

Barnmorskans arbete med livsstilsfrågor

En kvalitativ studie om barnmorskans upplevelser
och erfarenheter att arbeta med livsstilsfrågor med
den gravida kvinnan

Författare:	Emma Karlsson Therese Karlsson
Program:	Barnmorske- programmet HK 2008
Kurs:	OM1660, 15 hp
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Tone Ahlborg

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Barnmorskans arbete med livsstilsfrågor – en kvalitativ studie om barnmorskans upplevelser och erfarenheter att arbeta med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan
Titel (engelsk):	The midwives work with life style issues – a qualitative study about midwife´s experience to work with life styles issues of pregnant women
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet, Reproaktiv och Perinatal hälsa, höstterminen 2009 OM1660, examensarbete II
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Emma Karlsson och Therese Karlsson
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Introduktion: Att verka för en livsstil utan tobak och alkohol samt att främja sunda mat- och motionsvanor är några av de viktiga delar barnmorskan arbetar med. Barnmorskan ska ge stöd och hjälp till de kvinnor där de identifierat dessa livsstilsproblem. De studier som tidigare gjorts belyser ofta risker med livsstilsproblem men inte hur barnmorskorna arbetar med att hjälpa till förändring.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva barnmorskans upplevelse och erfarenheter att arbeta med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan.

Metod: En kvalitativ studie där fem barnmorskor inom mödrahälsovården intervjuades med hjälp av semistrukturerade frågor. Materialet analyserades med innehållsanalys.

Resultat/diskussion: I resultatet framkom att barnmorskan arbetade aktivt med livsstilsfrågor. Det som belystes var att barnmorskan skapade en god relation, medvetandegjorde problemen, individualiserade vården, använde barnet som motivation samt ibland var dominant i arbetet med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan. Att motivera och uppmuntra kvinnan, respektera henne och hennes bakgrund, ge individuell information samt att kunna hänvisa var några av de strategier som barnmorskan använde i arbetet. Det som försvårade arbetet var när kvinnan inte hade motivation, vilket gjorde det nästan omöjligt för barnmorskan att stödja till livsstilsförändring. Arbetet med alkohol och rökvanor var enligt barnmorskorna i studien lättare att ta upp än övervikt, då detta upplevdes mer känsligt.

Konklusion: När det gäller alkohol och rökvanor finns väl utarbetade riktlinjer. Vid övervikt finns dock inga specifika riktlinjer för handläggningen av dessa kvinnor. Detta anser författarna är en viktig del att utarbeta för framtiden eftersom detta är ett snabbt växande folkhälsoproblem.

Nyckelord: Livsstil, alkohol, rökning, övervikt, barnmorska, relation, medvetandegöra, individualisera, rådgivning.

ABSTRACT

Introduction: Teaching women about the importance of a healthy life style; for example excluding tobacco and alcohol, eating healthy food and exercising, is one of the important aspects of a midwife's work. One of the midwife's obligations is giving women, who do not live by healthy standards, support and help to improve their life style. Studies within the field often highlight the risks of unhealthy living, but seldom describe the midwife's efforts to help women who lead an unhealthy life.

Purpose: The purpose of the study was to describe the midwife's experience to work with life style issues of pregnant women.

Method: A qualitative study, where five midwife's within maternity welfare were interviewed using semi-structured questions. The material was later analysed through a content analysis.

Results/Discussion: The results showed that midwives generally work actively with women's life style issues. It became clear that midwives often establish a good relationship with the pregnant women; they make them aware of the problems that an unhealthy life style might lead to; they individualise the health care and they use the future child as a motivation for the woman to live healthier. The midwife sometimes has a key role in guiding the woman towards a healthier life style. Motivating and encouraging the female caretaker; respecting her and her background; giving her information individually and being able to refer her were some of the strategies used by midwives for promoting a healthier life style for the women. What made this work harder was when the woman they met lacked motivation - the lack of motivation made it very difficult for the midwife to support and promote a life style change. Raising the topics of alcohol consumption and smoking was easier than addressing the issue of obesity, since the problem of obesity was regarded by the midwives as a quite sensitive issue.

Conclusion: There are elaborated guide lines for helping women with giving up drinking alcohol and smoking. When it comes to the issue of obese women though, there are no specific guide lines for how to carry out the care of these women. The authors claim that it is important to elaborate guide lines for midwives' care of obese women, since obesity is a rapidly growing health hazard.

Keywords: Lifestyle, alcohol, smoking, overweight, midwife, relationship, make conscious, individualize, counseling.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Centrala begrepp	2
<i>Livsstil</i>	2
<i>Rådgivning</i>	3
<i>Vårdrelation</i>	4
<i>Empowerment</i>	5
<i>Midwife</i>	6
Livsstilsfrågor	7
<i>Rökning</i>	8
<i>Alkohol</i>	9
<i>Övervikt</i>	10
Problemformulering	12
SYFTE	12
METOD	12
URVAL	13
DATAINSAMLING	13
DATAANALYS	14
Innehållsanalys	14
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
RESULTAT	17
SKAPA EN GOD RELATION	18
Respektera kvinnans autonomi	18
Inte skuldbelägga	19
Uppmuntra	19
MEDVETANDEGÖRA	20
Ge information	20
Kommunikation	20
Motivation	21
INDIVIDUALISERA	22
Analysera situationen	22
Ge stöd	23
Kunna hänvisa	24
Kulturella faktorer	24
ANVÄNDA BARNET SOM MOTIVATION	25
Ansvar	25
Konsekvenser för barnet	25
Fokus på barnet som individ	26

VARA DOMINANT	26
Inte ge någon valmöjlighet	26
DISKUSSION	27
METODDISKUSSION	27
RESULTATDISKUSSION	30
KONKLUSION	33
Framtida forskning	33
REFERENSER	34
BILAGOR	
1 Frågeguide	
2 Forskningspersonsinformation	
3 Samtyckesformulär	
4 Analysprocess	
5 Artikelsökning	

INTRODUKTION

INLEDNING

Cirka 99 % av alla blivande mödrar i Sverige besöker mödravårdscentralen, vars verksamhet har en mycket viktig roll när det gäller förebyggande hälsovård. Det är viktigt att verka för en livsstil utan tobak, alkohol och droger samt sunda mat- och motionsvanor och det är några av de viktiga delar barnmorskan arbetar för. Ohälsosam livsstil kan leda till stora konsekvenser för både mamman och barnet. De kvinnor som levt mindre hälsosamt innan en graviditet löper en ökad risk att fortsätta med en ohälsosam livsstil både under och efter graviditet. Övervikt och fetma har blivit ett stort folkhälsoproblem och kommer i framtiden att bli en av de största utmaningarna i obstetrikerna om inte utvecklingen bromsas. Det har visat sig att gravida kvinnors alkoholkonsumtion är mer utbredd än vad man tidigare trott. Detta leder till ett viktigt arbete för barnmorskorna att identifiera problemet samt att få kvinnorna att inse de stora riskerna med att dricka alkohol under graviditeten. I Sverige ser man en nedgång av rökning bland gravida dock visar det sig att rökning är vanligare bland yngre gravida jämfört med äldre.

Under graviditeten är kvinnan och familjen benägna att ändra sin livsstil till förmån för det väntade barnet. Målsättningen med mödrahälsovården är att ge en unik möjlighet att bidra till en positiv hälsoutveckling för den blivande familjen. Barnmorskan ska ha en hälsofrämjande samt motiverande förhållningsätt i arbetet med familjen då hon ska ge stöd och hjälp till de kvinnor där de identifierat livsstils problem. Då detta ofta är mycket känsliga frågor som kan sårbara och eventuellt kan leda till konflikt är det intressant att undersöka vad det innebär för barnmorskan att arbeta med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan.

BAKGRUND

Mödrahälsovårdens mål är en god sexuell och reproduktiv hälsa för hela befolkningen. En god reproduktiv hälsa definieras som:

- *Möjlighet till ett tillfredställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdom*
- *Förmåga till fortplantning*
- *Frihet att planera sitt barnafödande*

- *Tillgång till effektiva och acceptabla metoder för familjeplanering Tillgång till en god hälso- och sjukvård så att kvinnor kan genom gå graviditet och förlossning*
- *Trygghet och så att föräldrar ges bästa möjlighet till friska barn (1, sid 151 fakturuta 10.1).*

Mödrahälsovården arbetar aktivt för folkhälsa. En viktig del i hälsovården under graviditet är att verka för en sund livsstil (1).

Centrala begrepp

Livsstil

Enligt svenska akademins ordbok betyder livsstil: sätt att leva sitt liv; livsföring (2). Under graviditeten kan anpassning till en ny livsstil behövas för att barnet skall utvecklas, vara friskt och överleva, vilket kan innebära att äta hälsosamt att minska eller upphöra med bruk av tobak och alkohol samt öka eller minska sin fysiska aktivitet. Även arbete och sömn bör anpassas till varje individ(3). Rökning och övervikt är exempel på livsstilsfaktorer som har en negativ inverkan på moderns och fostrets hälsa dessa livsstilsfaktorer kan dock påverkas ur preventivmedicinsk synpunkt (1). Att gå in i moderrollen har blivit associerad med att förändra sitt livsstilsbeteende samt självkänsla (4).

Hälso- och sjukvårdspersonalen kan med hjälp av motiveringsinsatser och stöd till den gravida kvinnan ge skydd till fostret. Det finns inga möjligheter att tvinga kvinnan till ett ändrat levnadssätt (5) Som hälsovägledare kan en av de viktigaste uppgifterna vara att medvetandegöra de val människor dagligen gör för att anta den stil de lever (6).

I en studie från 1994 (7) intervjuades 115 kvinnor angående vilka livsstilsförändringar de gjorde under graviditeten. Resultatet visade att 49 % av kvinnorna ändrade sin livsstil genom förändring av kosten, motionen, rökning, alkohol intag samt vitaminförbrukning under graviditeten. Vidare framkom att kvinnans självkänsla, upplevelse i livet, utbildning, inkomst och anställning var relaterat till hur kvinnan ändrade sitt hälsobeteende och sin livsstil (7). I en annan kvalitativ studie (8) tillfrågades 50 gravida kvinnor över 35 år om sitt hälsofrämjande beteende. Resultatet visade att något äldre kvinnor har lättare att förändra sin hälsa och livsstil vid graviditet. Det många kvinnor gjorde för att ändra sin livs-

stil till mer en hälsosam var att öka sitt dagliga vattenintag, undvika skräpmat, de slutade dricka alkohol och röka, undvek läkemedel, kontrollerade sin viktuppgång samt åt folsyra under första trimestern (8).

En studie gjord 2008 (9) där man ville rätta till fördomar hos kvinnor angående livsstilsförändringar som kunde göras innan en kvinna blir gravid. Studien visade att den första informationen angående livsstilsförändringar lämnas först under tidig graviditet då fostrets organogenes redan startat. Fostret kan då redan ha blivit utsatt för risker. I studien fick 211 kvinnor information angående vilka livsstilsförändringar de bör göra inför en graviditet. De fick sedan svara på en enkät angående hur de förändrat sin livsstil. Därefter blev de jämförda med 422 andra kvinnor som fyllt i samma enkät, men endast fått standard vård. I studien framkom att de kvinnor som fått utbildning om livsstilsförändringar inför en graviditet slutade röka innan graviditeten, började använda folsyra samt använde mindre alkohol under första trimestern än kontroll gruppen. Det visade sig alltså att de kvinnor som fått utbildning i livsstilsförändringar hade en mer hälsosam livsstil (9).

Rådgivning

Rådgivning innebär att genom undervisning, stödja och vägleda kvinnan samt närstående, mot högre grad av hälsa och välbefinnande. Genom en balans mellan information, undervisning, och rådgivning kan göra detta möjligt och det kan leda till en ökad egenvårdsförmåga (10). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en informationsplikt till den gravida kvinnan med upplysningar om hur hennes levnadsvanor påverkar hennes och barnets hälsotillstånd (1). Enligt den etiska koden agerar barnmorskor som goda förebilder i hälsoupplysning och friskvård för kvinnor under hela deras livscykel (11).

