

# Överviktigas upplevelse av bassängträning och rådgivning i kost och motion under graviditeten

<b>FÖRFATTARE</b>	Kajsa Caderoth Sara Hultman
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet HK2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Marie Berg
<b>EXAMINATOR</b>	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Överviktigas upplevelse av bassängräning och rådgivning i kost och motion under graviditeten
Titel (engelsk):	Overweight women's experience in obtaining training and nutritional advice during pregnancy
Arbetets art:	Magister uppsats
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet 90 hp/ Reproduktiv och perinatal hälsa Examensarbete II/ OM 1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Kajsa Caderoth Sara Hultman
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Tone Ahlborg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Andelen överviktiga gravida kvinnor har ökat kraftigt på senare år. Hög vikt innebär ökad risk för komplikationer under såväl graviditet som förlossning och perinatalt. Under hösten 2008 startade ett projekt (Bassängprojektet) med träning och kostrådgivning som riktade sig mot gravida med övervikt. Graviditeten är en tid då många kvinnor är motiverade till positiva livsstilsförändringar. Syftet med studien var att undersöka överviktigas upplevelse av att få träning och kostrådgivning under graviditeten och om detta har haft någon inverkan på deras livsstil.

**Metod:** För att besvara syftet gjordes en kvalitativ studie. Sex kvinnor intervjuades med hjälp av en fokusgruppsintervju och två telefonintervjuer ett år efter avslutad kurs. Texterna från de tre transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys. Analysen resulterade i tre kategorier och sex subkategorier.

**Resultat:** Att ha tillgång till kompetens och få råd från en tvärprofessionell yrkesgrupp bidrog till att kvinnorna kände stöd. Genom kunskap stärktes självkänslan och medvetandet hos kvinnorna och den nya insikten ledde till handling. Livskvaliten påverkades positivt genom att välbefinnande ökade och kvinnornas livsstil förändrades.

**Konklusion:** Bäst effekt av viktkontroll under graviditet uppnås genom en kombination av kostförändring, ökad fysisk aktivitet och uppföljning på lång sikt. Det hade varit intressant med ytterligare forskning kring överviktiga gravidas upplevelser av att få träning och kostrådgivning på ett större urval. Yrkesprofessioner som möter dessa kvinnor i vården kan då få bättre förutsättningar för att utforma ett effektivt interventionsprogram.

## ABSTRACT

**Background:** The proportion of obese pregnant women has risen sharply in recent years. High weight means increased risk of complications during pregnancy, childbirth and postpartum care. A lifestyle intervention started in autumn 2008 after having seen a need to provide pregnant women with excess weight training and diet advice. Pregnancy is a time when many women are motivated to positive lifestyle changes. The purpose of this study was to investigate overweight experience in obtaining training and nutritional advice during pregnancy.

**Methods:** A qualitative study was used. Data was collected by focus group interview and telephone interviews with six people one year after completion of the course. The texts from the three transcribed interviews were analyzed using content analysis. The analysis resulted in three categories and six subcategories

**Results:** Having access to skills and get advice from a cross-professional occupational group helped the women to feel supported. Self-esteem and awareness was strengthened through knowledge among women and the new awareness led to action. Quality of life was positively affected by increased welfare and change of lifestyle.

**Conclusion:** The best effect of weight control during pregnancy is achieved through a combination of diet modification, increased physical activity and a follow up in the long term. It would be interesting with further research on overweight pregnant women's experience in obtaining training and diet advice in a bigger sample. The qualified professionals that meet these women in care will then have a better basis for designing effective intervention programs

Nyckelord: graviditet, övervikt, fetma, livsstilsintervention, upplevelse, livskvalitet

Keywords: pregnancy, obesity, lifestyle intervention, experience, quality of life

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
ÖVERVIKT/FETMA UR ETT GLOBALT PERSPEKTIV .....	2
ÖVERVIKT/FETMA RELATERAT TILL BARNAFÖDANDE .....	3
Viktuppgång under graviditet .....	3
Graviditeten ger öppenhet till förändringar .....	4
RISKER MED ÖVERVIKT/FETMA UNDER GRAVIDITET .....	4
Risker med övervikt/fetma under den barnafödande perioden .....	4
Långsiktiga risker med övervikt/fetma under graviditet .....	5
Åtgärder för att minska risken för övervikt/fetma under graviditet .....	5
HÄLSA.....	5
Reproduktiv och perinatal hälsa .....	6
EMPOWERMENT.....	6
TIDIGARE FORSKNING OM LIVSSTILSINTERVENTIONER UNDER GRAVIDITET FÖR ATT UNDVIKA OHÄLSOSAM VIKTUPPGÅNG .....	8
PROBLEMFÖRMULERING .....	13
<b>SYFTE</b> .....	<b>13</b>
<b>METOD</b> .....	<b>13</b>
OM BASSÄNGPROJEKTET .....	13
KVALITATIV METOD.....	14
URVAL OCH DATAINSAMLING .....	15
DATAANALYS.....	16
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	17
Etiska principer .....	18
Risk och nytta analys .....	19
<b>RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
ATT FÅ STÖD .....	20
Tillgänglighet.....	20
Råd.....	21
ATT BLI STÄRKT .....	23
Ökad självkänsla.....	23
Ökad medvetenhet .....	24
ATT FÅ EN FÖRÄNDRAD LIVSKVALITET .....	26
Välbefinnande.....	26
Livsstil .....	27
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>28</b>
METODDISKUSSION .....	28
Reflektion över resultatets kvalitet .....	31
RESULTATDISKUSSION .....	32
Uppdelning av arbetet.....	35
KONKLUSION.....	35
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>36</b>

BILAGA 1: ARTIKELSAMMANFATTNING AV TIDIGARE GJORD FORSKNING

BILAGA 2: FORSKNINGSPERSONSINFORMATION OCH INFORMERAT SAMTYCKE

BILAGA 3: PERSONLIGT BREV

BILAGA 4: INTERVJUGUIDE

BILAGA 5: ANALYSPROCESS

## INLEDNING

Andelen gravida som skrivs in i Mödrahälsovården och som är överviktiga eller feta har ökat kraftigt på senare år. Hög vikt innebär ökad risk för komplikationer under såväl graviditet som förlossning och perinatalt. Kvinnor med övervikt och fetma besöker oftare läkare före förlossningen och kräver mer eftervård än normalviktiga (Världshälsoorganisationen [WHO], 2005).

En läkare, barnmorska, dietist och sjukgymnast i Göteborg startade Bassängprojektet hösten 2008 efter det att de träffat flera gravida kvinnor med hög vikt. De såg att det fanns ett behov av att erbjuda gravida med övervikt/fetma träning och kostrådgivning regelbundet för att kunna påverka graviditet och förlossning positivt. Detta skulle ske dels genom ett ökat välbefinnande i samband med bassängträning men även genom adekvat viktuppgång under graviditeten. Bassängträning är ett beprövat sätt att träna skonsamt och behagligt under graviditeten. De gravida kvinnorna erbjöds även att se över och förbättra sina matvanor. Gravida bör inte minska i vikt under graviditeten men det kan vara lämpligt att se över sina matvanor för att öka moderat i vikt med hjälp av näringsrik kost. Förhoppningen var att interventionen skulle hjälpa den blivande familjen till bättre livsstilsvanor vad gäller kost och motion.

Göteborgs Universitet fick en förfrågan av Kungshöjds mödravårdcentral (MVC) att utvärdera Bassängprojektet och redovisa resultatet i en magisteruppsats. Vi, författarna, intresserar oss av livsstilsfrågor och tyckte att det skulle vara intressant att ta reda på hur de gravida kvinnor som deltog i projektet upplevde träning och kostrådgivning. Vår förhoppning är att fler gravida med övervikt ges tillfälle till att delta i bassängprojektet och att projektet får leva kvar i samma form med fokus på motion, mat och motivation.

## BAKGRUND

I bakgrunden kommer vi att presentera övervikt/fetma som ett ökande samhällsproblem, övervikt/fetma relaterat till barnafödande samt risker med övervikt/fetma under graviditet. Den teoretiska referensramen består av två konsensusbegrepp inom vårdvetenskapen; ”hälsa – reproduktiv och perinatal hälsa” samt ”empowerment”. Avslutningsvis presenteras tidigare gjorda studier inom området ”livsstilsinterventioner under graviditet samt upplevelsen av dessa interventioner”.

## ÖVERVIKT/FETMA UR ETT GLOBALT PERSPEKTIV

Övervikt och fetma är ett ökande problem över hela världen och har enligt WHO (2005) antagit former av en global epidemi. Enligt WHO´s statistik från 2005 är cirka 1,6 miljarder vuxna över femton år överviktiga varav 400 miljoner av dessa definieras med fetma. WHO erfar att om ökningen fortsätter med samma takt kommer 2,5 miljarder vuxna överskrida gränsen för normalvikt år 2015. Sjuhundra miljoner av dessa kommer att tillhöra gruppen med fetma. Enligt Birdsall, Vyas, Khazaezadeh och Oteng-Ntim (2009) har gruppen överviktig/fetma ökat med femtio procent under åren 1995 till 2000.

Den definition av övervikt och fetma som oftast tillämpas i forskningssammanhang bygger på så kallat Body Mass Index (kroppsvikten i kilo dividerat med längden i meter i kvadrat:  $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$ ). BMI används som ett internationellt standardmått enligt WHO (2006) och Institute of Medicine [IOM].

Gränsvärden för BMI definierade av WHO som:

- BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> undervikt
- BMI 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup> normalvikt
- BMI 25,0 – 29,9 kg/m<sup>2</sup> övervikt
- BMI  $\geq$ 30,0 kg/m<sup>2</sup> fetma

Orsakerna till övervikt och fetma är endast delvis kända. Grundprincipen är att energiintaget är större än energiförbrukningen. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2004) är problemet multifaktoriellt och bör angripas från olika nivåer. Sextiofem procent av fetman hos vuxna beror på livsstils- och miljöfaktorer medan endast 35 % beror på genetiska faktorer.

## **ÖVERVIKT/FETMA RELATERAT TILL BARNAFÖDANDE**

### **Viktuppgång under graviditet**

Enligt IOM (2009) är allt fler kvinnor idag tyngre och allt fler kvinnor går in i graviditeten med övervikt. Viktuppgångsrekommendationer under graviditet har tagits fram av IOM och baseras på BMI-värdet före graviditeten. Många kvinnor går idag upp mer än dessa viktrekommendationer. Enligt Olsson, Strawderman, Hinton och Pearson (2003) går 37 % av de normalviktiga och 64 % av de överviktiga gravida kvinnorna upp mer än IOM:s rekommendationer.

Viktuppgångsrekommendation för gravida enligt IOM (2009) är:

- Undervikt: BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> 13-18 kg
- Normalvikt: BMI 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> 11-16 kg
- Övervikt: BMI 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> 7-11 kg
- Fetma: BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> 5-9 kg

Studier gjorda av Catalano och Ehrenberg (2006) och Krishnamoorthy, Schram och Hill (2006) visar att andelen unga kvinnor och vuxna i fertil ålder med övervikt och fetma ökar markant. I Sverige har andelen gravida med fetma vid inskrivning till Mödrahälsovården nästan fördubblats från sex till elva procent mellan 1992 till 2004. Enligt 2006 års statistik för Sverige har 25 % av de blivande mammorna BMI > 25, 12 % BMI > 30 och 3,3 % BMI > 35 (Socialstyrelsen, 2009). I och med den ökande andelen gravida med övervikt/fetma som skrivs in på MVC har frågan aktualiserats. Ur ett samhällsekonomiskt och hälsofrämjande perspektiv är det av stor nytta att uppmuntra gravida med övervikt och fetma att hålla sig inom dessa viktrekommendationer.

## **Graviditeten ger öppenhet till förändringar**

Livsstilsinterventioner innebär konkreta terapeutiska handlingar som syftar till att åstadkomma förändringar (Wright, 2002). Enligt Lombard, Deeks, Ball, Jolley och Teede (2009) är socialt stöd, målfokusering och självinsikt goda förutsättningar för att lyckas med att förändra ett beteende. Graviditeten är en tid då många kvinnor är motiverade till positiva livsstilsförändringar (Birdsall et al., 2009; Krishnamoorthy et al., 2006; Lombard et al., 2009; Phelan, in press; Szwajcer, Hiddink, Koelen & Woerkum, 2007). Graviditeten innebär en stor livshändelse för kvinnan som präglas av kvinnans ökade intresse för egen hälsa och hälsan för det väntade barnet. McBride, Emmons och Lipkus (2003) visar i sin studie att en ökad förståelse för vad eget riskbeteende kan ge upphov till, affektiv och emotionell respons av detta samt förändring av egen självbild gynnar förutsättningarna för ett positivt förändringsarbete. De livsstilsinterventioner som då görs har bättre förutsättningar att lyckas långsiktigt.

