



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

# Äta för två?

**Gravida kvinnors inställning  
till viktuppgång under graviditet**

**Madeleine Brandt  
Camilla Lindahl Hansson**

**Examensarbete, kandidatuppsats 15 hp**  
Kost- och friskvårdsprogrammet  
Handledare: Claes Bergman  
Examinator: Marianne Pipping Ekström  
Datum: juni 2008



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM  
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Äta för två? Gravida kvinnors inställning till viktuppgång under graviditet.

Författare: Madeleine Brandt, Camilla Lindahl Hansson

Typ av arbete: Examensarbete

Handledare: Claes Bergman

Examinator: Marianne Pipping Ekström

Program: Kost- och friskvårdsprogrammet

Antal sidor: 31

Datum: juni 2008

### Sammanfattning

**Syftet** med denna studie var att undersöka gravida kvinnors inställning till viktuppgång under graviditeten, attityden kring kost och fysisk aktivitet bland gravida samt om de själva upplever att de behöver mer kunskap inom dessa områden. Eftersom övervikt och fetma är ett ökande problem i samhället idag, gäller detta även för kvinnor i fertil ålder och kvinnor som är gravida. En uppenbar risk är också att barnet kan påverkas om modern är överviktig eller lider av fetma samt att riskerna för komplikationer under graviditet och förlossning ökar. Är de gravida kvinnorna medvetna om att under- respektive övervikt påverkar riskerna för komplikationer under graviditeten?

**Metod:** Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie och med hjälp av en enkätundersökning har försök gjorts att fånga så många olika åsikter som möjligt.

**Resultatet** visar att majoriteten av respondenterna hade en realistisk inställning till viktuppgång under graviditet. De flesta svarade att de hade en uppfattning om att 10-15 kg var en adekvat viktuppgång. Majoriteten var också medveten om att en stor viktuppgång (> 20 kg) under graviditeten kan medföra ökade risker för komplikationer. Ett stort antal gravida kvinnor hade en mycket positiv attityd vad gäller kost och fysisk aktivitet under graviditeten. De flesta upplevde sig ha tillräcklig kunskap om dessa ämnen. Många följde Livsmedelsverkets rekommendationer, men det förekom dock vissa avvikelser. Studiens resultat överensstämde visserligen inte med den information vi fått från de mödravårdscentraler vi samarbetat med. Deras reflektion är att det är ett eskalerande antal överviktiga mödrar i samhället idag. Respondenternas svar har inte visat på något samband mellan ålder och BMI med övriga frågor i enkäten. Vi har till exempel sett att det inte finns några skillnader mellan ålder och känslan av att behöva mer kunskap eller mellan kvinnans BMI och vad de hade för uppfattning om hur mycket man bör gå upp i vikt under graviditeten.

**Nyckelord:** Enkätundersökning, fysisk aktivitet, graviditet, kost, viktuppgång, övervikt

## Förord

Vi skulle vilja framföra vårt varma tack till alla barnmorskor inom Kungsbacka kommuns mödravårdscentraler, som tog sig tid och delade ut våra enkäter till de gravida. Ett särskilt stort tack till barnmorskan Annelie Ljunggren som hela tiden har varit vår kontaktperson och hjälpt oss med diverse saker. Tack också till Sofia Hjalber Thorin som är avdelningschef på specialistmödravården i Kungsbacka, för att vi fått lov att genomföra studien hos er.

Tack till vår pilotgrupp som provade och granskade vår enkät för att därefter kommentera frågorna i den.

Ett stort tack till alla gravida kvinnor som har deltagit i studien och gjort så att det blev ett så högt deltagarantal. Utan er hade det aldrig gått!

Vi vill också tacka vår handledare Claes Bergman och även Catrin Forsnabba och Hillevi Prell för ert stöd i vårt arbete.

Sist men inte minst, ett stort tack till våra nära och kära som har visat förståelse och stöttat oss under uppsatsperioden!

*Madeleine Brandt & Camilla Lindahl Hansson*

# INNEHÅLL

1	INLEDNING	5
2	BAKGRUND	5
2.1	Övervikt i världen	5
2.2	Övervikt i Sverige	6
2.3	Sjukdomar, risker och komplikationer vid övervikt	6
2.4	Övervikt vid graviditet	6
2.5	Sjukdomar, risker och komplikationer vid graviditet	6
2.6	Definition av BMI	7
2.7	BMI i samband med graviditet	8
2.8	Rekommendationer för viktuppgång vid graviditet	8
2.9	Hälsobeteenden	9
2.10	Definition av hälsa, fysisk aktivitet och kost	9
2.11	Rekommendationer för fysisk aktivitet	10
2.12	Kostrekommendationer	10
2.13	Förfaringssätt på mödravården i Kungälv kommun	11
3	SYFTE	12
3.1	Frågeställningar	12
4	METOD	12
4.1	Översiktligt upplägg	12
4.2	Urval	13
4.3	Tillvägagångssätt	13
4.4	Analysen	13
4.5	Enkäten	14
4.6	Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	15
4.7	Bortfall	15
4.8	Svarsfrekvens	15
4.10	Etiska aspekter	15
5	RESULTAT	15
5.1	Bakgrundsinformation och BMI	15
5.2	Respondenternas kunskap om viktuppgång, kost och fysisk aktivitet vid graviditet	16
5.3	De gravidas egna uppfattningar om viktuppgång	18
5.4	Övriga frågor	19
6	DISKUSSION	20
6.1	Metoddiskussion	20
6.2	Resultatdiskussion	22
6.3	Slutsats och framtida studier	23
7	REFERENSER	25
	BILAGOR	27

# 1. INLEDNING

Övervikt och fetma är idag ett ökande problem över hela världen och medför sjukdomar som följer. Detta gäller även för kvinnor i fertil ålder och kvinnor som är gravida. Dessvärre kan också barnet påverkas om modern är överviktig eller lider av fetma. Risken för komplikationer under graviditet och förlossning ökar och risken för plötslig spädbarnsdöd förhöjs. Frågan är om de gravida kvinnorna är medvetna om att deras vikt påverkar riskerna för såväl komplikationer under graviditeten samt för barnet efter födseln.

Vårt stora intresse för gravida uppkom när vi arbetade med ett folkhälsoarbete och hade gruppträffar med unga gravida. Det var också här som vi började förstå vilken ambivalens det finns om hur man ska äta, röra på sig och bete sig när man är gravid. Viktuppgången under graviditeten var alltid ett hett ämne under våra gruppträffar. Det var nu vi började fundera på vad det var som skiljde de gravida kvinnor åt som går upp så enormt mycket i vikt, från dem som bara går upp några få kilon. Även om vi inte kan ta reda på orsaken till detta fenomen, så kan vi undersöka gravida kvinnors inställning till kost och fysisk aktivitet. Kost och fysisk aktivitet är det som vanligtvis påverkar hur mycket en person väger och det spelar även stor roll för graviditas viktuppgång under graviditet. Det är dock mycket intressant att få kunskap om vad de gravida själva tror är orsaken till deras viktuppgång.

## 2. BAKGRUND

Enligt Världshälsoorganisationens rapport (WHO, 2002), avled 220 000 personer till följd av fetma i USA och Canada och ytterligare 320 000 personer i tjugo av Europas länder. Övervikten och fetman ökar hela tiden och drabbar fler och fler, till och med de som ännu inte är födda.

### 2.1 Övervikt i världen

Sedan år 1980 har antalet obesa personer tredubblats i vissa delar av Nordamerika, Kina, Stilla havet, Australien och Mellanöstern. Den största ökningen sker bland unga vuxna, ungdomar och barn (WHO, 2002). En studie som gjordes i USA mellan 1991-1998, visade att det fanns en kraftig uppgång på antalet överviktiga och obesa personer. Även denna studie visade på att ökningen är störst bland unga människor mellan 18-25 år. Ökningen har gått från 12 % år 1991 till 18 % år 1998 (Mokdad, 1999). År 2004 antog WHO, vid en konferens i Istanbul, en global strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa. Konferensen syftade till att prioritera arbetet med frågor som rör övervikt och fetma och att främja samarbetet på området internationellt (Regeringskansliet, 2006). Enligt WHO's rapport från 2005, så är 1.6 miljarder vuxna personer (> 15 år) överviktiga och mer än 400 miljoner lider av fetma globalt. Troligen är det dessutom 20 miljoner barn, under fem år, som är överviktiga världen över. Med den utvecklingen som sker idag, förutspås det att det kommer att vara 2.3 miljarder överviktiga och 700 miljoner obesa vuxna människor år 2015 (WHO, 2005). I rapport nummer 160 från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2002) beskrivs en rad kända orsaker till den ökande fetman. Rapporten visade bland annat att vi är mindre fysiskt aktiva, har ett större energiintag, har tillgång till mat dygnet runt samt att vi stressar i större utsträckning. Ärftlighet kan också vara en orsak till fetma, dels den genetiska, men framför allt genom mat- och motionsvanor från uppväxtmiljön. Med andra ord kan det sägas att livsstilen är till största del avgörande när det gäller att drabbas av fetma. Intensiv och omfattande forskning om ärftliga faktorer bedrivs, men kopplingen mellan olika gener och uppkomsten av fetma har

ännu inte kunnat kartläggas (SBU, 2002). I en studie av Lindström (2002) talas det om att den största orsaken till den ökande fetman är den fysiska inaktiviteten.

## **2.2 Övervikt i Sverige**

Enligt SBU's rapport har fetman nästan fördubblats under de senaste 20 åren i Sverige och omfattar nu omkring 500 000 människor. Den ökade frekvensen av fetma gäller i alla åldersgrupper, både för män och för kvinnor. I Sverige är 8 % av den vuxna befolkningen och cirka 4 % av barn och ungdomar obesa. I exempelvis USA är drygt 20 % obesa och i England, Tyskland och Polen är det mer än 15 % av befolkningen som lider av fetma. Även om övervikt klassificeras olika i olika länder, är förekomsten av fetma i Sverige relativt låg, om man jämför med situationen i många andra länder (SBU, 2002).

## **2.3 Sjukdomar, risker och komplikationer vid övervikt**

De komplikationer som kan uppstå till följd av övervikt och fetma är framförallt utvecklingen av metaboliska förändringar, till exempel förhöjt blodtryck, höga kolesterolvärden och ökad insulinresistens. Dessa förändringar kan sekundärt leda till hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes mellitus (diabetes typ 2), flera former av cancer samt stroke (WHO, 2002).