Viau kom fram till 2002 (8) att gravida kvinnor över 35 år flitigt frågade om råd angående sin hälsa och sökte hälsoinformation från olika källor. Barnmorskan bör ta reda på kunskapsläget, var de söker information och utifrån det ge individuell och konkret information (8). I en fransk studie från 1995 där de intervjuade 176 kvinnor både pre- och postpartum, fick kvinnorna frågan om vilka som de önskade skulle hjälpa dem att minska deras alkoholkonsumtion under graviditeten. Sjuttiofem procent av dem önskade att deras make skulle hjälpa dem, 61 % önskade stöd från doktorn och barnmorskan samt 51 % önskade stöd av vänner och bekanta. De fick även samma fråga om rökning där det visade sig att mer än

70 % ville ha råd att reducera rökningen av sin barnmorska, läkare eller släkting. Enligt studien visar det sig också att hälso- och sjukvårdspersonalen tycker att det är lättare att diskutera rökvanor än att diskutera alkoholvanor med patienterna (12).

Enligt Thyrian 2006 (13) där 189 barnmorskor fick ett frågeformulär angående sin attityd till att rådgöra med kvinnor kring deras rökvanor svarar de flesta barnmorskorna att de gav rådet till kvinnorna att sluta röka. Generellt trodde barnmorskorna att hälften av alla kvinnorna tog emot råd om rökning av barnmorskan, men de trodde att uppskattningsvis den generella chansen att förbli rökfri efter graviditeten är liten eller mellanstor. En tredjedel av barnmorskorna rapporterade att de gav rådet till kvinnorna att sluta röka direkt. Endast några få rekommenderade kvinnorna att sätta ett datum för rökstopp samt gav råd att använda nikotinsupplement. Den huvudsakliga barriären att ge råd angående rökstopp upplevde barnmorskorna var att de såg att det var en liten chans att lyckas få dem sluta röka. Andra orsaker till att inte lyckas med rådgivningen var för lite tid och att de kände sig obehäva i situationen. Andra barnmorskor antydde att rökning ofta är ett mindre bekymmer i det stora hela, då sociala och psykiska problem är mer relevanta att ta itu med. Endast några få av barnmorskorna ansåg att det var andras jobb att få kvinnorna att sluta röka. Men barnmorskorna uppskattade ändå att de trodde att cirka 28 % av kvinnorna slutade röka på grund av deras råd (13).

Vårdrelation

Vårdrelationen består av två personer, patient och vårdare, dessa möts då patienten är i behov av vård och medans vårdaren har till uppgift att ge vård. Hur öppen vårdrelationen skall vara bestäms dem emellan, genom förståelse utvecklas en gemenskap. Själva redskapet i vårdandet är vårdrelationen vilket är grundläggande för att kunna stötta och vårda (3). Samspelet mellan barnmorskan och kvinnan kan både förstärka och skada kvinnan upplevelse av graviditet, förlossning och första delen av moderskapet (14). Under graviditeten är kvinnan sårbar men däremot mer mottaglig för råd och därigenom vård. Barnmorskan har därför en viktig roll i relationen och ses som en förmedlare mellan kvinnan och barnet. Av barnmorskan får kvinnan råd om de livsstilsförändringar som krävs för att få ett friskt barn. Relationer har kännetecknen som öppenhet vilka leder till att jag – du relation i mötet utvecklas och ger välbefinnande (3).

Relationen mellan barnmorskan och kvinnan var tidigare mer hierarkisk då barnmorskan var den i relationen som var ”expert”. Kvinnan var en passiv mottagare och accepterade vad barnmorskan sa och barnmorskans roll var i och med det bekräftad. Numera har barnmorskearbetet utvecklats vidare till en större hälsovårdskontext. Barnmorskan väntas att arbeta tillsammans med kvinnan, möta kvinnans emotionella behov och främja kvinnas informativa val. Det är viktigt att barnmorskan får en individuell relation till kvinnorna för få fram sitt budskap och för att lära känna henne. Barnmorskan kan därför vara personlig och bjuda på sig själv för att skapa en ömsesidig relation (15).

Barnmorskan arbetar med kvinnans rättigheter genom att stödja och uppmuntra dem till aktivt deltagande i sin vård. Barnmorskan samarbetar med andra hälsoprofessioner vilka hon kan konsultera och remittera till när kvinnans behov av vård överskrider barnmorskans område (5). I studien med Hunter framkom att barnmorskor som jobbar inom mödrahälsovården upplevde att relationen till mödrarna var emotionellt lösnande, då arbetet inom mödrahälsovården har sitt ursprung i bekräftelse och stöd. Relationen med kvinnan var belönande för barnmorskan när kvinnan tillät dem att anta en individualiserad vård och var mottaglig för barnmorskans råd. Barnmorskan arbetade för att skapa en god relation med kvinnan vilket i sin tur ledde till en relation där man kunde ”ge och ta”. Hunter finner fyra nyckelsituationer i sin studie balanserat utbyte, förkastat utbyte, motsatt utbyte samt ohållbart utbyte. Balanserat utbyte är att ge och ta från bådars håll, på så vis blir barnmorskan bekräftad att hon gör ett bra jobb och det blir då emotionellt belönande för barnmorskan. De tre andra situationerna är alla kategorier där utbytet är ur balans för barnmorskan och är emotionellt svåra. Barnmorskans kontroll blir mer utmanad av kvinnan (15).

Empowerment

I amerikanska ordböcker beskrivs att empowerment har två till varandra relaterade betydelser. Det första är att ge makt eller auktoritet till och det andra är att ge möjlighet eller tillåtelse till. Betydelser för empowerment har påträffats i det latinska ordet ”potere” vilket betyder att vara förmögen att. En viktig aspekt av empowerment är att aktivt ta kommandot, enskilt eller i grupp (16). Empowerment kan beskrivas som en process där de centrala komponenterna är makt, kontroll, självförtroende och stolthet. Empowerment kan därför ses som hjälp till självhjälp, då egenmakten stärks och medvetenheten stärks, vilket endast kan ske i

relationer med andra människor. Att få makt och delaktighet leder till en möjlighet att påverka sin situation (6).

Inom all förebyggande hälsoarbete krävs strategier som leder till ökad empowerment både individuellt och för organisationen. Dessa behövs för att öka individens egeninflytande och beslutsfattande på olika nivåer. Empowerment leder till att individer genom reflektion blir medvetna om sin situation och att utifrån detta kan analysera sitt liv, vilket i sin tur kan ge vilja och kraft att förändra den verklighet de lever i (6). Synen på empowerment har setts som en nyckelroll i det professionella utvecklandet av vården. Från organisationens synvinkel gör man sig en föreställning om att empowerment är kontroll över förutsättningar, vilket gör en insats möjlig. Effektiva arbetsvillkor som möjlighet, resurs, information och stöd är tänkt att fastställa graden av tillträde individer har till de olika empower strukturerna (17).

Vårdpersonalen i en studie från 2007 (18) beskriver empowerment som frihet och auktoritet att ta i beslut i arbetet. Att ha individuell makt och professionell respekt, rätt kompetens, självförtroende, vara kapabel till att ta rätt beslut och att ha genomslagskraft. Barnmorskors autonomi och auktoritet var nödvändigt för att kunna känna empowerment (18). I en studie med Matthew 2006 (19) beskriver barnmorskorna att empowerment för dem är att ha färdighet att utöva sin roll, ha ansvar för sitt yrke, veta målen med omfattningen av yrkesrollen, ha en bra kommunikation med cheferna samt att ha rätt kunskap för sin yrkesroll. De beskriver fyra faktorer vilka är viktiga för empowerment hos barnmorskor: kontroll, stöd, erkännande och färdighet (19). Fawcett 1994 (20) definierar empowerment som en process att vinna inflytande över händelser och resultat av betydelse för en individuell person eller grupp. Barnmorskorna kännetecknas att vara självständiga och kvinnocentrerade i sitt arbete (20).

Midwife

Midwife härstammar från den gamla engelskan och står för mid = with och wif = wife/woman alltså med- kvinnan. Barnmorskan ses som en hälsovårdsspecialist som stöttar och vårdar kvinnan preventivt, under graviditeten, vid förlossningen samt postpartum (21).

The international Confederation of Midwives - ICM: s definition av midwife är:

Midwife är en person som regelmässigt blivit antagen till en "barnmorske" utbildning, behörigen erkänd beroende på vilket land som utbildningen finns i, lyckas slutföra bestämd utbildning som barnmorska och har skaffat erforderlig behörighet för att bli "legitimerad" som barnmorska. Hon måste vara kompetent att ge nödvändig övervakning, vård och råd till kvinnan under graviditeten, förlossning och postpartum perioden, att leda förlossningen med eget ansvar samt vårda det nyfödda spädbarnet. Vården innefattar förebyggande åtgärder, upptäckande av onormala tillstånd hos både kvinna och barnet, framskaffande av medicinsk hjälp samt utförande av nödfallsåtgärder vid brist av medicinsk hjälp. Hon har en viktig uppgift vid hälsorådgivning och utbildning inte bara till kvinnan utan även inom familjen och samhället. Arbetet bör innefatta antenatal undervisning, förberedande inför föräldraskap samt erbjuda vård inom vissa områden av gynekologi, familjeplanering och barnvård. Hon kan praktisera på sjukhus, arbeta med utbildning, vara på hälsocentral eller andra förvaltningar (22).

Barnmorskans livssyn ska alltid vara att hon oavsett situation ska vara med kvinnan. Med hjälp av hennes närvaro och engagemang stödjer och hjälper hon kvinnan genom att vara en skicklig ledare, på så sätt bildar kvinnan och barnmorskan ett partnerskap (21). Barnmorskan ska alltid stäva efter att möta kvinnans mål och önsknings. För att uppnå detta bör barnmorskan skapa en kontext där denna vård kan utföras. Barnmorskans deltagande är en viktig del av denna kontext. Barnmorskan tror på kvinnans kunskaper och instinkter de lyssnar och hjälper henne att hitta sin egen styrka och visar hur hon kan använda den (23).

Barnmorskan ska vara lyhörd för kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov oberoende av kvinnans omständigheter. Barnmorskorna bör under hela sitt aktiva yrkesliv företagsamt utveckla sin profession både personligt och intellektuellt och integrera denna tillväxt i sin yrkesverksamhet (11).

Livsstilsfrågor

Då livsstilsfrågor är ett vitt begrepp har vi valt att gå närmare in på tre områden som barnmorskan kan komma i kontakt med i sitt arbete. Dessa områden är rökning, alkohol och övervikt. Det finns många risker med att röka, dricka alkohol och vara överviktig under graviditeten därför är det angeläget för barnmorskan att arbeta aktivt för att få kvinnan att minska och till och med sluta med sitt skadliga levnadssätt. Nedan följer tidigare forskning

angående risker med ett hälsosamt levnadssätt samt barnmorskans upplevelser att arbeta med ämnena rökning, alkohol och övervikt.

Rökning

Rökning under graviditet kan leda till en mycket allvarlig risk när det gäller hälsa för både mor och barn. Komplikationer som minskad födelsevikt och prematur födsel samt plötslig spädbarnsdöd är exempel på vad som kan hända. Det har även visat sig att rökning under graviditet kan medföra hjärt- kärl sjukdomar, diabetes mellitus och obesitas hos barnet i vuxen ålder. Det finns troligtvis även ett samband med nedsatt kognitiv utveckling vilket kan leda till uppmärksamhetsstörning och överaktivitet samt intellektuell störning (24, 25). Kvinnor som röker under graviditet dubblar risken för extrauterin graviditet och ökar risken för missfall (24). Enligt en studie från 2001 visar resultatet att de som slutar att röka innan graviditetsvecka 16 reducerar risken för ett dödfött barn med en fjärdedel samt spädbarnsdödligheten men en femtedel (26).

Det har visat sig att individer i en lägre socioekonomisk grupp har större svårighet att sluta röka. Flertalet kvinnor skyller på att de röker för att hantera stress och livets motgångar. I en kvalitativ studie av Bull gjord 2007 (25) där två olika fokusgrupper bestående av 23 deltagande barnmorskor, framgick att några skyller på det medicinska och vill på så sätt peka på att rökning är ett beroende och inte förenat med ett livsstilsval. Andra barnmorskor ansåg att det var svårt att motivera kvinnan till att sluta röka om de hade en depression i anamnesen eller skyllde på sitt beroende för att hålla sitt humör och sin vikt (25).