## **RISKER MED ÖVERVIKT/FETMA UNDER GRAVIDITET**

### **Risker med övervikt/fetma under den barnafödande perioden**

För kvinnan och fostret utgör övervikt och fetma en hälsorisk. Gravida med övervikt eller fetma har en ökad risk för komplikationer i samband med graviditet, förlossning och perinatalet. Risken för graviditetshypertoni, preeklampsi, graviditesdiabetes, skulderdystoci, instrumentella vaginala förlossningar, sectio, och uterusatoni, makrosomi, sen intrauterin fosterdöd ökar med stigande BMI (Claesson, Sydsjö, Brynhildsen, Cedergren, Jeppson & Nyström, 2007; Kerrigan & Kingdon, in press; Nyman, Prebensen & Flensner, in press; Wolff, Legarth, Vangsgaard, Toubro & Astrup, 2008). Risken för nedsatt fertilitet och infertilitet har ökat bland överviktiga men framförallt i gruppen med fetma. Riskerna med övervikt/fetma påverkar hur gravida kvinnor med högt BMI ska vårdas under graviditet samt även under förlossning och puerperium.



### **Långsiktiga risker med övervikt/fetma under graviditet**

En svensk studie visar på att graviditet kan ge upphov till övervikt och fetma och viktuppgången under graviditeten har betydelse för den senare viktutvecklingen hos kvinnan (Claesson et al., 2007). Andra utländska studier visar liknande resultat, att graviditet och stor viktuppgång under graviditeten är riskfaktorer för permanent långsiktig viktuppgång (Althuisen, van Poppel, Seidell, van der Wijden & van Mechelen, 2006; Krishnamoorthy et al., 2006; Polley, Wing & Sims, 2002). Viktuppgång på mellan 0,5-4 kg efter graviditet är vanligt och kvinnor som inte återtagit sin pregravid vikt inom ett år postpartum har en större risk att tillhöra gruppen överviktiga 15 år senare (Linné, Dye, Barkerling & Rössner, 2004).

### **Åtgärder för att minska risken för övervikt/fetma under graviditet**

Viktreduktion och viktuppgång under kontrollerade former under graviditet är ett sätt att minska risken för komplikationer hos den överviktiga kvinnan och hennes barn. (Althuisen et al., 2006; Claesson et al., 2007; Polley et al., 2002). Flertalet av de identifierade riskerna vid övervikt och fetma är kopplade till vikten före graviditet. Kvinnokliniken på Danderyds sjukhus har sedan hösten 2006 bedrivit Våga väga-projektet. Det primära målet med projektet är att minska antalet kejsarsnitt i gruppen gravida med ett BMI på över 30 samt att viktuppgången under graviditeten skall uppgå till högst sex kilo. Det långsiktiga målet är att motverka en ökning av andelen överviktiga kvinnor och barn i Stockholms läns landsting genom förbättrad kunskap om värdet av bra kost och daglig motion hos de blivande mödrarna (Danderyds sjukhus, 2009).

## **HÄLSA**

Hälsa är ett relativt begrepp där det inte finns exakta tydliga gränser för vad som är hälsa och vad som inte är det. Uppfattningen varierar mellan oss människor, men även för samma person vid olika tillfällen. Hälsa är en del av livet och den påverkas av ett samspel mellan den sociala, kulturella och yttre miljön. Det biologiska arvet har också en stor betydelse för hälsan (Wiklund, 2003). Även Eriksson (2004) beskriver hälsan där många faktorer samspelar. Hälsa förklaras

inte som ett statiskt tillstånd utan hälsa är en rörelse. Den blir en helhet och det är helheten som avgör hur människan upplever hälsan. Att se människan som en helhet innebär att kropp, själ och ande kopplas samman.

Enligt Philipsson och Uddenberg (1990) handlar hälsa om upplevelsen av att må bra och att kunna fungera i de sammanhang individen verkar. De ser på hälsa som en tillgång och inte enbart frånvaro av något. Uppfattningen av hälsa som en tillgång ligger bakom WHO's definition från 1947. Hälsa definieras som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp" (Nationalencyklopedin [NE], 2009). Definitionen är viktig eftersom den pekar på hälsa som ett flerdimensionellt begrepp innehållande biologiska, psykologiska och sociala komponenter (Rydén & Stenström, 2008).

### **Reproduktiv och perinatal hälsa**

En god reproduktiv hälsa definieras enligt WHO; som ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande i alla tillstånd som kan relateras till det reproduktiva systemet under en hel livstid. Människor har rätt till ett tillfredställande och säkert sexualliv. De ska själva bestämma över deras familjebildande. Män och kvinnor har rätt att få information kring säkra och effektiva preventivmetoder. Kvinnan har även rätt till sjukvård som möjliggör en säker graviditet och förlossning. Att arbeta för god reproduktiv hälsa innebär att kunna identifiera de individer som behöver särskild vård och/eller stöd, aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2006).

### **EMPOWERMENT**

Empowerment beskrivs ofta som processen och möjligheterna för människor att tillskansa sig inflytande över den egna livssituationen (Pellmer & Wramner, 2009). Enligt NE (2009) beskrivs begreppet empowerment som makt, förmåga och kraft. Det är en princip som kan tillämpas i feministisk terapi och undervisning för att stärka individens möjlighet att bli mer självständig och kunna

formulera sina egna mål för att ta makt över sitt eget liv. Begreppet empowerment har under senare år fått ett allt större intresse inom vården både i Sverige och internationellt (Björvell, 1999).

Forsberg och Starrin (1997) beskriver empowerment som att innefatta aktiviteter som ökar människans kontroll över sitt liv. Makt, kontroll, självtillit och stolthet är centrala begrepp inom empowerment. Empowerment handlar om att stödja och stärka människor i utsatta situationer samtidigt som det finns en idé att individen själv har kunskap om sin egen situation och kan överta makten över sin tillvaro (Askheim & Starrin, 2007). Rodwell (1996) har funnit att empowerment är en lärande och hjälpande process där individer, grupper och samhälle ges möjlighet till förändring genom stöd. Empowerment bygger på ömsesidighet och respekt för varandras värde. Individen ska också ha rätt till att göra egna val men acceptera ansvaret som följer med detta.

Empowerment kan definieras som:

” en stödjande process som ska hjälpa och stärka människans möjlighet att ta kontroll och makt över sitt eget liv. Det är även en process som värdesätter alla involverade. (Egen fri översättning av Rodwell, 1996 sid 309).

Empowerment vid ungdomsfetma handlar enligt Cochran (2008) om att ge makten över att kunna förändras till individen själv. För att kunna ta över makten till att förändras krävs att individen har eller får kunskap om sin situation. Edwards, Davies och Edwards (2009) menar att information är grundläggande verktyg för att individen ska kunna ta aktiva beslut i sin vård och ha känslan av kontroll. Patientundervisning är därför en nödvändighet i empowermentprocessen. Empowerment kan ses som en process och ett mål där målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt (Björvell, 1999).

Empowerment kan användas som verktyg i det hälsofrämjande arbetet med gravida överviktiga kvinnor. Kvinnan ska känna att hon har ett fritt val och möjlighet att själv ta beslut rörande sin hälsa, samtidigt som kvinnan ska få stöd av

olika personkategorier som bl.a. barnmorska, dietist och sjukgymnast. Makten över att förändra hör starkt samman med empowerment. Empowerment syftar till att göra individen mer självständig för att på så vis ta ansvar för sitt eget liv. Människan ska få en ökad tilltro till sin egen förmåga att hantera sitt liv och veta sitt eget bästa. Individen deltar då aktivt i arbetet för sin egen hälsa.

## **TIDIGARE FORSKNING OM LIVSSTILSINTERVENTIONER UNDER GRAVIDITET FÖR ATT UNDVIKA OHÄLSOSAM VIKTUPPGÅNG**

För att kunna fördjupa oss i vad tidigare forskning säger om livsstilsinterventioner under graviditet samt hur kvinnorna upplevde dessa interventioner har vi sökt i databaserna PubMed och Cinahl. Vi har även sökt manuellt utifrån den litteratur vi har hittat. Sökorden som använts har bl.a. varit ”obesity”, ”intervention”, ”pregnancy” och ”experience”. Vi fann sex artiklar som beskrev sådana interventioner och hur effektiva de var relaterat till viktuppgång under graviditet. Endast en av dessa artiklar beskrev hur kvinnorna upplevde interventionen. Artiklarna sammanfattas i bilaga 1.

Gray-Donald, Robinson, Collier, David, Renaud och Rodrigues (2000) gjorde en studie i Quebec, Kanada, i mitten på 90-talet. Studien fokuserade på gjorda insatser för att begränsa viktökning under graviditeten. Målet med studien var att undvika graviditetsdiabetes, makrosomi hos barnet samt få en lägre postpartum vikt hos mödrarna. Det visade sig dock att interventionen påverkade kvinnornas livsstil minimalt. Alla kvinnor som var gravida och fick prenatal vård i fyra olika kommuner i Norra Quebec tillfrågades om att delta i studien. Endast kvinnor med diabetes typ 1 och 2 uteslöts ur studien. En kontrollgrupp innehållande 107 kvinnor och en interventionsgrupp med 112 kvinnor skapades. Interventionsgruppen fick erbjudande om att träffa dietist en gång per månad och det gavs muntliga råd om hur de skulle ändra på sina fysiska vanor. Resultatet visade att den fysiska aktiviteten var lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen och viktökningen blev hög i båda grupperna. De fann inte heller någon skillnad i barnets födelsevikt mellan de två grupperna. Kvinnornas blodsockervärden hade inte förbättrats i interventionsgruppen jämfört med

kontrollgruppen. Författarna tror att det oväntade resultatet berodde på att interventionen var för ineffektiv. Fler och tätare besök hos dietisten hade eventuellt kunnat förändra och förbättra resultatet. Kvinnorna skulle ha givits bättre förutsättningar till att utöva fysisk aktivitet i grupp för att komma igång med sin träning. Författarna tror vidare att svaret på varför aktivitetsnivån var så låg även kunde förklaras av att kvinnorna i interventionsgruppen hela tiden blev påmind om att de borde vara aktiva. Det gav motsatt effekt på deras motivation till förändring. Kulturella skillnader kan även ha påverkat interventionens effektivitet.

Även Polley, et al. (2002) fick fram ett oväntat resultat i sin studie som genomfördes i Pittsburgh, USA. Målet med studien var att utveckla ett sätt som kan hjälpa kvinnor till en mindre viktuppgång under graviditeten. Resultatet visade en mindre viktuppgång hos normalviktiga men inte hos överviktiga. Hos överviktiga blev effekten motsatt eller ingen alls. Även i deras studie användes en kontrollgrupp innehållande 53 kvinnor och en interventionsgrupp innehållande 57 kvinnor. Subgrupper med överviktiga respektive normalviktiga skapades. Kvinnorna skulle vid interventionens början vara över 18 år, ej längre gången än 20 graviditetsveckor och ha ett BMI över 19. Samtliga kvinnor var låginkomsttagare. Interventionen erbjöd information kring viktuppgång under graviditeten och råd kring fysisk aktivitet och hälsosam kost. En gång i veckan skickades det ut e-mail som handlade om kost och motion. Vid det första av de regelbundna besöken till barnmorskan förklarades IOM:s riktlinjer (1990) kring viktuppgång. Det gavs råd om motion och sunda matvanor under graviditeten samt att en personlig viktuppgångs mall upprättades för varje kvinna så att hon kunde följa sina framsteg. Om kvinnan låg inom IOM:s gränser uppmuntrades hon att fortsätta på samma sätt. Överskred kvinnan IOM:s gräns under fyra på varandra följande besök erbjöds kvinnan tätare kontakt med barnmorskan. Barnmorskan gav då ytterligare kostråd och det samtalades mer kring målbilden. Uppföljningssamtal skedde via telefon. Trettiofyra procent i kontrollgruppen och 59 % i interventionsgruppen överskred IOM:s viktuppgångsrekommendationer. Författarnas egna reflektioner över detta resultat var att kvinnor med övervikt redan hade svårt att kontrollera sin vikt och en intervention som denna kunde istället leda till ett okontrollerat överätande. Kvinnorna i studien kom från ett lågt

social-ekonomiskt område med låg utbildningsnivå. Därför kan brist på kunskap och andra sociala problem ha hindrat dem från att prioritera deras deltagande i studien. Författarna menar vidare att ett mer varierat urval av kvinnor kunde ha givit ett annat resultat och då vara mer relevant för vår allmänna befolkning. Det fördes även en diskussion kring svårigheten att införa beteendeförändring hos kvinnor med överdriven viktuppgång.