## **2.4 Övervikt vid graviditet**

Enligt Linnés studie (2004), har fetman ökat lavinartat bland kvinnor över hela världen. Detta resulterar i att fler och fler kvinnor i fertil ålder blir överviktiga och feta. Många kvinnor är överviktiga redan innan de går in i en graviditet. Enligt Livsmedelsverkets revidering av kostråd till gravida och ammande (2008), har kvinnor med ett BMI >30 fördubblats i Sverige under en 10-årsperiod mellan 1992 och 2001. Enligt Medicinska födelseregistrets (2004) senaste tillgängliga data uppgår den pregravida fetman till 14,2 %, varav 3,3 % var sjukligt feta. De obesa kvinnorna har, tillsammans med andra problem och komplikationer, också högre risk för amenoré och infertilitet som en komplikation till sin fetma. Fetman utsätter dessutom kvinnorna för en större risk för komplikationer under graviditeten (Linné, 2004). Eftersom man inte bör banta när man är gravid, rekommenderas förebyggande insatser innan den överviktiga kvinnan blir gravid. Då flertalet mödravårdscentraler även har cellprovsmottagning och preventivmedelsrådgivning, skulle förebyggande hälsovård kunna bedrivas där, eftersom de flesta kvinnor kommer i kontakt med denna verksamhet (Socialstyrelsen, 2007a). Flera av de kända riskerna vid övervikt och fetma är relaterade till vikten kvinnan hade innan hon blev gravid. Det är ännu oklart hur mycket viktuppgången under själva graviditeten spelar in när det gäller riskerna. Det finns dock studier som idag visar att en graviditet kan ge upphov till en övervikt hos kvinnan samt att viktökningen under graviditeten har betydelse för en senare viktutveckling (Linné, Barkling och Rössner, 2002).

## **2.5 Sjukdomar, risker och komplikationer vid graviditet**

Enligt flera studier, bland annat Cedergrens (2004) och Andreassens (2004), ökar riskerna för komplikationer till följd av ökande övervikt och fetma. Detta gäller under graviditeten men även vid förlossningen. Under graviditeten ökar risken för graviditetsdiabetes, hypertoni, blodpropp samt havandeskapsförgiftning. Dessutom ökar risken för kvarstående diabetes ju mer den gravida kvinnan väger. Om den blivande mamman är överviktig eller har kraftig övervikt blir barnet ofta stort. Detta kan medföra att förlossningen blir långvarig, vilket i sin tur kan leda till att mammans behov av värkstimulerande medel ökar eller att förlossningen leder till ett kejsarsnitt. Om man har en övervikt vid ett operativt ingrepp, ökar också riskerna för blodpropp, blödning, postoperativ sårinfektion men även svårigheter att sövas. Överviktiga eller feta kvinnor har också en ökad risk för att föda för tidigt, att barnet dör vid förlossningen eller att fostret avlider sent i graviditeten (Cedergren, 2004; Andreassen, 2004).

## 2.6 Definition av BMI

Body Mass Index (BMI) anger förhållandet mellan vikt och längd. Beräkningen fastställs genom att dividera vikten med längden i kvadrat, det vill säga  $\text{kilogram/meter}^2$ . Det finns olika definitioner och här visas WHO's definition av BMI, som angavs år 1985. BMI används till att klassificera undervikt, normalvikt, övervikt och fetma hos vuxna människor. En något reviderad upplaga av WHO's klassifikation av BMI visas nedan i Tabell 1.

Tabell 1. WHO's klassifikation av BMI

---

Klassifikation	BMI ( $\text{kg/m}^2$ )
Undervikt	$< 18.50$
Normalvikt	18.50-24.99
Övervikt	$\geq 25.00$
Fetma	$\geq 30.00$

---

(Källa: World Health Organization, 1985)

Enligt statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har den ovan angivna BMI-skalan vissa brister, speciellt när det gäller att bestämma fetma hos barn. Därför finns speciellt framtagna BMI-skalar som är anpassade till barn. Skalan har också en annan uppenbar svaghet. Vid sjukdomar som är fetmarelaterade, där fettmassan är lokaliserad till bålen och till fettdepåer inne i buken, ger inte BMI-skalan en rättvis bild. Ett alternativt sätt att beräkna den totala mängden buk fett är att mäta midjeomfånget. En annan vanlig metod är den så kallade midja/höftkvoten, där man beräknar midjeomfånget i förhållande till höftomfånget (SBU, 2002). Denna beräkning kan dock ej göras på gravida kvinnor.

The Institute of Medicine (IOM) har andra gränser för BMI i jämförelse med WHO. Se nedanstående Tabell 2.

Tabell 2. IOM's klassifikation av BMI

---

Klassifikation	BMI ( $\text{kg/m}^2$ )
Undervikt	$< 19,8$
Normalvikt	19,8-26,0
Övervikt	26,1-29,0
Fetma	$> 29,0$

---

(Källa: Institute of Medicine, 1990)

Till denna klassifikation av BMI finns också viktuppgångsrekommendationer för gravida, se Tabell 3.

## 2.7 BMI i samband med graviditet

Det BMI som modern har innan hon blir gravid påverkar graviditet och förlossning. Risker för graviditetsdiabetes och blodtryckssjukdomar, exempelvis havandeskapsförgiftning, ökar kraftigt om modern är överviktigt eller har fetma (Socialstyrelsen, 2007a). Dessa risker föreligger också om kvinnan går upp alltför mycket under graviditeten, det vill säga mer än det rekommenderade (Porsman, 2005). Moderns vikt är dessutom direkt kopplad till barnets vikt, det vill säga ju högre vikt hos modern desto högre födelsevikt hos barnet. Detta kan medföra att förlossningen blir långdragen och risken för komplikationer ökar. Kvinnor med ett högt BMI får ofta förlösas med ett kejsarsnitt, vilket i sin tur kan öka riskerna för blodpropp, infektion och blödning i samband med operationen. Risken för att barnet dör före eller i samband med förlossningen (intrauterin fosterdöd) ökar också (Socialstyrelsen, 2007a).

Sedan år 1992 har man vid inskrivningen på mödravården tagit uppgifter om moderns längd och vikt och därmed räknat ut hennes BMI. Det har skett en ökning av BMI, från 1992 och framåt, bland såväl förstföderskor som omföderskor. Enligt Socialstyrelsens rapport med statistik om födelseregistret (2007) var nästan 25 % av samtliga blivande mödrar i Sverige överviktiga och drygt 11 % obesa, det vill säga att 36 % hade ett BMI >25 år 2005. I jämförelse med 1993 har en kraftig ökning ägt rum då 27 % av samtliga blivande mödrar hade ett BMI >25 innan graviditeten (Socialstyrelsen, 2007a).

## 2.8 Rekommendationer för viktuppgång vid graviditet

Teoretiskt sett skulle en kvinna på 1970- och 80-talen öka cirka 12,5 kg när hon väntade barn. Då räknade man in barnet (3,3 kg), fostervattnet (0,8 kg), moderkakan (0,6 kg), tillväxten av mammans bröst, livmoder, blodvolym och vatten (4,3 kg) och mammans lagring av fett (3-4 kg) (Hyttén & Chamberlain, 1980). Detta stämmer visserligen ganska bra men det finns alltför många individuella variationer för att man ska rekommendera alla att gå upp lika mycket i vikt. Hur stor viktuppgången bör vara under en graviditet beror också på hur mycket kvinnan vägde innan hon blev gravid (Livsmedelsverket, 2008). Institute of Medicines (IOM) (1990) i USA har tagit fram riktlinjer för hur mycket som är lagom att gå upp i vikt vid olika BMI under en graviditet, se Tabell 3. De har tagit hänsyn till att risker för komplikationer ska bli så liten som möjligt och att fostret ska växa bra.

Tabell 3. Riktlinjer för viktuppgång under graviditet

BMI före graviditeten	Lagom att gå upp i vikt
Under 19,8	12,5-18,0 kg
19,8-26,0	11,5-16,0 kg
26,1-29,0	7,0-11,5 kg

(Källa: Institute of Medicine, 1990)

Det finns dock kritik mot IOM's viktrekommendationer. Många menar att rekommenderat antal kilon att gå upp är för högt och kritiserar att det inte finns någon övre gräns för kvinnor med fetma (Cedergren, 2006). Med ett BMI över 29 är de flesta experter överens om att viktuppgången bör vara liten under graviditeten. En nyligen gjord studie gjord av Cedergren (2006) visar att gravida kvinnor med ett BMI på över 30 inte bör gå upp mer än 8 kg.



Viktuppgången under graviditeten spelar stor roll både för mamman och för barnets hälsa. Om viktuppgången blir för liten ökar risken för att barnet föds med en för låg födelsevikt (Ehrenberg m.fl., 2003). Om viktuppgången blir för stor kan mamman drabbas av graviditetsdiabetes, högt blodtryck, besvärlig förlossning och onödiga extrakilon som kan vara svåra att bli av med efter graviditeten (Kabiru & Raynor, 2004; Rooney & Schauburger, 2002).

Idag ökar svenska gravida kvinnor i genomsnitt cirka 14 kg (Lindeberg & Löf, 2007). Med tanke på IOM's rekommendationer är detta lagom då mamman har ett BMI upp till 26, men för mycket för någon som har ett BMI över det (Institute of Medicine, 1990). Vissa gravida går dock bara upp några enstaka kilon medan andra går upp så mycket som 30-40 kg (Lindeberg & Löf, 2007).

## 2.9 Hälsobeteenden

Varför gör man inte som man bör? De flesta gravida kvinnor försöker leva hälsosamt för att barnet ska må så bra som möjligt och inte skadas. En studie som gjordes år 1997, visar dock att majoriteten av gravida kvinnor *inte* följer de rekommendationer som finns för viktuppgång under graviditeten (Lederman m.fl., 1997). Olika studier visar på vad som kan inverka på vårt beteende, bland annat studien *Varför lever vi inte som vi lär* av Broberg och Lagervall (2005). Några av de vanligaste orsakerna är tidsbrist, bristande motivation och brist på kunskap som påverkar vårt beteende mest. Detta gäller framförallt generella beteenden (Broberg & Lagervall, 2005). Enligt Annelie Ljunggren<sup>1</sup>, barnmorska på specialistmödravården i Kungsbacka, brukar en kvinnas motivationsnivå höjas då hon blir gravid, eftersom hon även får ansvar för sitt blivande barns hälsa genom sitt eget beteende.

## 2.10 Definition av hälsa, fysisk aktivitet och kost

Enligt Pellmer och Wramner (2007) förändras begreppet hälsa successivt över tid. I vår studie använder vi oss av en humanistisk förklaringsmodell med en holistisk ansats för att definiera hälsa. Den kan användas som ett komplement till den traditionella biokemiska förklaringsmodellen. Det humanistiska synsättet utgår från hälsa och inte från sjukdom, till skillnad från det biomedicinska synsättet som menar att hälsa betyder frånvaro av sjukdom (Pellmer & Wramner, 2007). Enligt ett utdrag ur boken *Begreppen hälsa och hälsofrämjande* (2000) beskrivs den holistiska ansatsen där handlingsförmågan poängteras (Medin & Alexandersson, 2000).