I en kvantitativ studie gjord 2005 (24) svarade 78 barnmorskor på ett frågeformulär där resultatet visade att barnmorskorna menade att en av de viktigaste sakerna en barnmorska kan göra är att få kvinnorna att sluta röka. Hela två tredjedelar övervägde att hjälp till en livsstilsförändring skulle vara en del av deras arbete och inte bara förberedelser inför barnafödandet. Man ser dock en konflikt i studien där vissa barnmorskor menar att deras huvudsakliga uppgift är att förbereda kvinnan för en förlossning, inte ändra deras livsstil (24). Detta framkommer även i en engelsk studie av Bull (25) då en del av barnmorskorna i studien svarade att de redan hade för lite tid till ta upp det som de egentligen ansåg tillhörde deras profession som exempelvis förlossningens förberedelser, barnets utveckling och för-

äldraskapet. Personalen önskade att de fick en mer specifik utbildning och klara riktlinjer så att de kunde känna sig mer trygga när de levererade hälsofrämjande information (25).

I en kvantitativ tysk studie från 2006 (13) besvarade 189 barnmorskor ett frågeformulär kring deras attityd till att rådgöra med kvinnor angående deras rökbetaende. Barnmorskorna svarade att de talar om konsekvenserna av rökning med endast 70 % av de kvinnorna de har hand om. Huvudsakligen förmedlas kunskap om risken för minskad födelsevikt, risken för kommande luftvägsinfektioner och pneumoni samt risken för allvarlig astma sjukdom hos barnet. Majoriteten av barnmorskorna i denna studie kände sig trygga att tala med kvinnorna om konsekvenserna av att röka under graviditet. Endast 16 % av barnmorskorna i denna studie kände sig otrygga att tala med kvinnorna om rökning. Flertalet barnmorskor frågade kvinnorna om och hur mycket de rökte, av dessa var det endast några få som dokumenterade det i moderns journal, mer än hälften noterade det på sina egna anteckningar, men en tredjedel däremot noterade inte detta någonstans (13).

Alkohol

I dagens samhälle väljer fler kvinnor att ska skaffa barn senare i livet och ofta är de över 30 år när de får sitt första barn, samtidigt som de debuterar med att dricka alkohol tidigt i tonåren. Alkoholen har därför varit en del av deras livssil under en längre tid. Frågor angående deras alkoholvanor medvetandegörs ofta första gången i mötet med mödrahälsovården. Kvinnors alkoholmönster har ändrats över tid, till att mer gå över och likna männens, vilket kan innebära att risken undervärderas(1).

Det har rapporterats att alkoholkonsumtionen hos gravida var mer utbredd än man tidigare hade trott. Även små mängder av alkohol ökar risken för skador under graviditeten (27). Om man dricker en standard drink (ca 10 -12 g alkohol) om dagen i början av graviditeten ökar detta risken för spontanabort, dödföddhet, låg födelsevikt, nedsatt postnatal tillväxt och intellektuell utveckling (28). Större mängder av alkohol kan leda till Fetalt alcohol syndrom (FAS). FAS är ett allvarligt syndrom som beror på stort alkoholintag hos modern under graviditeten främst under organogenesen. FAS kan innebära att barnet föds med skador som utgörs av utmärkande ansiktsförändringar som mindre huvudomfång, smala ögonspringor, hudveck vid ögonvrån, bred näsrot, kort näsa, smalt mellanansikte, tunnöverläpp och utslätad fåra under näsan. Även missbildningar på nervceller kan ses med

följden att barnet senare utvecklar bristande uppmärksamhet och hyperaktivitet (1, 5). I en dansk studie från 1998 intervjuades 439 kvinnor i graviditetsvecka 15-16 angående sin kunskap om alkoholintag under graviditet. Det visade sig att 76 % av kvinnorna ansåg det var acceptabelt att dricka lite alkohol under graviditeten, 46 % av kvinnorna tyckte att ett alkohol intag någon gång i veckan var acceptabelt. Tjugoen procent av kvinnorna var medvetna om rekommendationerna att avstå helt från alkohol under graviditeten. Många av kvinnorna i denna studie trodde att sprit var mer skadligt för barnet än öl och vin (29).

Enligt Chang m fl 1999 (30) fann de att om man tidigt upptäcker att kvinnan har ett högt alkoholintag så kan man med hjälp av information till kvinnan om hur skadligt alkoholen är för fostret och graviditetens utgång många gånger minska olika fetala alkohol effekter (30). I Sverige används ett instrument som kallas för AUDIT – (Alcohol Use Disorder Identification Test) för att tidigt kunna upptäcka om kvinnan har en ökad alkoholkonsumtion. AUDIT- formuläret fylls i under första mötet med kvinnan inom mödrhälsovården. I en svensk studie från 2003 där de under ett år studerade AUDIT- formuläret på 1101 kvinnor framkom att 15 % av kvinnorna i Stockholms stad använde skadliga mängder alkohol under sin första trimester. Om man har relativt sunda alkoholvanor innan graviditeten, kan detta ändå leda till att man har utvecklat ett sådant beroende som kan vara svårt att bli av med vid en graviditet vilket i sin tur leda till skada på barnet. Dessa kvinnor skulle vara svåra att identifiera utan AUDIT (27). I och med AUDIT har man lyckas identifiera hälsorisker och förebygga skador hos både mor och barn, genom att ge dessa kvinnor specialiserad vård om nödvändigt. AUDIT- formuläret är indelat i tre olika sektioner: konsumtion, beroende och alkohol relaterade problem. Detta anses vara en av de bästa testen för att upptäcka skadlig alkoholkonsumtion. AUDIT är dock inget diagnostiskt instrument (31).

Övervikt

Fetma är ett stort folkhälsoproblem i industriländerna. I en studie från 2006 (32) framkommer det att under de sista två decennierna har en alarmerande viktökning skett hos fertila kvinnor i Sverige. År 1978 var endast 2,2 % av kvinnorna i Sverige obesa, 2001 hade det stigit markant till 11.6 % (32). Vid graviditet är fetma associerad med graviditetskomplikationer som hypertension, graviditets diabetes, preeklampsi, ökad trombosrisk, anestesikomplikationer samt instrumentella förlossningar (33, 34). Barnen i sin tur kan få komplikationer som diabetes, hjärt- kärlsjukdomar, eksem, samt vissa typer av malignitet

både under barndomen och senare i livet (35). Enligt Asplund m fl 2008 (34) visade det sig att det var en ökad risk att få ett barn med makrosomi om kvinnan ökade sitt BMI med mer än 25 % under graviditeten (i studien definierades makrosomi som mer än 4000g). Makrosomi kan för barnet medföra skulderdystoci, plexus skada, frakturer, mekoniumaspiration, perinatal asfyxi, hypoglykemi och fetal död. För kvinnan kan makrosomi leda till förlängd förlossning, behov av värkförstärkande dropp relaterat till värksvaghet, stor blödning i samband förlossning, infektion, tredje och fjärde gradens bristningar samt förhöjd trombosrisk. I studien fann de också att kvinnor med fetma löpte mer än en tvåfaldig ökad risk att föda ett dödfött barn eller att barnet drabbades av neonatal död jämfört med underviktiga, normalviktiga och överviktiga kvinnor. I studien framkom även att antenatal död hos fostret kunde förebyggas genom att remittera kvinnan till en obstetrisk specialist som gör viktuppskattning hos barnet genom ultraljud följa barnets utveckling genom en skräddarsydd tillväxtkurva (34).

De kvinnor som går upp mycket i vikt under graviditeten har ofta svårt att postpartum komma tillbaka till sin ursprungsvikt. Studier visar på att kvinnor i genomsnitt har en kvarvarande övervikt på 2-3 kg 6-12 månader postpartum, vilka har visat sig vara svåra att bli av med även efter 12 månader. Av denna anledning är det viktigt att förebygga överdriven viktuppgång under graviditeten bland överviktiga och obesa kvinnor i fertil ålder. Övervikt under graviditeten ökar risken för övervikt senare i livet (36, 37).

I en svensk studie från 2008 (38) intervjuades 56 obesa gravida kvinnor angående deras inställning och tillfredsställelse att ingå i ett program som motverkade viktuppgång under graviditet. Målet var att de obesa kvinnorna inte skulle gå upp mer än 6.9 kg under graviditeten. De fick då hjälp av en specialiserad barnmorska, dit de fick komma 30 minuter i veckan för att väga sig och få motiverande samtal. Under det första mötet gavs de också information om riskfaktorer och komplikationer övervikt kunde leda till i samband med graviditet och förlossning, samt erbjudande att delta i vatten aerobic en gång i veckan. Resultatet visade att 70 % av kvinnorna som deltog var tillfredställda med sin viktökning. Deras mest positiva upplevelse med programmet var de motiverande samtalen och mentala ”coachning” av barnmorskan. Vad kvinnorna saknade i programmet var en psykoterapeut samt en dietist att få råd av. De flesta kvinnorna fortsatte med den hälsosamma livsstilen även efter förlossningen. Det de kom fram till som viktigt, för att kvinnorna skulle nå sitt

mål, var att de själva skulle vara aktivt involverade i målsättningen och att det inte var barnmorskan som satte upp dessa mål (38).

Problemformulering

Graviditet har blivit identifierat som en chans för hälsopersonal att arbeta med kvinnor som har ett ohälsosamt levnadssätt genom att erbjuda information, stöd och åtgärder för att hjälpa dem. Barnmorskorna anser ofta att kvinnor riskerar sina barns hälsa genom att fortsätta med vissa livsstilsfaktorer under graviditeten. Ändå visar det sig att många barnmorskor undviker att informera och råda till en mer hälsosam livsstil. Orsaken till att barnmorskorna ibland undviker ämnet skyller de på organisationen och sin yrkesmässiga barriär som förhindrar dem från att ge dem effektiv hälsoförebyggande service. Barnmorskorna kan också vara rädda för att stöta sig med patienten eller skada den yrkesmässiga patient relationen. De kände också att upprepade frågor angående kvinnans livsstil kunde medföra att kvinnan svarade oärligt och ibland till och med slutade komma på deras inbokade möten. De barnmorskor som tidigare hade stött sig med en kvinna, undvek i högre grad att ta upp problemet igen med nästkommande kvinna. Graviditet är en optimal tid att informera och ändra kvinnans matvanor och fysisk aktivitet och förhindra en kraftig viktuppgång och där igenom att förbättra både graviditeten och förlossningen.

Kunskaper om vad som kan hända kvinnan och barnet vid en ohälsosam livsstil så som rökning alkohol och fetma finns det gott om. Däremot finns det inte många studier som visar på hur barnmorskan arbetar med dessa ändå ganska känsliga ämnen som livsstilsfrågor många gånger ändå är.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnmorskans upplevelse och erfarenheter av att arbeta med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan.

METOD

Då syftet med studien var att beskriva barnmorskans upplevelse och erfarenheter att arbeta med livsstilsfrågor, valde vi att ha en kvalitativ ansats. Med en kvalitativ ansats är det möjligt att ta reda på hur människor upplever sin värld och innebär en strävan efter att skaffa

sig en djupare kunskap och få en helhetsförståelse hos en viss företeelse. Genom metoden försöker man komma fram till det ofta tysta och underförstådda. I vård- sammanhang studeras människan i vården och hennes varande, handlingar och delaktighet (39). Metoden används mer och mer inom hälso- och sjukvården och synliggör vård och vårdande (40). Vid kvalitativt inriktad forskning använder man sig av verbal analys metod vilket handlar om att tolka och förstå människors upplevelser (41).

