



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Kostråd under graviditeten

En kvantitativ studie av gravida kvinnors upplevelse av rådgivningen
kring kost och matval från mödrahälsovården

Karin Månsson & Linda Olandersson

Rapportnummer:	VT13-27
Examensarbete:	15 hp
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2013
Handledare:	Fredrik Bertz
Examinator:	Hillevi Prell



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer:	VT13-27
Titel:	Kostråd under graviditeten – En kvantitativ studie av gravida kvinnors upplevelse av rådgivningen kring kost och matval från mödravårdsvården
Författare:	Karin Månsson & Linda Olandersson
Examensarbete:	15 hp
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Fredrik Bertz
Examinator:	Hillevi Prell
Antal sidor:	34
Termin/år:	Vt 2013
Nyckelord:	graviditet, hälsa, kostrådgivning, mödravårdscentral

Sammanfattning

Att äta en hälsosam och varierad kost är viktigt för att uppnå hälsa. Graviditeten är en tidpunkt i livet då det är extra viktigt att få i sig tillräckligt med energi och näringsämnen för att tillgodose kvinnans och fostrets hälsa. Nästan 100 procent av alla kvinnor i Sverige besöker mödravårdcentralen under sin graviditet och barnmorskan är den som främst har ansvar när det kommer till vägledning av matvanor. Syftet med studien var att kartlägga gravida kvinnors upplevelse av rådgivningen kring kost och matval som förmedlas vid mödravården i Halmstad samt om de anpassat sin kost efter råden. Studien var av tvärsnittskaraktär och som metod användes en kvantitativ enkät. Resultatet sammanställdes och analyserades med deskriptiv och jämförande statistik. Studien visar att majoriteten av kvinnorna var nöjda med rådgivningen och att de som upplever att de fått möjlighet att ställa frågor upplever rådgivningen som bättre. Dessutom sågs en tendens mot att kvinnor med ett BMI inom ramen för normalvikt angav en högre grad av self-efficacy gällande förmågan att följa rekommendationerna. Kvinnor med en högre grad av self-efficacy angav att anpassning av kosten sker i större utsträckning. Slutsatser som kan dras av studien är att majoriteten av de gravida kvinnorna är nöjda med den rådgivning de fått samt att det bör finnas utrymme till att ställa frågor under rådgivningen. Dessutom bör mödravården arbeta för att stärka gravida kvinnors self-efficacy då detta kan kopplas till anpassning till de rekommendationer som ges.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
2. Bakgrund.....	5
2.1 Hälsa och hälsofrämjande arbete.....	5
2.1.1 Hälsans bestämningsfaktorer.....	6
2.1.2 Mödravården.....	7
2.1.3 Mödravården Halmstad.....	7
2.2 Energi- och näringsbehov under graviditeten.....	7
2.2.1 Riktlinjer för viktökning.....	8
2.3 Kostråd.....	9
2.3.1 Specifika näringsämnen.....	9
2.3.2 Livsmedel att undvika.....	10
2.3.3 Hälsokostprodukter.....	11
2.3.4 Bakterier och parasiter.....	11
2.4 Kostrådgivning.....	11
2.5 Teorier och modeller.....	12
2.5.1 Social cognitive theory.....	13
3. Syfte.....	14
4. Metod.....	14
4.1 Metoddesign.....	14
4.2 Urval.....	15
4.4 Etik.....	15
4.3 Datainsamling.....	15
4.5 Utdelning och insamling av enkäter.....	16
4.6 Databearbetning.....	16
5. Resultat.....	17
5.1 Deltagare.....	17
5.2 Förmedling av kostråd.....	18
5.3 Upplevelse av rådgivning.....	18
5.4 Möjlighet att ställa och få svar på frågor kring kost och matval.....	19
5.5 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna.....	20
5.5.1 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna i förhållande till BMI.....	20
5.6 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna.....	21
5.6.1 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna i förhållande till BMI.....	21
5.7 Förslag på förbättringar.....	22
5.8 Resultatsammanfattning.....	22
6. Diskussion.....	23
6.1 Metoddiskussion.....	23
6.2 Resultatdiskussion.....	24
6.2.1 Förmedling av kostråd.....	25
6.2.2 Möjlighet att ställa och få svar på frågor kring kost och matval.....	25
6.2.3 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna.....	26
6.2.4 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna.....	26
6.2.5 Upplevd förmåga kopplat till anpassning av matvanor.....	27
6.3 Slutsatser och implikationer.....	27
6.4 Förslag på vidare forskning.....	28
7. Referenser.....	29
Bilaga 1 Brev till Mödravårdscentralen.....	32
Bilaga 2 Enkät.....	33

Förord

Vi vill tacka mödravårdcentralen i Halmstad för att de var villiga att delta i studien samt assistera med enkätutdelning. Vi vill även tacka vår handledare Fredrik Bertz för all hjälp och stöttning under arbetets gång.