*Att ha hälsan är relaterat till i vilken utsträckning människan kan förverkliga sina vitala mål, givet de förutsättningar socialt, kulturellt och ekonomiskt, som hon har.*

I vår studie är det den gravida kvinnans subjektiva upplevelse av hälsa som är det väsentliga. När det gäller fysisk aktivitet får hon själv definiera vad begreppet innebär för henne själv och vad som är betydelsefullt under hennes graviditet. Hon får också själv definiera vad hälsosam kost är utifrån hennes egen uppfattning och svara på om det är betydelsefullt under graviditeten.

---

<sup>1</sup> Personlig kommunikation 2008-02-20

## 2.11 Rekommendationer för fysisk aktivitet

Förr i tiden rekommenderade man gravida kvinnor att hålla sig stilla och undvika att anstränga sig i den mån det gick. Idag vet man att det är hälsosamt att röra på sig under graviditeten. Numera rekommenderas alla kvinnor med en komplikationsfri graviditet att röra på sig regelbundet så länge det känns bra. Måttlig fysisk aktivitet, minst 30 minuter om dagen, kommer troligtvis att göra att den gravida kvinnan mår bättre både fysiskt och psykiskt. Risken för att viktuppgången blir för stor under graviditeten minskar med regelbunden fysisk aktivitet och kvinnan blir mer förberedd för värkarbete och barnafödande. Om kvinnan har rört på sig regelbundet under graviditeten verkar det som om hon även påverkas positivt efter graviditeten. Kroppen återhämtar sig snabbare och det kan bli lättare att hantera eventuella sömnlösa nätter (Lindqvist, Fröberg & Pirhonen, 2007).

Under en graviditet sker vissa naturliga förändringar i kroppen. Detta på grund av att näring och syre effektivt ska nå fostret och att barnet ska kunna komma ut ordentligt vid förlossningen. Exempelvis gör hormonet relaxin att bäckenet och ledband runt vissa leder mjukas upp. Detta innebär att skador lättare kan uppstå om rörelser sker snabbt eller ryckigt. Därför är sporter som exempelvis fotboll, innebandy och slalom olämpliga att utöva under graviditeten, särskilt när magen har blivit större. Även hjärt- och lungfunktion förändras och anpassas till graviditeten. Syreupptagningsförmågan, blodvolymen och pulsen ökar. Detta leder till att vilopulsen blir högre och man blir fortare trött (ibid).

I princip kan kvinnan fortsätta röra på sig precis som innan hon blev gravid. Det är viktigt att använda sitt sunda förnuft och lyssna på kroppen. Det finns dock kontraindikationer då man inte bör träna<sup>2</sup>. Hur mycket och hårt kvinnan kan träna beror på hur mycket hon rörde på sig innan hon blev gravid. Är kvinnan van att träna regelbundet kan hon fortsätta att göra det så länge det känns bra. Om kvinnan inte har tränat så mycket innan, så är detta inte något bra tillfälle att börja hårdträna. Då är det bättre att börja med promenader och försöka lägga in lite mer rörelse i vardagen. Allt för hård träning kan dock ha negativa effekter på fostret och graviditeten (ibid).

## 2.12 Kostrekommendationer

För att må bra och hålla sig frisk är det viktigt att äta bra och hälsosam mat. Det vill säga lagom mycket och varierad mat så att man får i sig alla de näringsämnen man behöver. Detta är extra viktigt vid graviditet och amning för att barnet ska utvecklas och må bra (NNR, 2004). Beroende på hur mycket mamman rör på sig under graviditeten behöver hon äta olika mycket mat (King m.fl., 1994). Det är svårt att avgöra exakt hur mycket en gravid kvinna ska äta under graviditeten, men med hjälp av de Svenska näringsrekommendationerna (SNR, 2005) kan man dock räkna ut på ett ungefär hur mycket det rör sig om. De första tre månaderna (första trimestern) behöver man endast äta cirka 80 kcal mer per dag, vilket motsvarar ett glas lättmjölk. Under nästföljande tre månader (andra trimestern) behöver man äta lite mer, cirka 300 kcal extra per dag. Det motsvarar till exempel 2 dl naturell lättyoghurt med lite bas müsli och en frukt. De sista tre månaderna (tredje trimestern) behöver man få i sig cirka 500 kcal mer per dag, vilket motsvarar en lättare lunch eller middag (SNR, 2005).

En del kvinnor släpper helt kontrollen över vad de äter när de blir gravida och frossar i godsaker. En gravid kvinna behöver förvisso mer energi, men inte hur mycket som helst. Förr sade man att en gravid kvinna skulle äta för två. Detta missuppfattades lätt då man fick uppfattningen att man skulle äta för två vuxna personer (Lindeberg & Löf, 2007). I själva

---

<sup>2</sup> Se Lindqvist, Fröberg & Pirhonen (2007) sidorna 672-675.

verket behöver man endast äta cirka 25 % mer i sista trimestern än vad man vanligtvis gör (SNR, 2005).

Det är mycket att tänka på när det gäller matintag under graviditeten. På Livsmedelsverkets hemsida ([www.slv.se](http://www.slv.se)) beskrivs det noggrant vad man kan äta och vad man ska avstå ifrån att äta när man är gravid. Att behöva avstå från vissa livsmedel beror dels på risken för infektioner och dels på risken med miljögifter. Immunförsvaret sänks under graviditeten och därför blir kvinnan mer känslig för infektioner av mikroorganismer, till exempel för Listeriabakterien och parasiten Toxoplasma. Listeriabakterien finns framför allt i opastöriserad mjölk, vissa ostar, rått kött och rå fisk. Symptom på en Listeriainfektion är influensaliknande och kan i värsta fall vara farligt för fostret. Toxoplasma finns i rått kött, framför allt i gris och får. Den huvudsakliga smittkällan i naturen kommer från katters avföring, varför det är viktigt att alltid tvätta händerna efter att ha rengjort kattlådan. En infektion av Toxoplasma kan vara farligt för fostret. Både Toxoplasma- och Listeriainfektioner är dock mycket ovanliga i Sverige. När det gäller miljögifter kan detta finnas i vissa fiskar, vilket gör det viktigt för gravida att endast äta rätt sorts fisk från rätt ställe. Trots många restriktioner för att äta en del fiskar är det ändå mycket viktigt att gravida äter fisk. Fisk är nyttig och bra mat och är nästan ett måste i en varierad och balanserad kost. Mer att tänka på vad gäller livsmedel är bland annat att begränsa sitt kaffe- och teintag på grund av koffeinet. Lever innehåller också stora mängder A-vitamin, vilket kan skada fostret och därför bör leverrätter undvikas. Alkohol och rökning ska också undvikas under graviditeten då detta kan vara mycket farligt för fostret. Även hälsokostprodukter bör undvikas under graviditeten då det inte är säkerhetsställt hur det påverkar fostret (Livsmedelsverket, 2008).

Det är viktigt att tänka på vad man ska undvika i kosten, men det är även viktigt att försöka få i sig extra mycket av vissa näringsämnen. Järn, folsyra och kalcium är de viktigaste näringsämnena att försöka öka intaget av (SNR, 2005). Det kan göra att både mamman och fostret mår bättre och risken för en del komplikationer och sjukdomar minskar (NNR, 2004).

### **2.13 Förfaringsätt på mödravårdscentraler i Kungsbacka kommun**

Enligt barnmorskorna på Kungsbackas mödravårdscentraler<sup>3</sup> sker inskrivningen normalt i graviditetsvecka 8-12. Vid inskrivningssamtalet får den gravida kvinnan information om järnmedicinering, vart man skall vända sig vid graviditetskomplikationer, planering av nedtrappning av arbetstid och läkartid. Det tas diverse blodprover, hon får förfrågan om hon vill delta i föräldragrupp och det görs ett livsstilssamtal. I livsstilssamtalet talar man om rökning, alkohol, kost, viktuppgång och fysisk aktivitet. Informationen ser väldigt olika ut, i olika delar av landet. Den skriftliga informationen som kvinnan får vid inskrivningen brukar vara om tobak och alkohol, rygg- och bäcken träning, kostråd från Livsmedelsverket samt information om ultraljudundersökningen. Alla gravida kvinnor får dessutom en bok som heter *Vänta barn* (2004). I boken ges, bland annat, generella råd om vad som är bra att äta under graviditeten och även vad man bör undvika att äta och dricka när man är gravid. Den refererar till rekommendationer från Livsmedelsverket och hänvisar även till deras webbplats för det senaste inom kost och hälsa. När det gäller fysisk aktivitet finns ett litet kapitel i boken om gymnastik under graviditeten och efter förlossningen. I vecka 17-18 kan en ultraljudsundersökning göras, vilken är frivillig. Under vecka 25 förs en uppföljning upp av livsstilssamtalet, diverse broschyrer delas ut, bland annat om amning och det görs en blodgruppering. Nästa ultraljud (även denna frivillig), görs i vecka 28 för förstföderskor och i vecka 29 för omföderskor. Från och med vecka 29 är det normalt att kvinnan besöker

---

<sup>3</sup> Personlig kommunikation med Annelie Ljunggren 2008-02-20

mödravårdscentralen ungefär varannan vecka fram till förlossningen. I vecka 37 brukar besöket hos mödravården handla om den gravidas tankar kring förlossningen och det görs en sammanfattning av hennes graviditet. Den blivande mamman får även information om barnavårdscentralen (Förlagshuset Gothia AB, 2004).

Den gravida kvinnan får alltså väldigt mycket information av barnmorskorna på mödravårdscentralen om diverse företeelser. Även om barnmorskan inte nämner alla rekommendationer muntligt, har de fått med sig mycket material som de kan läsa igenom själva i lugn och ro. Det är ingen hemlighet att det är mycket att tänka på vad gäller bland annat matintag och fysisk aktivitet under graviditeten. Frågan är hur många gravida det är som upplever sig ha denna kunskap och känner sig trygga i hur de ska äta och röra på sig under graviditeten. Det är känt att många slutar att röra på sig när de blir gravida samt unnar sig att äta lite extra och går upp för mycket under graviditeten (Lindqvist, Fröberg & Pirhonen, 2007).

### **3. SYFTE**

Studiens syfte är att undersöka gravida kvinnors inställning till viktuppgång, kost och fysisk aktivitet under graviditeten samt ta reda på om de själva upplever att de behöver mer kunskap inom dessa områden.

#### **3.1 Frågeställningar**

- Vilken uppfattning har gravida kvinnor om hur mycket man bör gå upp i vikt under en graviditet och varför har de den uppfattningen?
- Vad tror gravida kvinnor att det finns för samband mellan viktförändring och risk för komplikationer under graviditeten och vid förlossning?
- Vad har gravida kvinnor för attityd till kost och fysisk aktivitet under graviditeten?
- Tycker gravida kvinnor att de behöver mer kunskap om kost och fysisk aktivitet under graviditeten?
- Vad tror gravida kvinnor påverkar viktuppgången under graviditeten?