URVAL

För att få svar på hur barnmorskor inom mödrahälsovården arbetar med att tala med gravida kvinnor om livsstilsfrågor, valde vi att göra intervjuer med barnmorskor. Urvalet gjordes genom att skicka ut information om vår studie till vårdenhetscheferna på sju större mödravårdscentraler i en stad i Västra Götaland. Större centraler valdes ut för att få en ökad bredd vad det gäller patientupptag. Efter telefonkontakt med alla mödravårdscentraler fick vi godkännande från fem centraler för intervjuer. De valde själva ut barnmorskor för intervju. På grund av tidsbrist kunde varje mödravårdcentral endast bistå med en barnmorska per central för intervjun. På grund av detta var det svårt att uppfylla de kriterier som vi tidigare haft som exempel att barnmorskan skulle ha arbetat mer än 5 år inom mödravårdscentralen, detta kriterium plockades därmed bort. Kontakt togs sedan med varje barnmorska för att boka tid för intervju. Till dem som inte hade fått ta del av forskningspersonsinformationen som skickades till centralerna, skickas en ny bilaga via e-post. Vi intervjuade alltså fem barnmorskor från olika centraler, deras ålder varierade mellan 30 och 60 år och deras yrkeserfarenhet som barnmorska varierade mellan fyra och 23 år. De två centraler som tackade nej kunde inte ta emot då de hade tidsbrist på grund av vaccinering mot N1H1.

DATAINSAMLINGSMETOD

Semistrukturerade intervjuer användes. En intervjuguide med 25 frågor (bilaga 1) användes för att säkerhetsställa att alla skulle få samma frågor och samma förutsättningar. Frågorna hade öppna svarsalternativ, vilket gjorde att vi ibland fick svar på flera av frågorna och därför inte alltid behövde ställa alla frågor. Den semistrukturerade intervjun gav informanterna möjlighet att prata fritt om sina upplevelser, samtidigt som de kunde ge en mer detaljerad beskrivning om ett område. Intervjuerna inleddes genom att fråga efter de-

mografiska data för att sedan gå över i att fråga om barnmorskans arbete med livsstilsfrågor. Beroende på vad deltagaren berättade hade vi följdfrågor för att få fram informationen vi sökte.

Vi genomförde tre av intervjuerna tillsammans och turades då om att hålla i intervjun medan den andra förde anteckningar. De två andra intervjuerna gjordes var och en för sig på grund av dubbelbokning av tider. Intervjuerna genomfördes på barnmorskornas arbetsplatser. Innan intervjun startade uppmanades barnmorskan att läsa igenom forskningspersonsinformationen (bilaga 2) samt skriva på ett samtyckesformulär (bilaga 3). Intervjuerna tog mellan 30-45 minuter att genomföra. Intervjuerna transkriberades efter varje intervju-tillfälle. Varje intervju har kodats så att ingen enskild individ kan identifieras. Författarna förklarade att citat kommer att användas, men dessa kan inte kopplas till person eller på annat sätt identifieras med ursprungskällan. Då vi valt att använda kvalitativ innehållsanalys bandinspelades fyra av intervjuerna för att få den exakta ordalydelsen för att kunna granska och tolka texten. Innan bandinspelningen berättade vi varför vi valt att bandinspela intervjuerna. De fick information om att det endast var författarna som skulle lyssna på bandinspelningen och att det skulle raderas efter transkriberingen. En barnmorska avböjde bandinspelning, vi skrev då ned det hon svarade. Deltagandet var helt frivilligt och barnmorskorna kunde när som helst utan närmare förklaring avbryta sitt deltagande.

DATAANALYS

Innehållsanalys

Vi har valt att använda kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Metoden används för att granska och tolka texter som exempelvis kommer från transkriberade intervjuer. Induktiv ansats innebär en opartisk analys av insamlad data som baseras på människors berättelser om sina upplevelser. Vid en kvalitativ innehållsanalys beskrivs variationer genom identifiera textinnehållets likheter och olikheter vilka sedan uttrycks i olika kategorier och eventuellt teman. Betydelsen är textens sammanhang, därför är det viktigt att ha kunskap om sammanhanget om hur studien är genomförd (42).

När analysen väl skall genomföras bör man bestämma sig för ett latent eller manifest innehåll. Det manifesta innehållet undersöker vad texten säger och beskriver det som är synligt

och uppenbart. Det latenta innehållet däremot analyserar det skylda i texten alltså det underliggande i meningen. Detta gör att texter kan tolkas på olika djup och nivåer (43). Det finns olika centrala begrepp för att beskriva analysprocessen inom kvalitativ innehållsanalys, vilka är: *analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema*. En analysenhet är det dokument som skall analyseras till exempel en hel intervju. Analysenheten delas sedan in i domäner som är områden möjliga att identifiera och detta utgör en grov struktur. Utifrån dessa görs meningsenheter som är en meningsbärande del av texten, vilka kan utgöras av ord, meningar och stycken som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Processen som sker sedan är att meningsenheterna kondenseras samt abstraheras vilket leder till att texten blir kortare, innehållet lyfts då till en högre logisk nivå. Texten förses sedan med koder, som mycket kortfattat beskriver innehållet. Koderna sammanförs sedan till kategorier och teman. Flera koder utgör en kategori och svarar på frågan ”vad” och relaterar till innehållet på en beskrivande nivå (42, 43).

För att påbörja analysen lästes de transkriberade intervjuerna flera gånger i sin helhet för att hitta det manifesta innehållet i texten. Detta gjorde vi var och en för sig, för att sedan tillsammans plocka ut meningsenheter som stämde överens med vårt syfte. Meningsenheterna kondenserades sedan och benämndes därefter som koder. Därefter placerades koderna in i olika underkategorier som stämde överens med innehållet. Kategoriseringen fotsatte till dess att inga fler koder kunde placeras i de olika underkategorierna och inga fler huvudkategorier kunde bildas. Exempel på analysens steg framgår av (bilaga 4). Kodning och kategorisering av meningsenheterna utfördes gemensamt.

FORSKNINGS ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Mänskliga rättigheter som rätten till liv, värdighet och att behandlas med respekt är några av delarna som är förknippade med vård och omvårdnad. För att barnmorskan i arbetet med kvinnan skall kunna förbättra sina kunskaper och färdigheter samtidigt som hon utvecklar ny kunskap krävs ständig forskning (44). Det är viktigt att forskningen håller en hög kvalitet för att ständig utveckling av samhället skall ske. Forskningen i sig bör sedan bidra med kunskap och ligga som grund i undervisning. Forskningen bör även bidra till att bygga kunskap och möjlighet till forskningsbaserad undervisning. Under forskningsprocessen bör man respektera de antagna yrkesmässiga etiska principer och normer då forskningen omfattar människor (44, 45).

Enlig Helsingforsdeklarationen ska den som forskar se till att omsorg alltid går före vetenskapens och samhällets intressen. Forskaren måste därför vara medveten om sitt eget lands etiska, rättsliga och andra bestämmelser beträffande forskning på människor. Då människor ingår forskningsprojekt bör eventuella risker och nackdelar ifrågasättas och jämföras med det som är positivt i studien. Information angående syfte, metod, eventuella intressekonflikter samt obehag om studien måste lämnas till alla (46).

Det grundläggande individskyddskravet kan sammanfattas med fyra allmänna huvudkrav, vilka är: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* innebär att information angående deltagarens uppgift i projektet samt vilka villkor som gäller skall lämnas. Forskaren skall även informera om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande. Informationen skall innefatta det som kan påverka undersökningsdeltagaren att eventuellt inte vilja delta i studien som risker och obehag (45). I vår studie skickades forskningspersonsinformation ut till samtliga mödravårdscentraler (bilaga 2).

Samtyckeskravet avser att undersökningsdeltagaren lämnar sitt samtycke att vara med i undersökningen. Detta ska alltid inhämtas då undersökningen innebär en aktiv insats. I och med samtycket ska deltagaren kunna avbryta sitt deltagande när som helst under undersökningens gång. Forskaren ska då förstöra det material som insamlats om deltagaren (45). I vår studie fick informanten läsa igenom forskningspersonsinformation vid intervjutillfället och därefter skriva på ett samtyckesformulär (bilaga 4). Vi meddelade både muntligt och skriftligt att personen när som helst kunde avbryta sitt deltagande.

Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om deltagarna i undersökningen ska behandlas konfidentiellt och förvaras så att inte obehöriga kan ta del av dem. Det ska vara praktiskt omöjligt för utomstående att ta del av uppgifterna och deltagarna ska inte kunna identifieras. Åtgärder ska vidtas för att försvåra för utomstående att identifiera enskilda människor eller grupper(45). I vår studie fick informanterna information att materialet skulle kodas för att enskilda individer inte skulle kunna identifieras. De fick också information om att materialet skulle behandlas strikt konfidentiellt. Närliggande platser och namn på kliniker som informanten uppgav raderades.

Nyttjandekravet innebär att det endast är för forskningsändamål som det insamlade materialet får användas och det får inte utlånas för kommersiellt bruk eller andra ändamål som inte är vetenskapliga (45). Varje intervju raderades efter transkribering och används bara för kommande resultat.

I FN deklARATIONEN och HelsingforsdeklARATIONEN finns det etiska principer om de mänskliga rättigheterna. Dessa är: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa. Med autonomi menas människan är självbestämmande som en självständig individ samt har rätt till frihet och reflektion. Autonomi principen innebär att deltagarens värdighet och integritet skall respekteras (46). I våra intervjuer kan barnmorskans yrkesroll i fråga sättas, vissa frågor kan eventuellt även väcka personliga känslor.

Principen att göra gott innebär att forskningsresultatet skall kunna bidra med kunskap och vara till nytta. De deltagare som ingår i projektet skall få ta del av resultatet. Alla de som ingår i vår studie kommer att få ta del av studien. Eventuellt kan resultatet leda till att barnmorskorna i sitt framtida arbete kommer att tillämpa resultatet av vår studie. Principen om att inte skada innebär att personerna inte utsetts för skadeverkan. Författarna anser att risken för skada hos dem vi intervjuar i vår studie är minimal. Principen för rättvisa innebär att alla individer skall behandlas lika, en viktig aspekt är att utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras.

RESULTAT

I analysen framkom fem olika huvudkategorier: **Skapa en god relation**, **Medvetandegöra**, **Individualisera**, **Barnet som motivation** och **Vara dominant**, vilka beskriver barnmorskans sätt att arbeta. I kategorierna identifierade vi 14 underkategorier se tabell 1. Citat från barnmorskornas intervjuer har använts för att belysa innehållet i resultatet.

Tabell 1. Beskrivning av kategorier respektive underkategorier

Kategorier	Skapa en god relation	Medvetandegöra	Individualisera	Använda barnet som motivation	Vara dominant
Underkategorier	Respektera kvinnans autonomi	Ge information	Analysera situationen	Ansvar	Inte ge någon valmöjlighet
	Inte skuldbelägga	Motivation	Ge stöd	Fokus på barnet som individ	
	Uppmuntra	Kommunikation	Kunna hänvisa Kulturella faktorer	Konsekvenser för barnet	

SKAPA EN GOD RELATION

I resultatet framkom att det är mycket viktigt att få en god relation till kvinnan för att kunna diskutera livsstilsfrågor. Många ämnen inom livsstil kan upplevas som känsliga och det kan vara svårt för kvinnan att öppna sig för barnmorskan om man inte har en god relation. En god relation till kvinnan är en bra bas för att möjliggöra att kvinnorna senare öppnar sig och ibland till och med erkänner sina misstag. Det är således viktigt att tidigt satsa på att bygga upp en god relation till kvinnan. Det handlar inte om att bestämma över eller tvinga sig på någon utan om att hela tiden samarbeta med kvinnan.

Respektera kvinnans autonomi

Förutsättningarna för en god relation till kvinnan bygger på respekt för kvinnan, att inte tvinga sig på henne utan att behandla henne som en vuxen person. Sträva efter en balansgång om när man skall prata om känsliga ämnen och inte.

Man får vara respektfull för att om hon säger: jag vill inte, så kan jag inte säga att det måste du.

Ett annat sätt att underlätta för en god relation, var att använda humor som ett verktyg i mötet med den gravida kvinnan för att göra stämningen lite lättare. Det kunde utgöra en väg till att diskutera svåra frågor utan att kvinnan skulle känna att barnmorskan la sig i kvinnans liv.