Arbetsuppgift	Procent utfört av Karin/Linda
Planering av studien	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Analys	50/50
Skrivande	50/50
Layout	50/50

1. Inledning

Vår hälsa påverkas av en mängd olika faktorer och en av dessa är kosten som har en stor betydelse för vår hälsa och vårt välbefinnande i alla livets skeden (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). En tidpunkt i livet då tankar kring vilken mat som konsumeras kan uppstå är vid en graviditet (Livsmedelsverket, 2012a). Under en graviditet ökar behovet av de flesta näringsämnen samtidigt som energibehovet inte ökar i samma utsträckning, den mat som konsumeras bör därför ha en hög näringsstäthet. För den som är gravid bör även hänsyn tas till specifika livsmedel som kan vara skadliga för kvinnan och fostret. Livsmedelsverket är den instans som står bakom de allmänna råd och rekommendationer som förmedlas till gravida kvinnor (Livsmedelsverket, 2012b).

Mödravårdens främsta uppgift är att följa kvinnan genom graviditeten (Vårdgudien, 2010), och närmare hundra procent av alla gravida kvinnor kommer i kontakt med mödravården på sin hemort i samband med en graviditet (Socialstyrelsen, 2009). Mödravården spelar därför en viktig roll när det kommer till att förmedla kostråd till gravida kvinnor. Enligt Szwajcer, Hiddink, Maas, Koelen och van Woerkum (2008) visar gravida kvinnor ett ökat intresse för kost och hälsa. Samtidigt upplever kvinnorna en oro över kunskapsnivån hos den som förmedlar kostråden (Jones, Housman & McAleese, 2010). De uttrycker också att de upplever att det saknas tid för möjlighet att diskutera kost vid besök hos vården.

Då det råder brist på svenska studier som fokuserar på gravida kvinnors upplevelse av, och anpassning till, de kostråd som förmedlas av mödravården är förhoppningen att denna studie ska kunna bidra med ny kunskap inom området.

2. Bakgrund

2.1 Hälsa och hälsofrämjande arbete

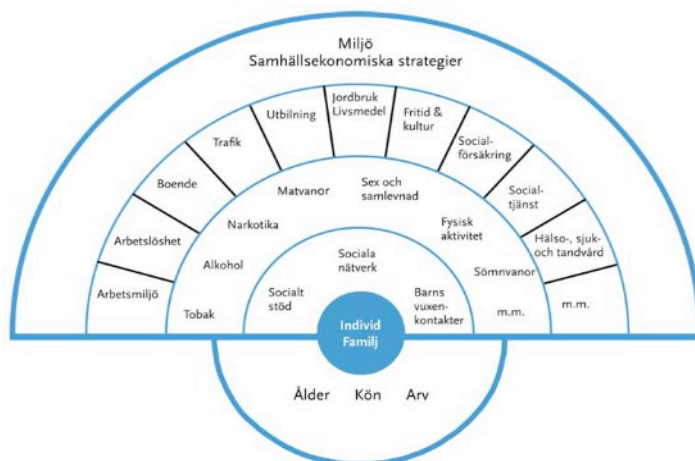
WHO:s definition av hälsa lyder ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Att definiera begreppet hälsa är ingen lätt uppgift och det är många som har försökt (Statens folkhälsoinstitut, 2012a). Oavsett hur vi väljer att se på hälsa så har den en stor betydelse för oss och kan ses som en förutsättning för energi och livsglädje.

För att bevara och utveckla den svenska befolkningens hälsa arbetar Statens folkhälsoinstitut utifrån en förebyggande och hälsofrämjande utgångspunkt (Winroth & Rydqvist, 2008). Att arbeta förebyggande innebär att försöka förhindra att ohälsa uppstår medan den hälsofrämjande utgångspunkten fokuserar på friskfaktorer, det vill säga de faktorer som kan bidra till ökad hälsa. Det hälsofrämjande synsättet har en salutogen grundtanke vilket betyder

att utgångspunkten ligger på det som är friskt och det som stärker hälsan. Genom ett hälsofrämjande arbetssätt får individen en möjlighet att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och kan därigenom förbättra den.