### **4. METOD**

Här redovisas upplägg av studien och en beskrivning metoden. Här tydliggörs också urval, hur enkäten skapades, bearbetades, analyserades och hur svarsfrekvensen respektive bortfall såg ut. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet granskas utifrån enkäten och avsnittet avslutas med etiska aspekter.

#### **4.1 Översiktligt upplägg**

Vi började vårt arbete med att kontakta mödravården i Kungälv. I samråd med barnmorskan bestämdes att det skulle göras en enkätundersökning. Efter det utarbetades en enkät innehållande totalt 14 frågor. Det var huvudsakligen slutna frågor men även en del öppna (se Bilaga 1). 71 stycken enkäter delades ut av barnmorskor på mödravårdscentralerna i Kungälv till kvinnor som befann sig i en graviditet till och med vecka 20. Enkäterna delades ut under fem veckor. Efter insamling av enkäterna analyserades de bland annat med

hjälp av ett dataprogram för statistik. De öppna frågorna i enkäten analyserades genom att de delades in i olika kategorier.

## 4.2 Urval

Mödravårdcentralerna i Kungsbacka valdes med ett bekvämlighetsurval, på grund av närheten och en etablerad kontakt sedan tidigare. Vi valde att arbeta med gravida kvinnor eftersom vi själva tycker det är ett mycket intressant område. Dessutom sägs det att många gravida är mycket förändringsbenägna och månar om att göra "rätt" med tanke på sin egen och sitt blivande barns hälsa. En totalundersökning gjordes, men begränsades till att undersöka gravida kvinnor endast upp till vecka 20.

## 4.3 Tillvägagångssätt

När vi hade bestämt oss för området som skulle undersökas i vår studie, kontaktades mödravården i Kungsbacka och det bokades in ett möte med en av barnmorskorna. Vi berättade om vad vi hade tänkt oss och hur vi ville genomföra det. Hon var mycket positiv och samarbetsvillig och vi kom överens om att alla barnmorskor skulle dela ut enkäter till de gravida under en bestämd period. Det krävdes ett omfattande planeringsarbete och omarbetning av frågorna innan de blev användbara. En mindre pilotundersökning gjordes på fem personer för att utröna oklarheter. Denna ledde till att en del frågor ändrades och förtydligades. Enkäten bestod av övervägande slutna frågor men även en del öppna frågor.

Barnmorskorna delade ut enkäterna till de gravida vid inskrivningstillfället, livsstilsamtalet och vid ultraljudsundersökningen. Ett missivbrev (se Bilaga 2) skickades med enkäten där det förklarades varför undersökningen gjordes, vilka vi var och att det var anonymt och frivilligt att delta i undersökningen. Ett informationsbrev skrevs till barnmorskorna (se Bilaga 3) och vi deltog på ett personalmöte för att informera och motivera barnmorskorna till att dela ut enkäterna. Enkäterna delades ut av barnmorskorna till de gravida i Kungsbacka från och med den 25 februari till och med den 4 april 2008. Avsikten var att enkäten skulle delas ut under fyra veckor, men inlämningstiden förlängdes med ytterligare en vecka då vi såg en möjlighet att få in några enkäter till. Inlämningen av enkäterna kunde ske antingen direkt i väntrummet i en låda, eller postas med ett färdigt frankerat och adresserat kuvert.

## 4.4 Analysen

Den 8 april började analysen av alla enkäter. Eftersom enkätundersökningen var relativt omfattande användes ett svarsbearbetningsprogram för behandling av statistik- SPSS<sup>4</sup>. Svaren kodades för att lättare kunna matas in i programmet. Kodningen gjorde att det blev olika variabler i bearbetningen. Variabeln speglade den egenskap hos personen som avsågs att studeras, till exempel ålder (Ejlertsson, 2005). Bakgrundsinformationen och alla de slutna frågorna kodades och fick olika variabelbenämningar. Svaren delades också in i olika mätskalor utifrån vilken typ av fråga som ställdes. Enligt Ejlertsson (2003) delas till exempel variabeln ålder in i en kvotskala, en skala som rangordnar variabelvärdena från en absolut nollpunkt samt beskriver skillnader mellan dem på ett meningsfullt sätt. Den variabel som först definierades var den som identifierade varje enkät. Enkäterna hade innan, helt slumpvis, försetts med ett löpnummer. Löpnummer rekommenderas av konfidentialitetsskäl för att uppgifterna inte skall kunna identifieras till en person. Även vid en undersökning som görs anonymt är det praktiskt med löpnummer då varje formulär bör kunna härröras till inmatad enkätdata (Ejlertsson, 2005). De öppna frågorna i enkäten delades in i kategorier och

---

<sup>4</sup> SPSS grundades 1968 och är idag ett statistikprogram som används över hela världen. Det är ett av de dominerande programmen vid universitet och högskolor enligt Lars Wahlgren som skrivit boken *SPSS steg för steg* (2005).

sammanställdes. Utifrån svaren från enkäterna, utarbetades sedan ett antal diagram som härrörde från de frågor som var väsentliga för frågeställningarna. Detta för att på bästa sätt redovisa resultatet på ett överskådligt sätt.

#### **4.5 Enkäten**

Först i enkäten fick respondenten uppge bakgrundsinformation i form av ålder, längd och vikt innan graviditet. Med hjälp av personens längd och vikt kunde sedan personens BMI räknas ut. De två första frågorna var öppna frågor. Respondenten fick svara på hur mycket hon tror att man bör gå upp i vikt under en graviditet och varför. På detta sätt fick vi reda på respondentens inställning och kunskap vad gäller viktuppgång under graviditet.

På fråga 3 och 9 ville vi ta reda på respondentens attityd till att röra på sig och äta hälsosamt under graviditeten. På frågorna 4 och 10 fick de definiera hur mycket rörelse som var lagom och hur mycket extra energiintag man behöver under graviditeten. På varje fråga fanns det tre svarsalternativ. Följdfrågorna på dessa var, om svaret de angett på fråga 4 och 10 stämde överens med hur de själva gjorde i verkligheten. Här kunde de svara ”ja”, ”delvis” eller ”nej”. Om de svarade ”delvis” eller ”nej” fick de motivera vad det berodde på. Här gjordes en selektering av respondenterna (Ejlertsson, 2005).

På fråga 7 och 13 ville vi ta reda på om respondenterna ansåg sig behöva mer kunskap om hur de kan röra på sig respektive hur de skall äta under graviditeten. Även här fanns tre svarsalternativ på ”ja”, ”delvis” eller ”nej”.

Fråga 8 var en kunskapsfråga där vi ville veta vad respondenterna trodde, om deras egen viktuppgång under graviditet hade ett samband med risker och komplikationer under graviditet/förlossning. Här fanns det fyra svarsalternativ. Antingen om de trodde att en stor viktuppgång ledde till ökade risker respektive minskade risker, att en liten viktuppgång medförde ökade risker eller att det inte fanns något samband.

Sista frågan var en öppen och generell fråga. Här ställdes frågan vad de själva tror påverkar att en del kvinnor går upp väldigt mycket i vikt under graviditeten, medan vissa bara går upp lite. Frågan ställdes för att få mer djupgående kunskap om vad kvinnorna själva tror påverkar viktuppgången under graviditeten.

#### **4.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet**

Validiteten visar om enkäten har mätt det vi har haft som intention att mäta. Den visar om respondenterna har förstått det vi har frågat efter och om de har besvarat det som vi har haft för avsikt att ta reda på. Genom att göra en pilotstudie initialt i enkätskapandet påverkas studiens validitet positivt. Pilotstudien gjordes på en adekvat grupp vilket också höjer studiens validitet (Thurén, 1991).

Vad som avgör om undersökning har låg eller hög reliabilitet är bland annat utformningen av frågorna i enkäten. Det är viktigt att respondenten uppfattar frågorna på korrekt sätt samt att de öppna frågornas svar tolkas rätt av den som bedömer. Mätinstrumentet i studien utgörs av frågorna i enkäten. Pilotstudien bidrog till ökad reliabilitet då synpunkter framkom och justerade den slutgiltiga enkäten för att minimera reliabilitetsbristerna (ibid).

Studier som är gjorda med hjälp av enkäter har möjlighet att generaliseras när det gäller resultatet. Då enkäter med slutna frågor är en kvantitativ metod, innebär det att många respondenter kan delta och besvara samma frågor. Det blir också hög reliabilitet då alla svaren analyseras på samma sätt. Samma enkät kan användas om studien skall återskapas vid

ett senare tillfälle med liknande respondenter i samma situation. Av de resultat som har synliggjorts i vår studie, kan vi dock inte dra några generella slutsatser som gäller för alla gravida i hela Sverige. Det är viktigt att beakta att inom ramen för en c-uppsats, finns det inte möjlighet att undersöka ett lika stort antal gravida som behövs för att kunna generalisera.

#### **4.7 Bortfall**

I arbetet förekom det två typer av bortfall, externt och internt bortfall. Det externa bortfallet var de personer i urvalet som tackade ja till att medverka i studien och mottog en enkät, men av olika skäl inte lämnade in den. Det interna bortfallet var de personer som lämnade in enkäten, men inte besvarade alla frågor eller kryssade i flera svarsalternativ på samma fråga.

Målet var att totalt dela ut 100 stycken enkäter. 100 stycken enkäter lämnades till Kungsbacka mödravårdscentraler. 71 respondenter tackade ja till att medverka i studien. Totalt delades alltså 71 av 100 stycken enkäter ut. Av dessa fick vi in 57 stycken. Därmed blev det ett externt bortfall på 14 respondenter.

#### **4.8 Svarsfrekvens**

Den totala medverkan i studien var hög, 80 %. Det interna bortfallet varierade något. Frågorna 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13 och 14 besvarades av alla. Svartsfrekvensen var därmed 100 % på dessa frågor. På frågorna 1, 6 och 10 fanns det ett bortfall på respektive fråga, det vill säga en svartsfrekvens på 98 %. På frågorna 2 och 8 fanns det fyra bortfall på respektive fråga, det vill säga en svartsfrekvens på 93 %.

#### **4.9 Etiska aspekter**

Tillstånd att utföra enkätundersökningen erhöles från verksamhetschefen<sup>5</sup> för specialistmödravården Kungsbacka. Även avdelningschefen<sup>6</sup> och övriga barnmorskor informerades och gav sitt medgivande. Ejlertsson nämner i sin bok *Enkäten i praktiken* (2005) att det finns en etiklag i Sverige sedan 1 januari 2004, som gäller forskning. Det är dock även viktigt med etiska överväganden vid enkätundersökningar, trots att den inte har ett forskningsändamål. Vid utformandet av missivbrevet och planeringen av frågeformuläret inspirerades vi av de krav som preciseras i Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2008). Detta innebär att respondenten ska informeras om undersökningen, syftet och frivilligheten att delta, att det är anonymt eller konfidentiellt och att inlämnade uppgifter inte används i något annat syfte (Ejlertsson, 2005).

