordan hun kan bygge bro over kløften. Betinas spørgsmål imødekommes altså ikke i første omgang, i.e ingen af de fire spørgsmålskategorier imødekommes, men på fertilitetsklinikken bliver Betinas behov for at vide mere om nutid og fremtid med PCO imødekommet, og forventningerne til lægen som aktør opfyldes.

Line og Anja fortæller begge, at de ikke har fået hjælp fra læger til at forstå deres PCO, men at de selv har måttet være meget aktive og søge hjælp uden for det etablerede system for at opnå en viden om sygdommen. Anne-Mette derimod giver udtryk for, at hun efter at have fået stillet diagnosen hos gynækologen fik lidt mere viden fra sin praktiserende læge om PCO, men at hun ellers selv har søgt informationen andre steder. Især har Internettet været nyttigt: *"Internettet har jeg brugt generelt til at læse om sygdommen og så også, hvad andre har haft af erfaringer med PCO og sådan*"[10.3:337]. Altså er både Line, Anjas og Anne-Mettes spørgsmålstemaer blevet besvaret uden for det etablerede sundhedsregi.

Ingen hjælp til vægttab

På spørgsmålet, om hun handlingsmæssigt kunne bruge den information om vægttab, hun fik af lægen på fertilitetsklinikken, siger Malene: "*Nej, det kunne jeg ikke… hun sagde bare, at jeg skulle tabe mig [I: Ja okay, så det måtte du selv finde ud af?] ja [I: Okay]"* [10.2:416]. Ligeledes efterlyser Anne-Mette information om handlemuligheder i forhold til vægttab, som ikke bliver mødt i konsultationen med gynækologen: *"(…)'det øh, jeg vil foreslå dig, det er, at du taber dig'. Og så var jeg sådan lidt: 'Fair nok, men hvordan skal jeg gøre?' Jamen, jeg skulle have p-piller, og så var det dét, så fik jeg ikke meget mere at vide fra ham af"* [10.3:334]. Betina fortæller også, at hun savnede noget mere konkret handlingsanvisende vejledning: *"Jeg fik bare at vide, at det skal du gøre, men hvordan skal jeg gøre det? Det styrer du bare selv [I: Ja] eller sådan… "* [10.1:423]. Når det kommer til vægttab lader det til, at fertilitetslægen ikke imødekommer hverken Malene, Anne-Mettes eller Betinas ønsker om at blive guidet i forhold til vægttab, og deltagerne føler sig ikke i stand til at agere som aktører efterfølgende, selv om vi gennem analysen af deres spørgsmål har fået indtryk af, at de er indstillede på denne rolle.

Ifølge deltagerne er vægttab et emne, som bliver taget op i konsultationen med både gynækologen og fertilitetslægen. Men informationen om fordelen ved vægttab ved PCO og fertilitetsbehandling bliver, særligt hos gynækologen, formidlet som en besked frem for forklaring om årsagssammenhænge, og situationen lægger ikke op til dialog om selve vægttabet eller øvrige spørgsmål. Kommunikationen om vægttab forankrer sig i alle tilfælde i den absolutte informationsantagelse, hvor informationen om

nødvendigheden og det ønskede omfang af vægttabet ”overføres” til deltageren som en brik. Overtalelsesantagelsen afspejler sig i lægens ønske om, at patienten vil udvise komplians, men i situationen går kommunikationen ikke ind i deltagerens behov, jf. Dervin 1980, blandt andet fordi kommunikationen om vægttab udelukkende er effektorienteret (Jensen 2006). Hermed imødekommes deltagernes bevægelsesfokus; vægttabet ikke, og spørgsmålene om ”hvordan” efterlades ubesvarede.

Interviewet med den alternative behandler (AB) understøtter på væsentlige områder de fortællinger, vi har fået fra deltagerne om kommunikation med læger. Ifølge AB er hovedbudskabet om vægt fra lægerne til overvægtige kvinder med PCO: ”Gå hjem og tab dig”, eller ”Det virker bedre, hvis du taber dig”. Vejledningen er ikke konkret, dvs., at kvinderne ikke bliver vejledt anvendelsesorienteret.

4.4.1.4. Mødet med sygeplejersker

Forståelse for de ting, der ligger udenom

Anja og Anne-Mette har talt med henholdsvis en sygeplejerske og en sekretær hos den praktiserende læge. Begge deltagere har været i et forløb hos sygeplejersken/sekretæren, hvor de er blevet vejet og vejledt med jævne mellemrum. Anne-Mette føler, at hun fik meget ud af kommunikationen og oplever altså en sekretær, som kommunikerer ud fra en relativ situationel ramme og tager udgangspunkt i hendes behov.

Nogle af deltagere har talt med sygeplejersker på fertilitetsklinikker. Betina fortæller, at samtalen mest handlede om procedurer og ikke om vægttab. Line fortæller, at første gang hun talte om vægttab med en sundhedsprofessionel, var det en sygeplejerske på en fertilitetsklinik. Sygeplejersken satte hende ind i sammenhængene mellem vægttab og den forbedrede chance for succes i behandlingen, opnåelse af graviditet samt generel bedring af PCO-symptomerne. I fortællingen lyder det som om, at sygeplejersken var opmærksom på Line og hendes situation og tanker: *”(…) ikke at det var umuligt for mig at blive gravid, men at et vægttab klart var anbefalelsesværdigt, og hun sagde også, hvad jeg tænkte om det?”* [10.4:48]. Sygeplejersken spørger her til ”modtagerkonstruktionen af virkeligheden”, hvilket placerer kommunikationen i den relative ramme. Line fortæller, at ca. 1/3 del af samtalen handlede om vægt og betydningen af overvægt, så emnet havde et vist fokus. Sygeplejersken anbefalede også en specifik PCO-relevant bog, hvor Line kunne læse mere om PCO og kost. Resten af samtalen drejede sig om procedurer og proces omkring behandlingen.

4.4.1.5 Svarhjælp fra sygeplejersker

Ikke meget hjælp til at forstå PCO

I lighed med afsnittet ”Svarhjælp fra læger”, vil vi i dette afsnit redegøre for, i hvilket omfang deltagerne har følt, at deres spørgsmål blev besvaret i mødet med sygeplejersker.

Analysen peger på, at kommunikationen med sygeplejersker først og fremmest har hjulpet deltagerne med opmuntring, forståelse og nye perspektiver i situationen som overvægtig. De nye perspektiver, i form af ny indsigt, kan være væsentlige for deltagernes muligheder for at udvikle deres sygdomsmodel jf. Gannik, og handlekompetence, jf. Jensen, hvilket vi kommer ind på i del 2.

Line følte ikke, at sygeplejersken på fertilitetsklinikken kunne hjælpe hende specifikt i forhold til PCO og kost. Hun fortæller: *”…. så jeg kunne faktisk ikke forstå, at jeg ikke tabte mig, men det kunne hun ikke rigtig hjælpe mig med, og hun kunne heller ikke rigtig henvise mig til nogen diætist, som kunne hjælpe mig i forhold til det og sådan noget”* [10.4:102]. Den svarhjælp Line kan hente fra sygeplejersken i forhold til at få viden om sammenhængen mellem PCO og kost og vægttab, er altså begrænset, fordi hun føler, at sygeplejersken mangler viden om den specifikke metaboliske problemstilling ved PCO. Kommunikationen er derfor ikke anvendelsesorienteret i forhold til vægttab. Dette betyder samtidigt, at deltageren ikke får imødekommet sit aspektfokus, kroppen, og hvad der sker inden i den. Herved bliver det svært at agere, i.e. at påtage sig aktørrollen og finde vejen ud af overvægt og barnløshed.

Anne-Mette oplever til gengæld at blive hjulpet videre i sin bevægelsesblokering, og at hun helt konkret kan bruge vejledningen, da hun taber sig en del under et forløb. Hun har altså fået hjælp til at se nye muligheder og til at se vejen mod målet og kunne bevæge sig fremad. Hun fortæller dog, at hun faldt tilbage til de gamle vaner, efter at hun stoppede vejledningen. Dette kan muligvis forklares ud fra de ressourcer Anne-Mette har til rådighed, når hun ”på egen hånd” skal varetage vægttabet. (Se del 2). Sygeplejerskerne kommunikerer altså i højere grad end lægerne ud fra en relativistisk tilgang, som i højere grad medinddrager hele deltagerens situation og forholder sig til de muligheder, hun har i hverdagen i forhold til vægttab. Dette kan tænkes at være forklaringen på, at deltagerne i højere grad føler sig mødt end ved samtalen med læger.

Fra interviewet med AB har vi ikke indtryk af, at sygeplejerskerne generelt er så meget inde over vejledning i forhold til vægttab i denne gruppe, men at deres funktion ofte snarere er at assistere lægen ved behandlingen. Spørgsmålet er derfor, i hvilket omfang sygeplejerskerne generelt kan hjælpe gruppen i mødet med de formelle ressourcer i behandlingssystemet?

4.4.1.6 Magt, traditioner og positionering i den medicinske behandlingskontekst

Ovenstående beskrivelser skildrer i varierende grader et møde, hvor deltageren føler sig overset som den person og aktør, hun gerne vil være i kommunikationssituationen, jf. 4.4.1.2, ”Spørgsmål”.

Betydningen af modstillingen mellem den ”lægelige biomedicinske” og deltagernes sandsynlige ”folkelige tilgang” til sygdom, jf. 2.3.3, bør ikke undervurderes i den beskrevne situation, hvor mødet mellem behandler og patient foregår i den medicinske kontekst; i lægens klinik eller på et sygehus. Tilgangene resulterer i to potentielt modsatrettede positioner i forhold til PCO som sygdom, og tilgangene er vanskelige at integrere. Som vores analyse viser, bliver den lægelige tilgang dominerende, sandsynligvis fordi konteksten domineres af det medicinske paradigme. Problemet for vores deltagere kan være, at lægen eller praktikeren i flere tilfælde har den højeste kulturelle og symbolske kapital i kommunikationssituationen og derfor definerer rammerne under eventuelt manglende erkendelse af deltagerens behov, for at kommunikationen foregår i en relativ frem for en absolut ramme. Dette fastholder deltageren i en rolle, hvor hun ikke føler sig magtfuld nok til at blive hørt.

I interviewene beskriver flere af deltagerne følelsen af at være underlagt det medicinske felts strukturer. Denne dialog med Anja om samtalen med en gynækolog, anskueliggør problemet: *”I: […]Men det lyder sådan, som om det var sådan lidt på hans præmisser, hvis du så ville gå ind på det, så…? IP: Ja, det lød også altså sådan helt klart, da jeg sagde: Nej, det vil jeg ikke, jamen så var jeg ikke interessant mere”* [10.5:424]. I denne situation har lægen magt til at afgøre præmisserne for den vejledning, han vil yde i forbindelse med vægttab.

Selv om sygeplejersker som praktikere også er forankret i det biomedicinske felt, har de en mere sociologisk baggrund i deres uddannelse, hvilket afspejler sig i deltagernes fortællinger om i højere grad at føle sig mødt i kommunikationen med denne faggruppe. Desuden er kapitalbeholdningen mellem parterne oftere mere ligeværdig.

4.4.1.7 Mødet med kostvejledere og svarhjælp fra kostvejledere

Formålet med afsnittet er at redegøre for deltagernes oplevelse af den kommunikation, de oplever hos kostvejledere uden for det formelle behandlingsregi. I lighed med de øvrige afsnit om svarhjælp vil vi beskrive, i hvilket omfang deltagerne har følt, at deres spørgsmål blev besvaret i mødet med kostvejlederne. Det skal understreges, at de to kostvejledere, som beskrives, er selektivt og kritisk udvalgt

af deltagerne, og at de derfor ikke kan formodes at repræsentere det tilbud, som under normale omstændigheder evt. ville findes til kvinder med PCO i det formelle regi.

”Det er først nu, at det går op for mig”

Nogle af deltagerne har på egen hånd og uafhængigt af det normale standardiserede behandlingstilbud opsøgt hjælp fra henholdsvis en ernærings- og husholdningsøkonom (EH-økonom) og en diætist, begge med specialisering i kostvejledning til kvinder med PCO. Behovet for at opsøge kostvejledning er en direkte udløber af, at deltagerne efter samtaler med læger og sygeplejersker føler, at de mangler indsigt og anvendelsesorienteret vejledning i den rette PCO-kost.

Anja fortæller, at kostvejlederen gav hende forståelse for, hvad der sker i kroppen, når hun fx giver efter for trangen til sukker:*”(…) det var….det var en smaddergod måde synes jeg [I:Ja] at forklare på det der. Det som jeg fejler, det er rent faktisk den vagt, som står der og skal lukke sukkeret ind i musklen, og de der to der har koblet sig sammen; de kan bare ikke snakke sammen hurtigt nok (…)”* [10.5:1503].

Vejlederen bruger her et sprog og en ramme, som Anja kan relatere til sin egen forståelse af ”virkeligheden”, og hun kan danne personlig mening med informationen, jf. Dervin. Anja har brugt vejledningen til at udviklet en forståelse for, hvad der sker i kroppen, når den ”skriger” efter sukker: *”Men nu er det jo først nu, det går op for mig, hvad det der sukker betyder, at alt det der, at jeg bare har følt mig bombet og udmattet i kroppen og så bare spist, ik?(….)”* [10.5:296]. Vejlederen placerer sig hermed i den relative kommunikationsramme, hvor hun kommunikerer ud fra Anjas konstruktions- og informationsramme, jf. 2.3.5., og hun besvarer de fire spørgsmålskategorier. Anja får den svarhjælp, hun har behov for til at opnå forståelse og handlemuligheder, og bliver hermed hjulpet et skridt videre over broen – på vej mod målet.

Line føler ligeledes, at hun kan gøre personligt brug af diætistens vejledning, og at hun har fået en god basisviden og indblik i sammenhængen mellem PCO og kost/vægttab. Line fortæller, at diætisten gør meget ud af at tage udgangspunkt i hendes hverdag, og det mad hun godt kan lide og har adgang til, hvilket gør det nemmere at få kosten integreret i hverdagen. Diætisten tager altså udgangspunkt i Lines ”virkelighedskonstruktion” i forhold til maden og tager højde for, om Line rent faktisk vil kunne bruge vejledningen i hverdagens madlavningspraksis. Dette perspektiv viser et relativt udgangspunkt for kommunikationsinformationen.

Anja fortæller også, at hun har følt vejledningen som en stor hjælp, ikke alene på grund af den vigtige indsigt i form af nye perspektiver på situationen, men også fordi vejledningen er anvendelsesorienteret, jf. 2.3.5. Anja er på interviewtidspunktet lige startet på den lavglykæmiske kost, men kan mærke en større energi allerede. Line har allerede tabt sig ved hjælp af kostvejledningen, og giver her udtryk for sin begejstring: *"[I: Føler du, at det er noget, som du kan bruge?]IP: Det er helt fantastisk [I:Okay. Kører hun en specifik PCO-kost eller hvordan?] IP: Ja, hun kører sådan en klinisk insulinsænkende kost"* [10.4:148]. Kostvejledningen giver altså i højere grad deltagerne nye perspektiver og handlemuligheder, hvorved bevægelsesblokeringen bliver nemmere at ophæve, og vejledningen giver svar på deltagernes spørgsmål om, hvad der sker i kroppen rent ernæringsmæssigt. Desuden placerer vejledningen deltageren i rollen som aktør og er meget konkret og anvendelsesorienteret.