2.1.1 Hälsans bestämningsfaktorer

En förutsättning för att kunna arbeta hälsofrämjande är att det finns förståelse för vilka faktorer det är som påverkar en individs hälsa (Winroth & Rydqvist, 2008). Dessa faktorer finns åskådliggjorda i modellen Hälsans bestämningsfaktorer (se figur 1) (Andersson, 2009). Modellen, som är uppbyggd som en lökliknande struktur, har individen med ålder, arv och kön placerad i mitten. Individen är sedan omgiven av olika skal, vilka representerar determinanter som påverkar hälsan. Längst in finns individuella livsstilsfaktorer, därpå social samhällspåverkan, efter det arbetsmiljö och livsvillkor. Längst ut kommer socioekonomiska-, kulturella- och miljöfaktorer. I det näst innersta skalet i modellen, social samhällspåverkan, ingår matvanor som på flera sätt är relaterat till hälsa och välmående (Abrahamsson et al., 2006). Att äta en bra sammansatt kost är en av de viktigaste faktorerna för att må bra, både nu och i framtiden (Livsmedelsverket, 2013a). I Sverige är det Livsmedelsverket som är den statliga organisation som ger allmänna rekommendationer angående kost (Livsmedelsverket, 2012b). Genom att följa kostråden kan risken att drabbas av bland annat hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer samt övervikt och fetma minskas (Abrahamsson et al., 2006). En annan faktor som påverkar en individs hälsa är den hälso- och sjukvård som samhället erbjuder (Andersson, 2009). Även denna determinant finns med i modellen Hälsans bestämningsfaktorer, närmare bestämt i det näst yttersta skalet. I Sverige är det lagstadgat att hälso- och sjukvården ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att förebygga ohälsa (Andersson & Ejlertsson, 2009).



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer (Statens folkhälsoinstitut, 2012b).

2.1.2 Mödravården

En av de vårdinstanser som ingår i hälso- och sjukvård är mödravården (Vårdguiden, 2010). Mottagningarna brukar kallas barnmorskemottagningar eller mödravårdscentraler, den benämning som hädanefter kommer att användas är mödravården alternativt mödravårdcentralen. Närmare hundra procent av alla gravida kvinnor i Sverige kommer i kontakt med mödravårdscentralen på sin hemort (Socialstyrelsen, 2009).

En av mödravårdens uppgifter är att är att följa kvinnan genom graviditeten för att se till att barnet växer och utvecklas som det ska (Vårdguiden, 2010). I samband med det första besöket för inskrivning i graviditetens början tar barnmorskan upp risker med rökning och alkohol samt ger råd kring fysisk aktivitet och kost. Under graviditeten börjar många kvinnor fundera över sina matvanor eftersom de nu har ytterligare en persons hälsa att tänka på (Livsmedelsverket, 2013b). Genom att förmedla kostråd till gravida kvinnor har barnmorskan stora möjligheter att vägleda och uppmuntra till bra matvanor (Livsmedelsverket, 2012a). Det har även enligt en Nederländsk studie visat sig att gravida kvinnor och kvinnor som planerar att bli gravida har ett ökat intresse för kostråd som är anpassade för gravida (Szwajcer et al., 2008).

2.1.3 Mödravården Halmstad

Enligt M. Frieman (Personlig kommunikation, 19 april, 2013) barnmorska och kostansvarig på mödravården i Halmstad sker det första besöket vid en graviditet vanligtvis då kvinnan är i graviditetsvecka åtta. Hon får då träffa en barnmorska för ett hälsosamtal som bland annat innefattar kost, motion, alkohol, tobak och läkemedel. Under samtalet skall det även finnas utrymme att ställa frågor. Den avsatta tiden för hälsosamtalet är 30 minuter. För ytterligare information kring kost och livsmedelsval hänvisar barnmorskan Livsmedelsverkets hemsida. Om kvinnan har övervikt eller fetma kan barnmorskan skriva ut fysisk aktivitet på recept, FAR® och/eller remittera kvinnan till en dietist vid vårdcentralen för kostsamtal.

2.2 Energi- och näringsbehov under graviditeten

Energiintaget vid en graviditet är en viktig bestämmande faktor för såväl modern som barnets hälsa (Livsmedelsverket, 2012a). En kraftig viktökning ökar dels risken för komplikationer under graviditetens gång men även för framtida övervikt hos kvinnan. Samtidigt kan ett lågt energiintag leda till en låg födelsevikt hos barnet, vilket medför en risk för sjukdomar och dödlighet, både under småbarnsåren och senare i livet.

Energibehovet under en graviditet är summan av energikostnaden för fosterutveckling samt anläggningen av depåfett och andra vävnader hos kvinnan (Abrahamsson et al., 2006). Dessutom tillkommer energiåtgång för övriga kroppsliga funktioner och fysisk aktivitet. Enligt generella riktlinjer krävs det cirka 80 kilokalorier extra per dag under den första trimestern, vilket skulle kunna motsvara en frukt (Livsmedelsverket, 2012a). Under andra

trimestern rekommenderas att kosten utökas med ett mellanmål och en frukt, vilket bör ge 300 extra kilokalorier per dag. Under graviditetens sista tre månader behövs cirka 500 kilokalorier mer per dag, vilket kan innebära två mellanmål och en frukt per dag. Ett alternativ till flera mellanmål är att äta något större portioner vid ordinarie måltider. Hur mycket extra energi som krävs i praktiken beror, som nämndes ovan, på kvinnans individuella förutsättningar. Genom att följa viktuppgången är det möjligt att se om energiintaget motsvarar behovet.