## **5. RESULTAT**

Här redovisas respondenternas svar från enkäterna samt de svar som vi hade med som bakgrundsinformation om respondenten. De mest relevanta frågorna, där frågeställningar besvaras, redovisas först. Under övriga frågor redovisas även sådant som är intressant att veta, även om det inte står med i frågeställningarna.

### **5.1 Bakgrundsinformation och BMI**

Bakgrundsinformationen, där de fick uppge ålder, vikt och längd visade att den vanligaste åldern bland våra respondenter var 30 år. Genom att respondenten fyllde i vikt och längd kunde sedan BMI räknas ut. Det visade sig att genomsnittet på BMI innan graviditeten låg på ett medelvärde på 23,8 bland respondenterna i vår studie. Spridningen av BMI-värdet var 17,7

---

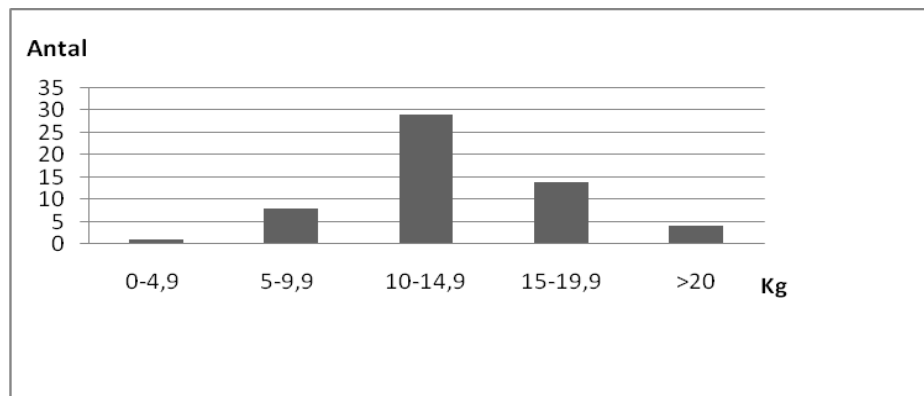
<sup>5</sup> Inger Bertilsdotter

<sup>6</sup> Sofia Hjalber Thorin

från det lägsta och 38,1 till det högsta värdet. Det var 15 respondenter av 56 stycken som hade ett värde av BMI på mer än 25 innan graviditet.

## 5.2 Respondenternas kunskap om viktuppgång, kost och fysisk aktivitet vid graviditet

Efter en kategorisering av de olika svaren från kvinnorna, om vad de trodde var en lämplig viktuppgång under graviditet, såg vi att majoriteten (29 st) angav en viktuppgång mellan 10-14,9 kg. Det var också en stor del av kvinnorna (14 st) som svarade ett tal mellan 15-19,9 kg. Fördelningen av svaren visas nedan i figur 1. I de fall där respondenten angett två värden som till exempel 10-15 kg har vi räknat ut siffran mellan dessa två värden, i detta fall 12,5 kg. Totalt svarade 56 respondenter på den här frågan.



**Figur 1. Hur mycket den gravida kvinnan tror att man bör gå upp i vikt under en graviditet.**

På fråga 2 i enkäten fick respondenterna svara fritt på varför de trodde att de skulle gå upp de antal kilon de angett på fråga 1. Totalt svarade 53 respondenter på den här frågan. Mer än var tredje person trodde att viktuppgången endast berodde på naturliga processer i kroppen såsom barnets vikt, moderkaka, fostervatten och extra blod. En av kvinnorna har svarat så här:

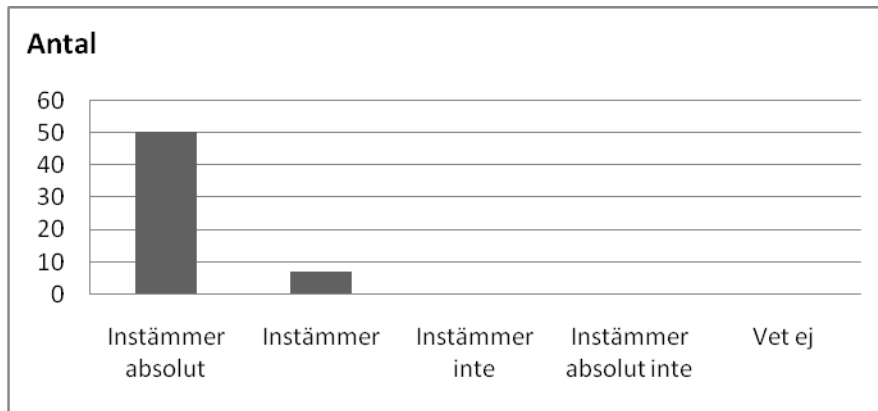
*Klurig fråga. Jag tror man behöver gå upp mellan 10-15 kg för att barnet ska må bra. Går man upp mer blir det extra tungt under grav.tiden och svårare att bli av med efteråt. Under 10 kg är kanske är en hälsorisk för barnet?*

Lite mindre än en fjärdedel av respondenterna visste inte vad viktuppgången berodde på och ungefär lika många angav att det var den viktuppgång de hade gått upp vid tidigare graviditeter och ansåg att det vara det optimala. Ett litet antal trodde att viktuppgången under graviditeten var ärftlig och några trodde att många äter sig till många av de kilon de går upp.

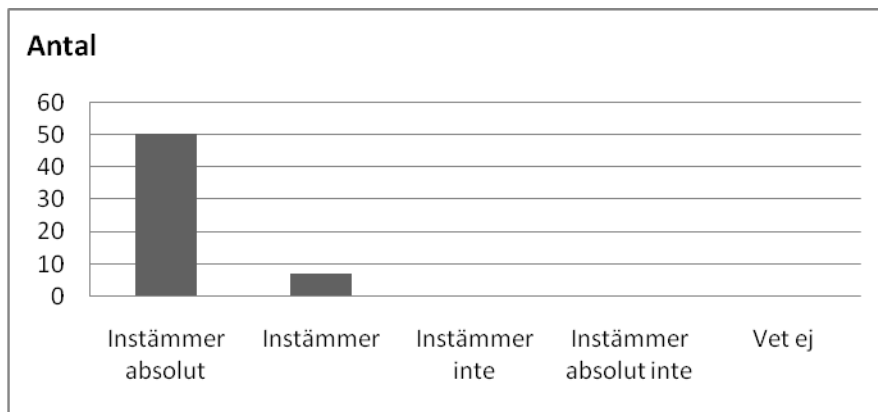
Det visade sig att de flesta hade en mycket positiv attityd till att röra på sig och äta hälsosamt när man är gravid. Båda dessa frågor besvarades av samtliga 57 respondenter.

Svarsalternativet ”Instämmer absolut” kryssades i av 50 stycken, både vad gäller rörelse och kost (se Figur 2 och 3).



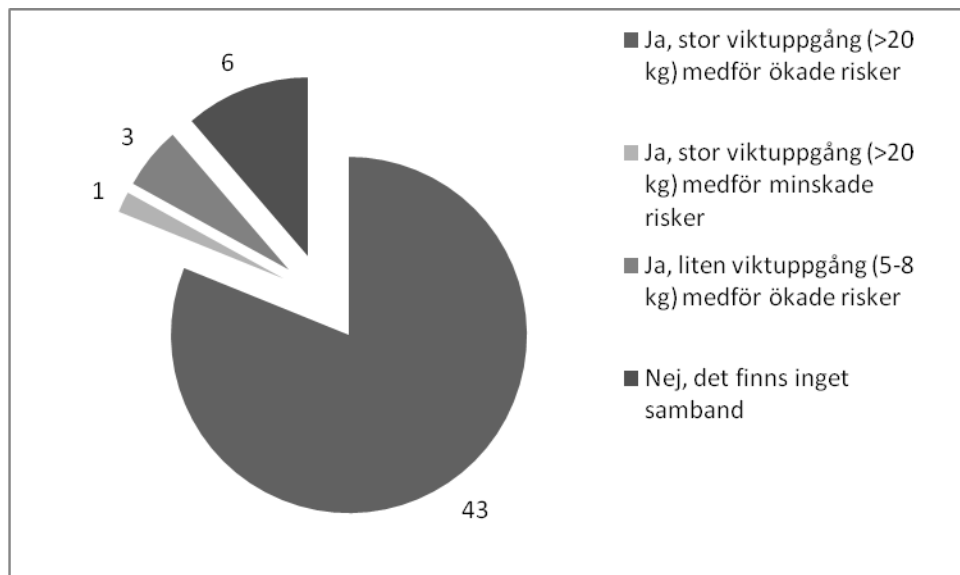


Figur 2. Gravida kvinnors uppfattning om vikten av att röra på sig under graviditeten.



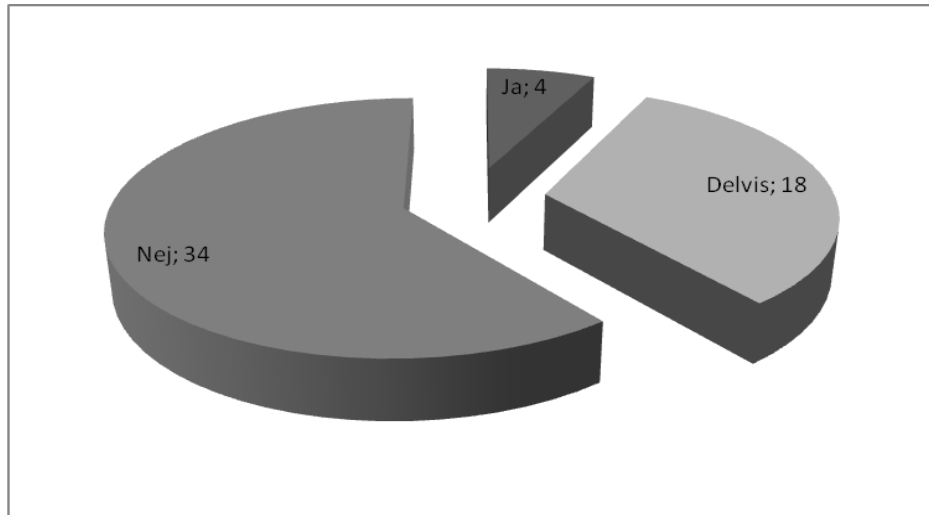
Figur 3. Gravida kvinnors uppfattning om vikten av att äta hälsosamt under graviditeten

Majoriteten av kvinnorna (43 st) trodde att det fanns ett samband mellan stor viktökning och ökade risker vid graviditet och förlossning. 6 stycken trodde att det inte fanns något samband och det var också en respondent som trodde att en stor viktuppgång medförde minskade risker, se Figur 4 som anger antal. Totalt svarade 53 av respondenterna på den här frågan.