Jag tror att det är viktigt att använda humor för att kvinnorna inte ska känna sig attackerade.

I resultatet framkom det också att barnmorskan inte kände att hon hade rättigheter att bestämma över någon samtidigt kände de ett stort ansvar för kvinnan och barnet. Detta kunde ofta upplevas som en frustration hos barnmorskan.

...man kan ju aldrig tvinga, man kan ju inte låsa in henne där.

Inte skuldbelägga

Undvika att skuldbelägga kvinnan var också något som var återkommande. Detta är något som var viktigt för att skapa en god relation till kvinnorna, att inte peka ut någon att vara speciell. Det handlade speciellt om vikten men kunde också handla om rökning och alkohol. De kom fram till att det var känsligare att prata med kvinnan angående övervikt än alkohol och rökning. Barnmorskorna upplevde att det var de överviktiga som oftast blev upprörda då de diskuterade livsstilsfrågor. Många gånger är det här med övervikt inte något kvinnorna valt att leva med och som kan vara väldigt svårt att ändra på. Dessa kvinnor får inte skuldbeläggas, det är bättre att fokusera och uppmuntra det lilla som de faktiskt gör för att ändra situationen. Det kan i sig motivera kvinnan att komma vidare. Något som var återkommande i intervjuerna var att barnmorskorna inte ville sitta med pekpinna för att få fram vad de vill ha sagt.

... så man får vara väldigt försiktig när man pratar kring det för det är inte meningen att vara någon polis och sitta med fingret, - att nu får du

Jag är absolut inte någon som pekar med pekfingret och säger så här, Vad har du gjort.

Det framkom att om man inte skuldbelade kvinnan, utan lyssnade och hade ett bra samtal med henne så fick kvinnan respekt för barnmorskan och på så sätt vågade öppna sig. Därmed kände sig kvinnan inte attackerad utan kunde berätta att det inte gått att dra ner på rökningen sedan förra gången som de kommit överens om. Skulle man i detta läge skuldbelagt kvinnan skulle de eventuellt backat och till och med ljugit om rökningen. Ett sätt att undvika att skuldbelägga kvinnan var att ställa frågorna om livsstil på ett så öppet sätt som gjorde att kvinnan förstod att barnmorskan förväntade sig vilket svar som helst, att inget svar var konstigt.

Uppmuntran

Istället för att skuldbelägga kan det vara bra att uppmuntra kvinnans framgång. Att lyssna på vad kvinnan har och säga och bestämt sig för, samt att uppmuntra hennes tankar. Barnmorskorna berättade att de gärna uppmuntrade rökstopp och nertrappning av nikotinbruk.

...har hon dragit ner så säger jag, jätte bra, bra att du har kunnat dra ner. Vad skulle kunna få dig att dra ner ytterligare lite?

MEDVETANDEGÖRA

Det är viktigt att medvetandegöra livsstilsfrågor för kvinnorna. Olika metoder användes för att nå fram med budskapet. Medvetandegöra handlar om att få kvinnan att bli påmind om saker de oftast redan vet, till exempel att man inte bör röka under graviditeten. Genom att tala om det lyfter man upp det till ytan och därmed blir det som ett uppvaknande för kvinnan. Barnmorskan ger dem möjlighet till livsstilförändring genom att medvetandegöra problemen vilket sker genom information, kommunikation och genom att motivera kvinnorna.

Ge information

I resultatet belyste barnmorskorna vikten av att informera om det normala så att kvinnan kan börja knyta an till barnet, vilket kan vara svårt innan de börjar känna barnet röra sig. Detta kan medföra att kvinnan inte ändrar sin livsstil till en början. Information om bland annat kost, motion, alkohol och rökning var något barnmorskorna informerade om. Att tala med överviktiga om motion kunde ibland vara svårt. De informerade om att börja cykla

eller gå en gång i veckan var bättre än inget alls. Syftet med den här informationen var att få kvinnan att komma in i tankesättet. När det gäller alkohol belyser barnmorskorna till exempel att även liten mängd alkohol påverkar fostret. Information ges till kvinnan om att de arbetar med utökat stöd när de gäller alkohol och drogproblem, att de då hänvisar till en annan mottagning.

Jag brukar visa den här bilden och förklara vad det är som är så farligt med alkohol och så brukar jag berätta om rutinerna vi har här

Kommunikation

Genom kommunikation kan barnmorskan medvetandegöra kvinnans levnadsvanor. Ett exempel på detta var att boka in tätare besök med kvinnan som rökte och erbjuda uppföljning. Kvinnan kom på tätare besök och de talade kring rökning varje gång, vilket var en hjälp för henne att sluta röka.

Då frågar jag nog ganska mycket hur de har tänkt själva. Det är ju inte så att de kommer hit och inte vet, utan de vet ju precis vad det handlar om. Men att man frågar lite grann hur de själva tänkt och hur de tänker inför ett rökstopp. Tänker de att de ska dra ner eller sluta helt, eller var finns de.

När det gäller kost så berättade barnmorskorna om att de till exempel frågar kvinnan vad hon äter på en dag och att de sedan gick igenom det tillsammans. Bekräftade sedan vad hon hört kvinnan säga om sin mathållning och beskrev vad hon tyckte, om det var bra eller dåligt. Sedan hade de en dialog om vad kvinnan tyckte var svårt med mathållningen och vad hon ville ha hjälp med. Genom att lägga upp det på det sättet medvetandegjorde barnmorskan kvinnans kosthållning. Barnmorskan tog reda på vad kvinnan kunde tänka sig att förändra och uppmuntrade de förändringar kvinnan åstadkommit.

När det gäller alkohol så går barnmorskorna igenom vad AUDIT svaren faktiskt betyder. Ett exempel var att de sa så här till kvinnan ”stämmer det att du dricker ungefär 4 glas varannan dag”. Genom att lägga upp det på det viset blev det som ett uppvaknande för kvinnan. De talade sedan om kvinnans dryckesvanor och skälen till dessa. Analyserade situationen och sambandet tillsammans med kvinnan, på så vis belyste de mönstret.

Jag kollar på vilka dagar de dricker, fiskar upp vilka personer de dricker med. Vissa dricker med vissa och fikar med andra. Försöka bryta detta mönster.

Genom kommunikation medvetandegör barnmorskan kvinnans problem. Därifrån tar barnmorskan ärendet vidare, antingen själv, genom motiverande samtal eller remitterar vidare till barnmorskor med specialistkompetens inom området. Det framkom även att barnmorskan berättade att hon alltid redogjorde klart och tydligt för kvinnan om att ingen kommer att ta barnet ifrån dem, utan att de kommer verka som ett stöd i föräldrarollen.

Motivation

Barnmorskans uppgift är att få kvinnan att berätta om motivationsgraden och vad hon behöver ha hjälp med för att kunna nå sitt mål.

Det handlar om motivationen hos kvinnan, jag måste hitta den hos dem.

För att hitta motivationen kunde en skala mellan ett till tio användas, där kvinnan fick berätta var på skalan hon befann sig i motivationen att sluta röka. Barnmorskan tog sedan reda på vad som krävdes för att kvinnan skulle nå till motivationsnivå tio och de gjorde sedan upp en gemensam plan för att nå målet. Barnmorskans viktigaste uppgift var att hitta motivationen hos kvinnan för att sedan kunna stödja henne i sina val. Fanns inte motivationen blev det svårt, näst intill omöjligt för barnmorskan att stödja kvinnan till livsstilsförändring. Genom motiverande samtal försökte barnmorskan få kvinnan själv att motivera sig. Barnmorskan väckte tanken och försökte få kvinnan att tänka själv och komma med förslag, som de sedan kunde jobba vidare med, om kvinnan var motiverad. Tillsammans kunde de då sätta upp mål som till exempel ett "sluta röka datum".

INDIVIDUALISERA

I analysen framkom det att tillvägagångssättet barnmorskorna arbetade med kvinnan kring livsstilsfrågor, berodde helt på vilken typ av kvinna som de träffade. De anpassade samtalet till varje individ.

Analysera situationen

Barnmorskorna arbetade utifrån varje individ genom att analysera situationen med kvinnan. De förklarade vikten av att skapa en bra relation med kvinnan och arbetade sedan utifrån det. Det finns inte bara en väg att gå utan vården anpassades till varje unik kvinna. En upplevelse var att det kunde vara svårt att tala med kvinnan angående hennes vikt och att vissa kvinnor menade att det blev mycket fokus på vikten under deras möten.

Det finns en del kvinnor när det gäller vikten också, då kan man göra någon typ av kontrakt med kvinnan. Då säger man att under de två närmsta gångerna så pratar vi inte om detta men sedan kommer vi att ta upp det igen, är det okej för dig.

När det gällde kost och motion så talade barnmorskorna med kvinnan om detta i samband med att de dokumenterade deras BMI. Barnmorskorna upplevde att de flesta kvinnor var medvetna om vad de gjorde för fel. De brukar då tala om problemen och göra småförändringar, vilket brukade räcka. En del kvinnor upplevde det ”jobbigt” att väga sig vid varje besök. Barnmorskan försökte då ta reda på orsaken till detta och hur de skulle gå till väga för att kvinnan skulle slippa den känslan.

Beroende på vilket område i staden barnmorskorna arbetade i försökte de anpassa informationen till varje individ. I ett av områdena upplevdes kvinnorna som ”välutbildade” och i ett annat så var det kulturella skillnader och därför anpassades situationen i relation till kvinnans förutsättningar till exempel utbildningsnivå eller religion.

Eftersom jag jobbar i det här området, så de flesta är väldigt utbildade och jag kan tänka mig att de flesta vet hur mycket de väger, då undviker jag att alltid ge dem basinformation och går istället igenom det djupaste.

Om barnmorskorna misstänkte att kvinna hade problem med till exempel rökning eller alkohol bokade de in kvinnan på tätare besök för att kunna få en bild av kvinnan. De förklarade även för kvinnan att allt som de talade om inte behövde dokumenteras, utan det handlade om att barnmorskan skulle få ett ”hum” om kvinnan för att kunna anpassa vården till varje individ. Något som var återkommande i intervjuerna var att barnmorskorna använde motiverande samtal i mötet med kvinnorna, de ställde öppna frågor med avsikten att

kvinnan själv skulle prata. När det gällde alkoholfrågor brukade de inledningsvis ta reda på vad kvinnorna själva visste om alkohol. I resultatet poängterades det att förvånansvärt många kvinnor inte visste så mycket om alkohol i samband med graviditet. I de fall där kvinnan använde alkohol fördes en diskussion om varför hon levde så. Information om skaderisken för mor och barn gavs och barnmorskorna beskrev att de ganska snart förstod vilka kvinnor det var som har svårt att hålla sig borta från alkoholen under graviditeten, de kunde se ett mönster.

Ge stöd

Stöd i föräldrarollen är en viktig uppgift för barnmorskan. Många gånger var det svårt att ge råd då alla människor är olika. Barnmorskorna menade att det var angeläget att känna in situationen, så de något som inte passade för just den kvinnan, kunde det bli fel. De försökte istället att anpassa sig till varje situation och ge stöd i det kvinnan sa och uppmuntrade henne.

Men det är alltid viktigast att tänka på att de som missbrukar de vill sina barn väl. Men de här kvinnorna kan inte leva upp till det som de vill och detta måste man stötta.

Kunna hänvisa

Arbetet med livsstilsfrågor anpassades till varje individ. I vissa situationer, som till exempel vid hög alkoholkonsumtion och där kvinnan hade svårt att bryta mönstret, kunde barnmorskan hänvisa kvinnan till en extraresurs där det arbetar barnmorskor som hjälper kvinnor med dessa problem.

När man fyllt i den här lappen och man har de här poängen som du har så brukar vi alltid göra så att vi erbjuder en kontakt med barnmorska som jobbar just med att man skall hålla sig fri från alkohol och sådär.

I arbetet med livsstilsfrågor var det viktigt att ha någonstans att hänvisa kvinnan då de inte alltid hade resurser att ta hand om viss problematik, som alkoholberoende eller kraftig övervikt, på sin mottagning. De nämnde tidsbrist och resursbrist som orsaker. I undantagsfall då kvinnan inte fick plats eller inte ville, fick barnmorskorna ta hand om kvinnan på

sin mottagning. Ofta kände de att de inte hade tid att ge kvinnan den tid de behövde och hade då svårt att anpassa vården till individen.