Under en graviditet ökar behovet av de flesta näringsämnen samtidigt som energibehovet i sig inte ökar i samma utsträckning (Livsmedelsverket, 2012a). För att täcka behovet av näringsämnen och samtidigt konsumera en lagom mängd energi bör maten ha en hög näringsstäthet (Abrahamsson et al., 2006). Hög näringsstäthet innebär att maten har ett högt näringsinnehåll i förhållande till mängden energi. De fysiologiska förhållandena i kroppen förändras under en graviditet vilket gör det svårt att skatta rekommenderade intag av olika näringsämnen. Koncentrationen förändras i blod och vävnader samtidigt som absorptions- och omsättningsförmågan av flera näringsämnen ökar.

2.2.1 Riktlinjer för viktökning

Kvinnor i Norden går i genomsnitt upp 14-15 kg under en graviditet (Abrahamsson et al., 2006). Barnet bidrar med 3-4 kg, resterande vikt utgörs av extra vävnad hos modern. En sund viktuppgång är att föredra för att motverka komplikationer hos både modern och barnet. Pregravid body mass index, BMI, dvs. det BMI kvinnan hade innan hon blev gravid, kan användas som en måttstock för lämplig total viktökning under graviditeten. Ett BMI-värde är kroppsvikten i kilo dividerad med kroppslängden i kvadrat uttryckt i meter. Måttet används såväl inom kliniskt arbete som forskning. Den som har ett BMI mellan 18,5 och 25 kg/m² räknas som normalviktig, över 25 kg/m² definieras som övervikt och ett BMI över 30 kg/m² klassificeras som fetma. Gränserna är dock inte exakta och värdet kan vara missvisande för enskilda individer som har en stor muskelmassa, då musklerna medför en hög vikt även vid frånvaro av fettväv. Trots detta finns det en hög korrelation mellan BMI och olika mått på fettväv.

Hur stor viktökning som kan vara lämplig för kvinnan under en graviditet är beroende på hennes pregravida vikt (Abrahamsson et al., 2006). Institute of Medicine (2009) har utvecklat riktlinjer för viktuppgång under graviditeten i förhållande till kvinnans pregravida BMI, baserat på den viktökning som kan förväntas ge bäst graviditetsutfall för både barnet och modern (se tabell 1). Den som har en liten mängd depåfett, avspeglat i ett lågt BMI, före graviditeten bör ha en större viktuppgång vilket kräver ett större energiintag (Abrahamsson et al, 2006). Ju högre BMI desto lägre viktuppgång krävs eftersom det pregravida depåfettet kan användas som energikälla vilket gör att kvinnan behöver mindre energitillförsel från mat.

Tabell 1. Rekommenderad viktuppgång under graviditet i förhållande till BMI före graviditet (Institute of Medicine, 2009).

BMI (kg/m²)	Rekommenderad viktökning (Kg)
<18,5	12,5 – 18,0
18,5– 24,9	11,5 – 16,0
25,0 – 29,9	7,0 – 11,5
> 30,0	5,0 – 9,0

Om viktuppgången avviker från rekommendationerna kan det vara lämpligt att se över kvinnans kostvanor (Lindeberg & Löf, 2007). Då viktuppgången är lägre än förväntat kan det kanske krävas ett extra mellanmål, större portioner eller mer fett i maten. Om vikten istället ökar snabbt bör man i första hand undvika livsmedel som har högt energiinnehåll och låg näringsstäthet. Dock bör det påpekas att en stor viktökning kan orsakas av andra skäl än ett för högt energiintag. Exempelvis kan havandeskapsförgiftning leda till vattenansamling i kropp vilket ger en större viktökning.

2.3 Kostråd

De rekommendationer som Livsmedelsverket förmedlar till gravida kvinnor är att de bör använda tallriksmodellen för att få en bra balans mellan kolhydrater, fett och protein i sina måltider (Livsmedelsverket, 2013b). Dessutom råds de till att äta 500 gram frukt och grönsaker varje dag, fisk 2-3 gånger per vecka, att välja lättmjölk samt naturella lättprodukter när det kommer till fil och yoghurt, att använda lättmargarin på smörgåsen och flytande margarin eller olja vid matlagning. Ytterligare råds kvinnorna till att äta kött, kyckling, ägg, bönor, linser eller ärtor varje dag samt att dagligen äta potatis, ris, bröd, pasta, bulgur eller liknande och i första hand välja fullkornsalternativ. Dessa rekommendationer skiljer sig inte från dem som ges till resten av befolkningen, dock finns det en del skillnader gällande specifika livsmedel och näringsämnen.

2.3.1 Specifika näringsämnen

De näringsämnen som är särskilt viktiga att få i sig tillräckligt av under graviditeten är vitamin D, omega-3 fett, folat (folsyra), järn och jod (se tabell 2) (Livsmedelsverket, 2013b). Vitamin D hjälper kroppen att absorbera kalcium och är därför viktigt under graviditeten (Vårdguiden, 2009). En tillräcklig kalciumabsorption behövs för utveckling av barnets benstomme och tänder. Livsmedel som innehåller vitamin D är fet fisk och ägg samt mjölkprodukter berikade med vitamin D som till exempel lätt- och mellanmjölk.