Da kostvejledning hos ernæringsfaglige ikke er et standardiseret tilbud, kan der være meget forskel på, de individuelle muligheder for denne type vejledning. Line og Anja har selv etableret ressourcer til at søge hjælp til at komme videre i forhold til det kostmæssige område. Denne mulighed er dog ikke nødvendigvis tilgængelig for alle, hvilket vi vil beskrive i del 2. AB mener, at kompetent PCO-vejledning hos diætister er mere undtagelsen end reglen. Hun siger: *"Fordi der er faktisk også mange diætister, der ikke ved noget om det her [I: Ja], ik´? [I: Jo] Så sidder de der og fokuserer på fedt og kulhydrater og protein og kalorieindhold og vægttab. Men de ved ikke noget om det der metaboliske syndrom. [I: Nej] Der er kommet mere af det. Der er flere, der ved det nu[I: Mmh] Men man møder masser, der ikke ved det"* [10.6:262]. Derfor er det ikke en løsning at henvende sig til en hvilken som helst diætist på listen.

4.4.1.9 Opsamling -del 1

Ud fra symptomopmærksomheden beskriver deltagerne frustrationen i at befinde sig i bevægelsesblokeringen. De føler sig ikke i stand til at bevæge sig videre mod deres mål om at opnå vægttab, og som følge af dette blive gravide og undgå symptomerne på PCO i øvrigt. Deltagerne fortæller om en hverdag præget af PCO, som det ind imellem kan være svært at komme igennem, fordi energien mangler fysisk og psykisk. Deltagernes gryende symptomopmærksomhed, og i særdeleshed bekymringerne om fremtiden er en vigtig drivkraft i udviklingen af en sygdomsmodel. Det er her behovet opstår for at samle information og tale med andre mennesker om symptomerne (Gannik 2005).
I Dervins studie af sundhedskommunikation defineres information som de "svar på spørgsmål" patienten møder i kommunikationskonteksten samt den hjælp og anvendelse hun kan uddrage af informationen. Set i lyset af denne ramme er det vores indtryk at den kommunikation, der foregår mellem læger og overvægtige PCO'ere, særligt i forhold til det vigtige vægttab ikke informerer deltagerne. Deltagernes søgen

efter vejledning i, hvordan de opnår vægttab imødekommes ikke og kommunikationen bidrager ikke med nye perspektiver, hvorfor bevægelsen fremad går i stå.

Ved kommunikation med sygeplejersker imødekommes deltagerne i højere grad personligt, idet sygeplejersken kommunikerer med deltageren i en mere situationel og relativ ramme, men deltagerne mangler stadig anvendelsesorienterede svar i forhold til kost og vægt.

Hos kostvejlederne imødekommes deltagernes spørgsmål om, hvordan de kan handle sig frem til vægttab, idet kommunikationen her baserer sig på en situationel ramme, som tager udgangspunkt i individets muligheder i hverdagen, i.e. inddrager en mere helhedsorienteret kontekst i kommunikationen. Dog lader det til, at kun en lille del af de mange overvægtige kvinder med PCO, har mulighed for at modtage vejledning hos en diætist eller kostvejleder med specialviden inden for PCO.

Den nuværende kommunikation i behandlingskonteksten bidrager altså tilsyneladende ikke væsentligt til udvikling af deltagernes sygdomsforståelse og hermed handlemuligheder. Deltagerne giver udtryk for, at de savner en kommunikation, som tager udgangspunkt i hele deres situation, deres hverdag og de mange følelsesmæssige, sociale og praktiske perspektiver af PCO.

4.4.2 Ressourcer til videnstilegnelse og handling

Analysens del 1 illustrerer i et vist omfang en kommunikation, som ikke inddrager betydningen af sygdomssociologiske faktorer i deltagernes liv og hverdag. På baggrund af vores forståelse af vigtigheden af disse forhold både i kommunikationssammenhæng og i sociologisk og psykologisk sammenhæng, har vi valgt at lade den efterfølgende analyse anskueliggøre, i hvilket omfang deltagerne kan etablere egne ressourcer uden for det formelle behandlingssystem til at få svar på deres spørgsmål og ophæve bevægelsesblokeringen. Med reference til analysens del 1 er spørgsmålet, om deltagerne, trods de mangler der måtte ligge i behandlingskonteksten gennem egen tilgang til ressourcer, kan udvikle forståelse for deres sygdom i en grad, at de er i stand til at skabe deres "Funktionelle sygdomsmodel" og således kunne handle over for og kontrollere sygdommen. Dette aspekt vil vi anskueliggøre i den efterfølgende analyse. Vi anvender bl.a. Ganniks tre ressourcetyper: formelle-, private- og netværksressourcer, jf. 2.3.3, til at beskrive, i hvilket omfang deltagerne har adgang til at finde svar på deres spørgsmål. Alle tre ressourcetyper er centrale for deltagernes individuelle muligheder for at håndtere deres diagnose.

Vi vil beskrive hver deltagers ressourcer, idet vi antager, at der findes en betragtelig individuel spændvidde i ressourcerne. Det er formålet at vise, hvordan tilgangen til ressourcer påvirker deltagernes individuelle handlerum i forhold til PCO og vægttab, da denne viden er væsentlig for deltagerens og omgivelsernes forståelse af sygdommen som individuelt, relativt og situationelt forankret i hverdagskonteksten. I denne undersøgelse belyser vi primært forskellene mellem deltagerne ved hjælp af forskelle i deltagernes kulturelle kapital, defineret som længden af deres uddannelse.

4.4.2.1 Ressourcer i behandlingssystemet

Ikke mange kompetente fagfolk

I tilknytning til nærværende problemstilling findes deltagernes formelle ressourcer primært i det offentlige behandlingssystem, som derfor er fokus i nedenstående afsnit. Som det fremgår af del 1, oplever deltagerne i mindre grad at få tilført vidensressourcer om PCO og vægttab gennem det offentlige behandlingssystem. Vores interviewpersoner giver udtryk for, at det har været en lang proces for at nå til at få stillet diagnosen gennem det etablerede behandlingssystem, og at de har været igennem utallige undersøgelser og mødt mange forskellige sundhedsprofessionelle på deres vej gennem systemet. Selve diagnosen og en uddybende forklaring om PCO synes at komme lang tid efter forløbets start, alt afhængig af, hvor hurtigt deltagerne bliver sendt videre i systemet, og hvem de taler med.

I vores interviewsamtale med AB får vi et indtryk af, at hun, blandt faggrupperne, oplever en mangel på viden om PCO, vægt og kost, hvilket denne dialog med AB peger på: *"[I: Ja. Så der mangler simpelthen noget information og noget udbredelse af kendskabet til syndromet rundt i alle faggrupper?]IP: Ja, viden, basisviden… og pædagogik vil jeg sige"* [10.6:276].

Ifølge deltagerne er procedurerne i behandlingssystemet afhængige af behandlingssted og geografi. Der er således forskel på, hvilke tilbud vores deltagere har fået. Nogle har på egen hånd opsøgt en kostfaglig vejleder, mens enkelte fertilitetsklinikker tilbyder kostvejledning. Nogle steder forgår vejledningen på klinikken og varetages af en sygeplejerske. Derudover synes der også at være forskel på, hvor stort et vægttab, der anbefales. Malene fortæller: *"Jeg vidste jo godt, at de har meget med vægten på de der fertilitetsklinikker, men det er jo forskelligt fra sted til sted, hvor grænsen ligger [I: Okay]. Jeg har hørt, at… eller jeg har snakket med én, som har gået på en fertilitetsklinik i (by i Jylland nævnes), og der skal man helt ned og have et BMI på… jamen, helt nede i normalvægtig-området [I: Okay], så jeg var hundeangst for, at jeg skulle derned, for det er jo mere end tredive kilo [I: Ja]. Og jeg har kraftige knogler, så jeg må jo ikke komme alt for langt ned… men hun sagde sådan et BMI på 30, så øhm.."* [10.2:374]. Ifølge Malene kan de

formelle krav om vægttab fra systemet altså have stor indflydelse på hendes hverdag og muligheder for at nå sit mål om at blive mor i dette tilfælde. Og med udgangspunkt i Dervin er Malene i en situation, hvor hun ikke har kontrol over valg af mål, enten fordi hun er bekymret, hjælpeløs eller opgivende eller, fordi kontrollen er uden for rækkevidde. Dette gør hende angst og utryg.

De af vores deltagere der har brugt diætist eller kostvejleder, har selv måttet etablere ressourcer til det, hvilket Line fortæller om her: *"…. der er ikke ret mange kompetente fagfolk rundt omkring, som kan hjælpe én, altså jeg synes, at det er fuldstændig grotesk, at jeg som jyde, skal helt til (by på Sjælland nævnes) for at finde en diætist, som kan hjælpe mig med det her altså [I: Ja] (….)"* [10.4:300]. Derudover stiller Line sig uforstående over for den manglende viden om vægtproblematikken som hun fornemmer blandt sundhedsprofessionelle, når denne går hånd i hånd med sygdommen.

Ressourcetilførslen fra deltagernes formelle netværk i form af information, viden, støtte og krav til deltagelse i behandlingen, indeholder som ovenfor beskrevet en del begrænsninger. Desuden er deltagerne til en vis grad påvirket af behandlingskontekstens "formelle" kontrol af deres muligheder, jf. diskussionen om magt og positionering mellem behandler og deltager/patient i del 1. Ressourcetilførslen er altså til dels afhængig af interindividuelle forhold mellem behandler og deltager og dels strukturer, som deltagerne i første omgang ikke har indflydelse på, men som i anden omgang kan påvirkes af deltagerens individuelle – og netværksressourcer, hvilket vi vil komme ind på i de følgende afsnit.

4.4.2.2 Private ressourcer

Forskel i handlerum

Efter mødet med de umiddelbart tilgængelige videns-, støtte- og vejledningsressourcer til PCO og vægttab fra behandlingssystemet viser deltagerne store forskelle i deres individuelle reaktioner og handlemuligheder.

Betina synes at blive inden for rammerne af de procedurer og den information, hun har fået fra behandlingssystemet og stiller sig afventende i forhold til fremtiden. Hun prøver at danne sig et overblik og se sammenhænge mellem de nye informationer og sin egen situation og placerer sig "observerende" jf. del 1.

Andre går skridtet videre og agerer selv aktivt i behovet for mere information om deres tilstand. Anja fortæller, hvordan hun følte behovet for selv at gøre noget for at opnå viden om, og forståelse for, hvad hun fejlede. Hun siger*: "Jamen, det det var faktisk….det startede jo med, at jeg kom derop [på hospitalet]*

endelig (….) efter at have vredet armen om på min læge [I: ja] og sagt, nu vil jeg altså have tjekket, hvad der var galt med det underliv her" [10.5:219]. Mens Betina altså føler, at det er svært på egen hånd at generere den støtte hun har brug for i form af hjælp og information, giver Anja udtryk for, at hun har overskud til at presse den praktiserende læge til at tilbyde hende mere hjælp, end lægen umiddelbart havde i tankerne. Betinas og Anjas "praksisser" altså vidt forskellige. Det ville være oplagt at forklare forskellen ud fra forskel i uddannelseslængde og –type og hermed forskel i den kulturelle kapital, men i dette tilfælde er deltagernes uddannelseslængde den samme. Her skal det måske nævnes, at ikke alene kapitalen, men også deltagernes habitus, er afgørende for praksis i felterne. Habitus kan ikke ekspliciteres gennem interviewfortællinger, men indflydelsen skal tages i betragtning. Når vi eksempelvis støder på deltagere, der kapitalmæssigt ikke passer ind i rammen, kan årsagerne ligge i deres individuelle habitus. Betinas mindre udviklede handlerum stammer muligvis fra hendes opvækstmiljø og den habitus, hun har med sig herfra. Måske er hun en mønsterbryder i forhold til uddannelseslængden.

Frugt er lækkert, men besværligt

Flere handlemåder, hvis eksistens kan bunde i samspillet mellem kapital og habitus, kommer til udtryk i deltagernes historier om praksis i forhold til madlavning og indkøb.

Betina siger eksempelvis: *"… det er lækkert, at der er en masse frugt. Det kan jeg godt lide [I: Ja], men det er bare besværligt… end en pose slik. Det er nemmere at gå til"* [10.1:76]. Noget tyder på, at Betina har behov for, at den mad, hun spiser, skal være nem at tilberede, og det er dét, der er afgørende for, hvilke fødevarer hun vælger i sin dagligdag.

Anja synes ligeledes at stå over for en udfordring, når det gælder om at tilberede mad, der smager alle medlemmer i familien – det synes at være krævende og tager tid at tilberede flere forskellige måltider, hvis ikke alle kan eller vil spise det samme mad. Hun siger: *"… men det kommer også til at gøre, at jeg skal vende alting, vi foretager os med det mad, ik´? [I :Jo, det gør…] og det bliver sådan lidt øhm... uoverskueligt på nogle punkter"* [10.5:1082]. Hun fortsætter: *" … altså ja det, som kan være svært det er jo planlægning, når man skal spise noget bestemt. [I: Mmh] (….)"* [10.5:931]. Her hentyder Anja til, hvordan hun i situationen med at skulle spise en bestemt slags kost, støder på udfordringen i, at der er andre end hende selv, som skal spise maden. Hun fortæller også, at det kan være et problem, når andre vælger og tilbereder maden til hende, fordi hun så ikke selv kan vælge den mad, der er mest hensigtsmæssig i forhold til hendes PCO og overvægt.

Ovenstående problematikker omkring madlavningspraksis synes at være til stede også blandt deltagere med en god portion kulturel kapital. Deltagernes habitus kan spille en rolle i denne forbindelse. Måske har deltagerne simpelthen nogle indarbejdede værdisæt og begrænsninger omkring madlavning og indkøb, som kommer til udtryk i deres nuværende daglige praksis. Det er højest sandsynligt, at det forholder sig sådan, fordi den kost som skal indtages, ifølge deltagerne, adskiller sig væsentligt fra den mad, deres mor lavede til dem.

"Sin egen lykkes smed"

Handlerummene har indflydelse på den måde deltagerne søger at komme over Dervins informationskløft. Anja og Line har bevæget sig uden for det "etablerede" behandlingstilbud og ved hjælp af den ekspertstøtte, de selv har kunnet etablere, har de opnået viden om og støtte til vægttab, som de bruger aktivt til at komme ud af bevægelsesblokeringen og over broen til målet.

Line synes at det var meget svært at tabe sig på egen hånd, så derfor besluttede hun at opsøge hjælp: *"(…) så var det at jeg bestemte, at nu skulle det være, og jeg skulle have gjort noget ved det, men det krævede jo at få fat i en kostvejleder [I: Ja].[Føler du, at det er noget, som du kan bruge?] IP: Det er helt fantastisk."* [10.4:55]. Anja benytter sig ligeledes af en kostvejleder, og oven i det også en psykoterapeut, som med hver deres fagtilgang hjælper hende med at håndtere vægttabet. Betina og Anne-Mette føler derimod, at det er vanskeligt at få stillet anvendelige spørgsmål og få henvendt sig de rette steder, i.e. deres handlerum er mindre. Samme deltagere fortæller, at de synes det er svært at finde interessen og overskuddet til kostændringerne og vægttabet, måske netop fordi de ikke de ikke får "bygget broen over kløften", så de kan komme videre. Malene har også svært ved at stille spørgsmål til sin situation og i højere grad påtager sig den afventende rolle. Dog viser Malene alligevel, at hun aktivt forsøger at ophæve bevægelsesblokeringen, idet hun har været aktiv i kostvejledningsgrupper, før hun fik kontakt med behandlingssystemet og den tilgang til vægttab, der findes der.