Resultat som Kinnunen, et al. (2007) kom fram till i sin finska studie stämmer till viss del överens med resultaten i Polley, et al. (2002) och Gray-Donald, et al. (2000) studier. Deras studie genomfördes i städerna Tampere och Hämeenlinna som ligger i södra Finland. Författarna undersökte effekterna av en intervention som inkluderade fyra träffar med dietist, fem tillfällen med motionsrådgivning samt erbjudande om att delta i en fysisk gruppträning en gång i veckan. Kvinnorna i deras studie skulle vara finsktalande förstföderskor över 18 år och inte ha diabetes typ 1 eller 2. De fick inte ha någon form av komplicerad graviditet eller medicineras mot någon psykisk sjukdom. Även kvinnor med duplexgraviditet uteslöts. Kontrollgruppen som skapades innehöll 56 kvinnor och interventionsgruppen innehöll 49 kvinnor. Resultatet visade att fler kvinnor i interventionsgruppen än i kontrollgruppen gjorde kostförändringar. De åt mer grönsaker, frukt, bär och fibrer men det gick dock inte att se någon skillnad på viktuppgången mellan grupperna. En förklaring till varför interventionen hade en sådan liten påverkan på viktutvecklingen var, enligt författarna, antalet kvinnor som deltog i studien. De tror att ett större antal kvinnor behövs för att kunna visa hur det går att förebygga en ohälsosam viktuppgång under graviditeten med hjälp av dietist och fysisk aktivitetsrådgivning.

En studie utförd i Köpenhamn gjord av Wolff, et al. (2008) visade att det absolut är möjligt att undvika en hög viktuppgång under graviditeten med hjälp av en livsstilsintervention. Urvalskriterier för att delta i studien var friska kvinnor i tidig enkelbördsgraviditet i åldern 18-45 år, ej rökare och BMI över 30. Interventionsgruppen bestod av 28 kvinnor och kontrollgruppen bestod av 38 kvinnor. Interventionsgruppen i denna studie erbjöds dietistkontakt vid tio tillfällen under graviditeten vilket inte kontrollgruppen fick. Resultatet visade att kvinnorna i interventionsgruppen hade minskat sitt energiintag och följt dietistens

rekommendationer. Detta i sin tur ledde till att interventionsgruppens totala viktuppgång blev hälften så stor som viktuppgången hos kontrollgruppen. Även fyra veckor postpartum bar interventionsgruppen på mindre övervikt än vad kontrollgruppen gjorde. Man fann dock ingen skillnad på barnets födelsevikt, själva förlossningen eller förlossningskomplikationer.

Även en svensk studie som genomfördes i Linköping av Claesson, et al. (2007) visade att det är fullt möjligt för överviktiga gravida att få en mindre viktuppgång under graviditeten. Författarna ville minimera överviktiga graviditas viktuppgång till mindre än sju kg. De ville även undersöka om förlossningen och det nyfödda barnet påverkades av en mindre viktuppgång hos den gravida kvinnan. Interventionsgruppen bestod av 155 kvinnor och kontrollgruppen bestod av 193 kvinnor. Urvalskriterierna var svensktalande kvinnor med ett BMI över 30. De fick inte ha diabetes typ 1 eller 2, ingen thyroideasjukdom eller få medicin mot någon psykisk sjukdom. Interventionsprogrammet var uppbyggt så att kvinnorna i interventionsgruppen fick träffa en barnmorska trettio minuter varje vecka där man förde ett motiverande samtal samt att man tog kvinnans vikt. Barnmorskans syfte var att få kvinnorna att ändra sitt beteende samt att hela tiden hålla dem uppdaterade om vilka riskfaktorer fetma kan leda till. Alla kvinnor som var med i programmet erbjöds vattengympa en till två gånger i veckan. Resultatet visade att interventionsgruppen uppnådde en mindre viktökning jämfört med kontrollgruppen. De vägde även mindre postpartum än vad de gjorde tidigt i graviditeten. Andel kvinnor som gick upp mer än sju kg var större i kontrollgruppen. Det var dock större antal förstföderskor i interventionsgruppen än i kontrollgruppen, vilket författarna tror kan ha påverkat viktuppgången. En förstföderska kan vara mer motiverad till livsstilsförändring jämfört med en kvinna som redan har barn. Det fanns inga skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen avseende födelsevikt, graviditetslängd eller typ av förlossning. Resultatet visade dock färre fall av graviditetsinducerad hypertoni och preeklampsi samt färre fall av för tidig vattenavgång i interventionsgruppen. Man såg ingen skillnad angående frekvensen av graviditetsdiabetes

Claesson, et al. (2008) ville även ta reda på kvinnors attityder och upplevelser av ett interventionsprogram under graviditeten. Ur samma material från studien ovan

intervjuades 56 kvinnor tre till fyra månader efter förlossningen. Den mest positiva upplevelsen kvinnorna beskrev var den mentala stöttningen, mötena och de motiverande samtalen de fick med barnmorskan. Majoriteten av kvinnorna upplevde att antalet träffar med barnmorskan under graviditeten var tillräckliga och inte för många. Trettionio kvinnor var nöjda med deras viktuppgång under graviditeten. En negativ upplevelse som fem kvinnor beskrev var att de blev för fokuserade på vikten. Nio kvinnor upplevde att de medicinska kontrollerna blev för många plus att de var tvungna att svara på flera frågeformulär rörande deras hälsa. Några kvinnor saknade en psykologkontakt som resurs och vissa andra hade tyckt det var bra med en dietistkontakt. Majoriteten av kvinnorna var nöjda med vattengympan. Det ansåg att det var positivt att få träffa andra i samma situation. Det negativa var att kvinnorna var tvungna att gå från jobbet för att få träna och att det var trångt i poolen. De flesta av kvinnorna sa att de hade ändrat sina kost- och träningsvanor under graviditeten och att dessa nya vanor bestod. För att förebygga en osund viktuppgång under graviditeten måste kvinnan själv vara aktivt deltagande när hennes mål diskuteras och sätts. För att det ska vara möjligt för kvinnan att uppnå attitydförändringar och förändrade kostvanor måste hon hela tiden få kontinuerlig stöd och feedback.

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning kring livsstilsinterventioner att det är möjligt för överviktiga gravida att minska viktuppgången under graviditeten. Det är då av stor vikt att intervention är effektiv. Kvinnan bör få träffa resurser från hälso- och sjukvården regelbundet och ofta under graviditeten. Att erbjuda någon form av fysisk aktivitet veckovis har visat sig ge bra resultat (Claesson et al., 2007; Wolf et al., 2008). Kvinnor som endast träffat resurser inom vården vid några få tillfällen har inte lyckats att hålla sig inom IOM:s viktuppgångsrekommendationer. Vidare har endast muntliga råd kring fysisk aktivitet inte varit tillräckligt (Gray-Donald et al., 2000; Kinnunen et al., 2007 & Polley et al., 2002). Att träffa barnmorska för motiverande och stöttande samtal har upplevts positivt av kvinnorna. Däremot saknade några kontakt med dietist och psykolog. Vattengympa i form av gruppträning har utvärderats av flertal kvinnor som positivt då det var skönt att träffa andra i samma situation (Claesson et al., 2008).



## **PROBLEMFÖRMULERING**

Tidigare forskning visar att övervikt och fetma utgör en hälsorisk både för den gravida kvinnan och för fostret. Risken för komplikationer är ökad under graviditeten, förlossningen och post partum. Enstaka livsstilsinterventioner är gjorda på gravida kvinnor där en ohälsosam viktuppgång ska förhindras. Det finns dock få studier som beskriver kvinnornas upplevelse av att delta i en livsstilsintervention. Med bakgrund av detta vill vi undersöka hur överviktiga gravida upplever en livsstilsintervention.

## **SYFTE**

Syftet är att undersöka överviktigas upplevelse av att få träning och kostrådgivning under graviditeten och om detta har haft någon inverkan på deras livsstil.

## **METOD**

### **OM BASSÄNGPROJEKTET**

Det så kallade "bassängprojektet" arrangeras av Kungshöjds MVC och vänder sig till gravida med fetma i Göteborg. Det startade med att e-mail skickades ut till samtliga barnmorskor vid Göteborgs MVC-mottagningar under våren 2008 där bassängprojektet förklarades. Telefonsamtal gjordes även till MVC:s enhetschefer för att uppmärksamma projektet. Projektet erbjöd gravida kvinnor med fetma att, från och med graviditetsvecka 20, delta i bassängträning och kostrådgivning under 10 veckor hösten 2008. Projektet leddes av en barnmorska, sjukgymnast och dietist. Bassängträningen bestod av 30-40 min träning med sjukgymnasten och avslutades med 20-30 min avslappnings- och profylaxövningar med barnmorskan. En dietist träffade kvinnan/paret vid en till fem tillfällen (i snitt tre gånger) för motiverande samtal rörande kostvanor. Urvalskriterier för att delta i projektet var BMI  $\geq 30$  vid inskrivning på MVC (i undantagsfall BMI 25-30), beräknad partus före december 2008, tåla klor, ingen infektionskänslighet samt kunna delta under

tio onsdagar under hösten 2008. Intresserade kvinnor anmälde sig via sin barnmorska på MVC.

Femton kvinnor visade intresse för projektet varav sju uppfyllde kriterierna och tre som hade BMI < 30 fick också delta i projektet. Totalt deltog 10 kvinnor. Deras genomsnittliga BMI vid inskrivning på MVC var 33,1 (27,9-42,5) och åldern varierade mellan 26-33 år. De bodde i centrala, södra och norra Göteborg och alla utom en talade svenska. De fick fylla i en hälsoenkät vid tre tillfällen; före och efter genomförandet av bassängprojektet samt ett år efter avslutad kurs. Kroppsvikten mättes före start av bassängprojektet samt ett år senare.

## **KVALITATIV METOD**

För att besvara syftet valde vi att göra en kvalitativ studie med datainsamlingen via fokusgruppsintervju. Syftet med en kvalitativ metod är att upptäcka egenskaper hos något, t.ex. den intervjuades uppfattningar av ett visst fenomen (Patel & Davidsson, 2003). Fokusgrupp är en typ av fokuserad gruppintervju där en mindre grupp av människor samlas och diskuterar fritt kring ett visst givet ämne. Metoden används bl.a. när man vill studera attityder, värderingar och komplexa fenomen som uppstår i en social interaktion (Hylander, 2001; Wibeck, 2000). Ett lämpligt deltagarantal är mellan fyra till sex personer. Detta antal av respondenter gör att varje persons inflytande ökar samt att tiden räcker till för att alla skall få uttrycka sina åsikter och bemöta de andra gruppmedlemmarnas argument (Wibeck, 2000). Moderatorn fungerar som en samtalsledare och dennes främsta uppgift är att få deltagarna att interagera med varandra i så stor utsträckning som möjligt (Hylander, 2001).