Omega-3 har stor betydelse för nervsystemets, näthinnsans och kärlsystemets uppbyggnad och utveckling vilket sker under fosterstadiet (Abrahamsson et al., 2006). Omega-3 finns i fet fisk, rapsolja och valnötter (Vårdguiden, 2009).

Fram till vecka 12 rekommenderas alla kvinnor som kan tänkas bli gravida äta tabletter med 400 mikrogram folsyra för att minska risken för ryggmärgsbräck hos fostret (Livsmedelsverket, 2013b). Även efter vecka 12 är det viktigt att äta folsyra för barnets utveckling och mammans blodbildning. Mat som innehåller folsyra är grönsaker, bönor, kikärtor, linser, fullkornsprodukter, frukt och bär.

Järnbehovet är högre under graviditeten på grund av den ökade blodbildningen som sker (Vårdguiden, 2009). Livsmedel som innehåller järn är kött, leverpastej, blodpudding, fullkornsbröd, torkade bönor, linser och ärter.

Jod är viktigt för kvinnans och fostrets sköldkörtelfunktion (Abrahamsson et al, 2006). Vid jodbrist under graviditeten finns det risk att barnet föds med nedsatt sköldkörtelfunktion vilket kan leda till att utvecklingen av det centrala nervsystemet hämmas. Under graviditeten bör kvinnan därför använda jodberikat salt (Livsmedelsverket, 2013b).

Tabell 2. Rekommenderat intag av vitaminer och mineraler (Livsmedelsverket, 2012c & Livsmedelsverket, 2012d).

	Vitamin D (mcg)	Omega 3	Folsyra (mcg)	Järn (mg)	Jod (mcg)
Kvinnor, 18-60 år	7,5	Minst 0,5 E%	300 - 400	15	0,9
Gravida kvinnor	10	Minst 1 E%	500	*	1

*) Under graviditeten behöver järndepåerna ligga på cirka 500 mg. Under den senare delen av graviditeten krävs järnsupplementering om depåerna är otillräckliga.

2.3.2 Livsmedel att undvika

En del fisksorter kan innehålla miljögifter som kvicksilver, dioxin eller PCB (Vårdguiden, 2009). De fiskar som inte bör ätas mer än ett par gånger per år är strömming, surströmming, abborre, gädda och gös. Även lax och öring från Östersjön, Vänern och Vättern samt röding från Vättern är fisk som bör undvikas.

Alkohol kan skada fostret och kan i värsta fall leda till att barnet föds med fysisk och psykisk underutveckling som är bestående (Abrahamsson et al., 2006). Eftersom alkohol passerar över till barnet via moderkakan är det ett ämne som inte bör konsumeras alls under graviditeten (Livsmedelsverket, 2013b).

Kaffe och te innehåller koffein som i höga doser kan leda till missfall (Livsmedelsverket, 2013b). Därför rekommenderas en maximal dos på 300 milligram koffein per dag, vilket motsvarar tre koppar kaffe (1,5dl/kopp) eller sex koppar svart te (2dl/kopp).

Lever innehåller mycket vitamin A som i höga doser kan skada fostret (Livsmedelsverket, 2013b). Gravida kvinnor bör därför undvika att äta lever och fiskleverolja medan leverpastej går bra att äta eftersom det inte innehåller så mycket lever.

2.3.3 Hälsokostprodukter

Gravida kvinnor bör vara försiktiga med hälsokostprodukter eftersom det är osäkert hur örtprodukter, kosttillskott, naturläkemedel och växtbaserade läkemedel påverkar barnet (Livsmedelsverket, 2013b). Ginsengprodukter bör undvikas helt och algprodukter bör intas med stor försiktighet eftersom de innehåller mycket jod som kan vara skadligt.

2.3.4 Bakterier och parasiter

Listeria monocytogenes och *Toxoplasma gondii* är två mikroorganismer som kan vara farliga för barnet och kan i värsta fall leda till missfall eller hjärnskador (Vårdguiden, 2009). Risken att drabbas är mycket liten men för att minimera risken att infekteras av mikroorganismerna bör gravida kvinnor vara försiktiga med gravad eller rökt fisk och sushi, kontrollera förpackningsdatum, bara äta nygjorda eller nyförpackade varor, inte äta rått kött och vara noga med att genomsteka köttfärs, fågel och kött av lamm, gris och vilt. Innan de gravida kvinnorna äter torkat, kallrökt eller gravat kött som parmaskinka eller salami bör produkterna frysas i tre dygn.