Deltagernes reaktioner på informationskløften kommer også til udtryk i den måde, de søger viden på. Alle de interviewede giver udtryk for, at de mener at have en generel basisviden omkring både kost og motion, men når det kommer til den videnstilegnelse, der kræves for at opnå bred indsigt og handlekompetence, viser interviewene forskelle. Om sin begyndende fornemmelse af betydningen af kostens glykæmiske indeks, siger Malene: *"…. det der GI et eller andet, som folk de skriver om inde på forummet, det… har jeg opgivet at finde ud af, hvad er for noget [I: Okay]. Det… jeg synes, at det er noget, at de alle sammen snakker om, men det er ikke noget, jeg har kunnet finde noget om nogen steder rigtig*" [10.2:174]. Her

møder Malene informationskløften. Hun prøver at bygge bro, men mangler sandsynligvis ressourcerne rent uddannelsesmæssigt til at få bygget den færdig. Anja med den mellemlange videregående uddannelse går skridtet videre og formår at bygge broen til en sammenhængende mening mellem det glykæmiske indeks og PCO: *"[…]jeg havde så læst noget om det der glykæmiske indeks. Jeg har også….en af de bøger der er blevet anbefalet (….)"* [10.5:544].

Ovenstående fortællinger viser, at de ressourcer deltageren kan etablere, er afhængige af størrelsen af hendes individuelle handlerum. Deltageren er så at sige sin egen lykkes smed, og må selv handle sig frem til forandringen, hvis hendes ressourcer tillader det.

Viden som ressource til handling

Selv om deltagerne synes at have en viden om de overordnede sammenhænge mellem PCO og vægt/vægttab, er der meget forskel på, hvor specifik denne viden er, eksempelvis i forhold til de biologiske mekanismer bag deres PCO og i forhold til, hvordan overvægt og PCO hænger sammen. Eksempelvis giver Betina udtryk for, at hun tænkte over årsagerne i starten, da hun fik diagnosen, men at hun har ladet det ligge siden. Modsat søger Anja og Line meget aktivt viden om PCO og årsagssammenhænge. De har en kritisk og aktiv tilgang til emnet og reflekterer meget over deres viden. Anja og Line får derfor umiddelbart større udbytte af deres ressourcer i form af en mere nuanceret sygdomsforståelse og dermed en udvidet sygdomsmodel. Ved at påvirke strukturerne/felterne aktuelt i sundhedssystemet/blandt sundhedsprofessionelle og i netværket udvider de desuden deres handlerum i disse felter, jf. 2.3.3. Malene og Anne-Mette udtrykker begge en stor interesse i at gøre noget for vægttabet, men føler sig forhindrede pga. forhold i omgivelserne, eksempelvis på arbejdet og i familien.

I forlængelse af Ganniks "handlerum" bliver Jensens "handlekompetence" aktuel, jf. 2.3.6. Hvorfor har nogen deltagere tilsyneladende kompetence til på egen hånd at handle sig frem til en sygdomsforståelse og en sygdomsmodel, mens andre fastlåses i de givne strukturer?

Viden om sundhedsforhold og i dette tilfælde viden om PCO og overvægt handler p.t. hovedsagligt om de fysiologiske/biologiske effekter af PCO og overvægt, men ifølge Jensen kræver udvikling af individuel handlekompetence, at vores deltagere desuden udvikler viden om årsager og alternative tilgange og om forandringsstrategier (Jensen 2006). Altså mere omfattende, men også mere sammenhængende vidensressourcer, som kan bidrage til at udvide sygdomsforståelsen.

Deltagere placerer sig meget forskellige steder i Jensens fire vidensdimensioner om sundhedsforhold jf. 2.3.6. Anja og Line er i en proces, hvor de spiller på alle tangenterne af de fire vidensdimensioner. De har begge selvstændigt opsøgt kostvejledere uden for det etablerede system, og det har givet dem mere viden om årsager og alternativer. Anja benytter sig også af en psykoterapeut, hvilket giver hende forståelse for forandringsperspektivet. Som Jensen beskriver det, kan dette perspektiv eksempelvis handle om, hvilke psykologiske mekanismer som træder i kraft, når man forsøger at ændre sit liv, og hvordan man kan forandre strukturerne. Om at gå fra viden om effekter til at udvikle viden om årsager og forandringsmuligheder siger Anja: *"(….)og så får man at vide, man rent faktisk fejler noget, og så er det bare overhovedet ikke særligt fedt [I: Nej][Latter] kan man sige, da man får at vide, det er faktisk ikke noget, man kan gøre særlig meget ved. [I: nej, nej] Tror man til at starte med. Og så er det ligesom nu, er jeg faktisk nået dertil at sige; Nu er jeg faktisk glad for, at jeg ved, hvad det er [I: ja, ja], jeg fejler. Og glad for at have fundet ud af, jeg rent faktisk godt kan gøre noget ik?"* [10.5:497]. Denne udtalelse afspejler vigtigheden af, at deltagerne har en helhedsorienteret indsigt i forholdene omkring PCO og vægt; i.e. udnytter alle vidensdimensioner, før de rent faktisk kan udbygge deres sygdomsmodel og udvide deres handlerum og herved påtage sig den aktørrolle, de er interesserede i.

Om virkningen af en udvidet forståelse, som ikke bare dækker effekter, men også årsager, siger Anja endvidere: "*Ja, fordi alle dårligdomme kommer jo af den overvægt. Bare du taber dig, så går det jo væk [I: Ja] ik? Det må jo være, fordi du er så… fed, [I: Mmh] at du fejler noget" [I: Mmh]. Hvor jeg ligesom nu, endelig langt om længe, er ved at få det vendt om til at sige; Jamen det er, fordi jeg fejler noget, at jeg er blevet så tyk"* [10.5:289]. På den anden side står Betina og Anne-Mette, hvis ressourcer til at bryde med feltet og reflektere over situationen er relativt mindre, og derfor bliver de med Ganniks ord mere "sårbare" end "modstandsdygtige" over for sygdommen og har i mindre omfang mulighed for at opnå den handlingsskabende indsigt. Hverdagen hos disse deltagere virker umiddelbart mere rutinepræget, og ifølge Gannik kan dette føre til en reduktion i omfanget af bevidst refleksion og evne til at ændre sit handlerum (Gannik 2005).

Kontrol med vægttabet

En ting er dog, hvad vi umiddelbart kan observere om deltagernes handlerum og handlekompetence ud fra vores forskerperspektiv. En anden ting er, i hvor høj grad deltageren selv føler, at hun kan påvirke det sociale felt, hun befinder sig i som overvægtig barnløs PCO´er med den tilhørende rolle som patient og klient i sundhedssektorregi og som privat person med uformelle og organiserede netværk (Gannik 2005), eksempelvis familie og arbejde.

Vi har indtryk af, at også denne følelse er afhængig af, hvor deltageren placerer sig i forhold til kulturel kapital. Line med den videregående uddannelse føler, at hun selv kan styre sit vægttab: ”*Jeg kan aldrig nogensinde med hundredeogti procent blive gravid, men det med at tabe mig, det kan jeg selv styre”* [10.4:197]. Anne-Mette med den korte erhvervsfaglige uddannelse giver til gengæld udtryk for, at hun synes, det er svært at rykke ved strukturerne: ”*Jeg vil sige, at det er nok mest mit arbejde, der påvirker det, tror jeg, at jeg har svært ved at tabe mig [I: Okay](….)”* [10.3:108]. Anne-Mette placerer her, sandsynligvis ubevidst, ansvaret for sit manglende vægttab i sine arbejdstider.

I artiklen ”Nogle erfaringer med at operationalisere Bourdieu” (Dahl 1996) skildrer sociologen Henrik Dahl modstillingen mellem de traditionelt ”ressourcerige” og ”ressourceknappe”. Uddannelseslængden er i denne ramme en væsentlig plusressource. Ifølge Dahl ser de ”ressourcerige” sig selv som autonomt handlende individer med kompetence til selvstændigt at foretage ændringer i deres situation. Hos de ressourceknappe mere er et spørgsmål om at have heldet med sig. Her mener man altså ikke, at det er muligt at ændre noget ud fra sin egen autonomitet.

De forskelle, vi ser mellem eksempelvis Lines og Anne-Mettes individuelle følelse af kontrol, kan muligvis med reference til Dahl forklares med baggrund i deres vidt forskellige uddannelseslængder. Mens Line med den mellemlange videregående uddannelse har en klar fornemmelse af egen kontrol, viser Anne-Mette med den korte uddannelse, at hun føler mangel på kontrol over strukturerne. Kontrolfølelsen afspejler sig muligvis i deltagernes faktiske vægttab. Gennem vægtregistreringsdataene kan vi se, at mens Line har tabt sig 9,4 kg i studieperioden (uge 0-25), har Anne-Mette i samme periode taget 1,1 kg på. Forklaringen på denne forskel kan muligvis helt eller delvist findes i deltagernes meget forskellige kontrolopfattelser.

4.4.2.3 Netværksressourcer

Ifølge Gannik er netværket en vigtig kilde til ressourcer. Netværkets ressourcer kan overføres til deltagerne i flere forskellige former, jf. 2.3.3. I de følgende afsnit vil vi anskueliggøre, hvilke ressourcemuligheder deltagerne henter i netværket, og hvordan disse påvirker deres handlinger i forhold til PCO og vægttab, herunder opbygningen af den personlige sygdomsmodel, jf. Gannik. Som det fremgår af vores analyseoversigt i 3.7.3, har vi med inspiration fra Gannik inddelt målgruppens netværksressourcer i disse koder: *”Viden”, ”støtte”* og *”social kontrol og – konsekvenser”.* Følgende afsnit tager udgangspunkt i disse koder.

Viden - "Kan du ikke bare spise en kartoffel?"

De fleste mennesker i deltagernes netværk har ikke kendskab til PCO og sygdommens særlige udfordringer i forhold til vægttab. De deltagere, som spiser en PCO -justeret kost oplever, at netværket stiller spørgsmålstegn ved dette kostvalg. Flere af deltagerne følger en helt speciel diæt, som i sig selv er kompliceret, men som synes at virke endnu mere kompliceret for eksempelvis familien. Line siger: *"(…)Det er det, jeg synes, er det sværeste for min familie, de kan ikke forstå, hvorfor: 'Jamen, kan du da ikke bare spise én kartoffel, det er da så sundt?', og der er det altså bare så svært at forklare [I: Ja], og nogen gange opgiver jeg, og så bliver det til: 'Jamen, jeg har sukkersyge, og jeg kan ikke tåle de og de ting' [I: Ja], og så bliver det dér, den er"* [10.4:273]. Fortællingen om familien, der har svært ved at forstå situationen, går igen hos de andre deltagere. Anne-Mette fortæller, at familien lige i starten lavede fedtfattig kost til hende, men at de hurtigt glemte det igen.

Anja fortæller om en svigermor, der tvivler på de nye kostprincipper Anja spiser efter: *"(…) hun er jo netop af den der holdning med, hvad der er sundt, det er jo alt, hvad der er fedtfattigt og maget, ik? [I: jo, mmh]. Leve på en sten [I: ja] af en sten, ik? Og jamen det kan jeg også godt, men jeg taber mig bare stadig ikke [I: Nej]; det gør jeg altså bare ikke"* [10.5:628]. Anja er frustreret over svigermorens manglende vilje til at have tillid til Anjas kostvalg. Svigermoren mener, at hvis Anjas kostvalg skal være gyldigt, må der være flere læger, som kender til principperne bag det, hvortil Anja siger: "*(…) Jeg havde lyst til at skrige til hende: <u>NEJ, det er der bare ik! [</u>I: ja] <u>Forstå det nu!</u> Det er der ikke. Det her det er fandeme en sygdom, hvor dem der har det, selv må finde ud af, hvad det er. Fordi der er ikke nogen læger, der ved det [griner] [I: Nej]. I hvert tilfælde så er der så få af dem, at alle dem der har det, kan umuligt komme til dem, vel?".* [10.5:639]. Line og Anja viser her, at de har ressourcer til at sige fra og definere deres egen normativitet over for det kritiske eller uforstående netværk, måske på grund af deres omfang af kulturel kapital. Ligeledes har Anja informeret både venner og bekendte om sin særlige situation ved at sende pjecer ud til dem om kost og PCO, og hun fortæller, at det er vigtigt for hende også at gøre læger og andet sundhedspersonale opmærksomme på PCO og på de særlige kostprincipper.

Deltagernes nære familie bidrager altså ikke umiddelbart med vidensressourcer. Tværtimod er det en udfordring for deltagerne at skulle lære fra sig og ikke mindst forsvare en tilstand, som de selv kun har begyndende forståelse for. Betina har helt undladt at fortælle sin familie om sin situation, da hun har svært ved at overskue de spørgsmål, der kunne komme fra familien. Måske kan dette bunde i, at Betina stadig befinder i Dervins informationskløft, hvor hun endnu ikke er begyndt at finde mening i den komplekse situation og derfor heller ikke er i stand til at udtrykke meningen over for andre.

Om sin forståelse af sammenhængen mellem PCO og kost fortæller Anja: *"Ja, det er noget jeg først lige har fundet ud af her inden for de sidste …ja, fire måneder.. Efter at jeg er begyndt sådan rigtigt aktivt på PCO forum. [I: Ja, okay, der er gået…]Det er faktisk der, jeg har haft den information, ikke fra lægerne"* [10.5:303]. Mange af deltagerne fortæller, at de henter viden fra deres fælles forum på Internettet, PCOforum.dk, hvor de finder svar på eventuelle spørgsmål og lærer af ligestilledes viden og erfaringer.

Støtte - "Nemmere at gøre det sammen".

Overordnet finder deltagerne en vis støtte og interesse i og omkring deres sygdom fra netværket, men som ovenstående illustrerer, spænder mangel på viden og forståelse i netværket ben for de potentielle ressourcer, der kunne findes her, i særdeleshed når de kommer til den nærmeste familie.

I forholdet til arbejdskolleger og veninder er deltagerne forholdsvis åbne omkring sygdomssituationen. Dette veksler dog mellem deltagerne. Anne-Mette fortæller om to personer i hendes netværk, der støtter hende i forhold til hendes PCO, og som er gode at tale med, og som hun føler at hun får god støtte fra. Betina derimod fortæller her, at hun søger støtte til at overkomme, det hun hentyder til som dovenskab: *"Jeg kunne godt tænke mig en… øh…, man kunne gøre det sammen med, hvis man kan sige det sådan [I: Okay] en øh… [I: Støtte] ja en støtte på en eller anden måde, øh… Jeg synes, at det er svært at hive sig selv op og tænke, nu er det nu, altså hvis man havde en: Nu gør jeg det, vil du med? Altså så er det måske nemmere [I: Ja] øh at komme af sted [I: Okay]"* [10.1:92]. Betina føler sig altså i mindre grad i stand til at forbinde sin sygdom og sine handlinger, men måske er det snarere træthed end dovenskab, der gør det svært at komme i gang. Betina placerer desuden i højere grad kontrollen i omgivelserne, eksempelvis siger hun: *"(…)… og jeg har også sagt til mine omgivelser, altså min mand og mine veninder, at de skal sige noget, hvis jeg bliver sådan én, som bare sidder i sofaen, for det vil jeg ikke øh. Man skal ud [I: Ja], og der har de også sagt okay, og det skal de nok huske"* [10.1:454]. Her lægger Betina, sandsynligvis ubevidst ansvaret fra sig og overfører det til sit netværk. Betina søger den støtte, hun mangler både hos lægen og netværket, men det er, ligesom om hun ikke får etableret støtten, måske fordi hun ikke selv initierer kontakt omkring emnet. Hun benytter heller ikke det fælles forum på Internettet, PCOforum.dk, som er et af de steder, hvor vores deltagere henter støtte fra og et sted, hvor de føler sig forstået i kredsen af ligesindede. Betina giver i interviewet udtryk for, at hun ikke føler et behov for støtte som sådan, men ovenstående viser, at hun måske trods alt har et behov for støtte, men har svært ved at handle sig frem til denne.