Fokusgruppsintervjuer delas in i strukturerade och ostrukturerade intervjuer. Ju mer moderatorn styr frågorna och interaktionen i gruppen desto mer strukturerad blir den. I en ostrukturerad fokusgruppsintervju blir moderatorns roll att introducera ämnet och endast ingripa i diskussionen när det behövs, t.ex. om gruppen kommer ifrån ämnet, om en för lång tystnad uppstår eller om någon i gruppen aldrig kommer till tals. I en strukturerad fokusgruppsintervju får

moderators roll som en mer traditionell intervjuare som håller sig till redan fasta frågeställningar. En fördel med en ostrukturerad fokusgruppsintervju är att gruppens egna intressen tas upp för diskussion. Forskningsfrågan skall hela tiden vara tydlig och det är då intressant att se om gruppen för en diskussion kring samma aspekter av ämnet som forskarna är intresserade av. En nackdel är att vissa ämnesaspekter aldrig kommer upp i diskussionen eller att alla inte kommer till tals. Fördelar med en strukturerad fokusgruppsintervju är att moderatoren har en möjlighet att styra diskussionen så att de önskvärda ämnesaspekterna diskuteras. Nackdelar kan vara att det finns en risk att moderatoren styr interaktionen i gruppen i så stor utsträckning att moderators föreställningar fortplantas i gruppen. En fokusgruppsintervju fungerar oftast bäst när intervjun är en blandning mellan strukturerad och ostrukturerad. Gruppen får då diskutera fritt med varandra där nya ämnen introduceras, men moderatoren har en möjlighet att gå in och styra upp diskussionen om gruppen kommer ifrån ämnet. Fokusgrupp kan användas som en enskild metod men vid vissa tillfällen kan metoden behöva kompletteras av någonting mera, t.ex. individuella intervjuer (Wibeck, 2000).

## **URVAL OCH DATAINSAMLING**

De tio kvinnorna som var med i projektet kontaktades ett år senare via brev där de fick en inbjudan att delta i en fokusgruppsintervju. De fick först en forskningspersonsinformation skickat till sig där studiens bakgrund samt syfte beskrevs (bilaga 2). Någon månad senare skickades en mer formell inbjudan ut till de tio kvinnorna där var och när fokusgruppsintervjun skulle genomföras beskrevs (bilaga 3). Sex kvinnor deltog i fokusgruppsintervjun. Två av kvinnorna fick förhinder när fokusgruppsintervjun skulle hållas och datainsamlingen kompletterades därför med två telefonintervjuer. Tre kvinnor ville ej delta i studien och en kvinna pratade ej svenska.

Fokusgruppsintervjun började med en presentationsrunda och syftet med fokusgruppsintervjun beskrevs och förklarades. Moderators samt assistentens roll beskrevs och vi berättade vem av oss som tog moderators roll respektive assistentens roll. Vi beskrev innebörden av en fokusgrupp samt att intervjun skulle

vara ostrukturerad och vad som menades med det. Moderatoren introducerade ämnet med en öppningsfråga *"Vill ni beskriva era upplevelser av att få träning och kostrådgivning under graviditeten och om detta haft någon inverkan på er livsstil"*. Vi hade sammanställt en intervjuguide som vi kunde ta användning av ifall vi upplevde att det blev svårt för gruppmedlemmarna att diskutera fritt kring forskningsfrågan. Exempel på frågor ur intervjuguiden var *"vill du utveckla det"*, *"hur kände du då"*, *"vilket var det mest positiva med interventionen"*, *"vilket var det mest negativa med interventionen"*, *"motsvarade programmet dina förväntningar"*, *"hur har din livskvalitet påverkats"* (bilaga 4). Moderatoren fick vid flera tillfällen ställa frågor ur intervjuguiden till kvinnorna vilket resulterade i att intervjun blev en kombination av en ostrukturerad och strukturerad fokusgruppsintervju. Intervjun tog en timme och bandades med en diktafon. Anteckningar fördes av assistenten under intervjun för att få med ansiktsuttryck och gester som inte kommer med på ljudupptagningen. Fokusgruppsintervjun transkriberades ordagrant direkt efter intervjutillfället.

Den första telefonintervjun gjordes av oss båda tillsammans. En ställde frågor och den andre satt i bakgrunden och lyssnade. Den andra telefonintervjun gjordes av en av oss. Även dessa intervjuer bandades med en diktafon. Dessa telefonintervjuer hade samma upplägg som fokusgruppsintervjun och tog mellan 15 till 30 minuter. Båda telefonintervjuerna transkriberades ordagrant direkt efter respektive intervjutillfälle.

## **DATAANALYS**

Texterna från de tre transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008). Syftet med en kvalitativ innehållsanalys är att skaffa sig kunskap och förståelse för det fenomen som undersöks. Kvalitativ innehållsanalys är en forskningsmetod som kan tillämpas på människors skrivna och talade berättelser och lämpar sig därför väl inom omvårdnadsforskning. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter vilka bland annat kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Graneheim och Lundman (2004) menar att fokus vid kvalitativ

innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll vilka uttrycks i kategorier och teman på olika nivåer. Författarna anser också att det är viktigt att den text som analyseras ses i sitt sammanhang, dvs. att tolkningen av intervjupersonernas berättelser görs med medvetenhet om personernas livshistoria och livsvillkor. Innehållsanalysen kan ha två olika ansatser, manifest eller latent. Manifest innehållsanalys arbetar med innehållet i texten och beskriver de synliga och uppenbara komponenterna. Vid en latent ansats sker en tolkning av texten och av ”det som står mellan raderna”.

Texten från intervjuerna lästes igenom upprepade gånger för att få en förståelse för helheten. Därefter plockades meningsbärande enheter ut, det vill säga meningar eller fraser som innehöll relevant information för syftet. Dessa enheter kondenserades, vilket innebär att texten kortades ned utan att kärnan i innehållet förändras. Koder med gemensamt innehåll grupperades in i subkategorier. Därefter kontrollerades de meningsbärande enheterna så att de endast tillhörde en subkategori. Subkategorierna sammanfördes därefter till mer övergripande kategorier som speglar det centrala budskapet i intervjuerna enligt Lundman och Hällgren-Graneheim, 2008. Sammanställning av analysprocessen visas i bilaga 5.

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Det finns flera internationella regelverk och riktlinjer som uttrycker vilka etiska spelregler som bör gälla vid forskning med människor (The World Medical Association, 1964). I samband med rättegångarna i Nürnberg efter världskrigets slut formulerades för första gången en offentlig kod för medicinsk forskning, Nürnbergkodexen 1947. Här bestämdes bl.a. att informerat samtycke krävs, att forskningen skall ha goda konsekvenser för samhället och att riskerna för försökspersoner skall minimeras. Det framhölls att varje deltagare har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i ett experiment och att den person som leder ett projekt, där det finns risk för en deltagare att skadas, ska avbryta. Andra viktiga deklARATIONER och regler som följde i Nürnbergkodens spår är FNs Allmänna förklaring om mänskliga rättigheter från 1948.

Det grundläggande dokumentet när det gäller etiska riktlinjer för humanforskning är Helsingforsdeklarationen, ursprungligen antagen av World Medical Association 1964 och senare reviderad 2008. Helsingforsdeklarationen tillkom för att skydda försökspersoner mot bakgrund av den farliga forskning utan fritt och informerat samtycke som bedrivits på fångar i koncentrationsläger under andra världskriget. Det finns två legitima krav inom humanforskning; dels kravet att ta fram ny kunskap, som är viktigt för både individers och samhällets utveckling, och dels kravet på skydd mot fysisk, psykisk och annan skada i samband med forskning.

### **Etiska principer**

Vetenskapsrådet (2009) beskriver fyra krav inom forskningsetiken som skall skydda den enskilde individen. Informationskravet innebär att forskaren skall informera de berörda deltagarna om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Samtyckeskravet innebär att deltagarna i forskningen har rätt att själva bestämma över sin medverkan i forskningen. Konfidentialiteskravet innebär att alla uppgifter om deltagarna skall ges största möjliga konfidentialitet. Det fjärde och sista kravet, nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna om deltagarna endast får användas för forskningsändamål och inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften.

De forskningsetiska kraven bygger på fyra etiska principer; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen som ger riktlinjer för god etisk standard i forskning som innefattar människor (Vetenskapsrådet, 2009).

Respekt för personen innebär att var och en ska respektera andras förmåga och rätt till självbestämmande, medbestämmande och integritet (Vetenskapsrådet, 2009). Inför projektet fick deltagarna ta del av forskningspersonsinformation där det står att deltagandet är frivilligt. Autonomiprincipen innebär att deltagarna när som helst kan avbryta sitt deltagande om de önskar, utan negativa konsekvenser. En förutsättning för att kunna fatta autonoma beslut är att individen är välinformerad. Därför är informerat samtycke viktigt i forskningsarbetet. Det insamlade

datamaterialet har endast använts för detta forskningsändamål och kommer inte att lånas ut för annat kommersiellt bruk.

Godhetsprincipen innebär att var och en ska sträva efter att göra gott och förebygga eller förhindra skada (Vetenskapsrådet, 2009). Forskningen ska generera ny kunskap som kan komma individen och samhället till nytta. En livsstilsförändring kan innebära bättre hälsa och livskvalitet för stora grupper i samhället.

Principen att inte skada innebär att andra inte bör utsättas för skada eller risk för skada. Enligt konfidentialitetskravet ska informanternas identitet skyddas så att inte obehöriga kan ta del av informationen. I resultatet ska inte heller enskilda individer kunna identifieras (Vetenskapsrådet, 2009).

Rättvisprincipen innebär att alla personer ska behandlas lika under förutsättning att det inte finns några etiskt relevanta skillnader mellan dem, finns detta måste skillnaderna i behandlingen rättfärdigas (Vetenskapsrådet, 2009). I studien tillfrågades gravida kvinnor med BMI >30 att delta. Deltagare till studien får inte exkluderas pga. forskarens egna fördomar utan urvalet ska följa god etisk sed enligt vetenskapliga normer.

### **Risk och nytta analys**

Fremsta syftet med vetenskaplig forskning är att bidra till ny kunskap som kan förbättra situationen för människor. Det är också viktigt att deltagarna i forskningsprojektet upplever fördelarna framför nackdelarna med studien (Etikprövning för forskning som avser människor [EPN], 2009). Det finns egentligen inga påtagligt farliga risker att delta i studien då kostrådgivning och fysisk aktivitet inte påverkar graviditeten, fostret eller kvinnan negativt. Råden om kost och bassängträning är anpassade till gravida kvinnors näringsbehov och fysisk aktivitet. Då urvalet till studien är gravida kvinnor med BMI  $\geq 30$  kan dessa känna sig utpekade och studien skulle kunna innebära en integritetskränkning. För att minska denna risk har hänsyn tagits till deltagarnas konfidentialitet. Kvinnorna i projektet deltar frivilligt och kan när som helst avbryta deltagandet.

Nyttan för deltagarna kan innebära en förändrad livsstil med förändrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet även efter en graviditet. På kort sikt kan graviditetskomplikationer som graviditetsdiabetes, makrosomi, skulderdystoci etc minskas. Nyttan med projektet kan också på sikt gagna samtliga gravida inom MVC basprogram då barnmorskorna får ny kunskap om hur man kan samtala och motivera till livsstilsförändring under graviditet.

## RESULTAT

Analysen av texterna från intervjuerna resulterade i tre kategorier med sex subkategorier som beskriver överviktigas upplevelser av att få träning och kostrådgivning under graviditeten samt inverkan på livsstilen. Kategorierna presenteras nedan och åskådliggörs med hjälp av citat från deltagande kvinnor. Kategorier och subkategorier redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1: Översikt av kategorier och subkategorier ur upplevelsen av att få träning och kostrådgivning under graviditeten samt inverkan på livsstilen.

Att få stöd	Att bli stärkt	Att få en förändrad livskvalitet
Tillgänglighet	Ökad självkänsla	Välbefinnande
Råd	Ökad medvetenhet	Livsstil

### ATT FÅ STÖD

Att ha tillgång till kompetens och råd från en tvärprofessionell yrkesgrupp bidrog till att känna stöd.

#### Tillgänglighet

Tillgänglighet och närvaro av en barnmorska, sjukgymnast och dietist skapade trygghet. Det var värdefullt att få stöd och ha tillgång till tre olika yrkeskategorier med specialistkompetens.



*Jag tycker det var jättebra att barnmorskan var där, vi hade en liten pratstund alltid efteråt när vi var kvar i vattnet. Man kunde fråga allt möjligt, t.ex. jag känner något konstigt här vad kan det vara? Så det var jätteskönt att hon var där, hon var jätteviktig.*

*Jo, först att träffa en dietist tycker jag var bra.*

*Jag tycker det blev positivt för att, jag har reumatism också så jag tyckte det var bra att det var en sjukgymnast som höll i det. Och sen var det ju bra att man fick en chans att träffa en sjukgymnast en gång i veckan om man hade frågor och så.*

*Det var bra att det var en sjukgymnast som höll i det, och det var bra att en barnmorskan fanns där. Sen var det bra att få träffa en dietist, det var liksom, det mesta var bra.*

Relationen mellan kvinnan och barnmorskan, sjukgymnasten och dietisten stärktes genom kontinuitet i mötena. Samtliga kvinnor beskrev en önskan om fler bassängträningstillfällen. Antalet träffar med dietisten ansågs tillräckliga.