Dessertostar tillverkade av opastöriserad mjölk kan innehålla listeria (Vårdguiden, 2009). Därför bör gravida kvinnor undvika mjuka och halvmjuka lagrade dessertostar som mögelostar och kittostar. Även mögel – och kittostar tillverkade av pastöriserad mjölk, som till exempel gorgonzola och chèvre bör undvikas. Det går bra att äta ost i matlagning om den hettas upp så att den bubblar.

Genom att tvätta händerna innan matlagning och mellan olika råvaror samt att diska skärbrädor mellan olika råvaror så minskar risken att infekteras av mikroorganismerna (Vårdguiden, 2009).

2.4 Kostrådgivning

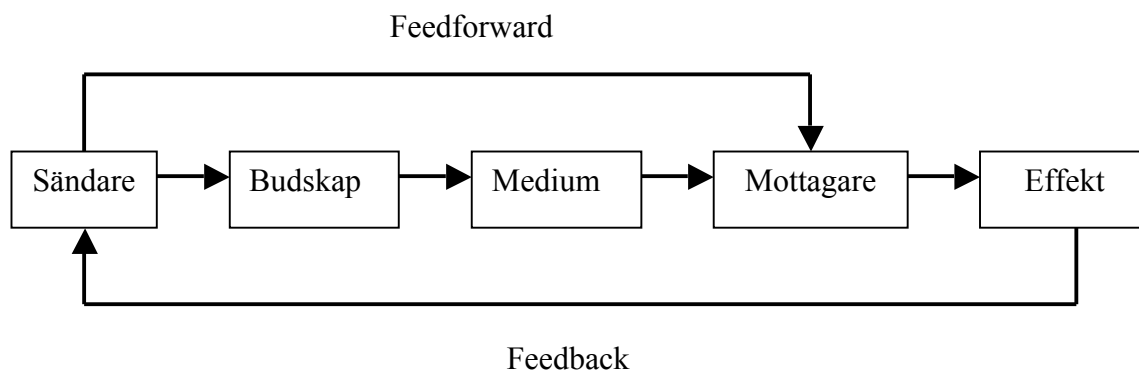
För att ge råd kring kost krävs kunskap inom näringslära (Johansson, 2010). Enligt vad Jones et al., (2010) skriver har det visat sig att det finns det en oro bland gravida kvinnor gällande kunskapsnivån hos den som förmedlar kostråd. Vidare upplever kvinnorna att det inte finns tillräckligt med möjligheter att få svar på sina funderingar kring kost. De anser också att materialet som sjukvården tillhandahåller är bristfälligt. Ofta blir kvinnorna endast tillsagda att äta hälsosamt och gå upp lagom med vikt. De flesta förstår vikten av näringsriktig mat under en graviditet men saknar kunskap om specifika rekommendationer och vad som krävs för att nå upp till dessa.

Förutom kunskap i näringslära så krävs även att rådgivaren har insikt om att kostrådgivning är en komplex process som kräver kännedom kring empati, sociologi och psykologi (Johansson, 2010). Anledningen till detta är att människans val av mat påverkas av en mängd olika faktorer som bland annat tidigare kunskap, myter, sociala konsekvenser samt fördröjd och omedel-

bar belöning. För att säkerställa att kvinnan vid en graviditet får den information och de resurser som behövs för att uppnå en hälsosam näringsstatus tar Vause, Martz, Richard och Gramlich (2006) också upp vikten av att ha ett tvärvetenskapligt synsätt, vilket innebär att flera vetenskapsområden samverkar (Hassmén & Hassmén, 2008).

2.5 Teorier och modeller

För att kostrådgivningen från barnmorskan ska nå fram till de gravida kvinnorna krävs att det finns en fungerande kommunikationsväg dem emellan (Nutbeam & Harris, 2004). Den rådgivning kring kost som barnmorskan förmedlar på mödravårdcentralen kan ses som en kommunikationsprocess mellan olika element (se figur 2). I en kommunikationsprocess finns alltid en sändare, ett budskap som ska förmedlas, ett medium som förmedlar budskapet samt en eller flera mottagare vilken är avsedd att reagera på budskapet, det vill säga budskapets effekt (Jarlbros, 2010). Feedforward innebär att sändaren skapar sig kunskap om mottagaren medan feedback är mottagarens reaktion som kan gå tillbaka till sändaren.