De manglende netværksressourcer kan i lighed med øvrige manglende ressourcer spille ind på Betinas handlerum i forhold til vægttabet. Normativitet omkring mad og motion kan have indflydelse på de handlinger, Betina bevidst eller ubevidst vælger at udføre. Gennem vægtregistreringen ser vi, at Betina er en af de deltagere, som stort set ikke taber sig gennem studieperioden. En del af forklaringen på dette kan muligvis ligge i de manglende ressourcer til at handle.

Social kontrol og sociale konsekvenser

Gennem interviewene ser vi den positionering, som vores deltagere indtager og tildeles i forhold til deres overvægt og PCO. Positioneringen udspringer bl.a. af de forforståelser og "fordomme", de bliver eksponeret for i det sociale system og i samfundet generelt. Den sociale kontrol og deltagerens reaktion på denne kan enten være en plus- eller en minusressource i forhold til PCO og vægttab, alt efter hvilke handlinger det sociale samspil afstedkommer for deltageren. Denne vinkel vil være fokus for analysen i nedenstående afsnit.

Hvad tænker folk når de ser mig?

Dét, at overvægten er synlig for deltagerne selv, såvel som for andre, bringer deltagerens selvværd og selvopfattelse på banen. Påvirkningen fra psykiske faktorer spiller en væsentlig rolle i forhold til det at være overvægtig. Line siger herom: *"(…) i det hele taget det med min vægt. Der har det meget at sige om mit selvværd og for min opfattelse af mig selv, for min måde at være på i et parforhold (….)"* [10.4:169]. Line har også en fortid som anorektiker, hvilket i kontrast til det at være overvægtig gør det psykiske aspekt til en bærende del af hendes selvforståelse.

Den synlige overvægt medfører ligeledes uønsket opmærksomhed fra andre omkring deltagernes krop og udseende. Flere af deltagernes udtalelser peger i retning af, at de positionerer både sig selv og andre overvægtige som stereotype, og de omtaler i høj grad dette i negative vendinger. Anja fortæller, hvordan hun oplever andres opfattelse af hendes faglighed i forbindelse med sit arbejde: *(…) Øhm… jo, jeg vil sige, hvad tænker folk, når de ser mig, ik? Altså første gang… jeg vil sige nogen gange, så kan man godt mærke, at man skal langt ind i at være meget faglig, eller hvad skal jeg sige, før folk ligesom begynder at høre efter, altså nu… man kan godt nogle gange føle, at man bliver ikke taget så seriøst [I: Nej], før man ligesom har bevist, at sådan; Nu [I: at man sådan skal bevise lidt mere, ja], men også fordi jeg arbejder i en mandeverden. [I: Nå, okay. Ja] Så det kan også betyde noget"* [10.5:867]. Anja føler sig altså placeret i en specifik position, både fordi hun er overvægtig, men også, fordi at hun er kvinde. I Anjas optik ser andre mennesker hende som overvægtig og dermed også som et mindre intelligent menneske.

For Anja betyder overvægten også, at hun konstant føler, at hun skal forudse alle situationer og overveje, hvad de indebærer. Hun siger: *"(….) altså, det er det værste i verden jeg ved. [I: Nåh] Fordi de der flysæder kan man bare ikke være i. [I: Nej] Og når man skal have noget at spise, så er det ikke sikkert min bakke, den kan være der, når man skal slå den ned, og det værste er, hvis man får det forreste sæde, hvor bakken sidder nede i sædet. [I: Nårh..] For så kan du ikke få den op [I: Nej. Nå, nej, nej] For eksempel. Biografen. Det er ikke alle biografsæder, der er rare at sidde i. Men øh…. svømmehallen det er bare no go…"* [10.5:873]. Dét at sidde i en flyvemaskine er en udfordring for Anja, det er fysisk ubehageligt, og hun tiltrækker sig uønsket opmærksomhed. Udover at det er en fysisk ubehagelig situation i flyet, er det også en psykisk ubehagelig situation, og sammen med sin fortælling om ubehaget ved at befinde sig i en svømmehal tolker vi hendes psykiske ubehag som et udtryk for følelsen af skam. Som Lupton påpeger, handler kroppens fremtoning på den ene side om noget, man kan være stolt over, hvis den vel og mærke lever op til de accepterede normer om tiltrækning og social accept. Og i modsat fald bliver kroppen genstand for bekymring og skam (Lupton 1998). Anja føler sig så psykisk hæmmet af overvægten, at det begrænser hendes liv. Hun siger: *"(….) jeg har så mange psykiske aspekter i det. [I: Mmh] Altså der er SÅ mange ting, som jeg afholder mig fra at gøre. Som jeg har gjort før jo. Fordi jeg ikke har været så overvægtig som jeg er nu, og som jeg siger: Giv mig mit liv tilbage"* [10.5:814]. Anja udtrykker her, at hun føler sig begrænset i hverdagen i forhold til almindelige gøremål. Igennem interviewet nævner Anja flere eksempler, som viser, at hendes billede af sit liv og sine muligheder i sociale sammenhænge har ændret sig i takt med, at hendes overvægt er blevet mere og mere markant.

Man skal jo ikke ha' skæg, vel?!

Flere af deltagerne har uønsket hårvækst og uren hud, som de kæmper med. Dette er med til at gøre hverdagen besværlig, blandt andet med barbering om morgenen. Hårvæksten påvirker samtidig tankerne om udseendet negativt. Anja udtrykker det her helt tydeligt: *"Ja, uønsket hårvækst. Den er rigtig led [I: Ja], som jo gør, at man ser sådan her ud, ik'? (viser sin kæbelinje)[I: Ja]. Fordi det der hårvækst gør bare… man skal jo ikke have skæg, vel? [I: Nej] OG så fjerner man dem, og så øh, så har man den her tendens til at få uren hud oveni, ik'? (…) Rigtig, rigtig irriterende [I: Ja](….) Jeg har skægstubbe en halv time efter, jeg har barberet det [I: Ja, okay, så..] næsten groft sagt (….) Det er også det jeg mener (laver opkast lyd) ik´?'"* [10.5:1152]. Som et andet eksempel, der fremhæver følelsen af bekymring og skam, er den måde Anja her beskriver, hvordan hun hele tiden er opmærksom på sit udseende, her pga. hårvækst: *"Sommeren, ih hvor er det fedt med al den sol, men hold kæft, hvor er det træls, fordi [I: ja] bare jeg skal gå med en lille smule stumpede bukser, så skal jeg hele tiden passe på (…) eller være ligeglad, og det kan jeg ikke, det er ikke lige*

mig, vel?" [10.5:1160]. Anja forbinder altså skægvækst med noget direkte ulækkert, og det peger i retning af, at hun skammer sig over det. Ligeledes fortæller deltagerne andre steder i interviewene, hvordan de oplever at blive positioneret af andre i forhold til deres udseende og i en vis grad ligeledes, hvordan de positionerer sig selv. Anja udtrykker sin oplevelse af bevægelsesblokeringen, jf. 2.3.5, med fortællingen om, at hun føler sig hæmmet i sine udfoldelsesmuligheder pga. sin hårvækst, da hun fx ikke kan gå i korte bukser om sommeren.

Synligheden af overvægten og i særdeleshed tendensen til det øgede fedtmængde på maven betyder, at vores deltagere bliver stillet over for nærgående spørgsmål, som eksempelvis handler om andre menneskers formodninger om graviditet. Det gør, at deltagerne føler sig forpligtede til at forklare deres udseende. Anja beskriver her ubehaget ved, at andre mennesker giver deres mening til kende om, hvordan de ser hende: "*Det er bare ubehageligt. Altså når man ikke….ja, børn…børn…det værste er børn. Voksne de er bedre til at holde deres kæft ik? [I: Ja, ja, ja] Men man føler sig alligevel….Børn, især skolebørnsalder [I: Nå, ja] Små børn, de er sådan mere, de er sådan mere…nysgerrige…hvorfor er du, hvorfor har du så tyk mave, ik? [I: Mmh] Men hvor det er sådan, når de bliver lidt ældre, så er det mere sådan: Nej, se hende den fede. Ad, hvor ulækkert, og så… det kan jeg bare slet ikke. Jeg kan ikke overhøre det. Og jeg kan ikke bare lade som ingenting. Fordi jeg bliver ked af det. [I: Ja. Ja]Det går mig på, ik?"* [10.5:887]. Anja bliver udstillet af andre som værende uattraktiv.

De valg vores deltagere træffer omkring mad påvirkes af, hvordan deltagerne antager, at andre mennesker positionerer dem. Anja føler sig set ned på, hvis hun tillader sig at spise en is i offentligt rum, og Betina føler sig overvåget i kantinen på sit arbejde. Hun fortæller*: "(….)Altså sådan jeg prøver at virke okay, sådan at de andre tænker, at hun er en lidt større pige, så måske skulle hun tage noget andet på tallerkenen i stedet for [I: Så du tænker faktisk over, hvad andre folk må tænke om det, du spiser?]. Ja, det gør jeg faktisk"* [10.1:101]. Betina beskriver her sin position i forhold til andres forventninger til hendes adfærd, og hvordan hendes handling under frokosten udspiller sig i forhold til den position, hun befinder sig i. Betina fortæller videre om, at hun vælger at købe sit tøj over Internettet for at undgå, at nogen lægger mærke til, hvilken størrelse hun bruger. Som Lupton påpeger, betyder den fysiske fremtoning meget for, i hvilket omfang omverdenen vurderer, at vi er i besiddelse af selvkontrol. Derfor vil Betinas forsøg på at spise en let frokost demonstrere over for andre, at hun besidder selvdisciplin, hvis de skulle være af anden overbevisning (Lupton 1998).

Flere af deltagerne fortæller om deres følelse af at være nødsaget til at forsvare, hvad de spiser og hermed forsvare selvkontrollen og også retten til at træffe egne valg. Anja siger: *"Altså det er jo også det, som… på nogle punkter. Der bliver jeg snart en lille smule træt af, at jeg skal forsvare, hvad det er jeg spiser, for man kan godt se, nogle folk, de synes, det er noget underligt noget, ik?(…) Altså, nogle gange gider jeg bare ikke diskutere mere, hvorfor det er, som det er"* [10.5:583]. Hun fortæller samtidig om, hvordan hun oplever, at andre har visse antagelser om hende og hendes familie samt gode råd: *"Så, men altså, hvor de har været ude fra børnehaven med løftet pegefinger, lige da han var startet, ik? [I: Nå. Nå. Okay] Hvor… kan man sige, hvor jeg havde det lidt sådan, jamen det er så, fordi de kigger på os, ik´? [I: Mmh]Kan man sige overvægtige forældre, så er det barn også overvægtig. Men det var han ikke"* [10.5:1027]. Ifølge sociolog Nanna Mik-Meyer (Mik-Meyer 2008) er der, samtidig med stigningen i antallet af overvægtige mennesker i Danmark, sket et skift i vores samfund, som gør det mere legalt for omgivelserne at blande sig i andre folks overvægt. Det er derfor tilsyneladende legalt for pædagogerne i sønnens børnehave at påtale deres formodning om overvægt hos den lille dreng. Ifølge Lupton er der tilbøjelighed til, at den overvægtige krop somme tider anses for at være potentiel syg, og det er med dette perspektiv sandsynligt, at pædagogerne i børnehaven anser familien for at være i risikogruppen for senere at blive syge (Lupton 1998).

I interviewet med (AB) støttes disse fortællinger om, hvordan mange kvinder med PCO præsenterer og dermed positionerer sig selv på baggrund af deres oplever i omgivelserne, her i behandlingssystemet: ***"****Men dem har jeg også stødt på, de der: "okay, jeg er kæmpestor, jeg har skæg, jeg kan ikke få børn, og så vil de sgu ikke behandle mig [I: Ej] og alderen – hvor lang tid tager det at tabe 35 kilo eller hvor meget det er, og så bliver man også ældre, og man får tudet ørene fulde af, at 'du må ikke blive for gammel', og det er dybt frustrerende "* [10.6:109].

Men jeg er desværre også doven!

Også andre symptomer på PCO synes at medvirke til situationer, hvor vores deltagere føler sig anderledes, og hvor dette bliver hæftet på deres personlighed snarere end på deres sygdom. Eksempelvis fortæller Betina om sin manglende motivation: ***"…*** *men jeg er desværre også doven, har jeg fundet ud af, og jeg er ikke god til at sige, nu gør jeg noget ved det, men jeg vil rigtig rigtig gerne gøre noget ved det, og nogle dage tager fanden ved mig, og så går jeg en lang tur eller et eller andet, men der er desværre langt imellem [I: Okay], men jeg vil rigtig gerne… altså tage mig selv i nakken og sige, nu gør jeg det…(…)"* [10.1:15]. Betina begrunder altså her sin manglende motivation ved at positionere sig selv som doven, men i virkeligheden giver hun udtryk for en følelse af træthed, som er et af de karakteristiske symptomer ved PCO. Anja oplever det således: *"… men så er det dét med trætheden. Altså den der manglende energi. Man*

bliver så asocial, hvor man nogle gange virkelig skal hanke op i sig selv og så sige: DU SKAL BARE DET HER. Og hver gang jeg skal et eller andet, har jeg næsten altid lyst til at melde afbud… jeg gider bare ikke… jeg orker det bare ikke. Og det er ikke fordi, jeg ikke har lyst, men det er bare det der: Årh nej, jeg skal virkelig tage mig sammen, ik'?" [10.5:1164]. Anja oplever det ikke som direkte dovenskab, men som en væsentlig barriere for mange gøremål i hverdagen generelt, herunder det sociale, såvel som i vægttabsprocessen.

Ellers så duer de ikke til noget!

Alle de interviewede deltagere fortæller om skyldfølelse og selvbebrejdelse . Følelsen af ikke at leve op til egne og andres forventninger påvirker dem meget. Det gælder eksempelvis forventninger om, at kvinder skal kunne opnå graviditet og føde børn. Anja udtrykker det således: *"(….)Nå, men hvis han nu gerne vil have flere børn, så går han da bare ud og finder en anden, der kan få nogle børn ik´? [I: Mmh] Altså, hvor jeg også har været ovre i den bane og tænkt: Åhh [sukker] hjælp, ik? Jeg lever ikke op, til det man skal…., hvad der forventes af mig. Man kan jo nærmest gå helt tilbage til den oldnordiske tankegang: Nå, men kvinder skal <u>bare</u> føde nogle børn [I: Mmh] Ellers så duer de ikke til noget, ik´? Altså [laver opkast lyd], ik altså? [I: Mmh] (….)Det påvirker ens humør <u>helt vildt meget,</u> ik´?"* [10.5:1233]. Anja udtrykker her sine frustrationer over barnløsheden og følelsen af ikke at være god nok som kvinde. Manglende selvtillid opleves, ifølge Lone Smith (Smith, Februar 2006) af mange ufrivillig barnløse kvinder netop pga. barnløsheden. Måske fordi de som Anja oplever barnløsheden som selvforskyldt og betragter den som uacceptabel langt hen ad vejen.