*Det som saknades var att det kunde hållit på längre. Tio ggr, 10 veckor av 40 är ju inte mycket, det hade gärna fått pågå längre.*

*De var lagom med de träffar som vi hade (sagt om dietisten).*

## **Råd**

Muntliga och skriftliga råd och rekommendationer från dietist, sjukgymnast och barnmorska var ett stöd till att få en ökad insikt och förståelse av vad det innebar att leva hälsosamt. Vilka förväntningar som finns påverkar hur råden mottas och accepteras. Utdelade kostrecept var till god hjälp att förenkla vardagen och de ansågs givande av de flesta.

*Jag tycker jag fick väldigt mycket hjälp av dietisten de tre gånger jag träffade henne, råden går jag fortfarande efter.*

*Jag tycker att det inte gav så jättemycket...*

*jag är ändå väldigt medveten om hur jag bör och skall äta och är väldigt väl medveten om vad jag gör för fel. Sen är det ju bra att bli påmind.*

*Men mina förväntningar var lite mer att hon skulle säga att du skall äta det här och det här, eller du skall följa detta, eller för att du skall kunna hålla vikten under kontroll är det bra om du följer det här. Jag hade velat ha en mer bestämd meny för en vecka eller något sådant.*

Att få bassängträning och råd från sjukgymnast ledde till ökad rörlighet hos flera av deltagarna. Träning i vatten hade en smärtlindrande effekt och hjälpte mot rygg, bäcken och foglossningssmärta. En besvikelse var dock att det inte fanns någon struktur under bassängträningen. Kvinnorna saknade tydliga ramar kring träningsupplägget.

*Bassängträningen var jättebra, det var det enda jag såg fram emot, den här onsdagen. Det var den enda dagen då jag kunde röra på mig i vattnet. Jag vågade röra på mig i det varma vattnet, det var jättebra.*

*Jag hade jättemycket foglossningar, jätte jättemycket, och det kändes som att tack vara vattenträningen kunde man stå ut med det.*

*Det som jag kanske kände var lite negativt var när vi gjorde de här aerobic-övningarna i vattnet. Då kände jag att det var lite ostrukturerat, t.ex. nu gör vi lite så här och nu gör vi lite så här. Jag upplevde att det inte fanns någon struktur i själva träningen.*

Barnmorskans avslappningsövningar och profylaxandning beskrevs som stödjande då oron under graviditeten minskade och trygghet inför den kommande förlossningen skapades.

*Det var jättebra för hon gick ju igenom massa övningar i slutet just med avslappningsövning och andning och så, så att för min del så var jag livrädd för förlossning så det var jätte positivt. Det kanske inte var så mycket hjälp under själva förlossningen men innan att man blev avslappnad och inte stressade upp sig så mycket innan.*

*Så det var jättebra att gått på träningen för jag tänkte att jag gör som barnmorskan och sjukgymnasten sa, det kanske hjälper. Sen blev det igångsättning och de tog tolv timmar och då kunde jag höra barnmorskans röst i huvudet ”tänk att det går neråt”, att det faktiskt var, när man var så slutkörd och inte fixade att tänka att det skulle komma en bebis utan att det kommer hålla på så här tills jag dör, då var det bra att ha det i bakhuvudet.*

En kvinna uttryckte att hon hade svårt att hantera de råd barnmorskan gav kring avslappning.

*För min del angående avslappningen, eh, jag hade hellre tränat under den tiden. Eller bara vara i vattnet hela tiden, för jag hade inte så bra erfarenheter från den första förlossningen så avslappningsövningarna var inget för mig. Man skulle förstå sig att man bemöter smärtan, jag känner att det inte fungerade för mig.*

## **ATT BLI STÄRKT**

Genom kunskap stärks självkänslan och medvetandet hos individen och den nya insikten leder till handling.

### **Ökad självkänsla**

Självkänslan byggdes upp genom bekräftelse, av att bli sedd och av att känna sig viktig och unik. Genom träning och kostrådgivning med barnmorska, dietist och sjukgymnast stärktes självkänslan och den egna förmågan av att ta ansvar över sitt liv. Att stärka genom att ge positiva kommentarer och uppmuntra var något som

framhölls som mycket viktigt. Kvinnorna beskrev att de kunde vara sig själva och inte oroa sig för att bli skuldbelagda eller dömda för sin övervikt.

*Ja, dom såg till att ehhh jag inte var ignorerad. Dom koncentrerade sig verkligen på varje individ.*

*Och så var det inte här, det var väldigt positivt att få komma till bassängen och till dietisten. Man tänkte ju först att hjälp skall jag träffa en dietist som skall berätta för mig vad jag gör för fel, men så var det inte och det är nog en av det mest positiva grejerna.*

Att träffa andra överviktiga gravida innebar också en känsla av att vara accepterad. Att bli sedd som människa och inte bara som överviktig upplevdes om en viktig del för att känna sig bekräftad. Tilltron till den egna förmågan ökades.

*Sen tyckte jag att det var skönt att det var vattengympa för överviktiga gravida, för det hade varit en spärr att komma till en vattengympa där alla ser ut att vara i storlek 36 när man är i vecka 38 alltså dom är mindre än vad man var när man blev gravid då kan det vara skönt att slippa tänka på det och inte jämföra sig. Alla vi är i samma situation fast olika grad.*

*Nu efter projektet så märkte man att det gjorde en skillnad så då tänkte man att nu har jag ju hållit på med detta varför skall jag då sluta nu. När man märker att en halvtimmes bassängträning en gång i veckan gör skillnad då kan man ju fortsätta träna.*

### **Ökad medvetenhet**

Individuell och personlig information ledde till ökad medvetenhet. Kunskap gav ökad insikt av livssituationen. Att förstå riskerna med övervikt i samband med graviditet, barnafödande och framtida ohälsa motiverade till handling.

*...jag visste... så orolig var jag inte innan jag pratat med barnmorskan men sen blev jag det. Och jag tyckte det var bra att dom erbjöd mig detta.*

*Så att jag tycker att jag fick väldigt mycket hjälp av henne de tre gånger jag träffade henne (dietisten) själv, råden går jag fortfarande efter.*

*Och då var det skönt att ha en sjukgymnast där som man kunde fråga, jag fick reda på att det går bra att lyfta bara man lyfter på rätt sätt.*

*Det handlar om att man faktiskt skall leva länge. Nu har man ju barn och en man. Det gäller att inte vara egoistisk, jag vill ju faktiskt vara i livet så länge som möjligt och vikten och övervikten har stor betydelse i det.*

Att skriva kostdagbok och träna visualiseringsövningar användes som verktyg för att öka medvetandet. Kvinnorna beskrev att med ökad medvetenhet ökades även motivationen till förändring.

*Jag blev mer medveten på hur jag äter. Jag fick ett schema där jag skrev upp vad jag äter till frukost, lunch och middag. Jag förstod att om jag inte rör något på mig, bara det här att få ett papper och skriva ner sina grejor, gör att man blir mer medveten om att det inte är bra.*

*Den profylaxandningen och liksom sättet att visualisera hur bebisen skall ut, det var jättebra eftersom det kändes som att det aldrig skulle ta slut, man fattade liksom.*

*Nu är man mer medveten, nu vet jag att jag måste gå ner detta sen. Så jag tänkte nog redan från början lite, sen fick man ju en sporre också när man var med i en sådan här grej. Man tänker lite mer.*

## ATT FÅ EN FÖRÄNDRAD LIVSKVALITET

Välbefinnandet och livsstilen var betydelsefull för hur livskvalitet uppfattades.

### Välbefinnande

Att må bra, ha hälsa och vara nöjd var centrala delar för att beskriva uppfattningen av välbefinnandet. Deltagandet i bassängprojektet påverkade välbefinnandet positivt.

Samtliga kvinnor beskrev att de såg fram emot onsdagarna då bassängträningen hölls. Att under en timme få vistas i en varm pool ledde till välmående och ökat välbefinnande.

*Men vad jag såg fram emot var det varma vattnet att få bada, det var de sista veckorna då man var så tung. Det var verkligen det man såg fram emot, onsdagarna, just det här varma vattnet. Att må bra...*

Att ha hälsa innebar frånvaro av smärta. Träningen i det varma vattnet hade en smärtlindrande effekt för några kvinnor. Känslan av välbefinnande ökade också genom att bassängträningen gav tid för reflektion i form av egen tid.

*För min del var det mer att få egen tid och att bara tänka på sig själv. Vid tredje barnet hinner man inte tänka på graviditeten lika mkt. Där kunde jag slappna av i vattnet när hon sparkade och, ja det blev mer hon och jag. Att bara kunna tänka på sig själv och inte på allt det andra runt omkring hemma.*

Att vara nöjd med viktuppgången under graviditeten påverkade också synen av välbefinnande. Några kvinnor uttryckte att de gick upp mindre i vikt än vad de hade gjort om de inte varit med i bassängprojektet. Den minskade viktuppgången gjorde också att de mådde bättre under graviditeten men även efter att barnet var fött.

*Jag hade haft längre tid till att jag var tillbaka till min vanliga vikt. Programmet har gjort att jag snabbare kommit tillbaka till min*

*normal vikt. Har man högt BMI så är det ju lätt att lägga på sig och svårare att gå ner så jag är jätte glad att det bara blev det här då extra.*

Ett minskat välbefinnande berodde bland annat på en kraftig viktuppgång. En kvinna var missnöjd med sin viktuppgång och beskrev att hon gjorde det som krävdes när det gällde träning och kosthållning men relaterade den stora viktuppgången till vätskeansamling i kroppen.

### **Livsstil**

Att få kunskap och stöd var förutsättningar som underlättade livsstilsförändringar. Viljan till att göra en livsstilsförändring påverkades av tidigare erfarenheter och eget självförtroende. Kunskap om kost och kostsammansättning bidrog till förändrade matvanor och genom att äta mer regelbundet, använda bättre råvaror etc kunde kosthållningen förbättras.

*Det var det här häftet vi fick från Karin, jag äter mycket mer bönor. Och grönsaker kan man använda på så många olika sätt som jag inte tänkte på innan. Det blir gott och varierande. Jag har fått ett större perspektiv.*

*Det är mycket mer grönsaker nu. När Karin frågade mig om jag gillar röda linser, jag har aldrig ens vågat smaka. Men nu har jag börjat göra linsgrytor, hur gott som helst. Istället för makaroner och köttbullar. Just det med linser fick man ju från Karin, annars hade jag aldrig börjat med det. Sen äter jag mycket mer frukt nu. Så det är bättre idag än vad det var förut, tack vare Karin faktiskt. Man fick en spark i arslet. Så det var bra.*

*Jag planerar lite mer nu, veckomatsedel. Jag vet i förväg vad vi skall äta. Jag försöker övertala min man att två gånger i veckan äta mer vegetariskt.*

Motivationen till att vara mer fysiskt aktiv ökades samt önskan om att leva ett mer hälsosamt liv skapades.

*Jag har köpt en motionscykel, jag har börjat cykla det är jätte roligt. Jag har pratat om en cykel i 15 år nu, men jag har bara varit lat. T.ex. jag tar det nästa måndag och sen har åren gått. Så det var efter projektet som jag tänkte, att nu jävlar.*

*Vi går, vi är ute nästan hela dagarna. Är det dåligt väder så går vi ut ändå, 1-2 timmar på förmiddagen och någon timme på eftermiddagen. Jag försöker några gånger i veckan att gå mer intensivt så att jag blir svettig, så det är väl min främsta motionsform.*

*Eftersom jag fick det så jobbigt efter min första förlossning så blev jag motiverad att inte få det så igen. Smärtan minskar om man är starkare. Smärtan som jag hade hjälpte mig att bli mer motiverad. Så är det fortfarande. Jag skall faktiskt prova vattengymna på Valhalla, för jag tyckte det var så bra.*

En kvinna beskrev att viljan att fortsätta träna efter bassängprojektet fanns men tiden räckte inte till. En annan kvinna ansåg inte att livsstilen förändrats något märkbart men motivationen till att komma i form efter förlossningen ökades.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Vi valde att använda en kvalitativ metod då vi hade för avsikt att studera upplevelsen av att få träning och kostrådgivning under graviditet och om det har haft någon inverkan på livsstilen. Kvalitativa metoder lämpar sig bra när man önskar att studera upplevelser eller föreställningar av ett givet ämne. För att samla



in vårt datamaterial valde vi att göra en fokusgruppsintervju. Fokusgrupper är ett lämpligt sätt att samla in data när deltagarna som ingår i studien visar stora olikheter i sättet att leva och att tänka, när handlande och motivation ska undersökas och när forskaren ska få insikt över andras upplevelser (Wibeck, 2000). Det kändes relevant att använda sig av en fokusgruppsintervju då vi hade för avsikt att undersöka hur deltagarna i bassängprojektet tillsammans upplevde en livsstilsintervention.