De kvinnorna behöver ju komma hit minst en gång varannan vecka och för att egentligen bara lyssna. Den möjligheten har inte vi.

Kvinnor med övervikt erbjöds en dietistkontakt ibland även bassängträning. De hade även kost rådgivning med kvinnorna och informerade om viktuppgång.

Kulturella faktorer

Kulturella faktorer påverkar den gravida kvinnans sätt att leva och försök till att anpassa sin livsstil. I vissa kulturer är synen på gravida kvinnor helt annorlunda än vad det är här, det kan ibland vara svårt för unga tjejer att leva upp till sina gamla traditioner i ett nytt land. Kvinnor från andra kulturer har inte kommit dit som vi i Sverige har när det gäller livsstilsförändringar som till exempel mat i relation till vikt, vilket barnmorskorna ibland upplevde som svårt. Barnmorskorna beskrev det som svårt att veta med vilka de skulle tala med om alkohol och droger, då många inom vissa kulturer inte använder till exempel alkohol.

I det här området är det väldigt många muslimer, så man får ett skratt när man frågar – dricker du någon alkohol?

ANVÄNDA BARNET SOM MOTIVATION

Graviditeten är ett bra tillfälle att ändra sin ohälsosamma livsstil. Många kvinnor slutade röka och dricka när de började planera en graviditet eller precis när fått graviditetsbeskedet. Barnmorskorna kan också använda barnet för att hjälpa kvinnan att få motivation att sluta med det som kan leda till skador på graviditeten och barnet.

Ansvar

Barnmorskorna beskrev att de hade ett ansvar för att mamman och barnet skulle må bra under graviditeten. Samtidigt som det inte gick att tvinga en kvinna att sluta med sitt ohälsosamma levnadssätt. Ansvaret gör dock att de måste försöka få kvinnan att inse att det kan

skada sig själva och barnet. Det upplevs ibland som svårt för en kvinna att förstå det farliga i att dricka alkohol och att röka när de inte känner av sin graviditet. Därför försökte barnmorskorna att genom tätare besök och ultraljud förverkliga graviditeten och därmed få kvinnan att förstå att det faktiskt är ett barn i magen de måste tänka på.

Jag är ju förespråkare för barnet och jag måste hjälpa kvinnan att skydda hennes barn och det kan innebära att jag måste göra och säga saker som hon inte tycker om.

Konsekvenser för barnet

Vid första besöket informerar barnmorskan om det som kan förbättra en graviditet samt vad som kan ge konsekvenser för graviditeten och barnet. Hon informerar om läkemedel, mat, motion, alkohol och rökning. Att röka och dricka alkohol är ett beroende som inte alltid är lika lätt för kvinnan att sluta med, som det kan vara att undvika speciell mat och läkemedel. Ibland tyckte barnmorskorna att man kunde se ett mönster i att många kvinnor slutar röka eller inte rökte lika mycket efter sitt första besök, då man pratat kring vad som kan hända i kroppen och med barnet vid rökning, men att det såklart fanns undantag då vissa kvinnor inte klarade av att sluta på en gång. Kvinnan erbjöds då komma på tätare besök för att trappa ned och förhoppningsvis sluta. Några kvinnor trodde även att det inte var farligt med ett glas vin ibland, barnmorskan förklarade då att den lilla kroppen får i sig samma promillehalt som kvinnan.

...då brukar jag förklara lite grann om det, att barnet får i sig promillehalten och hela det köret och berättar att jag skulle inte ge min två-åring en nappflaska med vin, och tänker man så, så brukar det bli ganska logiskt, brukar jag säga då, så säger de – ja just de

Fokus på barnet som individ

Genom att lyfta fram att det är för barnet skull och inte för barnmorskan kunde de få kvinnorna att tänka om när det gäller att ändra sina beteenden. Barnmorskorna använde ibland en bok med bilder på foster för förtydliga graviditeten och göra det till något positivt.

Jag pratar om hur rökningen påverkar, lyfter fram barnet genom att visa i Lennart Nilssons bok

Det gick oftare bättre att få kvinnan motiverad vid fokusering på barnet, som exempel när kvinnan inte vill väga sig gick det ofta bättre när barnmorskan sa att hon vägde både kvinnan och barnet.

VARA DOMINANT

I resultatet framkom att barnmorskan ibland var dominant i sin roll i arbetet med kvinnan. De menade att de kände ansvar för både kvinnan och barnet och belyste därmed vikten av att få fram sitt budskap.

Inte ge någon valmöjlighet

I situationer där det behövdes, var barnmorskan dominant i sin roll. De var raka i sitt budskap till kvinnorna och tog kommandot. De gav inte kvinnan någon chans att välja vid speciella tillfällen.

Jag ger dem ingen valmöjlighet alltså, jag frågar inte om de vill väga sig, jag börjar alltid med det.

Barnmorskorna fortsatte att tala om informationen de hade avsikt att ge, trots att de märkte att kvinnan började ”skruva på sig” och tyckte det var obekvämt.

Just jätteöverviktiga vill inte alltid att vi ska prata om det och då är jag lite ”obekvämt” och tar upp det ändå

När det gäller alkohol och rökning upplevde alla barnmorskor att det inte var några problem att tala om detta. De redogjorde klart och tydligt för sitt budskap och ”lindade inte in någon information”. Barnmorskan förde professionell respekt med sig i sitt arbete, vilket ofta hade genomslagskraft.

...man känner sig nästan som en mamma ibland. Hur mycket röker du? Två cigaretter om dagen och så stinker de rök då ger jag dem bara en blick och så ändrar de sig.

För att väcka medvetenheten hos vissa kvinnor använde barnmorskan ibland ett tydligare sätt när hon berättade om till exempel alkoholens effekter på barnet. Hon använde då

”skrämseltaktik” för att vara säker på att kvinnan skulle förstå budskapet. Samtidigt använde hon en bild på ett foster i magen för att förtydliga informationen.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi valde att använda oss av kvalitativ innehållsanalys, då vi med hjälp av intervjuer ville studera barnmorskans upplevelser och erfarenheter med att arbeta med gravida kvinnor när det gäller livsstilsfrågor. Med kvalitativ ansats blir därmed forskaren mer delaktig än vid en kvantitativ ansats då forskaren är mer neutral. Vi valde att använda kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket innebär en förutsättningslös analys baserad på människors berättelse av sina upplevelser (42,43). Genom detta anser vi att vi nått vårt syfte.

Trovärdigheten beror enligt Graneheim och Lundman på hur forskarens förförståelse och erfarenhet har satt sin prägel på analysen. För att stärka resultatets tillförlitlighet är en beskrivning av analysarbetet nödvändig (42). Båda författarna har arbetat gemensamt under analysens gång vilket ökar tillförlitligheten. Intervjumaterialet har under analysfasen bearbetats ett flertal gånger både individuellt och gemensamt för att inte missa det relevanta i materialet samt att få en egen uppfattning av innehållet. En fördel var att båda var med vid majoriteten av intervjuerna för att under intervjuens gång kunna observera sättet informanten la fram sitt budskap och på så sätt få med det latent innehåll i intervjun, då det latenta ibland kunde ha betydelse för hur man tolkar det manifesterade i texten. Syftet har under hela analysens gång varit ett underlag för att tillgodose tillförlitligheten. Genom analysarbetets gång har författarna diskuterat och reflekterat över hur tolkningen av materialet kan påverka och på så sätt har kategorierna blivit mer strikta. På så vis ökar trovärdigheten.

Giltighet handlar om hur sanna resultaten är. Val av deltagare har betydelse för resultatets giltighet (42). I studien valde vi att intervjua barnmorskor från olika mödravårdscentraler vilket gjorde att vi fick en bred bild av deras arbete, främst hur det var att arbeta som barnmorska inom olika områden i en större stad, där olika socioekonomiska skillnader fanns bland kvinnorna. Handledaren fick under analysens gång läsa igenom de transkriberade intervjuerna. Därefter fick hon granska underkategorierna och kategorierna så att vi gemensamt kunde se en överensstämmelse med intervjuens innehåll med syfte för att nå ett

trovärdigt resultat. Handledaren bedömde resultatet med avseende av dess giltighet. Citat har använts i resultatet för att stärka trovärdigheten, då citat är informantens verkliga upplevelse och ett sätt för läsaren att bedöma giltighet.

Överförbarhet belyser i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (42). Med resultatet som författarna kommit fram till kan eventuellt andra barnmorskor ta del av hur andra inom samma yrke arbetar med livsstilsfrågor. Detta kan bidra med utökade kunskaper om hur andra barnmorskor arbetar inom det relevanta området och därmed kan ge råd och tips hur man själv skall lägga upp sitt arbete. För att ha materialet som ett underlag för kunskap krävs det att en större studie genomförs där fler barnmorskor deltar.

Vi upplevde att när vi ringde till mödravårdscentralerna valdes de barnmorskor ut, som var mest uppdaterade på livsstilsfrågor, av enhetscheferna eller kollegor på arbetsplatsen. Detta kan ha påverkat resultatet i studien. Intervjuerna genomfördes på informantens arbetsplats under arbetstid, vilket vi upplevde som positivt då det var på neutral plats och blev en del av hennes arbetsdag. Det som var negativt var att vi återkommande blev avbrutna med telefonsamtal och kollegor som kom in på rummet under intervjuens gång, informanten kom då ofta av sig. Antalet intervjuer upplevdes som tillräckliga för att få fram ett tillförlitligt resultat då vi fick en bredd i innehållet samtidigt som informanterna ofta hade liknande svar på frågorna. Något som framkom i analysen var att vi upplevde att informanterna ibland gav otydliga och tidvis korta och avhuggna svar, vilket eventuell berodde på att vi var studenter inom området och på sätt visste vad de talade om.

Trots att informanten fått information om att hon när som helst under intervjuens gång kunde avbryta deltagandet, upplevdes ibland att de kände sig tvungna att svara på frågorna. Känslan infann sig framförallt när vi frågade om de hade något fall att berätta om. Ett annat etiskt dilemma var att man upplevde att informanterna ibland kunde känna sig i underläge och uppfatta intervjun som ett förhör på deras sätt att arbeta. Det finns därmed risk för att informanterna inte gav ärliga utan mer ett korrekt svar. Något vi även noterade var att informanterna ibland besvärades av bandspelaren, vilket kan ha gjort att de höll tillbaka sina svar och även här svarat de hon förväntades svara. Genom att använda bandspelaren fick vi dock ut ordagrant det informanten berättade, vilket är nödvändigt vid innehållsanalys.

Eftersom vi använde oss av semistrukturerad intervju där frågorna hade öppna svarsalternativ fick vi ofta innehållsrika svar vilka ofta var mycket intressanta. Vår ambition från början var att beskriva barnmorskan upplevelse och erfarenheter av att ta upp och diskutera livsstilsfrågor i mötet med den gravida kvinnan. Under analysens gång upptäckte vi att barnmorskorna gav en tydligare beskrivning på deras arbete med den kvinnan, när det gäller livsstilsfrågor än när det gäller upplevelser och erfarenheter. Efter samråd med handledaren kom vi fram till att justera syftet. Den mest relevanta informationen inhämtades i samband med de fall som informanterna berättade om. I dessa berättelser framkom deras arbete med kvinnorna mycket tydligt vilket gjorde informationen användbar. Vi upplever att genom att använda sig av innehållsanalys gjorde att resultatet kunde framställas överskådligt. Men att analysmaterial ibland kunde gå förlorat under analysens gång för att undvika detta transkriberades hela materialet och lästes sedan upprepade gånger.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom det att barnmorskan medvetandegör problemet för kvinnan vilket gav henne möjlighet att ändra sin livsstil. Genom att hitta motivationen hos kvinnan kunde barnmorskan hjälpa dem att nå sina mål och hjälpa dem att motivera sig själva. Att väcka tanken hos kvinnan och därigenom försöka få kvinnan att tänka själv och komma med förslag var exempel på detta. Fanns inte motivationen hos kvinnan var det näst intill omöjligt för barnmorskan att stödja kvinnan till livsstilsförändring. Detta överensstämmer även med tidigare forskning då studier visar på att barnmorskan har till uppgift att hjälpa kvinnan hitta sin styrka och använda den, vilket hon kunde göra genom att lita på kvinnans kunskaper och instinkter (18). För att kvinnorna skulle kunna nå sitt mål var det viktigt att de själva var aktivt involverade, att det inte var barnmorskan som satte målen (38, 47). Detta anser vi är relevant då det faktiskt är kvinnan som bestämmer men barnmorskan som styr kvinnan dit. Kvinnan känner sig därmed involverad i sin vård vilket kan göra mer henne motiverad.