4.4.2.5 Sundhedsforståelse og handlekompetence

Deltagernes sundhedsforståelse har betydning for, hvilke handlinger de mener, at de bør foretage ift. egen sundhed, i nærværende situation ikke mindst vægttab. Sundhedsforståelsen kan påvirke den mentale tilgang til vægttab - hvilke tanker gør deltageren sig om, hvorfor hun skal tabe sig i vægt? Er det primært for ikke at blive syg, eller vil vægttabet påvirke den psykiske livskvalitet i hverdagen her og nu? Sundhedsforståelsen kan betyde en del for, på hvilken måde deltagerne føler sig motiverede til vægttab, og hvem de ser som aktører i denne proces – sig selv, eller andre. Sundhedsforståelsen kan i denne optik anskues som en ressource, der påvirker holdningen til, hvor mange aktørmuligheder der findes inden for de givne strukturer. Kendskab til den måde, kvinder med PCO anskuer sundheden på, har blandt andet betydning for forståelsen af kvindens valg i hverdagen, og for den måde sundhedsviden mest hensigtsmæssigt formidles og italesættes i en kommunikationskontekst.

Sundhed er afsavn

I interviewene finder vi en vis konsensus blandt deltagerne om at læne sig over mod den traditionelle sundhedsforståelse. Det viser sig i fortællingerne ved tendensen til at sætte velvære og sundhed i kontrast til hinanden og snarere se begreberne som enten/eller end som både/og.

Udtalelser på tværs af deltagernes kapitalomfang illustrerer dette. Anja siger: *"(….) jeg vil også enormt gerne tabe mig[I: mmh], men jeg vil lige så gerne have det godt"* [10.5:342] understreger denne modstilling. Ligeledes giver Anne-Mette udtryk for, at den kost, hun skulle spise for at tabe sig, og som kæresten lavede til hende, ikke var forbundet med nydelse: *"(…) han var god til at lave det skrammel, som jeg skulle æde, så det var fint nok (griner)*" [10.3:412]. Betina udtrykker heller ikke en sammenhængsfølelse mellem velvære og vægttabskost: *"(…) men jeg har det jo godt, og jeg synes selv, at jeg er et glad menneske, og man oplever også bare rigtig mange af dem, der er på slankekur hele tiden, og de sådan, ej, jeg må hellere spise en banan, og så har du det da ikke godt"* [10.1:187].

Deltagerne viser, at de ikke nødvendigvis sætter lighedstegn mellem sundhed/vægttabskost og nydelse. Med udgangspunkt i Jensen bliver sundhed lig med afsavn. Dette fravær af lyst i forbindelse med vægttab kan naturligvis påvirke vægttabet negativt. Deltagernes forankring i den traditionelle sundhedsforståelse kan være medvirkende til, at deres handlekompetence i forhold til vægttab ikke udvikles. Ifølge Jensen er afsavnsideologien udbredt i hele vores samfund, som resultat af den traditionelle snævre, naturvidenskabelige og sygdomsorienterede sundhedsformidling. Samtidig er den en barriere i nutidens sundhedsformidling, da den åbenbart er så integreret i vores holdninger eller habitus, om man vil, at den spænder ben for den demokratiske sundhedsanskuelse, som ellers kunne skabe handlekompetence til forandring via indsigt hos individet (Jensen 2006).

"Alle de der sundhedseksperter og de kloge hoveder"

Trods konsensus i denne del af sundhedsforståelsen afspejler interviewene trods alt en forskel i den måde, deltagerne italesætter deres forhold til sundhedsområdet og positionerer sig i forhold til det. Malene, som ikke har en omfattende kulturel kapital, synes ikke at føle sig som en del af det felt, der definerer sundheden: *"Jamen, det får man jo proppet ind i hovedet hele tiden [I: Okay]. Lige meget hvor du læser eller slår op, så er det dét de siger, og så må det jo være dét, det er [I: Og de, hvem er det?] Jamen, det er de kloge hoveder… alle de der sundhedseksperter, og hvad der ellers er [I: Okay, så det er dem, du hører efter, hvad siger?] Ja"* [10.2:292]. På spørgsmålet om Malenes interesse i at tabe sig, svarer hun endvidere: *"Det skulle jeg jo gerne. [I: Ja]. Det siger fertilitetsklinikken jo, at jeg skal"* [10.2:18]. Malene har et snævert

sundhedsbegreb, hvor sundhed bliver lig med afsavn, og hvor det opfattes, som noget hun skal overtales til jf. Jensen 2000. Da Malene desuden ikke føler sig som en del af feltet, bliver det sværere for hende at interagere i det, og den passive rolle ligger umiddelbart nærmere, end den gør for eksempelvis Line og Anja, som for det første italesætter forholdet til sundhedsformidlere i en mere ligeværdig tone og desuden udveksler deres kapital i feltet ved, at de stiller krav og er kritiske, hvilket samtidig udvider deres magt og handlerum, jf. Gannik 2005.

Ansvar og skyld

Som tidligere nævnt, beskriver flere af deltagerne en skyldfølelse i forbindelse med deres PCO og i særdeleshed i forbindelse med deres overvægt. Jensen giver gennem sin indfaldsvinkel til det snævre sundhedsbegreb (Jensen 2006) en forklaring på, hvordan denne skyldfølelse opstår. I den snævre sundhedsforståelse beror handlinger forbundet med livsstilen udelukkende på individet, og levevilkårene overses som en mulig faktor, der kan påvirke individets handlemuligheder. Denne forståelse placerer ansvaret hos individet, og hermed dannes der grobund for skyldfølelsen over at befinde sig i den ”ikke-sunde” tilstand (Jensen 2006). Interviewsvarene på dette område bærer alle præg af en ansvarsfølelse hos deltagerne. Vores deltagere giver udtryk for, at de mener, at de skal handle for at opnå vægttab og bedring af PCO-symptomerne. Der forekommer dog en todeling af, i hvor høj grad ansvarsfølelsen er forbundet med ubehag eller påtvungethed, som igen kan henføres til kapital. Hos de tre deltagere med korte uddannelser synes der netop at være en skyld og belastning forbundet med at føle dette ansvar. Det er også i denne gruppe, vi mest markant møder skyldfølelsen over eksempelvis ikke at føle sig i stand til at dyrke motion pga. manglende tid eller energi. De to deltagere med længere uddannelser påtager sig i højere grad af egen ”fri” vilje lederskabet (ejerskabet) over deres vægttab, og føler sig ikke i samme omfang skyldige over for omverdenen.

Ifølge Jensen er holdningen inden for det traditionelle sundhedsparadigme, at de syge selv bærer skylden for deres sygdom, for ”de kunne jo bare have ladet være” med fx at spise sig til overvægt. Denne ideologi har i en årrække været kritiseret for at stemple i forvejen udsatte grupper, og for at overse, at handlinger netop sker i tæt tilknytning til levevilkår (Jensen 2006). Mulighederne for handling synes ikke at ligge ”frit for” da de individuelle muligheder i levevilkårene, i.e. i strukturerne, påvirker deltagerne i en sådan grad, at anskuelsen og kommunikationen om sundhed er nødt til at tage et relativt, situationelt og individuelt udgangspunkt, da den ellers vil miste den ”effekt” eller ”komplians”, som i første omgang var intentionen, i alt fald inden for det medicinske paradigme, jf. Jensen (Jensen 2006), Gannik (Gannik 2005) og Dervin (1980).

4.4.2.6 Opsamling - del 2

Selv om motivationen til vægttab er til stede hos alle deltagere viser ovenstående analyse, at deltagernes ressourcerådigheder over Ganniks tre ressourcetyper er forskellige. Deltagernes forståelse for deres sygdom og deres handlerum bliver derfor tilsvarende større eller mindre, hvilket har betydning for udviklingen af sygdomsmodellen. Jo færre videns- og støtteressourcer deltagerne har både formelt, privat og i netværket jo sværere vil det være for dem at få besvaret deres spørgsmål uden om det etablerede behandlingssystem. Muligheden for at komme ud af bevægelsesblokeringen bestemmes i vid udstrækning af deltagerens omfang af kapital samt hendes individuelle habitus.

Deltagernes oplevelse af, at blive positionerede i forhold til deres overvægt og deres PCO placerer dem i en social problematik, som afspejler sig i deres selvfølelse og selvtillid. Følelsen af ikke at kunne leve op til normer om, hvad man "skal" og "bør" medfører skam og skyld. Disse følelser kan virke mentalt drænende, og de kan tappe den energi, der måske ellers kunne bruges på at komme videre i bevægelsen mod målet om vægttab, graviditet og en bedring af PCO.

Deltagerne er præget af den traditionelle sundhedsforståelse, der i større eller mindre grad afhængigt af deres øvrige ressourcer er med til at påvirke deres handlekompetence og handlerum negativt i forhold til vægttab. Der er dog forskel på, i hvor høj grad deltagerne føler sig som en del af sundhedsfeltet. De deltagere, der føler sig uden for feltet har sværere ved at etablere handlinger, der kan fremme deres sundhed og vægttab, og samtidig føler de sig tilsyneladende mere skyldige i deres overvægt.

Del 5. Diskussion af undersøgelsens metoder og resultater

Den samlede undersøgelse er udført med baggrund i vores formål, hvilket resultaterne efter vores mening afspejler. Refleksioner undervejs i processen har dog givet anledning til, at vi har måttet revurdere visse dele af vores metodiske valg i forhold til både formålet og validiteten af resultaterne. Nedenfor vil vi komme ind på disse faktorer.

5.1 Det multidisciplinære perspektiv og triangulering

Specialets integration mellem tre fag med meget forskellige epistemologiske og ontologiske antagelser medfører, at fagenes forskellige traditioner inden for teori- og metodeanvendelse kan synes vanskelige at integrere. Det vil derfor være naturligt at stille spørgsmålstegn ved, om kombinationen af forskellige fag og metoder overhovedet kan give anvendelige resultater. Ifølge Spicer (Spicer 2004) handler de kritiske

argumenter mod multidisciplinaritet og triangulering blandt andet om, at tilgangen er baseret på en naiv realisme, hvor man antager, at "virkeligheden" bedre kan skildres vha. flere metoder, men hvor man ikke erkender, at resultaterne i sidste ende vurderes og tolkes individuelt forskelligt (ibid). Efter vores opfattelse kan vi med vores undersøgelse dog imødegå kritikken, idet vi ikke læner os op af en naiv realisme, men netop antager, at der findes flere virkeligheder, og at hver virkelighed er individuelt fortolket. Vi påstår således ikke, at vores resultater beskriver og afdækker en endegyldig sandhed, men vi mener, at vi har givet et billede på den kompleksitet, som findes i det situationelle, helhedsorienterede sygdomsbillede.

5.2 Spørgeskemabesvarelser og vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering

5.2.1 Spørgeskemaer

Visse spørgsmål i skemaet blev ikke besvaret i den kontekst, vi havde lagt op til ved udformningen af spørgsmålene. Især viste punkterne 8F-H og 10.A.1 og 10.B.1, at ikke alle deltagere havde forstået vores intention med spørgsmålene. Disse spørgsmål har muligvis været svære at overskue på grund af deres udformning, hvilket selvfølgelig giver mindre pålidelighed af svarene. Med udgangspunkt i Olsen (Olsen 2005) har spørgsmålene muligvis ikke været entydige nok.

Ud fra en kvantitativ forståelse nedsættes validiteten af svarene i del 10 B (samtale med sygeplejerske), da kun 10 deltagere har besvaret denne del. Vi mener dog under alle omstændigheder, at oplysningerne kan være nyttige til beskrivelse af deltagernes oplevelser, især når disse senere udbygges gennem den kvalitative undersøgelse, hvilket er tilfældet i dette speciale.

Vi havde på forhånd haft i tankerne, at den forholdsvis omfattende længde af spørgeskemaet kunne påvirke svarlysten og svarprocenten. Ud af 35 udsendte skemaer fik vi ikke desto mindre 33 retur, hvilket svarer til en svarprocent på 94,3. Det høje tal kan være betinget af, at vi har holdt tæt kontakt til deltagerne under studieforløbet. Efterfølgende har vi reflekteret over nødvendigheden af længden i spørgeskemaet. Meningen med det omfattende skema var at anskueliggøre kompleksiteten i problemstillingen. Dog har vi senere erkendt, at vi kunne have indsnævret kategorierne yderligere, idet det har været vanskeligt tidsmæssigt at behandle alle kategorierne fyldestgørende, selv om vi stadig mener, at alle undersøgte dele har en beskrivende værdi. Især i forhold til del 3 ville vi dog gerne have udbygget resultatbehandlingen mere, hvis tiden havde tilladt det.

Pålideligheden af svarene i del 3 om kost kan påvirkes af, at vi har valgt kun at spørge til to dages kostindtag. Da vi har spurgt til de allerseneste dage, vil svarhukommelsen normalt være frisk, og derfor vil

svarenes pålidelighed sandsynligvis ikke være påvirkede af hukommelsen. Desuden har langt hovedparten af deltagerne besvaret kostdelen udførligt, hvilket styrker validiteten. Dog er det spørgsmålet, om to dages registrering er nok til at udgøre et repræsentativt eksempel på deltagerens normale kost. Normalt vil kostregistreringer inddrage tre dage for at få et repræsentativt billede (Kost & Ernæringsforbundet), men under hensyntagen til spørgeskemaets fulde længde har vi ved afkortning af kostregistreringen villet forhindre, at deltagerne mistede motivationen, før alle besvarelserne var færdige.

5.2.2 Vægt-, taljemåls-, og menstruationsregistrering

Selv om de statistiske analyser af vægttab, taljemål og menstruation/fekunditet og sammenhængen mellem disse i flere tilfælde mangler statistisk signifikans, kan analyserne tjene som grundlag for nye hypoteser om hvilke sammenhænge, der vil være relevante at teste i kommende undersøgelser.

Det samlede vægttab

Hoeger et al. har foretaget et studie, hvor metode og deltagerkarakteristika i en af delgrupperne er forholdsvis sammenlignelige med vores. Deltagerne i denne gruppe interveneredes udelukkende med diæt, som ikke var standardiseret, men dog tilstræbte dagligt energiunderskud. Dette studie fandt en gennemsnitlig vægtændring på -2.8 % blandt 11 deltagere, der havde fulgt den ikke standardiseret diæt gennem 24 uger, dog under standardiseret kostvejledning en gang om ugen (Hoeger et al. 2004). Vores studie viser en lidt højere gennemsnitligt vægtændring (4,5 %), men resultaterne er dog med 1,7 % forskel alligevel relativt tæt på hinanden.

Hastigheden af vægttab

Der er tendens til, at vægttabet går særligt hurtigt i starten af perioden (fra uge 1-7) for herefter at stabilisere sig (uge 7 – 25). Ifølge Garrow et al. er det en almindelig observation, at et vægttab går hurtigt i starten og siden langsommere. Dette tilskrives for det første, at der i starten udover fedt også tabes meget glykogen og vand. For det andet bliver personen, som skal tabe sig efterhånden mindre opmærksom på sin kost, med risiko for højere energiindtag. Herudover nedsættes den metaboliske rate i takt med vægttabet, hvorved vægttabet ved den samme energireduktion vil foregå langsommere (Garrow et al. 2000). Det er derfor ikke overraskende, at kurven bliver mere jævn efter de første 5 ugers vægttab.

Opnåelse af 5 % vægttab

Et studie af Crosignani et al. fandt, at tiden der gik, indtil deltagerne opnåede 5 % vægttab, svarede til en median på 42 dage (21 – 77 dage), hvilket omregnet til gennemsnit svarer til 7 uger (49 dage)(Crosignani et

al.). I vores studie ligger den samme gennemsnitstid på 10,8 uger. Forskellene kan sansynligvis forklares med forskellen på diæter, idet Crosignani et al. anvendte en standardiseret diæt på 1200 kcal/dag, modsat dette studie, hvor fravær af standardisering giver større sandsynlighed for et højere dagligt kalorieindtag samt udsving i dette gennem perioden. Forskellen kan også ligge i stikprøvestørrelsen, som er 25 i Crosignanis studie mod 10 deltagere (de som har tabt sig > 5%) i dette studie, men vi mener stadig, at resultatet kan tjene som et udgangspunkt for forventninger til vægttabet rent tidsmæssigt i en mere lokal sammenhæng, eksempelvis på fertilitetsklinikkerne i Danmark.