Deltagarna i fokusgruppen var de kvinnor som deltog i bassängprojektet hösten 2008 och de kände varandra väl. Det var svårt att få respons på deltagandet till fokusgruppen. En anledning kan vara att utskicken om förfrågan att delta i intervjun skickades ut under sommaren då många är lediga och inte läser brev och e-mail i samma utsträckning. De tre intervjuerna hölls sedan i slutet av augusti. På grund av tidsbrist och svårigheter att få ett passande datum för ytterligare fokusgruppsintervju valde vi att göra individuella telefonintervjuer med de kvinnor som inte kunde närvara vid fokusgruppsintervjun. Fördelen med fokusgruppsintervju jämfört med telefonintervju är att det blir tydligare när individer tycker lika respektive olika samt att åsikter kan komma fram hos deltagarna som kanske annars hade glömts bort. Fokusgruppens styrka är just interaktionen i gruppen. Nackdelar med en telefonintervju är att intervjuaren kan gå miste om vissa åsikter och upplevelser som respondenten hade kommit fram till med hjälp av en fokusgruppsintervju (Wibeck, 2000). Ytterligare en nackdel är att den kommunikation som sker via kroppsspråket går helt förlorad. Fördelar med telefonintervju som metod är att det är lättare att nå respondenten, intervjun blir oftare kortare och respondenten får även vara anonym vilket kan öka chansen till att vilja delta (Harris et al., 2008; Novick, 2008).

Tanken var att fokusgruppsintervjun skulle vara ostrukturerad. Genom att ställa en öppen inledningsfråga hade vi förhoppningar att kvinnorna själva skulle leda diskussionen, men det märktes att kvinnorna var oerfarna av fokusgruppsintervjuer och diskussionen flöt inte på så som vi hade hoppats. Vi valde därför att ställa följdfrågor från en tidigare sammanställd intervjuguide för att försöka uppmuntra till ytterligare diskussion och fördjupning då samtalet avmattats. Intervjun blev då inte lika ostrukturerad som planerat. Detta kan ha

påverkat resultatet men vi tror att detta även kan ha lett till att materialet håller en högre kvalitet. Enligt Wibeck (2000) finns det inget som säger att fokusgruppsintervjun måste vara strikt ostrukturerad eller strikt strukturerad utan den mest optimala metoden är en blandning av dessa två. Ingen av deltagarna dominerade i samtalet inte heller satt någon av deltagarna tyst under intervjun, utan samtliga deltagare kunde föra fram sina åsikter.

Det bör också noteras att författarna är helt ovana vid att intervjua och det kan ha påverkat hur intervjuerna löpte. Vi valde därför att göra de två första intervjuerna tillsammans för att på så sätt hjälpa varandra när det behövdes, till exempel genom att ställa förtydligande frågor. Det kan eventuellt ha påverkat kvinnorna negativt att vi var två, istället för en, men vi tror inte att resultatet blev mindre trovärdigt på grund av det. Vi känner istället att intervjuerna har fått den fyllighet och det innehåll som krävs just pga. att vi var två som gjorde dem. Den sista telefonintervjun höll en av oss för då hade vi fått en viss säkerhet av att intervjua. Enligt Wibeck (2000) finns det en risk att deltagandet i fokusgrupper minskar när deltagarna får reda på att intervjun skall spelas in på band och det finns även en risk att det spontana samtalet dämpas. Vi kunde inte märka att någon av kvinnorna i våra intervjuer reagerade något speciellt på att intervjuerna spelades in på en diktafon utan samtalet kom igång bra och alla ville göra sin röst hörd.

Dataanalysen genomfördes med hjälp av innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008). De transkriberade texterna lästes igenom flertalet gånger av båda författarna för att få en djupare förståelse för innehållet. Dessa kondenserades för att hitta koder respektive subkategorier som sedan ledde fram till våra kategorier. Detta var ett mödosamt arbete och vi blev hela tiden påmind om att det är svårt att beskriva innebörd samt tolka texter utan att lägga in egna förförståelser. Det finns alltid en risk att viktig information går förlorad under analyseringsarbetet. Genom att läsa igenom materialet upprepade gånger och gå tillbaka i analyseringsprocessen försökte vi undvika detta. Till slut kände vi att de kategorier och subkategorier vi kommit fram till väl speglar vårt syfte. Vi valde att stanna vid den manifesta nivån och skapade aldrig något tema i vår analys.

## **Reflektion över resultatets kvalitet**

All kvalitativ forskning syftar till att leda fram till ny kunskap som kan tolkas på flera olika sätt. Trovärdigheten av resultatet handlar om att bedöma resultatets kvalitet och innehåll. Kvalitativa metoders trovärdighet granskas utifrån resultatets tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Tillförlitligheten ökas genom att vi är två personer som har analyserat datamaterialet var för sig och sedan gemensamt kommit fram till kategorier och subkategorier som avspeglar texten. Tillförlitligheten är även hög då studiens genomförande och analysprocess beskrivits detaljerat. Resultatets giltighet ökar, då de kvinnor som intervjuades, hade hög närvarofrekvens under tiden då bassängprojektet hölls och kom med olika erfarenheter från olika bakgrunder. En svaghet kan vara att resultatet endast baseras på sex personer. Totalt valde fyra att inte delta i studien vilket kan bero på flera orsaker. Det kan bero på att deras förväntningar av bassängprojektet inte uppfylldes eller att de var missnöjda med sin viktutveckling. Resultatet kan också ha påverkats av att de som valde att delta i intervjuerna har en mer positiv inställning till bassängprojektet än de som valt att inte delta. Bedömningen av resultatets giltighet underlättas också genom att vi har valt att exemplifiera med citat från intervjuerna. Analysen kan återupprepas och resultatet är överförbart till andra med liknande kontext.

Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) finns det alltid en viss risk att kategorier och subkategorier inte är helt skilda från varandra när människors upplevelser ska analyseras. Sett ur ett livsvärldsperspektiv går det inte att bryta upp helheten i delar eftersom människan finns till i världen via sin livsvärld och upplevelsen är alltid en del av en större helhet. En människa är unik och hennes erfarenhet är unik och ska förstås utifrån dennas vardagsvärld (Berg, 2004). Vi har haft svårigheter att skilja våra kategorier och subkategorier från varandra. Med hänsyn till ovanstående ser vi det inte som en svaghet att våra kategorier och subkategorier ibland går in i varandra.

## RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom tre kategorier om kvinnors upplevelse av att få träning och kostrådgivning under graviditet samt om detta hade någon påverkan på deras livsstil; *att få stöd, att bli stärkt och att få en förändrad livskvalitet*. De teoretiska begreppen, empowerment och hälsa, ligger som grund i diskussionen där vi jämför vårt resultat med tidigare forskning.

Beskrivningarna av att få stöd och att bli stärkt beskriver till stor del processen av att erfar empowerment. Empowerment handlar om att ge makten till kvinnan så hon själv ska känna att hon har ett fritt val och möjligheten att själv ta beslut rörande sin hälsa (Pellmer & Wramner, 2009). Det handlar också om ett aktivt deltagande. Empowerment kan vara en strategi till att nå hälsa men kan även ses som ett resultat av att ha uppnått hälsa (Björvell, 1999). De yrkesprofessioner som arbetar med kvinnor i en livsstilsintervention bör arbeta för att kvinnorna ska uppleva empowerment.

Stöd i form av råd och tillgänglighet av kompetent personal var en viktig faktor för att projektet skulle bli lyckosamt. Det framkom i resultat från tidigare gjorda studier att det för de flesta patienter är viktigt med professionellt stöd för att kunna göra en livsstilsförändring (Polley et al., 2002; Kinnunen et al., 2007). Andra studier beskriver att deltagarna upplevde att det saknades kompetens i form av en dietist och psykolog (Claesson et al., 2007). Kvinnorna i vår studie upplevde en trygghet och säkerhet i att det var en samlad grupp med olika kompetens som var engagerad i projektet.

I en studie gjord av Polley, et al. (2002) fick deltagarna träffa en barnmorska för samtal runt kost och fysisk aktivitet. Det visade sig att dessa kvinnor avvek från IOM:s viktuppgångsrekommendationer och flertalet överviktiga gravida gick upp mer än rekommenderat. Kan det vara så att råd från en ickeprofessionell inte har lika stor genomslagskraft som om det kom från en professionell kompetens? Vi anser att en livsstilsintervention kan bli mer framgångsrik om den leds av experter inom respektive område.

Tidigare forskning av Lombard, et al. (2009) har visat att det krävs minst tre personliga möten med en dietist för att påbörja en hälsosam livsstilsförändring. Detta stämmer väl överens med resultatet i vår studie. Fem kvinnor som träffade dietisten vid tre eller fler gånger uttryckte att de var nöjda och kontakten hade inneburit en förändring av deras kostvanor. En kvinna avböjde dietistkontakten efter första träffen. Hon ansåg inte att dietistens råd var givande och avböjde ytterligare kontakt. Kan det vara så att hon inte var förändringsbenägen? Vi anser att bassängprojektet borde rekommendera tre träffar med en dietist för att ge möjlighet till att vilja förändras.

Annan forskning har visat att fler än tio möten och träningstillfällen inte påverkar det slutgiltiga viktresultatet ytterligare (Claesson et al., 2008). Däremot trodde det flesta kvinnorna att de inte klarat av att kontrollera sin vikt under graviditeten om de inte hade deltagit i programmet. Detta stämmer väl överens med vårt resultat.

I den svenska studien av Nyman, et al. (2008) beskrev överviktiga gravida kvinnor mötet med barnmorskor och läkare inom mödrahälsovård och förlossningsvård. De upplevde att deras övervikt associerades med lathet, passivitet och dålig självdisciplin vilket skapade ett lidande. Författarna ansåg att denna stigmatisering och diskriminering fick negativa konsekvenser för kvinnornas upplevelse av livskvalitet och psykiska välmående. I våra intervjuer framkom inte dessa upplevelser av bemötandet från barnmorska, dietist och sjukgymnast. Kvinnorna beskrev att de kunde vara sig själva och inte oroa sig för att bli skuldbelagda eller dömda för sin övervikt. Vi anser att acceptans och bekräftelse är förutsättningar för att kunna öka och stärka självkänslan. Att umgås och träna ihop med andra överviktiga gravida är därför en bra start för att stärka den egna självkänslan.

Att ha hälsa handlar om upplevelsen av att må bra och att kunna fungera i de sammanhang människan verkar (Philipsson & Uddenberg, 1990). Livskvalitet kan beskrivas som den upplevda känslan av att leva ett bra liv, att vara aktiv, ha gemenskap, god självkänsla och en grundstämning av glädje. Vårt resultat visar att kvinnornas livskvalitet verkade ha påverkats genom att de deltog i bassängprojektet. De beskrev en känsla av ökat välbefinnande genom att de fick vistas i en varm pool som gav smärtlindring och de fick "egen tid" där de kunde

fokusera på graviditeten samt på barnet de väntade. Vi har inte hittat något om välbefinnandets betydelse i tidigare gjorda studier om ”livsstilsinterventioner under graviditeten”. Vi tror ändå att denna känsla av ökat välbefinnande resulterade i att livsstilsförändringarna var lättare att genomföra. Detta behöver naturligtvis studeras vidare med olika former av forskningsdesigner.