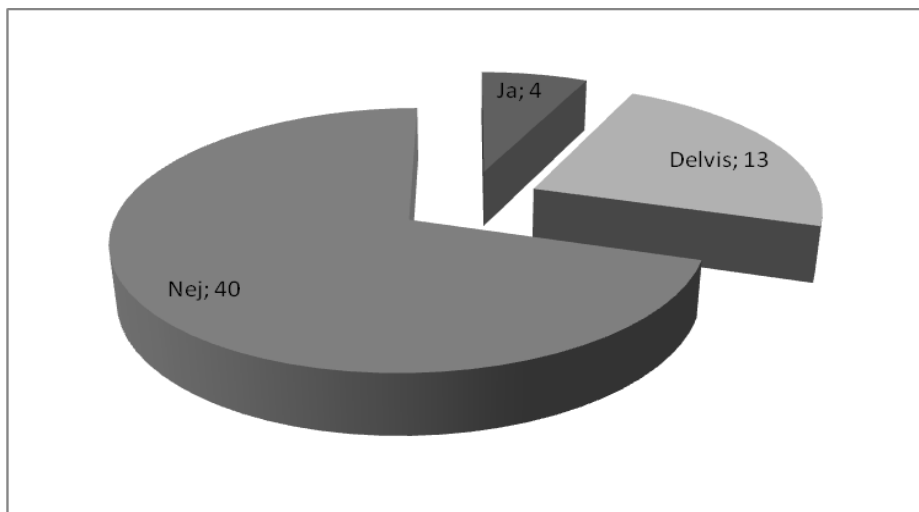


Figur 4. Gravida kvinnors uppfattning om sambandet mellan viktuppgången under graviditeten och risker för komplikationer under graviditet/förlossning?

De flesta kvinnor anser sig inte behöva mer kunskap om varken hur de ska röra på sig eller hur de ska äta när de är gravida. Endast 4 stycken på respektive fråga ansåg sig behöva mer kunskap om detta. Det var dock fler som delvis ville ha mer kunskap om fysisk aktivitet än om kost, se Figur 5 och 6.



**Figur 5. Gravida kvinnors uppfattning om behov av mer kunskap om hur de skall röra på sig när de är gravida.**



**Figur 6. Gravida kvinnors uppfattning om behov av mer kunskap om hur de skall äta när de är gravida.**

### **5.3 De gravidas egna uppfattningar om viktuppgång**

Denna sista fråga i enkäten var en öppen fråga då kvinnorna fick skriva fritt vad de tror påverkar att en del kvinnor går upp väldigt mycket i vikt under graviditeten, medan en del bara går upp lite grann. Svaren var mycket varierande och många hade angett många olika orsaker. Varannan kvinna angav att skälet till en för stor viktuppgång var att äta för mycket, men även att många äter ”fel” mat och mycket sötsaker. Även varannan kvinna angav att ärftlighet var den största faktorn till hur mycket en kvinna går upp i vikt under graviditeten. Var tredje respondent trodde att viktuppgången påverkades av hur mycket man rörde på sig. Citaten illustrerar några vanliga svar:

*Kanske arvsanlag, kanske hur stor eller liten man var innan, kanske kan man smygäta lite extra och skylla på graviditeten, kanske hur ens situation ser ut – om man är lycklig eller inte.*

*För att man äter för 2, & att man nu "unnar" sig ohälsosam mat när man är gravid. Det är "OK" att gå upp i vikt då man är gravid.*

*Vet faktiskt inte. Kultur kanske?*

*Kost, motion och anlag.*

## **5.4 Övriga frågor**

På fråga 4 ställdes frågan hur mycket de tror att man bör röra på sig under en komplikationsfri graviditet. Där uppgav nästan alla (54 st) att minst 30 minuter om dagen i måttligt tempo var lämpligt. Det är även det som rekommenderas av NNR. Följdfråga på fråga 4 var om svaret stämmer överens med hur de gör i verkligheten. Endast 16 respondenter angav att de rörde på sig minst 30 minuter om dagen i måttligt tempo. Så många som 20 stycken av 54 respondenter angav att tidsbrist var den stora anledningen till att man inte gjorde som man vet att man borde göra. Även trötthet och illamående angavs som orsak till att inte röra på sig som det rekommenderade. Citaten nedan illustrerar mångas svar:

*Försöker få ihop schemat med ett skolbarn och en tiomånaders baby. Kommer nog igång efter illamåendet försvinner.*

*Prioriterar inte alltid mig själv, svårt att hinna med.*

*Lathet 😊.*

*Vill inte.*

På fråga 10 ställdes frågan hur mycket de tror att man bör äta utöver det vanliga när man är gravid. 48 av de 56 respondenter som svarade på frågan, angav att 1-2 extra mellanmål per dag var lagom. Följdfråga på fråga 10 var om svaret stämmer överens med hur de gör i verkligheten. Mer än hälften av respondenterna angav att de gjorde som de trodde att de bör, alltså 1-2 extra mellanmål extra per dag. Var tredje respondent uppgav att de delvis följde rekommendationerna. Ett sug efter mat var den vanligaste anledningen till att man inte gjorde som man vet att man borde göra. Även illamående och okunskap om hur man gör mellanmål var vanliga orsaker till att man inte åt som man vet att det rekommenderas. Citaten nedan illustrerar mångas svar:

*Sug efter onyttigheter.*

*Jag har varit illamående och därför ätit mycket i början.*

*Har inte mått så bra, svårt att äta.*

Respondenternas svar har inte visat på något samband mellan ålder och BMI med övriga frågor i enkäten. Vi har till exempel sett att det inte finns några skillnader mellan ålder och känslan av att behöva mer kunskap eller mellan kvinnans BMI och vad de hade för uppfattning om hur mycket man bör gå upp i vikt under graviditeten.

## 6. DISKUSSION

I denna del av arbetet har vi valt att diskutera metoden först för att sedan övergå till en diskussion av resultatet.

### 6.1 Metoddiskussion

Syftet med att välja en kvantitativ metod i form av en enkätundersökning var att nå så många som möjligt under den tidsbegränsning en c-uppsats innebär. Det positiva med den här typen av undersökning är att den kan inkludera många svaranden, det vill säga göras på ett stort urval, men också att respondenterna kan svara anonymt. Vid en enkätundersökning elimineras också risken för att frågorna ställs på olika sätt till olika personer, jämfört med en intervju (Ejlertsson, 2005). Kostnaden för en enkätundersökning är dessutom förhållandevis liten. Det finns dock några negativa aspekter med enkätundersökningar där bortfall är ett av dem. För att eliminera riskerna för bortfall krävs ett väl utarbetat informationsbrev, välformulerade frågor i enkäten samt god information till dem som skall dela ut enkäten. I vårt fall skulle vi kanske arbetat mer på att formulera frågorna på ett bättre sätt eftersom vi fick ett visst internt bortfall. En annan nackdel med enkätundersökningar är att det inte finns någon möjlighet till kompletterande frågor som skulle kunna innebära en fördjupning av svaren, som vid en intervjuundersökning. Det går heller inte att ställa några oplanerade följdfrågor. Personer som av någon anledning har svårt att läsa, till exempel dyslektiker eller personer som inte behärskar svenska språket så bra, kan komma att hamna i bortfallsgruppen när det görs en enkätundersökning.

Slutna frågor i enkäten gör det lättare att analysera och mäta svaren och de kan i viss mån jämföras med andra undersökningar om gravida. Det går också snabbt att fylla i en enkät med slutna frågor och respondenten behöver inte lägga ned så mycket tid. De öppna frågornas syfte var att försöka kartlägga individernas spontana tankemönster, känslor, upplevelser och handlingar i samband med viktuppgång under graviditeten. Frågorna konstruerades på ett logiskt och lättbegripligt sätt, för att det skulle bli så tilltalande och motiverande som möjligt för respondenten att svara på enkäten.

Eftersom medverkan i vår studie var anonym och frivillig, tycktes det naturligt att respondenterna själva skulle uppge ålder, längd och vikt. Enligt Rowlands studie (1990) om självrapporterad längd och vikt, är det stor risk för felvärden när respondenten själv skall uppge vad hon väger och hur lång hon är. Rowlands studie påvisade att de felvärden som uppkom, direkt var relaterade till respondentens överviktsstatus. Ju högre magnitud för övervikt, desto högre risk för att uppgifterna inte var tillförlitliga. Studien visade också att det var vanligare hos kvinnor, jämfört med män, att fel uppgifter lämnades när det gällde den egna längden och vikten.

Tanken med att bara låta kvinnor upp till graviditetsvecka 20 delta i studien var att dessa kvinnor oftast inte har hunnit gå upp så mycket i vikt ännu. Dessutom sker också många besök innan graviditetsvecka 20, till exempel inskrivning, livsstilssamtal, läkarbesök samt ultraljud. Tankarna kring att röra på sig och att äta "rätt" kan vara något som de inte ens har funderat aktivt på. Genom att besvara frågorna i enkäten kan detta påverka deras tankar och ställningstaganden, så att även om de inte har kunskap om frågorna innan de deltagit i studien, kanske gör att de börjar fundera på vad som är rätt och fel. Om kvinnan däremot skulle vara långt gånge i sin graviditet, och eventuellt redan fått en för stor viktökning, skall inte frågan om för hög viktökning väckas. Det skulle kunna få stora konsekvenser och innebära att hon

blir orolig och stressad av en fråga som hon inte kan göra något åt. Enligt Livsmedelsverket (2008) är bantning under graviditet inte att rekommendera.

På fråga 1 i enkäten ställdes frågan hur mycket de trodde att man bör gå upp i vikt under en graviditet. Här uppgavs väldigt utspridda svar och många gav svar mellan två värden, till exempel 10-20 kg. Genom byta ut ordet ”man” till ”du” i frågan tror vi, nu i efterhand, att vi hade fått mer exakta svar som skulle vara mer anknutna till individen som svarat på enkäten.

I Kungsbacka kommun går man in med ett livsstilssamtal tidigt i graviditeten<sup>7</sup>. Troligen avspeglades detta i resultatet från vår enkät. Många kvinnor svarade som om de haft ett facit med de rätta svaren i sin hand och ansåg sig inte behöva någon mer kunskap än den de redan hade. Det framkom också att en del respondenter fyllde i enkäten direkt efter livsstilssamtalet. Det är ju i och för sig en trevlig erfarenhet att det finns så många som vet hur man skall göra, men speglar det verkligen hur det ser ut i realiteten? Vi människor har som sagt enligt Rowland (1990) en benägenhet att försöka framstå som om vi är bättre än vad vi egentligen är. Uppges den verkliga vikten och redovisas det hur ofta man rör på sig? Det finns troligtvis en risk för optimistic bias här. Anonymiteten höjer dock tillförlitligheten (Rowland, 1990).