Taljemålsændring mod vægtændring

Årsagen til, at vægt- og taljemål ikke "følges ad" i starten af forløbet kan være begrundet i unøjagtige talje- eller vægtmålinger, og for uge 2- 6 kan misforholdet måske skyldes, at der normalt går længere tid inden det er muligt at måle sig til ændringer i taljeomfanget, da disse ændringer er mere marginale og sværere at måle nøjagtigt sammenlignet med vægten. Udsving i de individuelle målinger fra uge til uge kan også have betydning.

Fekunditet/menstruation og vægttab og taljeændring

Dette studie fandt i lighed med et studie af Van Dam et al. i en tilsvarende målgruppe, ikke signifikante sammenhænge mellem hverken vægttab eller taljeomkreds og hyppigere ægløsninger (Van Dam et al. 2004). Forklaringen kan være, at begge studier opererer med små stikprøvestørrelser og, at resultaterne dermed mister styrke. I studiet af Van Dam et al. deltog 15 kvinder med PCO. En anden forklaring kan være, at selv om insulinfølsomheden forbedres, er det ikke alle, som reagerer med ændringer i de reproduktive parametre. (Heard et al. 2002).

Menstruation som udtryk for fekunditeten

I et studie af overvægtige kvinder med PCO anvender Tang et al. cyklusmønstre som udtryk for ovulation. Ifølge Tang et al. har en række studier brugt dette parameter til at vurdere den reproduktive funktion hos kvinder med PCO (Tang et al. 2006). På baggrund af dette samt vejledning fra Fertilitetsklinikken Region Sjælland[29], har vi valgt menstruation som udtryk for fekunditeten, da menstruationsmønsteret har været det bedst mulige effektmål i forhold til at vurdere forekomsten af ægløsning under dette studies rammer.

[29] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

5.2.3 Kombianalyser: Spørgeskemaer og vægt-, taljemåls, og menstruationsregistrering

Samlet set kan resultaterne af kombianalyserne bidrage med et grundlag for ny viden om associationer mellem vægttab og parametrene GI, fysisk aktivitet, kostvejledning, uddannelse, kontrolfølelse og sundhedsforståelse. Selv om kun en enkelt af analyserne viser statistisk signifikans, kan analyserne i lighed med vægt-, taljemål og menstruatinsresultaterne tjene som grundlag for nye hypoteser, og resultaterne kan muligvis bruges i større poolede undersøgelser.

Glykæmisk indeks (GI) og vægttab

Analysen af associationer mellem SI og vægttab peger hen imod, at den gruppe, der spiser mad med et relativt lavere GI, også er den gruppe, der taber sig mest. Forskellene mellem grupperne er dog ikke statistisk signifikante. Lignende studier blandt overvægtige kvinder med PCO fandt heller ikke statistisk signifikante sammenhænge mellem diættype og vægttab (Stamets et al. 2004, Moran et al. 2003).
Der er dog foretaget studier blandt overvægtige generelt, som viser signifikante effekter på området. To studier af Meckling et al. og Brehm et al. i effekten af lavt glykæmisk indeks/ kost med meget få kulhydrater versus kost med et højere glykæmisk indeks blandt overvægtige kvinder viste signifikante resultater i form af et øget vægttab i gruppen med den lav-glykæmiske kost/få kulhydrater (Meckling et al. 2002).
Indtil videre er det altså uafklaret, hvorvidt størrelsen af det glykæmiske indeks i kosten har en effekt på vægttab blandt kvinder med PCO, men da studier blandt overvægtige uden PCO tyder på en effekt, skyldes den manglende statistiske signifikans muligvis for små stikprøvestørrelser. Desuden kan dette studies resultat påvirkes af metodiske bias. Som nævnt har vi anslået mængderne af frugt og grønt. Disse data kan derfor reelt være anderledes. Da frugt og grønt dog stort set ikke bidrager med SI-point, er det udelukkende problematisk i forhold til mængdejusteringen. Desuden er deltagernes kost ikke energiberegnet, da oplysningerne ikke er præcise nok til dette, hvorfor analysen ikke tager højde for forskelle i energiindtag. Samtidig er der en vis risiko for, at deltagerne undervurderer deres kostindtag (Livingstone et al.2003).

Fysisk aktivitet

Paradoksalt nok viser analyserne af sammenhængene mellem fysisk aktivitet og vægttab det omvendte af vores forventninger, idet begge tests viser, at den gruppe, der taber sig > 5 %, også er den gruppe, der bruger mindst tid på motion i fritiden. Det overraskende resultat kan have flere årsager, herunder svigtende hukommelse, forskelle i individuel vurdering af aktiviteternes tidsmæssige omfang i svarøjeblikket, over- og underrapportering og ændringer i motionsvaner fra svartidspunktet til senere tidspunkter. Der er desuden kun spurgt til 14 dage, og derfor kan det reelle omfang i løbet af de 26 uger

være anderledes end oplyst. Testen skelner ikke mellem aktivitetsintensitet, hvilket gør det vanskeligt at adskille aktiviteterne i forhold til energiforbrug, og dette kan influere på resultatet. Desuden inddrager testen kun aktiviteter i fritiden. Fysisk aktivitet på arbejdet kan derfor være en faktor der påvirker udfaldet.

Dog har de fleste deltagere stillesiddende arbejde, og ingen har hårdt fysisk arbejde, hvorfor denne faktor angiveligt vil være af mindre betydning. Kosten kan til gengæld være en confounder, idet de deltagere, der dyrker motion, måske har et højere dagligt energiindtag, som ikke modsvarer forbrændingen ved aktiviteten. Multivariate analyser kunne i dette tilfælde have været anvendt til at isolere en evt. indflydelse fra kosten. Et studie af Palomba et al. (Palomba et al. 2008), som sammenlignede to grupper overvægtige kvinder med PCO, der fulgte henholdsvis et træningsprogram og et diætprogram, fandt ved sammenligning af grupperne signifikant højere vægttab i den gruppe, som havde fulgt diæten, hvilket tyder på, at kostændringer i højere grad promoverer vægttab end ændringer i den fysiske aktivitet.

De tidligere studier, som viser sammenhæng mellem fysisk aktivitet og vægttab, har baseret deres studieramme på en længere periode end dette studie(The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group , Farshchi et al. 2007). Det kan derfor tænkes, at perioden i dette studie er for kort til at påvise effekt af motion.

Kostvejledning og vægttab

Studiet fandt ikke positive associationer mellem kostvejledning og vægttab. Resultatet kan være influeret af, at parameteren ”kostvejledning” ikke er standardiseret, men blander flere faggrupper og vejledningssituationer. Vi ved desuden ikke, om de deltagere, der har svaret ”ja” til at være henvist til kostvejledning, rent faktisk har modtaget denne på svartidspunktet. Da spørgeskemaundersøgelse og interviews endvidere tyder på, at de fleste deltagere ikke føler, at de kan anvende kostvejledningen i praksis, kan dette også være en faktor som påvirker resultatet.

Øvrige overvejelser

Faktorer som fejlmålinger og individuelle forskelle i måling af taljemål og vægt kan have betydning. Det kan minimere validiteten af standardiseringen, at alle målinger er selvrapporterede, og at der er anvendt forskellige vægte eller, at taljemålet er målt forskellige steder fra individ til individ og fra gang til gang. Vi har tilstræbt at minimere disse risici ved at lave udførlige vejledninger, jf. bilag 4 + 5. Deltagernes oplysninger om cyklusmønster inden start er for de flestes vedkommende baseret på hukommelse, hvilken

kan svigte. Dog er de fleste af vores deltagere generelt opmærksomme på deres cyklus netop pga. deres situation med PCO, og derfor er denne fejlkilde nok mindre væsentlig.

Manglende data gennem ugerne kan påvirke udfaldene af de ugentlige gennemsnit og de individuelle beskrivelser. Stigningen, som ses i både vægtudvikling og til dels i taljemål mod slutningen af studiet (uge 20-24), skyldes formentligt manglende data fra 2 af de deltagere (7 og 14), der har relativt lave værdier af vægt- og taljemål. Havde vi haft disse data, havde kurven sandsynligvis været forsat nedadgående. Vi har dog data for start og slutvægt/taljemål for alle deltagere så sammenligninger mellem uge 0 og uge 25, hvor eksempelvis samlet vægttab og procentmæssigt samlet vægttab er pålidelige.

De fire graviditeter i perioden udgør naturligvis bias i forhold til ”antallet af menstruationer” og ”menstruationsændring” i perioden samt til en vis grad også den afsluttende vægt i uge 25. Vi har udelukket den deltager, der blev gravid tidligt i forløbet (uge 10), men har valgt at inkludere de andre tre deltagere i analyserne. Det har været en afvejning af at miste tre personer fra den i forvejen lille stikprøvestørrelse imod, hvor stor en fejlkilde graviditeterne ville udgøre. Da graviditeterne ligger relativt sent i forløbet, og derfor endnu er tidlige graviditeter, har vi vurderet, at gevinsten ved at bevare deltagerne var større end de bias, vi måtte risikere ved deres graviditeter i form af vægtstigning og øget taljeomfang.

Vi har ingen standardiseringsprincipper om vægtens opførsel forud for uge 0. Eksempelvis har en af vores deltagere (15) tabt sig meget umiddelbart forud for undersøgelsen og oplyser, at hendes menstruation kom tilbage i den forbindelse. Da hun ikke har tabt sig yderligere i uge 0-25, tæller de ekstra menstruationer negativt i vores resultater, selv om de sandsynligvis er afledt af vægttab. For at undgå denne fejlkilde skulle vi kun have inkluderet personer, som ikke havde tabt sig forud for perioden. Dette ville dog have begrænset stikprøvestørrelsen yderligere.

Metformin

Da det er vanskeligt at finde deltagere, der hverken tager metformin eller hormoner, har vi for gruppestørrelsens skyld valgt sekundært at inkludere 5 deltagere, som tager metformin. I en metaanalyse af Nieuwenhuis-Ruifrok et al., diskuteres det, hvorvidt metformin har indflydelse på vægttab. Nieuwenhuis-Ruifrok et al. henviser bl.a. til studier, som ikke finder signifikante sammenhænge mellem lavdosis metformin (<1500 mg/dag) og vægttab sammenlignet med placebo (Nieuwenhuis-Ruifrok et al. 2009). De 5

deltagere tager alle < 1500 mg metformin pr. dag, og vi mener derfor, at det er forsvarligt at inkludere dem i studiet.

Stikprøvestørrelsen og teststyrke

Den lille undersøgelsesgruppe på 20 (18) deltagere er formenligt en af de faktorer, der har afgørende betydning for manglen på statistisk signifikans, idet små stikprøvestørrelser generelt forringer analysers styrke. I lyset af dette vil den lille undersøgelsesgruppe give større risiko for at begå en type 2 fejl – altså risikoen for at fastholde 0-hypotesen, selv om den er falsk. Der vil således være ringere mulighed for at påvise en statistisk signifikant effekt, selv om den rent faktisk måtte eksistere (The trustees of Indiana University 2004 - 2008).

I frekvensanalyserne er den begrænsede stikprøvestørrelse et problem, fordi grupperne bliver meget små. En tommelfingerregel siger, at der ikke bør være under 5 observationer i hver gruppe, men nogen fleksibilitet fra denne regel er tilsyneladende tilladt; her kan helt ned til 1 observation accepteres. Dog må der ikke være flere end 1/5 del af alle observationer, som er under 5 observationer. Da vi kun opererer med 4 grupper, kan vi ikke leve op til dette, og styrken af analysen bliver forringet. Dog har vi valgt at bibeholde frekvensanalysen, da den efter vores mening egner sig bedre end alternative analyser til at anskueliggøre forskellene på hver sin side af den væsentlige skillegrænse på 5 % vægttab, da skillegrænsen netop bruges til gruppering.

Vores anvendelse af non-parametriske tests forringer ligeledes testens styrke og risikoen for type 2 fejl. Havde vi haft flere data, der egnede sig til parametriske analyser, havde dette været mere optimalt for studiets resultater. Ved planlægningen af studiet burde vi i højere grad have tilrettelagt dataindsamlingen, så den forsynede os med kontinuerlige data på intervalskala. I det tilfælde ville vi i højere grad have valgt at anvende regressionsanalyser og parametrisk korrelation, såfremt de øvrige forudsætninger for dette var opfyldt. Dog giver det alt andet lige en højere validitet at anvende non-parametriske tests, hvor dataene ikke egner sig til de parametriske tests.

Rekruttering og drop-out

Et større antal deltagere ville have været fordelagtigt i forhold til analyserne. På baggrund af oplysninger fra

Fertilitetsklinikken[30]var det dog fra starten vores fornemmelse, at rekruttering af det ønskede antal deltagere til vægtregistreringen ville blive vanskeligt. PCO-kvinderne i fertilitetsbehandling er i forvejen i en belastet situation rent personligt, og mange kan sandsynligvis have svært ved at finde overskuddet til at deltage i et studie som det nærværende. En anden faktor, som kan spille ind er, at flere kvinder med PCO sandsynligvis føler, at PCO-diagnosen er noget meget privat, som de ikke har lyst til at dele med udenforstående.

I lignende studier har deltagerantallet også været forholdsvis småt, og manglende komplians og drop-out undervejs har også desuden yderligere kompliceret studierne. Hoeger et al. inddrog 38 overvægtige PCO-kvinder i deres studie på 48 uger. I diskussionen af studiet nævnes det, at 39 % afbrød deltagelsen i løbet af studiet. Hoeger et al. angiver den forholdsvis høje drop-out rate som en af de mest problematiske faktorer ved studier, der inddrager vægtreduktion (Hoeger et al.). I et lignende studie af Moran et al. indgik 45 deltagere fra start, og drop-out var raten 37 % over 16 uger. Dette studie har en drop-out procent på 23. Altså lavere end de nævnte studier, men dog nok til at have potentiel indflydelse på resultaterne. Årsagen til den lavere dropout i vores studie kan være, at vi har holdt jævnligere kontakt med deltagerne (1 gang pr uge, mod 1 gang pr måned i de øvrige studier). Længden af studiet af Hoeger et al. (48 uger) kan også have betydning for et højere drop-out, mens tidsfaktoren ikke er til stede i studiet af Moran et al.

Confounders

Samtlige analyseresultater indeholder en potentiel risiko for at være påvirkede af confounders*. En faktor, som selvstændigt kan påvirke udfaldet sammenlignet med, hvis personerne ikke havde deltaget i studiet, er den opmærksomhed, deltagerne tildeler deres vægt, kost og motion i kraft af, at de deltager i vores studie og skal "stå til regnskab" med deres data 1 gang pr. uge.

Samtlige analyser er bivariate og sammenligner altså "kun" 2 parametre ad gangen. Dette vil give en forholdsvis høj risiko for confounders i alle analyserne. For i højere grad at medtage mulig påvirkning fra øvrige faktorer kunne det have været relevant at foretage multivariate analyser, hvilket dog har ligget uden for dette speciales muligheder.

Flere af korrelationsanalyserne - eksempelvis analysen af abdominal fedtfordeling og fekunditet og analysen af fekunditet og vægttab - peger på en eksisterende, om end svag association mellem de undersøgte parametre. I disse analyser kan andre faktorer - enten nogle af de andre testede parametre

[30] Personlig kommunikation med overlæge Anette Lindhard, Region Sjælland

eller parametre uden for dette studie - være afgørende. Frekvensanalyserne af SI og vægttab viser eksempelvis forskelle mellem grupperne. Dog kan der være andre faktorer uden om SI, der påvirker vægttabet.