Resultat från tidigare studier visar att motiverande samtal med gravida leder till förändring. Kvinnorna beskrev hur motivationen att förändras ökades genom att de fick kunskap och ökat medvetande (Althuisen et al., 2006; Birdsall et al., 2009; Claesson et al., 2007; Claesson et al., 2008). Det motiverande samtalet har som mål att öka viljan att förändra sig och underlätta för att komma vidare i förändringsprocessen. I en reviewartikel kring beteendemodeller för viktkontroll framgår det att den primära motivationsfaktorn för att åstadkomma en livsstilsförändring som överviktig beror på hur risken/faran med fetma uppfattas. Reviewstudien säger också att den viktigaste resursen för att förändras beror på den egna förmågan och tron på att lyckas (Daddario, 2007). Det hade varit intressant att undersöka om kvinnorna i vår studie också hade denna uppfattning. Det framkom nästan aldrig i våra intervjuer att den främsta motivationen till förändring berodde på oro inför risker med övervikt. De beskrev förväntningarna av att delta i bassängprojektet som en möjlighet att inte gå upp för mycket i vikt, att få kostförslag och chans till egen tid.

Tidigare forskning gjord i Sverige och Danmark har visat att en effektiv livsstilsintervention är en förutsättning för att lyckas med en hälsosam livsstilsförändring. En effektiv livsstilsintervention har visat sig vara regelbundna träffar hållet av olika yrkesprofessioner och erbjudande om fysisk aktivitet i någon form (Claesson et. al., 2007; Wolf et al., 2008). I bassängprojektet fanns dessa komponenter med och resultatet visar att kvinnorna har lyckats göra bestående livsstilsförändringar. De hade en mer hälsosam och medveten kosthållning. De var mer fysiskt aktiva och tyckte framför allt att träningen var rolig. En kvinna hade inte kommit igång med någon träning ännu men uttryckte att en vilja till att träna ändå hade skapats. Den viljan fanns inte innan hon deltog i projektet. Var då bassängprojektet en effektiv livsstilsintervention? Ja, det anser vi att den var.

## **Uppdelning av arbetet**

Arbetet har i mycket stor utsträckning utförts av oss båda författare tillsammans. Vi har gemensamt sökt artiklar och material till bakgrunden. Vi delade upp de vetenskapliga artiklarna mellan oss och sållade ut dem som inte passade vårt syfte. De artiklar som sedan valdes ut lästes av oss båda. Vi har gemensamt skrivit uppsatsen samtliga delar och tolkat resultatets olika delar tillsammans. Det har varit ett positivt samarbete där vi tillfört lika mycket. När det har varit tungt och svårt att komma framåt i arbetet har vi peppat och stöttat varandra.

## **KONKLUSION**

Livsstilsinterventionen i vår studie bestod av två olika komponenter; individuell kostrådgivning och strukturerad träning i grupp. Tidigare studier visar att bäst effekt av viktkontroll uppnås genom en kombination av kostförändring, ökad fysisk aktivitet och uppföljning på lång sikt. Vårt resultat baseras på sex kvinnors upplevelser av att få träning och kostrådgivning. Det hade varit av intresse med ytterligare forskning kring överviktiga gravidas upplevelser av att få träning och kostrådgivning på ett större urval. Mer kunskap kring överviktigas upplevelser av att delta i en livsstilsintervention skulle ge de yrkesprofessioner som möter dessa kvinnor i vården bättre förutsättningar för att utforma interventionsprogram så att det resulterar i bestående livsstilsförändringar. Inför framtida kurser i bassängprojektet skulle det vara intressant att även lägga in träffar under postpartumtiden då det har visat sig att när stödet efter en livsstilsintervention försvinner är risken stor att falla tillbaka i gammalt beteende.

## REFERENSLISTA

- Althuisen, E., Van Poppel, M.N, Seidell, J.C., Van der Wijden, C. & Van Mechelen, W. (2006). Design of the New Life(style) study: a randomised controlled trial to optimise maternal weight development during pregnancy. *MC Public Health*. 6:168.
- Askheim, O-P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment – i teori och praktik*. Malmö: Gleerups utbildning.
- Berg, M. (2004). Värdegrunden för vårdandet vid barnafödande. I: M. Bergh & I. Lundgren (Red), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (sid. 33-48). Lund: Studentlitteratur.
- Birdsall, K.M., Vyas, S., Khazaezadeh, N. & Oteng-Ntim, E. (2009). Maternal obesity: a review of interventions. *International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 494-507.
- Björvell, H. (1999). Patient empowerment – målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen*, 96(44), 4816-4820.
- Catalano, P.M., & Ehrenberg, H.M. (2006). The short- and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(10), 1126-1133.
- Claesson, I-M., Sydsjö, G., Brynhildsen, J., Cedergren, M., Jeppsson, A., Nyström F., et. al. (2007). Weight gain restriction for obese pregnant women: a case-control intervention study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 44-50.
- Claesson, I-M., Josefsson, A., Cedergren, M., Brynhildsen, J., Jeppsson, A., Nyström F. et. al. (2008). Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery*, 24(2), 163-167.



Cochran, J. (2008). Empowerment in adolescent obesity: State of science. *Online Journal of Rural Nursing and Health care*, 8(1) spring.

Daddario, D.K. (2007). A review of the use of the health belief model for weight management. *Medsurg Nursing*, 16(6), 363-366.

Danderyds sjukhus. Våga våga-projektet . Tillgänglig 2009-11-16,  
<http://www.ds.se/Web/NormalPage.aspx?id=3573> .

Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient education and counselling*, 75, 37-52.

*Empowerment* (2009). Nationalencyklopedins Internettjänst.  
Tillgänglig 2009-05-13, <http://www.ne.se> .

Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Etikprövning för forskning som avser människor (EPN). (2009).  
Tillgänglig 2009-05-13, <http://www.epn.se/start/startside.aspx> .

Forsberg, E., & Starrin, B. (1997). *Frigörande kraft- empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia AB.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gray-Donald, K., Robinson, E., Collier, A., David, K., Renaud, L. & Rodrigues, S. (2000). Intervening to reduce weight gain in pregnancy and gestational diabetes mellitus in Cree communities: an evaluation. *Canadian Medical Association journal*, 163(10), 1247-1251.

Harris, R., Kelly, D., Hunt, J.A., Plant, H., Kelley, K., Richardsson, A., et al. (2008). Accessing elite nurses for research: reflections on the theoretical and practical issues of telephone interviewing. *Journal of Research in Nursing*, 13(3), 236-248.

Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. ( FOG rapport, nr 42). Linköping: Institutionen för beteendevetenskap Linköpings universitet.

Hälsa (2009). Nationalencyklopedins Internettjänst. Tillgänglig 2009-05-13, <http://www.ne.se>

Institute of Medicine. (2009) *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*.

Kerrigan, A.M. & Kingdon, C. (in press). Maternal obesity and pregnancy: a retrospective study. *Midwifery*, E-publicerad 4 februari, 2009.

Kinnunen, T.I., Pasanen, M., Aittalalo, M., Fogelholm, M., Hilakkivi-Clarke, L., Weiderpass, E. et al. (2007). Preventing excessive weight gain during pregnancy: A controlled trial in primary health care. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 884-891.

Krishnamoorthy, U., Schram, C. & Hill, S. (2006). Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 1134-1140.

Linné, Y., Dye, L., Barkeling, B. & Rössner, S. (2004). Long-term weight development in women: A 15-year follow-up of the effects of pregnancy. *Obesity Research*, 12(7), 1166-1178.

Lombard, C., Deeks, A., Ball, K., Jolley, D. & Teede, H. (2009). Preventing weight gain: The baseline weight related behaviors and delivery of a randomized controlled intervention in community based women. *BMC Public Health*, 9:2.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Graneskär & B. Höglund-Nielsen (red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

McBride, C.M., Emmons, K.M., & Lipkus, I.M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research*, 18(2), 156-170.

Nyman, V., Prebensen, Å. & Flensner, G. (in press). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*. E-publicerad 19 dec 2008.

Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 31, 391-398.

Olson, C.M., Strawderman, M.S, Hinton, P.S. & Pearson, T.A. (2003). Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy and childbirth. *International Journal of Metabolic Disorders*, 27(1), 117-127.

Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Philipson, S. & Uddenberg, N. (1990). *Hälsa som livsmening*. Stockholm: Natur och Kultur.

Phelan, S. (in press). Pregnancy: a "teachable moment" for weight control and obesity prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, E-publicerad 15 aug 2009.

Polley, B.A., Wing, R.R., & Sims, C.J. (2002). Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International Journal of Obesity* 26, 1494-1502.

Rodwell, C.M., (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23, 305-313.

Rydén, O. & Stenström, U. (2008). *Hälsa psykologi*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Tillgänglig: 2009-05-13, <http://www.socialstyrelsen.se> .

Socialstyrelsen. (2009). *Medicinska födelseregistret*. Tillgänglig 2009-05-13, <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Fetma - problem och åtgärder* Vol. 1. (SBU-rapport, 173). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Szwajcer, E., Hiddink, G., Koelan, M. & Woerkum, C. van (2007). Nutrition awareness and pregnancy: Implications for the life course perspective. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 135, 58-64.

The World Medical Association. (1964). *World medical association declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tillgänglig 2009-09-07, <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> .

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2009). *Regler och riktlinjer för forskning*.

Tillgänglig 2009-09-07, <http://www.codex.uu.se> .

World Health Organization [WHO]. (2006). *Obesity and overweight*.

Tillgänglig den 2009-09-07,

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> .

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wolff, S., Legarth, J., Vangsgaard, K., Toubro, S. & Astrup, A. (2008). A randomized trial of the effects of dietary counselling on gestational weight gain and glucose metabolism in obese pregnant women. *International Journal of Obesity*, 32, 495-501.

Wright, L.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1:

### Artikelsammanfattning av tidigare gjord forskning

<b>Titel</b>	Intervening to reduce weight gain in pregnancy and gestational diabetes mellitus in Cree communities: an evaluation	Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women	Preventing excessive weight gain during pregnancy- a controlled trial in primary care health care
<b>Författare</b>	Gray-Donald, K., Robinson, E., Collier, A., David, K., Renaud, L., Rodrigues, S.	Polley, BA., Wing, RR., Sims, CJ.	Kinnunen, TL., Pasanen, M., Aittasalo, M., Fogelholm, M., Hilakivi-Clarke, L., Weiderpass, E., Luoto, R.
<b>Tidskrift</b>	Canadian Medical Association journal	International journal of Obesity	European Journal of Clinical Nutrition
<b>Årtal</b>	2000	2002	2007
<b>Syfte</b>	Undersöka om en livsstilsintervention kan leda till minskat antal kvinnor som utvecklar graviditetsdiabetes, mindre antal barn med makrosomi och en mindre postpartum vikt hos mödrarna.	Undersöka om en livsstilsintervention kan leda till en viktuppgång inom IOM:s rekommendationer.	Undersöka om kost och motionsrådgivning under graviditet kan resultera till en hälsosam viktuppgång.
<b>Urval</b>	Alla gravida kvinnor, ifrån 4 kommuner i norra Quebec, som fick prenatal vård upp till graviditets vecka 26 fick förfrågan om de ville delta i interventionsstudien. Endast kvinnor med diabetes TYP 1 och 2 nekades vara med. 112 kvinnor ingick i interventionsgruppen och 107 kvinnor ingick i kontrollgruppen.	Kvinnorna skulle vara i tidig graviditet, ej mer än 20 graviditets veckor. Både normal och överviktiga deltog de fick dock ej ha BMI lägre än 19 och ej vara yngre än 18 år. Alla var låginkomsttagare. 57 kvinnor deltog i interventionsgruppen och 53 kvinnor deltog i kontrollgruppen.	Kvinnorna skulle vara finsktalande förstföderskor, ej under 18 år och ej ha diabetes TYP 1 eller 2. De var tvungna att kunna utöva fysisk aktivitet. Kvinnor med duplexgraviditet, ngn form av komplicerad graviditet eller medicinerades mot ngn psykisk sjukdom fick ej delta. 49 kvinnor ingick i interventionsgruppen och 56 kvinnor ingick i kontrollgruppen.
<b>Metod</b>	Interventionsgruppen fick träffa en dietist en gång i månaden. Kvinnorna fick även muntliga råd kring hur de kunde bli mer fysiskt aktiva.	Information och råd gavs tidigt i den prenatala vården kring vad en hälsosam livsstil innebar. Mail skickades ut veckovis med kost info och motionstips. En personlig viktuppgångsmall skapades för att kvinnan skulle ha koll på sin viktuppgång. Blev viktuppgången för stor erbjöds kvinnan tätare besök till barnmorskan. Uppföljningssamtal skedde via telefon.	Interventionsgruppen fick träffa en dietist vid fyra tillfällen. Motionsrådgivning gavs vid fem tillfällen och kvinnorna fick ett erbjudande att delta i en fysisk gruppträning en gång i veckan.
<b>Resultat</b>	Viktuppgången var hög i båda grupperna. Den fysiska aktiviteten var högre i kontrollgruppen än i interventionsgruppen. Det var inga skillnader på barnens vikt i de båda grupperna.	59 % av kvinnorna i interventionsgruppen och 33 % i kontrollgruppen gick upp mer än vad IOM redommendarar.	Interventionsgruppen gjorde kosthållningsförändringar. De började äta mer hälsosamt. Man såg dock ingen skillnad i viktuppgången mellan de två grupperna.