Hur mycket information de gravida får på mödravården ser olika ut i olika delar av Sverige. Även hur mycket mödravården satsar på olika hälsofrågor ser olika ut i landet. Hallands län, och speciellt Kungsbacka- och Falkenbergs kommuner, är mycket framstående när det gäller hälsofrågor, jämfört med till exempel Göteborg (Socialstyrelsen, 2007b). Det kan ha påverkat att vi fått mer positiva svar jämfört med vissa delar av övriga Sverige.

Anledningen till att det inte blev 100 stycken enkäter som delades ut, kan bero på variationen av antalet inskrivna gravida på mödravården samt att en del barnmorskor glömde av att dela ut enkäten. Vår ambition var att själva dela ut enkäterna personligen till de gravida för att minska bortfallet. Detta var tyvärr inte praktiskt möjligt då de gravida kom på mycket olika tider till mödravårdcentralen. På grund av att den personliga kontakten mellan oss och de gravida uteblev, skickades ett missivbrev med enkäten. Vi skrev även ett informationsbrev till barnmorskorna samt deltog på ett personalmöte för att informera och motivera barnmorskorna till att dela ut enkäterna. Anledningen till att kunna lämna enkäterna på mer än ett sätt, är enligt Ejlertsson (2005), att försöka minska bortfallet ytterligare.

I enkäten var det en del som kryssade i flera svarsalternativ, trots påpekande på första sidan att de bara fick sätta ett kryss per fråga. På de frågor där respondenterna hade fyllt i två svarsalternativ på samma fråga, räknade vi som ett internt bortfall. Särskilt tydligt var detta på fråga 8 i enkäten; om de trodde att det fanns ett samband mellan deras viktuppgång under graviditeten och risker för komplikationer under graviditet/förlossning. Vår hypotes är att det beror på att det var en svår fråga och att många fick gissa eller trodde att flera alternativ kunde vara riktiga. Vi ville tvinga respondenten att välja vad hon trodde hade starkast samband även om hon inte visste. Därför valde vi också att utesluta svarsalternativet ”Vet ej”, då vi tror att många hade valt det svarsalternativet. Att det var flera som kryssade i två svarsalternativ kan också bero på att den här frågan stod på sidan två. En del kan ha glömt av att de bara fick sätta ett kryss per fråga. Åtgärden hade kunnat vara att vi även skrev på sidan två att de bara fick sätta ett kryss per fråga.

---

<sup>7</sup> Personlig kommunikation med Annelie Ljunggren 2008-02-20

## 6.2 Resultatdiskussion

Gravida kvinnors uppfattning om hur mycket man bör gå upp i vikt under en graviditet delades upp i intervaller eftersom kvinnorna svarat väldigt varierande. Efter denna kategorisering av de olika svaren, såg vi att de flesta värden låg mellan 10-15 kg. Enligt IOM är detta lagom för kvinnor som är normalviktiga enligt definitionen BMI, men för mycket för dem som är överviktiga (IOM, 1990). Tanken var att kvinnorna skulle svara utifrån sig själva och sin egen uppfattning om viktuppgång under graviditeten. Då frågan formulerades på ett generellt sätt har också kvinnorna svarat på ett mer generellt sätt. Detta kan ha påverkat resultatet så att vi inte fick så exakta svar. På frågan där respondenterna fick svara fritt på varför de trodde att de skulle gå upp de antal kilon de angett, hade ett *litet* antal svarat att de trodde att viktuppgången under graviditeten var ärftlig. Däremot så hade ungefär *hälften* av respondenterna uppgett att de tror att ärftliga faktorer spelar in, när vi ställde frågan om vad som påverkar att en del går upp mycket i vikt under graviditeten och en del bara litegrann. Formuleringen av frågan kan dock vara orsaken till att de svarade olika på de två frågorna.

Vid frågan om uppfattningen om faktorer som påverkar viktuppgången, så varierade svaren mycket. Många hade angett flera olika orsaker. Det som framgick av resultatet var att hälften av kvinnorna trodde att en för stor viktuppgång berodde på att många åt för mycket, men även fel sorts mat. Som tidigare nämnts uppgav varannan kvinna att de trodde att viktuppgången var genetisk och inte gick att påverka. Enligt SBU (2002) pågår det en del forskning angående fetma och huruvida fetman kan kopplas till genetiska faktorer. I dagsläget ses ingen evidensbaserad koppling mellan dessa två faktorer. Däremot så finns studier gjorda som visar på att fysisk inaktivitet kan vara en stor anledning till övervikt och fetma (Lindström, 2002). Var tredje respondent trodde också att viktuppgången påverkades av hur mycket man rörde på sig. Det som var anmärkningsvärt var att det var väldigt tydligt att kvinnorna skrev om ”andra” gravida kvinnor och att det inte gällde de själva.

Då hälften av kvinnorna trodde att viktuppgången till stor del var genetisk, kan detta tyda på att de själva inte tror att de kan påverka sin viktuppgång. Det kan medföra att kvinnan upplever att det inte spelar någon roll vad hon äter och hur hon rör sig i övrigt då viktuppgången redan är ”företbestämd”.

Vid förfrågan om de gravida kvinnornas uppfattning om samband mellan viktförändring och risk för komplikationer under graviditeten och vid förlossning, hade majoriteten av kvinnorna uppfattningen av att en för stor viktuppgång under graviditeten medförde ökade risker. Det var dock 6 respondenter som trodde att viktuppgången inte hade något samband med risker och komplikationer. Kan det då finnas en fara för att dessa respondenter inte följer de rekommendationer som finns för viktuppgång, då de tror att det inte finns något samband? Det var också en respondent som trodde att en stor viktuppgång (>20 kg) medförde minskade risker. Det var visserligen endast en respondent av 53 stycken (ca 2 %) som angav detta, men om man slår ut det på hur många som är gravida på ett år kan det bli ganska många. Rent hypotetiskt och förutsatt att vår studies resultat går att generalisera, skulle vi kunna applicera våra resultat på antalet födda år 2005 enligt Statistiska centralbyrån. År 2005 föddes 101 647 barn (Socialstyrelsen, 2007a) vilket betyder att 1 931 stycken, det vill säga ca 2 % av 101 647 stycken, av dessa mammor skulle ha kunnat ha tron om att en stor viktuppgång (>20 kg) medför *minskade* risker för komplikationer i samband med graviditet.

Gravida kvinnors attityd till kost och fysisk aktivitet under graviditeten var generellt mycket positiv. 35 av 57 respondenter angav att de äter hälsosamt enligt deras egen uppfattning, men endast 16 av de 57 respondenterna angav att de rörde på sig så mycket som de trodde att man borde. Många har troligen intentionen att röra på sig dagligen i 30 minuter, men kommer inte

till handling. Det har satsats mycket på kostinformation på mödravården i samband med graviditet. I boken *Vänta barn* (2004) skrivs det dock inte lika mycket om hur viktig fysisk aktivitet kan vara under graviditeten, vilket kanske kan vara orsaken till att vi ser en tydlig skillnad i beteende mellan kost och fysisk aktivitet. Däremot ges mycket skriftlig information om kost (Förlagshuset Gothia AB, 2004).

Gravida kvinnors uppfattning, om behov av mer kunskap om kost och fysisk aktivitet under graviditeten, visade sig vara att majoriteten av kvinnorna inte ansåg sig behöva mer kunskap inom dessa ämnen. Endast 4 stycken respondenter på respektive fråga svarade ja och ansåg sig behöva mer kunskap inom kost och fysisk aktivitet. Det var dock 18 stycken som hade svarat att de delvis behövde mer kunskap om hur de ska röra på sig, jämfört med 13 stycken som svarade att de delvis behövde mer kunskap om hur de ska äta under graviditeten. En intervention på mödravårdcentralerna om den fysiska aktivitetens betydelse under graviditet, skulle kunna göra att fler rörde på sig under sin graviditet.

Även om de flesta anser sig ha tillräckligt med kunskap, är frågan dock om de har "rätt kunskap". En del av kvinnorna som svarade nej på frågan om de behövde mer kunskap, definierade på frågorna innan att lagom mycket rörelse under graviditet är *så hårt och intensivt som möjligt* och att *ingen extra mat* var hälsosamt under graviditet. Då vi utgår från Nordiska näringsrekommendationer (2004) anser vi detta vara "fel kunskap". Vi människor har dock en benägenhet att försöka framstå som om vi är bättre än vad vi egentligen är (Rowland, 1990). Detta kan vara en anledning till att det var så många som har svarat att de inte behöver mer kunskap.

Medelvärde av BMI i vår studie var 23,8, vilket är lägre jämfört med övriga Sverige som hade ett medelvärde på 24,6 år 2005 (Socialstyrelsen, 2007). Andelen kvinnor med övervikt eller fetma (BMI >25) innan graviditet, var 36 % i Sverige år 2005. I vår studie visade det sig andelen kvinnor med BMI >25 vara lägre, 27 %. Resultatet kan dock vara lite lägre på grund av att det är undervärderat med anledning av att det inte är i samklang med tidigare studier. Enligt Rowlands studie (1990), när man själv fick uppge sin vikt och längd, fanns det risk för att värdena blev mer positiva. Detta kan vara en orsak, även vid vår studie, till att vi fick lägre BMI-värden jämfört med övriga Sverige.

### **6.3 Slutsats och framtida studier**

Undersökningen visade att de flesta gravida kvinnor hade en realistisk uppfattning om hur mycket man bör gå upp i vikt under en graviditet. Efter en kategorisering av de olika svaren från kvinnorna, om vad de trodde var en lämplig viktuppgång under graviditet, uppgav de flesta en viktökning som låg mellan 10-15 kg. Enligt IOM är detta lagom för kvinnor som är normalviktiga enligt definitionen BMI, men för mycket för dem som är överviktiga (IOM, 1990). Majoriteten av kvinnorna trodde att en för stor viktuppgång under graviditeten medförde ökade risker för komplikationer under graviditet och förlossning. Sex stycken respondenter trodde dock att det inte fanns något samband och en respondent trodde att en stor viktuppgång minskade riskerna. Kvinnorna hade generellt en mycket positiv attityd till både kost och fysisk aktivitet under graviditeten och många ansåg sig inte behöva mer kunskap inom dessa ämnen. Det fanns dock en tendens till att se att behovet av kunskap om fysisk aktivitet var större än om kost. När de fick skriva fritt om vad de trodde om varför en del kvinnor går upp så mycket i vikt under graviditeten medan en del bara går upp litegrann, svarade hälften av kvinnorna att detta berodde på anlagen. Även att många äter för mycket och unnar sig sötsaker i större utsträckning var vanliga svar.