I forhold til hypotesetestning indeholder studiet data, som set i bakspejle kunne være indsamlet mere ideelt i forhold til visse dele af vores statistiske analyser. Vi har imidlertid anvendt de analyser, der egner sig bedst til vores data med afsæt i det nuværende grundlag.

Rekrutteringsmetoden kan påvirke repræsentativiteten af deltagerne, da det er sandsynligt, at de deltagere, der melder sig til et projekt, i forvejen er dem, som har ressourcer og er åbne i forhold til deres sygdom. Der vil derfor være en gruppe "udenfor", som muligvis har en anden tilgang til deres sygdom.

5.3 Personlige interviews

Som interviewene, og i øvrigt spørgeskemabesvarelserne skildrer, oplever deltagerne ikke, eller kun i et vist omfang, at deres behov for kommunikation og vejledning om vægttab bliver imødekommet i det traditionelle behandlingssystem. Spørgsmålet er dog også, om det er rimeligt, at forvente, at læger og sygeplejersker skal påtage sig denne funktion. Især har lægerne en medicinsk tilgang til intervention og deres uddannelsesmæssige baggrund lægger vægt på sygdom og behandling, snarere end sundhed og forebyggelse, herunder aspekter omkring ernæring og livsstil. Herudover er behandlingsprocedurerne formodentlig underlagt formelle og organisatoriske rammer, som den enkelte behandler kun i et vist omfang kan påvirke, selv om han eller hun måtte finde det relevant at afsætte flere ressourcer til eksempelvis kostvejledning i på eget behandlingssted eller ved henvisning til eksempelvis kostvejledere.

Metode i kvalitative interviews

Vi anvendte timeline-teknikken i interviewenes del 2 med henblik på at skabe en tidsmæssig og rummæssig kontekst, som kunne hjælpe deltageren til at genkalde sig sine oplevelser af samtalen med den sundhedsprofessionelle. Vi havde på forhånd indstillet os på, at deltageren måske ville springe i fortællingen emnemæssigt, og det viste sig også, at det var vanskeligt at holde timeline-teknikkens tidskronologiske opbygning gennem interviewene. Selv om vi ikke kunne holde en snorlige linje i tid, oplevede vi dog, at teknikken gav os en god ramme for samtalen med deltageren, og at vi opnåede svar på vores forskningsspørgsmål, selv om de ikke kom helt så struktureret, som det først var tiltænkt.

5.4 Samlet diskussion af det multidisciplinære perspektiv

Helhedstilgangen til vores problemstilling var nødvendig, men også udfordrende. Den integrerede metodiske tilgang viste sig at rumme både fordele og ulemper. En af de største udfordringer var at få det meget brede perspektiv indsnævret tilstrækkeligt til at kunne undersøge det i mindre bidder samtidig med, at vi bibeholdt helheden. En konsekvens af at have arbejdet så multidisciplinært og multimetodisk har været, at vi ikke i samme grad som ved en snævrere tilgang har haft mulighed for at dykke ned i alle detaljer af undersøgelsesområderne. En af vores hovedteoretikere, Gannik, har ligeledes igennem sin helhedstilgang et meget altfavnende perspektiv, men hendes teori kunne måske netop kritiseres for at favne for bredt og miste fokus.

Spørgsmålet er, hvordan vi skulle have vist det komplekse billede af PCO uden at favne bredt? Den normale tilgang ville være at foretage de enkelte undersøgelser inden for hver fagdisciplin hver for sig. Dog ville undersøgelserne miste muligheden for at vise det samspil, der er mellem de kropslige, biologiske og kliniske faktorer og de psykosociale faktorer af PCO. Eventuelle studier, man efterfølgende måtte foretage ved at samle delene, ville ikke i samme grad være troværdige, da konteksten bag studierne tidsmæssigt, geografisk m.v., sandsynligvis ville være meget forskellige. Samlede undersøgelser af PCO som et komplekst syndrom er derfor væsentlige i forståelsen af kvinden, der lever med PCO.

Del 6. Konklusion

6.1 Samlet konklusion

PCO har betydninger langt ud over de kropslige symptomer, som normalt begrebsliggøres i behandlingssystemet og i omverdenen generelt. Undersøgelsen viser, at PCO, herunder overvægt og barnløshed påvirker hverdagen og levevilkårene, både fysisk, psykisk og socialt.
Kvindernes muligheder for at etablere en sygdomsforståelse og hermed handlemuligheder i forhold til PCO og vægttab er individuelle og bestemmes blandt andet ud fra deltagerens omfang af ressourcer. Jo færre ressourcer jo sværere vil det være at få besvaret spørgsmål, handle over for sygdommen og at komme videre mod målet; vægttab, graviditet og en forbedring af PCO-symptomerne.

Resultaterne viser, at vægt- og taljemålsændringer ikke ændrer sig drastisk igennem 6 måneders forløb, men at vægttabet for dele af deltagergruppen har et omfang som med udgangspunkt i teorien vil give mulighed for begyndende positive virkninger af vægttabet på PCO- symptomerne. Kvinderne tabte sig gennemsnitligt 4,5 % fra uge 0 til uge 25, mens deres taljemål gennemsnitligt mindskedes – 2.9 cm. 8 ud af

de 18 deltagere i menstruationsanalyserne havde en ændring i cyklus mod mere regelmæssige menstruationer. Tendenserne er hidtil ukendte i national sammenhæng blandt overvægtige kvinder med PCO, og resultaterne kan derfor fungere som et nyt grundlag for, hvilke forventninger sundhedsprofessionelle behandlere og overvægtige kvinder med PCO kan have til vægttab samt taljemålsændringer og cyklusændringer i et vægttabsforløb.

Undersøgelsen fandt ikke positive, betydningsfulde associationer mellem lavt sukkerindeks/GI og vægttab, fysisk aktivitet i fritiden og vægttab og uddannelseslængde og vægttab. Dog viste alle ovennævnte parametre svage, men ikke statistisk signifikante associationer. Der fandtes endvidere ikke statistisk signifikante positive associationer mellem vægttab og fekunditet og taljemålsformindskelse og fekunditet, selv om der fandtes svage non-signifikante associationer. Studiet fandt ikke sammenhæng mellem kostvejledning og vægttab. Vi kan altså ikke konkludere, at de undersøgte faktorer har betydning i forhold til vægttab og vi kan ikke konkludere, at vægttab har betydning for menstruationsmønsteret. Hvis vi havde haft en større undersøgelsesgruppe, ville resultaterne muligvis være anderledes, men vi konkluderer, at der skal foretages større undersøgelser, før det er muligt at afgøre egentlige kvantitative betydninger af de undersøgte parametres sammenhæng med hinanden hos overvægtige kvinder med PCO. Der fandtes til gengæld statistisk signifikante positive sammenhænge mellem vægttab og taljemålsformindskelse, og der fandtes ligeledes positive associationer mellem uddannelseslængde og vægttab. Sidstnævnte tyder på, at uddannelseslængden kan være et associationsparameter i forhold til vægttab.

Kvinderne savner en helhedsorienteret kommunikation med sundhedsfaglige behandlere, som tager udgangspunkt i hele deres situation, deres hverdag og de mange følelsesmæssige, sociale og praktiske perspektiver, som har betydning for, hvordan de oplever deres PCO, overvægt og barnløshed. De oplever, at der til dels mangler viden om PCO og at der i væsentlig grad mangler viden om sammenhængen mellem PCO og kostprincipper i behandlingssystemet. Kvinderne føler generelt ikke, at de får hjælp til at opnå vægttab, sygdomsforståelse og sygdomshandling i mødet med sundhedsfaglige behandlere, og dette uopfyldte behov for vejledning kunne tyde på, at behandlingskonteksten ikke i tilstrækkeligt omfang imødekommer kvinden i en tværfaglig, relativ og situationel ramme. Manglende viden om PCO og kost samt det medicinske regis snævre sundhedsforståelse, kan være årsagen til, at kommunikationen mister den gennemslagskraft som den ud fra vores forståelse ønsker – at kunne forandre og hjælpe den overvægtige kvinde med PCO til selv at deltage i sin behandling, særligt i forhold til vægttab, graviditet og bedring af PCO-symptomerne.

Del 7. Perspektivering

7.1 Perspektivering

Specialeundersøgelsen har betydning for både sundhedsprofessionelle behandlere og kvinder, der lever med PCO. Undersøgelsen skal derfor ses som et bidrag til det videre arbejde med behandling, information og vejledning til overvægtige kvinder med PCO.

Den nye viden om vægttabsprocesser blandt overvægtige PCO´ere kan bruges af sundhedsprofessionelle som inspiration til at justere og målrette vejledningen og informationen til kvinderne i forhold til det anbefalede vægttab og sammenhængen mellem vægttab og andre relevante parametre, herunder taljemål og menstruationsmønster/fekunditet.

Bevidstheden om betydningen af deltagernes ressourcer samt den måde disse påvirker deres sygdomshandlinger er væsentlige i forståelsen af PCO, overvægt og barnløshed som en del af deltagerens hverdag og levevilkår. Vi mener, at ressourceovervejelser bør indgå i baggrunden for deltagerens behandling og den kommunikation, der finder sted i mødet mellem sundhedsprofessionel og PCO´er. Gynækologer, fertilitetslæger og andre sundhedsprofessionelle kan i deres daglige praksis med fordel prioritere kvindernes vægttabsproces med udgangspunkt i den enkelte kvindes behov og ressourcer. Det kunne være hensigtsmæssigt at give kvinderne vejledning løbende, da dette har stor betydning i kvindernes hverdagsliv og, da vægttab samtidig er et af de vigtigste behandlingsmæssige interventionspunkter hos gruppen. Vi mener endvidere, at vejledningen kan varetages af ernæringsfaglige, hvis man vælger at inkludere flere faggrupper i behandlingsteamet. Ved flerfaglig inddragelse i kvindernes sygdoms- og behandlingssituation vil der være større sandsynlighed for, at kvinderne oplever behandlingen som meningsfyldt og sammenhængende, idet der i højere grad vil blive taget hånd om det komplekse syndrom ud fra det nødvendige helhedsperspektiv. Dette kan måske være medvirkende til at skabe et mere ensartet og helhedsorienteret behandlingsforløb for kvinder med PCO.

Vores undersøgelse danner endvidere basis for at udarbejde tekster og informationsmateriale om PCO og vægttab og PCO generelt. Teksterne skal målrettes sundhedsprofessionelle, der arbejder med PCO-behandling. Det vil ikke mindst være vigtigt at målrette informationsmateriale til praktiserende læger, som ifølge undersøgelsen har mindre kendskab til både PCO og de tilknyttede vægtproblemer. For nyligt er de praktiserende læger blevet omtalt i medierne, netop for denne manglende viden (se bilag 11).

Information om PCO og de kliniske symptomer vil sandsynligvis fremme de praktiserende lægers viden, så de i højere grad er opmærksomme på syndromet i deres hverdagspraksis og kan henvise til videre behandling.

Deltagernes fortællinger peger på positive erfaringer med lavglykæmisk kost og vægttab og da dette samt øvrige studier har fundet non -signifikante associationer mellem disse parametre hos kvinder med PCO, vil det være relevant, at iværksætte større undersøgelser på området.
Ifølge vores undersøgelse er vægttabsintervention for overvægtige kvinder med PCO ikke standardiseret i Danmark, og det samme synes i øvrigt at være gældende uden for landets grænser (Pasquali et al. 2006).
Vi mener, at der er behov for at standardisere behandlingsforløbet for den overvægtige kvinde med PCO, allerede ved udgangspunktet, som ofte starter hos den praktiserende læge.
Slutteligt er det vores ønske, at specialet kan fungere som mulig forklaringsmodel for og inspiration til, hvordan man kan forstå helhedsbetydningen af PCO-diagnosen og aspekterne af livet med PCO, overvægt og barnløshed.

Ordforklaringer

Akne = uren hud

Amenoré = manglende menstruationer

Androgener/androgene hormoner: Fællesbetegnelse for steroidhormoner, som er viriliserende, dvs. udvikler et kønspræg i mandlig retning. Det naturligt mest aktive hormon er testosteron.

Anovulation = En anovulatorisk cyklus er en cyklus uden ægløsning

Confounders = Ukendte faktorer, som ligger uden for hver analyses undersøgelsesparametre, og kan have indflydelse på resultatet.

Fedme = BMI ≥30.

Fekunditet = en arts potentielle forplantningskapacitet; evnen til at danne afkom eller kønsceller.

Glykæmisk indeks, GI = Glykæmisk Indeks (GI) er et udtryk for hvor hurtigt en given fødevare påvirker blodsukkeret og angiver blodsukkerstigningen over tid. Fordøjelseshastigheden af en fødevare er forskellig fra person til person, og derfor er GI estimeret på baggrund af et givent antal forsøgspersoner. Der findes umiddelbart ikke nedskrevne værdier for danske fødevarer, hvorfor de fleste GI-tabeller er baserede på australske og amerikanske målinger.

Glykæmisk load, GL = Glykæmisk Load (GL) angiver mængden af kulhydrat en given fødevare og udregnes ved hjælp af GI og mængden af tilgængeligt kulhydrat i en fødevare. GL udregnes på baggrund af GI og kan fortælle hvordan kulhydraterne i maden påvirker blodsukkeret i forhold til, hvor meget en person har spist af dem.

Hirsutisme= Abnorm maskulin behåring, specielt hos kvinder

Hyperandrogenisme = forhøjede mandlige kønshormoner

Hyperinsulinæmi = forhøjede niveauer af insulin i blodet

Insulinresistens = nedsat følsomhed over for insulin i muskelcellerne (perifær insulinresistens) eller i hjernen (central insulinresistens)

Komplians = graden af overensstemmelse mellem patientens adfærd, når det gælder medicinering, diæt og livsstil, og de medicinske råd, som patienten har modtaget.

Kronisk sygdom = en tilstand, hvor en eller flere af følgende kriterier er opfyldt:

- sygdommen er vedvarende
- sygdommen har blivende følger
- sygdommen skyldes irreversible forandringer
- sygdommen kræver langvarig behandling eller pleje
- sygdommen kræver en særlig rehabiliteringsindsats

Oligomenoré = Oligomenoré er en tilstand, hvor der går lang tid mellem menstruationsblødningerne. Intervallet er over 35 dage.

Overvægtig = BMI≥ 25

Sukkerindeks: Sukkerindeks (SI) er et mål for den påvirkning af blodsukkeret en given fødevare giver samt et mål for behovet af insulin en fødevare skaber.