<b>Titel</b>	A randomized trial of the effects of dietary counseling on gestational weight gain and glucose metabolism in obese pregnant women	Weight gain restriction for obese pregnant women: A case-control intervention study	Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women
<b>Författare</b>	Wolff, S., Legarth, J., Vangsgaard, K., Tourbro, S., Astrup, A.	Cleasson, I-M., Sydsjö, G., Brynhildsen, J., Cedergren, M., Jeppsson, A., Nyström, F., Sydsjö, A., Josefsson, A.	Cleasson, I-M., Sydsjö, G., Brynhildsen, J., Cedergren, M., Jeppsson, A., Nyström, F., Sydsjö, A., Josefsson, A.
<b>Tidskrift</b>	International journal of Obesity	Midwifery	Midwifery
<b>Årtal</b>	2008	2007	2008
<b>Syfte</b>	Undersöka om överviktiga gravidas viktuppgång kan minskas med hjälp av 10 timmars dietist kontakt och har detta isåfall någon påverkan på kvinnans blodsocker.	Att minimera överviktiga kvinnors totala viktuppgång under graviditeten till mindre än 7 kg och undersöka om förlossningen och det nyfödda barnet påverkas av detta.	Att undersöka kvinnors attityder och upplevelser av att delta i en livsstilsintervention under graviditeten
<b>Urval</b>	Kvinnorna skulle vara friska, vara i tidig graviditet, ej röka, ej vara yngre än 18 år eller äldre än 45 år. Duplexgraviditeter fick ej delta. 50 st överviktiga gravida genomförde studien. 23 st var i interventionsgruppen och 27 st var i kontrollgruppen.	Kvinnorna skulle ha ett BMI på mer än 30, vara svensktalande, ej ha diabetes typ 1 eller 2, ej ha någon thyroidea sjukdom. Ej heller medicineras mot någon psykisk sjukdom. Interventionsgruppen bestod av 155 kvinnor och kontrollgruppen bestod av 193 kvinnor.	Kvinnorna skulle ha ett BMI på mer än 30, vara svensktalande, ej ha diabetes typ 1 eller 2, ej ha någon thyroidea sjukdom. Ej heller medicineras mot någon psykisk sjukdom. 56 kvinnor intervjuades postpartum. 45 st arbetade, 3 st var föräldrarlediga, 5 st var arbetslösa och 3 st var sjukskrivna.
<b>Metod</b>	Interventionsgruppen fick träffa en dietist vid 10 tillfällen, detta fick ej kontrollgruppen göra. Dietisten gav råd kring vad en hälsosam kost innebar, kvinnorna fick följa det officiella danska kost rekommendationerna. De räknade dagligen de kalorier de åt. Båda grupperna skulle väga maten under de första 7 dagarna men även i vecka 27 och 36.	Kvinnorna i interventionsgruppen fick varje vecka träffa en barnmorska i 30 min där barnmorskan höll ett motiverande samtal. Kvinnorna erbjöds vatten gymna 1-2 ggr i veckan.	Alla kvinnor deltog i interventionen som beskrivs i kolumnen till vänster. Kvinnorna intervjuades 3-4 månader postpartum. En utomstående forskningsassistent utförde intervjuerna som handlade om kvinnornas upplevelser kring interventionsprogrammet. Frågor kring nöjdhet, förväntningar, livsstilsförändring, kost och motionsvanor ställdes.
<b>Resultat</b>	Interventionsgruppen hade minskat sitt energiintag och därmed gått upp hälften så mycket som kvinnorna i kontrollgruppen. Interventionsgruppen lyckades att hålla viktuppgången inom IOM:s rekommendationer.	Interventionsgruppen hade en lägre viktuppgång än i kontrollgruppen. Andelen som gick upp mer än 7 kg var större i kontrollgruppen.	Kvinnorna var mest nöjda med den stöttning de fick från barnmorskan. Mer än hälften var nöjda med deras viktuppgång. Majoriteten var nöjda med vattegympan. Några hade önskat en psykologkontakt och några hade velat träffa en dietist. De flesta hade fått ändrade livsstilvanor under graviditeten som de även 4 månader postpartum levde efter.

## Bilaga 2:



# GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

### Utvärdering av bassängträning och kostråd för gravida med övervikt

#### Studiens genomförande

Du var en av de 10 kvinnor som deltog i projektet ”*överviktiga gravida som fått insats i form av bassängträning och kostråd*”. Vi är nu intresserade av att veta hur Du upplevde denna form av insats.

Studien kommer att utvärderas genom en fokusgruppsdiskussion, samt en individuell skriftlig enkät som Karin Haby ansvarar för, under v 36 på MVC Kungshöjd. Fokusgruppsdiskussionen kommer att pågå under ca 1,5 timme. Deltagarnas svar spelas in på band för att sedan skrivs ut i text som analyseras. Svaren kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Enskilda individer kommer inte att kunna identifieras. Citat kommer ev. att användas men de kommer inte att kunna kopplas till person.

Hanteringen av personuppgifter regleras av personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgiftsansvarig för studien är Karin Haby 0738-364800.

Insamlat datamaterial kommer att förvaras i säkert låst förvar under studiens gång för att sedan arkiveras i minst 10 år.

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring till varför. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utdelas.

Resultatet kommer att redovisas i en rapport vid Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Vid önskemål om information, om studien eller studiens resultat önskas, hänvisas till författarna nedan.

#### Med vänliga hälsningar

Barnmorskestudent: Kajsa Caderoth 0705-223031 [kajsa.caderoth@globalnet.net](mailto:kajsa.caderoth@globalnet.net)

Barnmorskestudent: Sara Hultman 0702-343685 [hultmansara@hotmail.com](mailto:hultmansara@hotmail.com)

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, Leg. Barnmorska,  
Göteborgs Universitet  
031-786608 [marie.berg@gu.se](mailto:marie.berg@gu.se)

Projektansvarig: Karin Haby, Leg. Dietist, VG regionen  
0738-364800 [karin.haby@vgregion.se](mailto:karin.haby@vgregion.se)

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet  
Box 457  
405 30 Göteborg





GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

INFORMERAT SAMTYCKE

**Utvärdering av bassängträning och kostråd för gravida med övervikt**

Undertecknad har tagit del av forskningsinformationen avseende studien om överviktigas upplevelse av att få träning och kostrådgivning under graviditeten och samtycker till att delta.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande närhelst jag så önskar utan vidare förklaring.

---

Ort och datum

---

Deltagarens namn

---

Namnförtydligande

Med vänliga hälsningar

Barnmorskestudent: Kajsa Caderoth 0705-223031 [kajsa.caderoth@globalnet.net](mailto:kajsa.caderoth@globalnet.net)

Barnmorskestudent: Sara Hultman 0702-343685 [hultmansara@hotmail.com](mailto:hultmansara@hotmail.com)

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, Leg. Barnmorska,  
Göteborgs Universitet  
031-786608 [marie.berg@gu.se](mailto:marie.berg@gu.se)

Projektansvarig: Karin Haby, Leg. Dietist, VG regionen  
0738-364800 [karin.haby@vgregion.se](mailto:karin.haby@vgregion.se)

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet  
Box 457  
405 30 Göteborg

**Bilaga 3:**

Göteborg 4 augusti 2009

Hej!

*Vi kontaktade dig i början av juni angående ditt deltagande i en studie som kommer att handla om upplevelsen av att få kostråd samt bassängträning under graviditeten.*

*Studien kommer att utvärderas genom en fokusgruppsintervju som kommer att pågå i ca 1,5 timme.*

*Dietist Karin Haby kommer vara där för att ta en vikt samt kommer att be dig fylla i en individuell skriftlig enkät.*

*Ditt deltagande är helt frivilligt och du har möjlighet att avbryta ditt deltagande närhelst du önskar.*

*Vi kommer att träffas på Kungshöjds MVC Torsdagen den 3:e september kl 17.00 (räkna med ca 3 timmar totalt).*

*Vi vore tacksamma om du hör av dig till oss och bekräftar ditt deltagande eller ej, innan den 24 augusti.*

*Med Vänliga Hälsningar*

*Barnmorskestudent Kajsa Caderoth  
kajsa.caderoth@glocalnet.net Tel: 0705-22 30 31*

*Barnmorskestudent Sara Hultman  
hultmansara@hotmail.com Tel: 0702-34 36 85*

## **Bilaga 4:**

### **Intervjuguide**

- Beskriv upplevelsen av att få träning och kostrådgivning under graviditet samt om den har haft någon påverkan på din livskvalitet.
  - Beskriv hur din livsstil har påverkats.
  - Beskriv hur din livskvalitet har påverkats.
  - Beskriv barnmorskan/dietisten/sjukgymnastens insats.
  - Beskriv det mest positiva/negativa med bassängprojektet.
  - Motsvarade projektet din förväntningar?
- 
- Vill du utveckla det
  - Hur kände du då
  - Menar du att...

## Bilaga 5:

### Analysprocessen

Meningsbärande enheter (exempel)	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Subkategori	Kategori
Jag tycker det var jättebra att bm var där, vi hade en liten pratstund alltid efteråt när vi var kvar i vattnet.	jättebra att bm var där, vi hade en liten pratstund alltid efteråt när vi var kvar i vattnet.	att barnmorskan var där	Tillgänglig	Att få stöd
Man kunde fråga allt möjligt, ex jag känner ngt konstigt här vad kan det vara. Så det var jätte skönt att hon var där, hon var jätte viktig.	det var jätte skönt att hon var där, hon var jätte viktig.	skönt att hon var där		
Sen tycker jag det var bra att man fick kostrådgivning också för det är sådant som man kan tänka på även efter graviditeten. Jag tänker iallfall mer på vad jag äter och så	bra att man fick kostrådgivning för det är sådant som man kan tänka på	bra att få kostrådgivning	Råd	
ja, det var jätte bra för hon gick ju igenom massa övningar i slutet just med avslappningsövningar och andning	gick igenom massa övningar med avslappningsövningar och andning	gå igenom övningar		
skönt att det var vattengympa för överviktiga gravida, för det hade varit en spänn att komma till en vattengympa där alla ser ut att vara i storlek 36 när man är i vecka 38 alltså skönt att slippa tänka på det och inte jämföra sig.	vattengympa för överviktiga gravida, inte jämföra sig	bli bekräftad	Ökad självkänsla	

Och det var ju en ganska lätt sak att ändra på, man kanske hade tänkt på detta själv men som man inte gör för det är ingen som säger ngt.	ganska lätt sak att ändra på, man kanske hade tänkt på detta själv men som man inte gör	tänkt på detta	Ökad medvetenhet	Att bli stärkt
Bassängträningen var jätte bra, det var det enda jag såg fram emot, den här onsdagen, det var den enda dagen då jag kunde röra på mig i vattnet, jag kunde våga röra på mig i det varma vattnet det var jätte bra	det jag såg fram emot, det var den enda dagen då jag kunde röra på mig i vattnet, röra på mig i det varma vattnet	att njuta	Välbefinnande	Att få en förändrad livskvalitet
min del var det mer att få egen tid och att bara tänka på sig själv	att få egen tid och att bara tänka på sig själv	må bra		
När man märker att en halvtimmes bassängträning en gång i veckan gör skillnad då kan man ju fortsätta träna.	märker att en halvtimmes bassängträning en gång i veckan gör skillnad	träning gör skillnad	Livsstil	
det haft en påverkan. Jag har pratat om en cykel i 15 år nu, men jag har bara varit lat. Ex jag tar det nästa måndag, nästa måndag, nästa månad och sen har åren gått. Så det var efter det som jag tänkte att nu jävlar	Jag har pratat om en cykel i 15. det var efter det som jag tänkte att nu jävlar...	ändrade vanor		