Mer forskning behövs inom området hur kosten och fysisk aktivitet påverkar modern och fostret under en graviditet. Fler evidensbaserade undersökningar behövs för att kvinnorna ska förstå hur mycket det faktiskt spelar roll för deras egen och barnets hälsa, att äta rätt och röra på sig under graviditeten. Fler riktade interventioner, mot blivande mödrar när det gäller fysisk aktivitet, skulle med all sannolikhet ge ett bättre resultat. Detta på grund av att de interventioner som gjorts när det gäller kostintag till gravida har gett positiv respons. De gravida kvinnorna har idag en bättre kunskap om kostintag vid graviditet eftersom de får betydligt mer information nu (År 2008) jämfört med tidigare. Det hade också varit intressant att se en studie som visar om kvinnors inställning till kost, fysisk aktivitet och tro på hur mycket man bör gå upp i vikt under graviditeten, påverkar hur mycket de sedan gick upp i vikt under sin graviditet.



## 7. REFERENSER

### Tryckta källor

Andreassen, K., Lundgren Andersen, M. & Schantz, A. (2004). Obesity and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 1022-1029

Broberg, L. & Lagervall, L. (2005). *Varför lever vi inte som vi lär?* Magisteruppsats. Stockholm: Företagsekonomiska Institutionen, Stockholms Universitet

Cedergren, M (2004). Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*; 103:219-224

Conner, M. & Armitage, C. (2002). *The social psychology of food*. Philadelphia: Open University Press

Ehrenberg, HM., Dierker, LR., Milluzzo, C. & Mercer, BM. (2003). Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 189:1726-30

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Danmark: Studentlitteratur

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Förlagshuset Gothia AB (2004). *Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap*. Malmö: Elanders Berlings tryckeri.

Hyttén, F. & Chamberlain, G. (1980). *Clinical physiology in obstetrics*. Oxford: Blackwell scientific publications

Institute of Medicine (1990). *Weight gain, Nutrition during Pregnancy*. Washington DC: National Academy Press

Kabiru, W. & Raynor, BD. (2004). Obstetrics outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 191:928-32

King, JC., Butte, NF., Bronstein, MN., Kopp, LE. & Lindquist, SA. (1994). Energy metabolism during pregnancy: influence of maternal energy status. *American Journal of Clinical Nutrition*; 59(S):439-45

Lederman, SA., Paxton, A., Heymsfield, SB., Wang, J., John, T. & Pierson, RN. (1997). Body fat and water changes during pregnancy in women with different body weight and weight gain. *Obstet Gynecol*; 90:483-8

Lindeberg, G. & Löf, M. (2007). *Mat för gravida och ammande*. Korotan Ljubjana; Albert Bonniers Förlag

Lindström, M., Isacson, S-O. & Merlo, J. (2002). Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity. *The European Journal of Public Health* 2003;13(4): 306-312

Lindqvist, PG., Fröberg, K. & Pirhonen, PH. (2007). Alla friska kan fortsätta träna under och efter graviditet. *Läkartidningen* 104 (9): 672-675

Linné, Y (2004). Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy. *Obes rev* 5,137-143

Linné, Y., Barkling, B. & Rössner, S. (2002). Long-term weight development after pregnancy. *Obesity rev* 2002; 3: 75-83

Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer 2005*. 4<sup>th</sup> ed. Malmö: Elanders Berlings

Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande*. Danmark: Studentlitteratur

Nordic Council of ministers (2005). *Nordic Nutrition Recommendations 2004*. 4<sup>th</sup> ed. Nord 2004:13. Köpenhamn: Norden

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber

Porsman, C. (2005). *Träningsbibel för mammor*. Växjö: Hälsöförlaget Stevali

Rooney, BL. & Schauburger, C W. (2002). Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstet Gynecol*;100:245-52

Rowland, M. (1990). Self-reported weight and height. *Am J Clin Nutr*; 52:1125–1133

Thurén, T. (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber

Wahlgren, L. (2005). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur

### **Elektroniska källor**

Livsmedelsverket (2008). *Remiss angående nya kostråd för gravida och ammande*. Dnr 3115/2007. Hämtad 2008-04-21 från [http://www.slv.se/templates/SLV\\_Page.aspx?id=21344&epslanguage=SV](http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=21344&epslanguage=SV)

Regeringskansliet (2006). *Ministerdeklaration om att hejda överviktsproblem antagen i WHO*. Hämtad 2008-03-29 från <http://www.regeringen.se/sb/d/7927/a/72540;jsessionid=a2nabkOsRwa8>

Västra Götalandsregionen (2007). *Handlingsprogram från primärvården i Skaraborg 2006-2008*. Hämtad 2008-03-27 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Handlingsv%C3%A5rdprogram%20fetma%20och%20%C3%B6vervikt.pdf>

Socialstyrelsen (2007a). Medicinska födelseregistret 1973-2005. Statistik; hälsa och sjukdomar 2007:9. Hämtad 2008-02-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9724/Sammanfattning.htm>

Socialstyrelsen (2007b). Folkhälsorapport 2005. Hämtad 2008-03-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU rapport nr 160 (2002). *Fetma- problem och åtgärder*. Hämtad 2008-05-13 från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma\\_2002/fetmafull.html](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/fetmafull.html)

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2002). *SBU's sammanfattning och slutsatser*. Hämtad 2008-03-27 från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma\\_2002/sammanfattning.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/sammanfattning.pdf)

Vetenskapsrådet (2008). *Forskarens etik*. Hämtad 2008-03-26 från <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/etik.html>

## **BILAGOR**

1. Enkät
2. Missivbrev
3. Brev till barnmorskorna

## Frågeformulär

Ålder: \_\_\_\_\_ år Vikt innan graviditet: \_\_\_\_\_ kg Längd: \_\_\_\_\_ cm

1. Hur mycket tror du att man bör gå upp i vikt under en graviditet? \_\_\_\_\_ kg

2. Varför tror du det?

---

---

---

---

### Kryssa endast i ett alternativ per kryssfråga!

3. Det är viktigt att röra på sig när man är gravid.      Instämmer absolut      Instämmer      Instämmer inte      Instämmer absolut inte      Vet ej

4. Hur mycket tror du att man bör röra på sig under en komplikationsfri graviditet?

Så lite rörelse som möjligt utan ansträngning.

Minst 30 minuter totalt varje dag i måttligt tempo.

Så mycket och intensivt som möjligt.

5. Stämmer ditt svar på fråga 4 in på dig, hur du gör i verkligheten?      Ja      Delvis      Nej

6. Om du svarat ”ja” på fråga 5, fortsätt till fråga 7.

Om du svarat ”delvis” eller ”nej” på fråga 5 – Vad beror det på?

---

---

---

---

7. Jag anser att jag behöver mer kunskap om hur jag kan röra på mig när jag är gravid.      Ja      Delvis      Nej

8. Tror du att det finns ett samband mellan din viktuppgång under graviditeten och risker för komplikationer under graviditet/förlossning?

Ja, stor viktökning (mer än 20kg) medför ökade risker

Ja, stor viktökning (mer än 20kg) medför minskade risker

Ja, liten viktökning (5-8kg) medför ökade risker

Nej, det finns inget samband

9. Det är viktigt att försöka äta hälsosamt när man är gravid.      Instämmer absolut      Instämmer      Instämmer inte      Instämmer absolut inte      Vet ej

10. Hur mycket tror du att man bör äta när man är gravid?

1-2 extra mellanmål per dag

Dubbla portioner vid alla måltider ("äta för två")

inget extra

11. Stämmer ditt svar på fråga 10 in på dig, hur du gör i verkligheten?      Ja      Delvis      Nej

12. Om du svarat "ja" på fråga 11, fortsatt till fråga 13.  
Om du svarat "delvis" eller "nej" på fråga 11 – Vad beror det på?

---

---

---

---

13. Jag anser att jag behöver mer kunskap om hur jag ska äta när jag är gravid.      Ja      Nej      Vet ej

14. Vad tror du påverkar att en del kvinnor går upp väldigt mycket i vikt under graviditeten medan en del kvinnor bara går upp litegrann?

---

---

---

---

Hej!

Vi heter Madeleine och Camilla och vi är studenter på kost- och friskvårdsprogrammet vid Institutionen för mat, hälsa och miljö, Göteborgs universitet.

Vi håller på med ett examensarbete om gravida kvinnors uppfattning om viktuppgång under sin graviditet och skulle behöva din hjälp.

I vår studie så har vi valt att genomföra en enkätundersökning. Enkäten vänder sig till alla som är gravida till och med vecka 20.

Din åsikt är väldigt betydelsefull i genomförandet av vår undersökning så vi är mycket tacksamma för ditt deltagande. Du medverkar helt anonymt och behöver inte uppge någonting som kan kopplas till dig som person. Din medverkan är naturligtvis helt frivillig och det finns inga svar som är rätt eller fel utan din åsikt är det som är viktigast.

Tack på förhand för din medverkan. Har du några tankar eller frågor kring enkäten eller vårt examensarbete så ring; Madeleine 0701-75 59 99, Camilla 0706-15 27 09.

Göteborg mars 2008

---

Madeleine Brandt

---

Camilla Lindahl Hansson

Kost- och friskvårdsstudenter termin 6

## **Brev till barnmorskorna**

Hej alla barnmorskor på Kungsbacka mödravårdscentral!

Vi heter Madeleine Brandt och Camilla Lindahl Hansson och vi är studenter på kost- och friskvårdsprogrammet vid Institutionen för mat, hälsa och miljö, Göteborgs universitet. Det var vi som gjorde interventionen mot unga gravida kvinnor i höstas.

Vi håller på med ett examensarbete om gravida kvinnors uppfattning om viktuppgång under sin graviditet och skulle behöva er hjälp.

I vår studie så har vi valt att genomföra en enkätundersökning. Enkäten vänder sig till alla som är gravida till och med vecka 20.

Vi vore tacksamma om ni som barnmorskor vill dela ut enkäten till berörda. Ett missivbrev medföljer så ni behöver inte lägga någon tid för information. Be dem bara att fylla i enkäten direkt för att kunna lämnas i lådan i väntrummet, eller för dem som föredrar att skicka enkätsvaret till oss. Det medföljer ett frankerat kuvert.

Det är viktigt att få in så många svar som möjligt för att kunna få ett så sanningsenligt resultat som det går, så er insats betyder mycket. Vi vore tacksamma om ni kunde börja dela ut dem från och med idag, måndagen den 25:e februari. Slutdatum för utlämnandet av enkäten är den 20:e mars.

Tack på förhand!  
Madeleine och Camilla