Kilder: Lindberg 2008, Nørgaard 2005, Stigsby 2009, Sundhedsstyrelsen 2005, www.laegehaandbogen.dk, www.pcoinfo.dk, www.wikipedia.dk/wikipedia.org, www.denstoredanske.dk

Litteraturliste

Andersen et al.: *"Typiske vægte for madvarer"*, Scandinavian Journal of nutrition/Näringsforskning, nr. 4, supplement nr. 32, København 1996

Baba NH et al.: *"High protein vs. high carbohydrate hypoenergetic diet for the treatment of obese hyperinsulonemic subjects"*. International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, 23(11):1202-6, 1999

Barber, T.M.; McCarthy, M.I.; Wass, J.A.; Franks, S: *"Obesity and the polycystic ovary syndrome"*, Clinical Endocrinology 65, s. 137 – 145, 2006

Beck-Nielsen, Henning: *"Insulinresistens: organmanifestationer og cellulære mekanismer"*, Ugeskrift for Læger, 164(16):2130, 2002

Brehm, Bonnie J; Seeley, Randy J; Daniel, Stephen R; D'Alessio, David A.: *"A Randomized Trial Comparing a Very Low Carbohydrate Diet and a Calorie-Restricted Low Fat Diet on Body Weight and Cardiovascular Risk Factors in Healthy Women"*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 88(4):1617–1623, 2002

Clausen Helle V; Greisen, Susanne; Ingemanssen, Jens; Knudsen, Ulla Breth; Lindhard, Anette; Mikkelsen, Anne-Lis; Nilas, Lisbeth; Rungby, Jørgen; Michael Busk Sørensen; Trole, Ditte; Østergaard, Hanne: *"Polycystisk ovariesyndrom, Kliniske guidelines- gynækologi"*, DSOG 2004

Crosignani, Pierre Giorgio; Colombo, Michella; Vegetti, Walter; Somigliana, Edgardo; Gesatti, Alessio og Ragni, Guido: *"Overweight and obese anovulatory patients with polycystic ovaries: parallel improvements in anthropometric indices, ovarian physiology and fertility rate induced by diet"*. Human reproduction, Vol. 18, Nr. 9, s. 1928-1932, 2003.

Dahl, Henrik: *"Nogle erfaringer med at operationalisere Bourdieu"*, Mediekultur 24, 1996

Dasgupta S.; Mohan Ready B: *"Present status and understanding on the genetic etiology of polycystic ovary syndrome"*, J Postgrad Med, Vol 54, Issue 2, s. 115 – 125, April 2008

Diamantia-Kandarakis, Evanthia: *"Polycystic ovarian syndrome: pathophysiology, molecular aspects and clinical implications"*, Expert reviews in molecular medicine, Vol. 10 e3, s. 1-21, Januar 2008

Dimitrios Panidis, M.D.Ph.D.; Dimitrios Farmakiotis M.D.; David Rousso, M.D.; a
Anargyros Kourtis, M.D.; Ilias Katsikis, M.D.; Gerassimos Krassas, M.D: *"Obesity, weight loss, and the polycystic ovary syndrome: effect of treatment with diet and orlistat for 24 weeks on insulin resistance and androgen levels"*. Fertility and Sterility; 89(4), s. 899 – 906, April 2008

Dervin, Brenda og Frenette, Micheline: *"Sense-making metholdology: Communicating communicatively with campaign audiences"* i Ronald Rice og Charles Atkin (red.) Public Communication Campaigns. Third Edition. London, Sage, s. 69-87. 2001

Dervin, Brenda; Harlock, Sylvia; Atwood, Rita; Garzona, Carol: *"The human side of information: An exploration in a health communication context"*, Communication Yearbook 4, 591 -608, 1980

Dunaif A; Wu X; Lee A et al: *"Defects in insulin receptor signalling in vivo in the polycustic ovary syndrome (PCOS)".* American Journal of Physiol Endocrinol Metab, 281, 392 -9, 2001

Ehrman, David A: *"Insulin resistance and polycystic ovary syndrome"*, Current Diabetes Reports, Volume 2, Nr. 1, Januar 2002

Eng, John: *"Sample size estimation: How Many Individuals Should be Studied?"*, 227:309 – 313, Radiology 2003

Esler, Danielle M; Travers, Anne; Guttikonda, Kamala; Dixon, Andrew; Lewis, Peter: *"The psychosocial experience of women with PCOS"*, Australian Family Physician, Vol. 36, Nr. 11, Nov. 2007

Farshchi, H., Rane, A., Love, A., Kennedy, R.L.: *"Diet and nutrition in polycystic ovary syndrome (PCOS): Pointers for nutritional management"*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 27 (8), 762 – 773, November 2007

Fowler, Jim; Cohen, Lou og Marvis, Phil: *"Practical statistics for field biology"*, 2.udgave, Wiley 1998

Gannik, Dorthe: *"Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv"*, 2. udgave, Forlaget Samfundslitteratur, 2005

Gannik, Dorte Effersøe: *"Virkelighed, teorier og metode i sygdomsforskningen"*, Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, 9, s. 33-52, 2008

Gambineri A, Pelusi C, Vicennati V, Pagotto U og Pasquali R: *"Obesity and the polycystic ovary syndrome"*, International Journal of Obesity 26, s. 883 – 896, 2002

Garrow, JS; James, WPT and Ralph, A: *"Human nutrition and dietetics"*, 10. Udgave, Churchill Livingstone, 2000

Hahn, Susanne; Janssen, Onno E.; Tan, Susanne; Pleger, Katja; Mann, Klaus; Schedlowski ,Manfred, Kimmig , Rainer, Benson, Sven; Balamitsa, Efthimia; Elsenbruch, Sigrid: *"Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome"*. European Journal of Endocrinology, Vol 153, Issue 6, s. 853-860, 2005

Heard MJ; Pierce A ; Carson SA;, Buster JE: *"Pregnancies following use of metformin for ovulation induction in patients with polycystic ovary syndrome"*. Fertil Steril. 77, 669-673, 2002

Hoeger Kathleen M.; Kochman, Lynda ; Wixom, Nellie; Craig, Kimberly;Richard K. Miller og Guzick, David S: *"A randomized, 48-week, placebo-controlled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight women with polycystic ovary syndrome: A pilot study"*, Fertility and Sterility, Volume 82, Issue 2, Pages 421-429, August 2004

Hollinrake, Elisabeth et al: *"Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome"*, Fertility and sterility, 87(6):1369-76, Juni 2007

Huber-Bucholz, M; Carey, G. P.; Norman, R. J.: *"Restoration of Reproductive Potential by Lifestyle Modification in Obese Polycystic Ovary Syndrome: Role of Insulin Sensitivity and Luteinizing Hormone"*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Vol. 84, No. 4, 1999

Jensen, Bjarne Bruun: *"Handlekompetance, sundhedsbegreber og sundhedsviden"*. Læring i Sundhedsvæsenet, Lise Hounsgaard og John Juul Eriksen, s. 191 – 212, Munksgaard 2006

Halkier, Bente: *"Fokusgrupper"*, Frederiksberg, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2003

Heard, Michael J., Pierce, Anita; Carson Sandra A; Buster, John E.: *"Pregnancies following use of metformin for ovulation induction in patients with polycystic ovary syndrome"*, Fertility and Sterility nr. 77: 669 – 673, 2002

Kiddy DS; Hamilton-Fairly D; Bush A; Short F; Anyaoku V; Reed M et al: *"Improvement in endocrine and ovarian function during dietary treatment of obese women with polycystic ovary syndrome"*. Clinical endocrinology, 36: 105 -11, 1992

Kirchengast, L; Huber, J: *"Body composition characteristics and body fat distribution in lean women with polycystic ovary syndrome"*, Human reproduction, Vol 16, nr 6, s. 1255 – 1260, 2001

Kvale, Steinar: *"Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview"*, Hans Reitzels forlag, 1. Udgave, 12.oplag, 1997

Lupton, Deborah: *"Food, the Body and the Self"*, SAGE Publications, 1. Udgave, 2. Oplag, 1998

Lindberg, MJH; Andersen, SE; Christensen, HR og Kampmann, JP: *"Komplians ved behandling med lægemidler"*, Ugeskrift for læger, 170/22, s. 1912 – 1916, 26. maj 2008

Livingstone, M. Barbara E; Black, Alison E.: *"Markers of the Validity of Reported Energy Intake"*. The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr. 133:895S-920S, Marts 2003

Meckling, Kelly A; Gauthier, Melanie; Grubb, Rebecca og Jennifer Sanford: *"Effects of a hypocaloric, low-carbohydrate diet on weight loss, blood lipids, blood pressure, glucosetolerance, and body composition in free-living overweight women"*, Can. J. Physiol. Pharmacol. 80: 1095–1105, 2002

Mik-Meyer, Nanna: "*Managing fat bodies: Identity regulation between public and private domains"*. Critica Social Studies no. 2, 2008

Moran, L.J.; Noakes M.; Clifton P. M.; Tomlinson L.; Norman R. J.: *"Dietary Composition in Restoring Reproductive and Metabolic Physiology in Overweight Women with Polycystic Ovary Syndrome"*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88 (2) s. 812-819, 2003

Nielsen A; Simonsen T; Larsen K: *"For meget af det gode? - om betydningen af kulhydraters glykæmiske indeks i relation til udviklingen af overvægt, diabetes type 2 og hjerte/-karsygdomme"*, Speciale, Ankerhus Seminarium, juni 2001

Nieuwenhuis-Ruifrok AE; Kuchenbecker WK; Hoek A;Middleton P; Norman RJ: *"Insulin sensitizing drugs for weight loss in women of reproductive age who are overweight or obese: systematic review and meta-analysis"*. Hum Reprod Update. Jan-Feb; 15(1):57-68, 2009

Nørgaard, Jan Rytter: *"Medicinske fagudtryk"*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2. udgave, 4. oplag, 2005

Olsen, Henning: *"Fra spørgsmål til svar"*, Akademisk forlag, København 2005

Palomba, S; Giallauria, F; Falbo, A; Russo, Oppedisano' T; Tolino' [A].; Colao, A; Vigorito, C; Zullo' F. and Orio' [F]: *"Structured exercise training programme versus hypocaloric hyperproteic diet in obese polycystic ovary syndrome patients with anovulatory infertility: a 24-week pilot study"*. Human Reproduction 23(3):642-650, 2008

Pasquali R., Gambineri, A, Pagotto, U: *"The impact of obesity on reproduction in women with polycystic ovary syndrome"*, BJOB an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113: s. 1148 – 1159, 2006

Pedersen, Morten Foldager: *"Kompendie til kursus i statistik for miljø- og gymnasiebiologer"*, Roskilde Universitet, 2009

Pedersen, Morten Foldager og Banta, Gary: Handouts til statistikkursus, RUC, efterår 2009

Porth, Carol Mattson: *"Essentials of pathophysiology"*, Lippincott, Williams & Wilkins, 2. Udgave, 2007

Poulsen, Jørgen: *"Kultur og betydning"*, Samfundslitteratur 1999

Reaven, Gerald; Abbasi, Fahim og McLaughlin, Tracey: *"Obesity, Insulin Resistance, and Cardiovascular Disease"*, Recent Progress in Hormone Research 59:207-223, 2004

Romualdi, Daniela; De Marinis, Laura; Campagna, Proto, Giuseppe Caterina; Lanzone, Antonio og Guido, Maurizio: *"Alteration of ghrelin–neuropeptide Y network in obese patients with polycystic ovary syndrome: role of hyperinsulinism"*, Clinical Endocrinology, 69, 562–567, 2008

Roesen, Jette Vinther m.fl. *"Nye veje i sundhedsfremme og forebyggelse"*, Klinisk sygepleje, 21. Årgang, nr. 1, s. 35 -43, 2007

Samaha FF et al.: *"A low-carbohydrate as compared with a low fat diet in severe obesity"*. N Engl J Med; 348(21):2074-81, 2003

Schmidt, Lone: *"Infertility and assisted reproduction in Denmark"*, Danish Medical Bulletin, vol. 53 s. 390 – 405, 2006

Schmidt, Lone: *"Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction"*, The Lancet, Vol 367, s. 379 -380, Februar 2006

Severinsen, Morten: *"Etik og videnskabsteori i sundhedsfagene"*, Syddansk Universitetsforlag 2005

Skov, AR; Toubro, S; Rønn, B; Holm' L: Astrup' A: *"Randomized trial on protein vs. carbohydrate in ad libitum fat reduced diet for the treatment of obesity",* Int J Obes Relat Metab Disord; 23(5):528-36, 1999

Sondike SB, Copperman N, Jacobsen MS.: *"Effects of a Low Carbohydrate Diet on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors in Overweight Adolescents"*, Pediatr; 142:253–8, 2003

Spicer, Neil: *"Combining qualitative and quantitative methods"*, Researching Society and Culture, 2 udg. Sage publications, 2004

Stamets,Kelly ; Taylor, Denise S; Kunselman, Allen; Demers, Laurence M. ; Pelkman, Christine L. and Legro, Richard S: *"A randomized trial of the effects of two types of short-term hypocaloric diets on weight loss in women with polycystic ovary syndrome"*, Fertility and Sterility, Vol. 81, Issue 3, 630-637, marts 2004

Statens Institut for Folkesundhed: *"Folkesundhedsrapporten"*, 2007

Stigsby Bjarne og Charlotte Hartvig: "Spis dig gravid", Gads forlag 2009

Svendsen, Pernille Fog; Nilas, Lisbeth; Nørgaard, Kirsten og Madsbad, Sten: *"Polycystisk ovariesyndrom – nyere patofysiologiske iagttagelser – behandlingsmæssige konsekvenser"*, Ugeskrift for læger; 167(34):3147 – 3151, 2005

Tang, Thomas; Glanville, Julie; Hayden, Catherine; White, Davinia; Barth, Julian; Balen, Adam; *"Combined lifestyle modification and metformin in obese patients with polycystic ovary syndrome. A randomized, placebo-controlled, double-blind multicentre study"*, Obstetrical & Gynecological Survey: Volume 61 - Issue 2, 108-109, 2006

The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group: *"Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome"*, Fertility and Sterility, Vol 81, Januar 2004

The Trustees of Indiana University: *"Hypothesis Testing and Statistical Power of a Test"*, Indiana University, 2004 – 2008

The Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop: Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrom, Human Reproduction 23(3):462-477, 2008.

Van Dam, Evelyn W.C.M; Roelfsema, Ferdinand; Vedlhuis, Johannes D.; Hogendoorn, Simone; Westenberg, Jos; Helmerhorst, Frans M; Frolich, Marijke; Krans, J; Meinders, a; Pijl, Hanno: "Retention of estradiol negative feedback relationship to LH predicts ovulation in reponse to caloric restriction and weight loss in obese patients with polycystic ovary syndrome", American Journal of Endocrinol Metab 286; 615 -620, 2004

Waldorff, Bitt Østervemb og Basse, Kirsten: "Masteruddannelsen i fleksibelt forløb", projektopgave modul 2, Sundhedspædagogik, DPU 2005.

Westenberg, Jos; Helmerhorst, Frans M.;Frölich, Marijke; Krans, H. Michel J.;Meinders, A. Edo: Pijl, Hanno: "Retention of estradiol negative feedback relationship to LH predicts ovulation in response to caloric restriction and weight loss in obese patients with polycystic ovary syndrome", Am J Physiol Endocrinol Metab, 615-620, Dec. 16, 2003.

Wright CE, Zborowski JV, Talbott EO, Hugh-Pemo K, Youk A: " Diatary intake, physical acivity, and obesity in women with polycystic ovary syndrome". International journal of obesity related metabolic disorders, 28, 1026 – 1032, 2004.

Østbye, Helge m.fl.: "Spørreskjema". I: Metodebog for mediefag, Fakbogforlaget, 1997

Web:
Fertilitetsklinikken på Herlev hospital:
http://www.herlevhospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk_Obstetrisk_Afdeling/Fertilitetsklinikken/ , maj 2009

Jensen, Leif Becker: "Godt ord igen", Kommunikationsforum.dk, december 2009.
http://www.kommunikationsforum.dk/artikler/godt-ord-igen

Children`s Mercy Hospitals & Clinics: http://www.cmh.edu/stats/definitions/or.htm, marts 2010.

Kost & Ernæringsforbundet: http://bog.kostforum.dk/handlerz/kostregistrering, april 2010.

Stigsby, Bjarne: "Diagnosticering af PCO ved hjælp af blodprøver",
http://www.pcoinfo.dk/Laegefaglig_information_og_forskning/Diagnosticering_af_pco_med_blodproever.htm, maj 2009

Forum for kvinder med PCO: www.PCOforum.dk

PCO foreningen: www.pcoinfo.dk