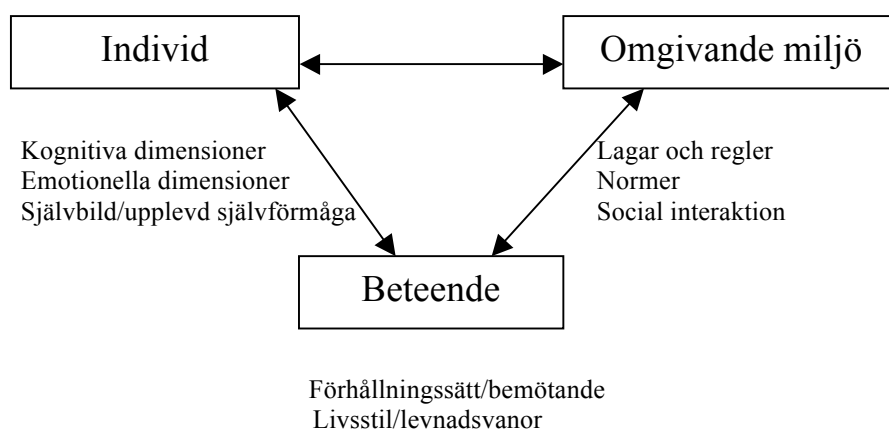
Figur 2. Modell över kommunikationsprocessen. Fritt efter Jarlbros 2010

I denna studie ser vi Livsmedelsverket som sändaren och kostråden till gravida utformade av Livsmedelsverket som budskapet. Mödravårdcentralen i Halmstad är mediet och mottagare i detta fall är de gravida kvinnorna inskrivna på mödravårdcentralen i Halmstad. Effekten ser vi sedan som om de gravida kvinnorna anpassar sina kostvanor efter råden eller inte, det vill säga ändrar sina beteenden.

För att förstå, förklara och förutsäga beteenden har olika teorier och modeller utvecklats, vilka kan hjälpa till att förklara varför vissa personer väljer att leva ett mer hälsoinriktat liv än andra (Andersson, 2009). De flesta av teorierna har utvecklats utifrån beteende – och samhällsvetenskapen samtidigt som de lånar intryck från discipliner som psykologi, sociologi och statsvetenskap (Nutbeam & Harris, 2004). En teori som kan användas för att förklara om en individ väljer att leva ett hälsoinriktat liv eller inte är Social cognitive theory.

2.5.1 Social cognitive theory

Social cognitive theory har i huvudsak utvecklats av Albert Bandura och är en av de mest använda teorierna inom hälsopromotionsarbete (Nutbeam & Harris, 2004). Detta beror på att teorin dels fokuserar på bakomliggande faktorer som leder till ett hälsosamt beteende samtidigt som den fokuserar på att främja förändring. Enligt Social cognitive theory styrs beteendet av en ständigt pågående interaktion mellan individen och dess omgivning, där omgivningen påverkar individen men individen också påverkar sin omgivning (se figur 3).



Figur 3. Social cognitive theory. Fritt efter Winroth & Nyqvist, 2008.

Inom Social cognitive theory finns tre nyckelbegrepp: self-efficacy, förväntningar på utfallet samt värdet av utfallet (Hallberg, 2010). Dessa tre begrepp tillsammans kommer att avgöra om en person ägnar sig åt ett beteende eller inte.

Self-efficacy kan förklaras som en individs tilltro till att den klarar av att utföra en specifik handling (Nutbeam & Harris, 2004). Att en person upplever tilltro till sin egen förmåga att utföra ett visst beteende, det vill säga upplever self-efficacy, anses vara en av de viktigaste förutsättningarna för att främja förändring. Därför är det i ett förändringsarbete viktigt att arbeta för att stärka en individs self-efficacy.

Det andra nyckelbegreppet, förväntningar på utfallet av aktiviteten (outcome expectations), är tilltron till att ett beteende kommer att leda till ett specifikt resultat för individen (Andersson, 2009). Genom att förstå vad en person förväntar sig av ett visst beteende kan fördelar och/eller nackdelar som beteendet innebär framhävas för att på så vis främja en beteendeförändring (Nutbeam & Harris, 2004).

Det tredje nyckelbegreppet inom teorin är värdet på utfallet (outcome value) (Hallberg, 2010). Detta begrepp kan förklaras som vikten av att uppnå det man önskar genom beteendet, det vill säga hur viktigt är det att lyckas.

3. Syfte

Syftet med studien är att kartlägga gravida kvinnors upplevelse av rådgivningen kring kost och matval som förmedlas vid mödravården i Halmstad, samt om de anpassar sin kost efter råden.

Frågeställningar:

- I vilken utsträckning upplever kvinnorna sig nöjda med kostrådgivningen?
- I vilken utsträckning upplever kvinnorna att de fått ställa frågor och att de fått svar på sina frågor?
- Är möjligheten att få ställa frågor och få svar på dessa relaterat till upplevelsen av rådgivningen?
- I vilken utsträckning upplever kvinnorna att de har förmågan att följa kostrekommendationerna?
- I vilken utsträckning har kvinnorna anpassat sina kostvanor i förhållande till kostrekommendationerna?
- Är kvinnornas BMI relaterat till tilltron till den egna förmågan att följa och anpassa sina matvanor efter kostrekommendationerna?

4. Metod

4.1 Metoddesign

Studien som genomfördes var av beskrivande karaktär då syftet var att undersöka hur gravida kvinnor upplever förmedlingen av kostråd vid mödravården i Halmstad. Kvinnornas upplevelser undersöktes vid ett tillfälle, det vill säga genom en tvärsnittsstudie (Dahmström, 2011). För genomförande valdes en kvantitativ ansats, vilket innebär att insamlad data bearbetades och analyserades statistiskt (Patel och Davidsson, 2010).