I vår studie har vi sett att barnmorskan ofta upplevde att kvinnorna var medvetna om vad de gjorde för fel, barnmorskan kunde genom motiverande samtal hjälpa kvinnan i rätt riktning och förändringarna behövde oftast inte vara stora. Vår undersökning tyder på att en god relation som är individuell anpassad är viktig för att kunna skapa ett gott samarbete.

Relationen bygger på respekt, att inte tvinga sig på och bestämma över någon. Studier har visat att samspelet mellan barnmorskan och kvinnan både kan förstärka och skada kvinnans upplevelse av graviditeten. Barnmorskan väntas arbeta tillsammans med kvinnan möta hennes behov och främja hennes val (14,15).

I föreliggande arbete framkommer även att barnmorskorna använder humor som ett verktyg i mötet med kvinnan för att göra stämningen lättare. Humorn kunde underlätta vid svåra frågor och de upplevde att kvinnan inte kände sig lika utsatt. Tidigare forskning visar att barnmorskan bör lära känna kvinnan, vara personlig och bjuda på dig själv för att skapa en ömsesidig relation. En glad och öppen atmosfär lättar upp stämningen för att lättare få kvinnan att slappna av (15, 47). Humorn kan i många fall vara ett bra verktyg men den måste användas rätt och vid rätt tillfälle annars kan det få motsatt effekt. Humorn bör skiljas från ironi, då detta kan uppfattas negativt.

I vårt material har vi sett att barnmorskorna aldrig tyckte att det var något problem att ge råd om rökning och alkohol till kvinnorna. Dock kunde det vara en svårighet att hinna med de kvinnor som hade alkoholproblem och av någon anledning inte kunde hänvisas vidare. Studien med Lelong 1995 visade att barnmorskor upplevde att det var lättare att diskutera rökvanor än alkoholvanor (12). Barnmorskor i Sverige anser att de har en god kunskap om vad som händer då kvinnan dricker under graviditeten. Dock tyckte de att det var svårt att upptäcka kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion. Allt fler börjar använda AUDIT som redskap vilket de tycker underlättar handläggningen (48). I Raymonds studie belyses vikten av att säkerhetsställa så att kvinnan fått noggrann och konsekvent information, så att kvinnan kan grunda sina beslut och ta ansvar för sitt hälsotillstånd (49). Det är relevant att fundera på om att det faktiskt är så att i Sverige har vi en väl utarbetad plan för att upptäcka och handlägga alkohol och rökning. Fler och fler får utbildning specifikt för området och använder underlag som AUDIT för att upptäcka ett skadligt hälsobeteende. Dokumentation om alkohol och rökvanor i journalhandlingarna gör att detta alltid uppmärksammas. Under intervjuerna upplevde vi överlag att handläggningen kring alkohol var väl etablerat och barnmorskorna var trygga med systemet.

I vår studie uttryckte barnmorskorna att det som var mest problematiskt att prata med kvinnorna om var övervikt. När de talade kring övervikt uttryckte barnmorskorna att de försökte vara försiktiga. De försökte att inte skuldbelägga kvinnan, utan lägga fokus på att

uppmuntra de framsteg hon gjorde. Tidigare forskning kommer fram till att överviktiga kvinnor upplevde att stöd från barnmorskan gav en ökad styrka och förmåga för självförtroendet under graviditeten (47). Vid funderingar kring handläggningen när det gäller övervikt ifrågasätter vi att det inte finns några klara riktlinjer när det ändå är så utbrett i dagens samhälle. Kvinnan bör få tydlig information om övervikt och dess hälsorisker för henne och barnet. Alla kanske inte känner till hälsoriskerna och kan då bli besvikna och känna sig lurade av barnmorskan om de inte fått adekvat information från början. Barnmorskan bör inte vara för följsam med kvinnan utan delge saklig information till kvinnorna. I resultatet framkommer att de försöker att tala om övervikt i samband med att de skriver in kvinnans BMI. Uppföljningen kan dock bli problematisk då vi förstått att alla kvinnor inte vill väga sig. Med tanke på att det är en hälsorisk för både kvinnan och barnet bör klarare riktlinjer finnas.

Resultatet i vår studie visar att kulturen påverkar hur kvinnan ändrar sin livsstil. Tillvägagångssättet som barnmorskorna använde i arbetet med kvinnan kring livsstilsfrågor berodde på vilken kvinna som de hade framför sig, de formade samtalet efter varje individ. Det barnmorskorna tog upp var att de försökte anpassa informationen de gav till kvinna efter utbildningsnivå och religion. De försökte att skapa en bra relation för att sedan kunna diskutera livsstilsfrågor. Graviditet är en tid då kvinnan i familjen får chans att ändra sin livsstil. I studien av Higgins m fl. (7) framkommer det att hur kvinnan ändrar sin livsstil beror på kvinnans självkänsla, upplevelser i livet, utbildning, inkomst och anställning (7). De kvinnor som hade självkänsla var mer öppna hos barnmorskan till exempel när det gäller rökvanor (50). Vi anser därför att det är viktigt med en god relation till kvinnan och att genom god kommunikation lära känna kvinnan och vad hon egentligen vet. Det kan vara svårt att veta hur mycket en kvinna faktiskt vet om en graviditet bara för att hon är välutbildad. Samma information bör ges till alla och sedan är det upp till kvinnan att ta till sig det som hon tycker är viktigt.

I föreliggande arbete framkom det att barnmorskorna beskrev att förvånansvärt många kvinnor inte förstod hur skadligt alkoholen var för barnet. Några trodde inte att det var så farligt att ta ett glas vin emellanåt. Barnmorskorna gav då information om skaderisken och använde ofta bilder på barn för att förtydliga informationen. Ibland användes även ”skrämseltaktik” för att få fram budskapet. Studier visar att kvinnor hade olika syn på alkoholkon-

sumtion under graviditet. Vissa kvinnor trodde att det var mer farligt med sprit än vin och öl (29, 49).

I studien har vi sett att där barnmorskan kände stort ansvar för barnet och kvinnan var hon rak i sitt budskap till kvinnorna och gav dem ingen valmöjlighet. Hon använde tidvis skrämselfaktik och tog upp känsliga saker med kvinnan trots att deras kroppsspråk visade på att de inte ville tala om det. Enligt Petersen 2009 (50) visar det sig att många kvinnor upplevde att barnmorskan berättade att det var farligt att röka men att de inte berättade exakt vad som var farligt. De undvek att berätta varför för att inte skrämmas, vilket kvinnorna faktiskt ville höra (50). I vår studie talar barnmorskorna ofta om att man måste vara försiktig och skapa en god relation, vissa kvinnor behöver dock en rakare bemötande för att bli medveten om konsekvenserna. I dessa situationer är det viktigt att känna in känslan och anpassa till varje individ.

KONKLUSION

I resultatet framkom fem hörnstenar i barnmorskans arbete med livsstilsfrågor med den gravida kvinnan. Dessa var att skapa en god relation, medvetandegöra, individualisera, använda barnet som motivation samt att vara dominant. I varje kategori identifierades en till fyra underkategorier vilka ger en tydligare bild på hur barnmorskan arbetar. Att motivera, ge stöd, kunna hänvisa, samt att inte ge någon valmöjlighet var några av de underkategorier som framkom av analysen. Barnmorskorna i studien uppgav att de kände sig trygga i arbetet med alkohol och rökvanor bland kvinnorna då det finns väl utarbetade riktlinjer. Att arbeta med överviktiga gravida kvinnor upplevdes som svårare enligt barnmorskorna då detta kunde upplevas som känsligt. Mer specifika riktlinjer för handläggningen av överviktiga gravida bör därför utarbetas då detta är ett snabbt växande folkhälsoproblem.

Framtida forskning

De livsstilsfrågor som har belysts i denna studie upplevs väldigt aktuella i dagens samhälle. Det har redan forskats en del i ämnena, dock finns det mycket kvar att undersöka. Att som barnmorska vara uppdaterad på ämnet, gör att kvinnan får bästa möjliga handläggning för just sin livsstil vilket gynnar både henne och barnet.

REFERENSLISTA

1. Hagberg H, Marsál K, Westgren M. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008.
2. Livsstil. Svenska akademiens ordlista över svenska språket. 13:e uppl. Stockholm: Svenska akademien; 2006. Hämtad från <http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx>.
3. Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004.
4. Fox P, Yamaguchi C. Bodyimage change in pregnancy: A comparison of normal weight and overweight primigravida. *Birth* 1997;24:35-40.
5. Faxelid E, Hogg B, Kaplan A, Nissen E. Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2001.
6. Kostenius C, Lindqvist A-K. Hälsovägledning – från ord och tanke till handling. Författarna och studentlitteratur; 2006.
7. Higgins P, Frank B, Brown M. Changes in health behaviors made by pregnant women. *Health Care Women Int* 1994;15(2):149-156.
8. Viau PA, Padula CA, Eddy B. An exploration of health concerns & health-promotion behaviours in pregnant women over age 35. *MCN* 2002;27(6):328-234.
9. Elsinga J, de Jong-Pojter L, van der Pal-de Bruin K, le Cessie S, Assendelft W, Buitendijk S. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Womens health issues* 2008;18:117-125.
10. Bengtsson J red. Med livsvärlden som grund. Lund: Författarna och studentlitteratur; 2005.
11. Svenska Barnmorskeförbundets etiska råd. Den internationella etiska koden för barnmorskor. 1999.
12. . Lelong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Educ Couns* 1995;25:39-49
13. Thyrian JR, Hannover W, Röske K, Scherbarth S, Hapke U, John U. Midwife's attitudes to counseling women about their smoking behavior during pregnancy and postpartum. *Midwifery* 2006;22:32-39.
14. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part 1: women's long term memories of their first birth experience. *Birth* 1991;18:203-210.

15. Hunter B. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 2006;22:308-322.
16. Forsberg E, Starrin B. Frigörande kraft – empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv. Göteborg: Författarna och förlaghuset Gothia AB; 1997.
17. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs* 2000;31(1):235-241
18. Corbally MA, Scott A, Matthews A, Gabhann LM, Murphy C. Irish Nurses' and midwives understanding and experience of empowerment. *J Nurs Manag* 2007;15:169-179.
19. Matthews A, Scott A, Gallagher P, Corbally MA. An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery* 2006;22:181-191.
20. Fawcett SB, White G W, Balcazar FE, Mathews RM, Paine- Andrews A, Seekins T, Smith JF. A contextual- behavioural model of empowerment: case studies involving people with physical disabilities. *Am J Community Psychol* 1994;22:471-496.
21. Hunter LP. Being with woman: A guiding concept for the care of labouring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31,(6),650-57
22. Fraser DM, Cooper MA. Myles Textbook for midwives. 14th edition. London: Churchill livingstone; 2003.
23. Kennedy HP, Shannon MT. Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:554-560.
24. Condliffe L, McEwen A, West R. The attitude of maternity staff to, and smoking cessation interventions with, childbearing women in London. *Midwifery* 2005;21:233-240.
25. Bull L. Smoking cessation interventions with pregnant women and new parents: A focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *J Neonatal Nurs* 2007;13:179-185.
26. Wisborg K, Kesmodel U, Henrikson T, Olsen S, Secher N. Exposure to tobacco smoke in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2001;154:322-327.
27. Magnusson Å, Göransson M, Heilig M. Hazardous alcohol users during pregnancy: psychiatric health and personality traits. *Drug Alcohol Depend* 2007;89:275-281.

28. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of stillbirth and death in first year of life. *Am J Epidemiol* 2002;155:305-12.
29. Kesmodel U, Kesmodel Schiöler P. Drinking during pregnancy: attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;6(10):1553-1560.
30. Chang G, Wilkings-Haug L, Berman S, Goetz MA. Brief intervention for alcohol us in pregnancy: a randomized trial. *Addiction* 1999;94(10):1499-1508 .
31. Göransson M, Magnusson Å, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 2003;98:1513-1520.
32. Brynhildsen J, Sydsjö A, Norinder E, Ekholm-Selling K, Sydsjö G. Trends in body mass index during early pregnancy in Swedish women 1978-2001. *public health* 2006;120:393-399
33. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher J. Pre-pregnancy Weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 2005;112:403-408.
34. Asplund CA, Seehusen DA, Callahan TL, Olsen C. Percentage Change in antenatal body mass index as a predictor of neonatal macrosomia. *Ann Fam Med* 2008;6(6):550-554.
35. Jackson AA, Langley-Evans SC, McCarthy HD. Nutritional influences in early life upon obesity and body proportions. *CIBA found symp* 1996;201:112-118.
36. Rooney BL, Schauburger CW. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstet Gynecol* 2002;100:245-252.
37. Polley BA, Wing RR, Sims CJ. Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *Int J Obes* 2002;26:1494-1502.
38. Claesson IM, Josefsson A, Cedergren M, Brynhildsen J, Jeppson A, Nyström F et al. Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery* 2008;24:163-167.
39. Bell J. Introduktion till forskningsmetodik. Fjärde upplagan. Studentlitteratur; 2006
40. Burnard P. A method of analysing interview transcript in qualitative research. *Nurs Educ Today* 1991;11:461-66.
41. Patel R, Davidsson B. Forskningsmetodikens grunder – att planera och genomföra och rapportera en undersökning. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur 1994.

42. Granskär M, Höglund Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur; 2008
43. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*2004;24:105-112.
44. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning I nordn.
<http://www.vardinorden.org/ssn/etik.pdf>. (senast tillgänglig 091215)
45. Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning.
www.codex.nu.se/texts/HSFR.pdf (senast tillgänglig 091204)
46. World Medical Association Declaring of Helsinki. Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects. URL: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> (senast tillgänglig 090903)
47. Nyman V, Prebensen Å, Flensner G. Obese Women´s experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. Epub ahead of print: doi:10.1016/j.midw.2008.10.008.
48. Holmqvist M, Nielsen P. Approaches to assessment of alcohol intake during pregnancy in Swedish maternity care – a national based investigation into midwives´alcohol - related education, knowledge and practice. Epub ahead of print:doi10.1016/j.midw.2008.10.009.
49. Raymond N, Beer C, Glazebrook C, Sayal K. Pregnant women´s attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health* 2009;9:175-183.
50. Petersen Z, Nilsson M, Everett K, Emmelin M. Possibilities for transparency and trust in the communication between midwives and pregnant women: the case of smoking. *Midwifery* 2009;25:382-891.

Bilaga 1

Vad tycker du räknas in under begreppet livsstil?

- Vilka av dessa tycker du är lättast att diskutera?
- Hur upplever du att ta upp livsstilsfrågor med kvinnan?
- Vad får du för reaktioner av kvinnorna?
- Är det någon som blivit upprörd någon gång när du tagit upp en livsstilsfråga.

Finns det något fall när det gäller livsstilsfrågor som du kan berätta om?

- Vad hände i det fallet?

Har du fått någon utbildning när det gäller att få kvinnor att sluta röka?

- Har ni någonstans att remittera dessa kvinnor?
- Hur gör ni annars?

Skulle du vilja beskriva hur du diskuterar med en kvinna, som kommer in för nyinskrivning vid graviditet och inte har lyckats sluta röka?

Hur upplever du att ta tala med kvinnan om att sluta röka under graviditet?

Har du fått någon utbildning när det gäller att få kvinnorna att inte dricka alkohol under graviditeten?

- Har ni någonstans att remittera dessa kvinnor?
- Hur gör ni annars?

Beskriv hur du diskuterar med en kvinna som kommer för nyinskrivning vid graviditet och har ett högt AUDIT poäng?

Hur upplever du att tala med kvinnan att inte dricka alkohol under graviditeten?

Har du fått någon utbildning när det gäller handläggning av överviktiga kvinnor under graviditet?

- Har ni någonstans att remittera dessa kvinnor?
- Hur gör ni annars?

Hur upplever du att tala med en kvinna om risker med graviditet och övervikt med en patient som har högt BMI?

Vill du beskriva hur du gör om du märker att kvinnan ökar alldeles för fort i vikt under sin graviditet?

Vill du beskriva hur du diskuterar med en kvinna som kommer in med ett BMI på 37 t.ex.?

- Vad gör du om kvinnan inte vill väga sig?

Tror du att du som barnmorska kan göra något för att förändra livsstilen hos kvinnorna?

Bilaga 2

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Barnmorskans arbete kring livsstilsfrågor under graviditet

Forskningspersonsinformation

Bakgrund

Cirka 99 % av alla blivande mödrar kommer till mödravårdscentralen, denna verksamhet har en mycket viktig roll när det gäller förebyggande hälsovård. En av barnmorskans uppgifter på mödravårdscentralen är att bland annat kartlägga hur kvinnans livsstil ser ut. Under ABCD samtalen tas dessa livsstils frågor upp, som till exempel övervikt, motion och kostråd. När det gäller frågor om alkohol finns ett särskilt frågeformulär AUDIT. En graviditet innebär ett unikt tillfälle att påverka kvinnans livsstil, då de har en hög motivation att förändra sitt liv.

Ohälsosam livsstil kan leda till stora konsekvenser för både mamman och barnet. För den blivande mamman kan det bland annat innebära en ökad risk för graviditetsdiabetes, graviditets hypertoni och preeklampsi. För barnet kan det bland annat leda till tillväxthämning, missbildningar, försämrad intellektuell utveckling och ibland till och med fosterdöd. Därför är det viktigt att tidigt kartlägga kvinnans livsstil och försöka påverka till förändring. De kvinnor som levt mindre hälsosamt innan en graviditet löper en ökad risk att fortsätta med en ohälsosam livsstil både under och efter graviditet.

Syfte med studien

Studien syftar till att beskriva barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att ta upp och diskutera livsstilsfrågor i mötet med den gravida kvinnan.

Förfrågan om deltagande och studiens genomförande

Studien vänder sig till barnmorskor som arbetar inom mödra- hälsovården i Göteborg.

Datainsamling kommer att ske i form av intervjuer. Intervjuerna beräknas ta mellan 30-60 minuter. Vi kommer att bandinspela intervjuerna som sedan kommer att skivas ut i text för att analyseras. Tid och plats för intervjun bestäms i samråd med intervjupersonen. Vid intervjutillfället får intervjupersonen signera ett så kallat "samtyckesformulär".

Information om studiens resultat

Det finns inte direkt någon personlig nytta av att delta i studien, möjligen kan resultatet vara ett stöd i deltagande barnmorskors framtida arbete med dessa patienter. Resultatet av studien kommer att presenteras i rapportform vid Göteborgs Universitet. Information om resultatet kan erhållas vid kontakt med ansvariga för studien.

Frivillighet och konfidentialitet

Deltagandet är helt frivilligt och man kan när som helst utan närmare förklaring avbryta sitt deltagande.

Information om intervjupersonerna behandlas strikt konfidentiellt. Varje intervju kodalas och redovisas så att ingen enskild individ kan identifieras. Eventuellt kan citat användas men dessa kan inte kopplas till person eller identifieras.

Ansvariga

För frågor vänligen kontakta ansvariga för studien.

Emma Karlsson
Barnmorskestuderande
Telefonnummer
0704074604
guskemma80@student.gu.se

Therese Karlsson
Barnmorskestuderande
Telefonnummer
0735253235
guskthere@student.gu.se

Lena Mårtensson
Leg barnmorska, Med Dr
Göteborgs universitet
Sahlgrenska akademien institutionen för vårdvetenskap och hälsa
lena.martensson.2@gu.se

Bilaga 3

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sahlgrenska akademien
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Samtycke till deltagande i studien –

Barnmorskans arbete kring livsstilsfrågor under graviditet

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Ort och datum

.....

Namnunderskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Bilaga 4

Analysprocess

Exempel på meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Exempel på kod	Underkategori	Huvudkategori
”Har hon dragit ner så säger jag jätte bra, bra att du har kunnat dra ner, vad skulle kunna få dig att dra ner ytterligare lite?”	Har hon dragit ner, jättebra. Hur göra för att dra ner ytterligare.	Uppmuntra framgång och motivera vidare.	Uppmuntran	God relation
”Att få patienten själv att tänka och komma med förslag eller försöka förändra kvinnans tanke helt enkelt. För det är inte jag egentligen, utan det måste komma ifrån henne själv. Men jag kan väcka tanken hos henne”.	Att få patienten att tänka och komma med förslag eller försöka förändra kvinnans tanke. Det måste komma från henne själv, men jag kan väcka tanken.	Att patienten själv får tänka och komma med förslag, jag kan väcka eller förändra tanken.	Motivation	Medvetandegöra
”Det finns även en handbok om att sluta röka som vi kan ge ut, men den tycker jag väl är sådär. Den kanske är bra för någon, men inte för någon annan. Det finns inte bara en väg”.	Handbok att sluta röka. Kanske bra för någon men inte för någon annan, finns inte bara en väg.	Handbok kan vara bra, men inte för alla. Finns inte bara en väg.	Analysera situationen	Individualisera
”Pratar om hur rökningen påverkar, lyfter fram barnet genom att visa Lennart Nilsons bok”.	Pratar om rökningen påverkar, lyfter fram barnet genom att visa bok.	Pratar om rökningens påverkan, lyfta fram barnet.	Konsekvenser för barnet	Använda barnet som motivation

Bilaga 5

ARTIKELSÖKNING

Artiklarna vi har valt för att granska tidigare gjord forskning har vi hittat med hjälp av databaserna CINAHL, PubMed och SCOPUS. Sökningarna har genomförts under våren och sensommaren 2009.

Artiklarna vi hittade via CINAHL är begränsade med "peer reviewed" samt "research article" för att säkra kravet på vetenskaplighet vi gjorde inga begränsningar på tid då vi hade svårt att hitta relevanta artiklar för vår bakgrund. Vi har dock valt bort de artiklar från de länder vi inte tycker liknar Sveriges sätt att arbeta. Många äldre artiklar valdes bort på grund av de förändringar i samhället som gjorts sedan dess artiklarna skrevs. Sökningarna genomfördes med följande sökord: lifestyle, lifestyles exposures, pregnancy, health, midwifery, midwives, prevented care, attitude to health, reproductive health care, alcohol drinking, alcohol, midwives attitude, BMI, obesity, health care, food habits i olika kombinationer. Från CINAHL användes sju artiklar efter granskning, för genomgång av kunskapsläget.

Sökningarna som gjordes i PubMed begränsades med "peer review". För att säkerställa kravet på vetenskaplighet i artiklarna, analyserade vi dem utifrån granskningsmallar för artikelgranskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Vi använde oss av följande sökord: Lifestyle, pregnancy, midwife, midwives attitudes, overweight, alcohol, health care i olika kombinationer. Efter granskning av relevanta artiklar fann vi en artikel som användes i bakgrunden.

I SCOPUS tidsbegränsades artiklarna till att omfatta år 2000 och framåt då vi fick många träffar. För att säkerställa kravet på vetenskaplighet i artiklarna gjorde vi som ovan. Sökorden vi använde i SCOPUS var: lifestyle, midwifery, obesity, empowerment, care relationship i olika kombinationer. Efter granskning fann vi fyra artiklar som användes. Några artiklar var sedan tidigare kända efter träffar i PubMed och CINAHL.

Under artikelgranskningens gång har vi hittat många artiklar via författarnas referenser och genom manuell sökning på författare och tidskrifter har vi hittat ytterligare artiklar som använts.