En första kontakt med mödravårdcentralen i Halmstad togs genom ett personligt besök för att se om intresse att delta i studien fanns från deras sida. Vid besöket överlämnades ett brev innehållande studiens syfte samt kontaktuppgifter till rapportförfattarna (se bilaga 1). Efter att sektionsledaren vid mödravården tagit del av informationen i det medtagna brevet blev författarna genom ett telefonsamtal inbjudna till ett personligt möte med den barnmorska som var kostansvarig för verksamheten. Under det personliga mötet berättade barnmorskan om befintliga rådgivningsrutiner kring alkohol, tobak, läkemedel, motion och kost. Information kring förmedling av kostråd som framkom under mötet presenterades i rapportens bakgrund under rubriken *Mödravården Halmstad*. Vid mötet överlämnades även den för studien framtagna enkäten för att kostansvarig samt sektionsledaren skulle få möjlighet att godkänna

dess innehåll. Dagen därpå kom via e-post ett medgivande från mödravården att delta i studien och assistera med utdelning av enkäter. Processen från det första besöket till ett godkännande av enkäten tog två veckor.

En pilotstudie på tre gravida kvinnor i författarnas bekantskapskrets genomfördes för att testa enkätens utformning och för att minska risken missförstånd eller felformulerade frågor (Dahmström, 2011). Pilotstudien resulterade inte i några förändringar av enkäten gjordes eftersom de tre kvinnorna ansåg att den var enkel att fylla i och lätt att förstå.

4.2 Urval

Mödravården i Halmstad valdes av bekvämlighetsskäl. Enkätundersökningen genomfördes under två sammanhängande dagar och totalt medverkade 56 kvinnor i studien. De som tillfrågades att delta i studien var gravida kvinnor inskrivna vid mödravården i Halmstad som besökte mottagningen under de två aktuella dagarna. Exklusionskriterier för deltagande var de kvinnor som besökte mödravården för andra orsaker än graviditet.

4.4 Etik

För denna studie har Vetenskapsrådets (2009) fyra etiska huvudkrav tagits i beaktande. Detta innebär att de deltagande i en introducerande text på undersökningenkäten informerades om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och anonymt samt att den insamlade informationen enbart skulle användas i ändamål för denna studie.

4.3 Datainsamling

Den metod som användes för datainsamling i studien var en enkät (se bilaga 2). Enkäten var till största delen kvantitativt utformad med en hög grad av standardisering och strukturering, vilket enligt Patel och Davidsson (2010) innebär fasta svarsalternativ. Undantag gjordes för den avslutande enkätfrågan där respondenten fritt kunde skriva ner sina åsikter. Anledningen till att valet föll på enkät som datainsamlingsmetod var för att på detta sätt kunde en grupp individer undersökas kostnadseffektivt och snabbt (Dahmström, 2011). Fasta svarsalternativ valdes eftersom de kräver mindre tid från respondenten vilket kan generera en högre svarsfrekvens.

Med enkätfrågan ”Hur bedömer Du Din förmåga att följa de kostrekommendationer Du fått på mödravårdcentralen i Halmstad under hela Din graviditet?” var avsikten att, genom de fyra svarsalternativen, mäta de gravida kvinnornas grad av self-efficacy. Alternativet ”klarar det helt säkert” skulle antyda en hög grad av self-efficacy, det vill säga hög tilltro till den egna förmågan att utföra den specifika uppgiften. De resterande tre svarsalternativen skulle ge en indikation på grad self-efficacy i dalande skala. Detta genom att teorin förutsäger att en person som tvivlar på sin förmåga att utföra en specifik uppgift avstår därifrån så länge tvivlet kvarstår (Andersson, 2009).

4.5 Utdelning och insamling av enkäter

Till mödravården i Halmstad överlämnades 75 stycken enkäter en måndags morgon innan de första patientbesöken för dagen påbörjades. Då sekreteraren i receptionen hade vetskap om vilka av de besökande kvinnorna som var gravida blev det dennes uppgift att dela ut enkäterna. Besökande kvinnor tillfrågades vid anmälan i receptionen om de kunde tänka sig att delta i studien genom att fylla i en enkät. De kvinnor som tackade ja fick ta med sig enkäten ut i väntrummet och ombads sedan lägga den ifyllt i en märkt låda. På eftermiddagen efter det sista patientbesöket nästkommande dag hämtades lådan med de ifyllda enkäterna. Att just dessa två dagar valdes för datainsamling var för att måndagar och tisdagar enligt M. Frieman (Personlig kommunikation, 19 april, 2013) är de dagar som flest gravida kvinnor besöker verksamheten. Av de 75 enkäterna lämnades 14 aldrig ut utan returnerades av sekreteraren. I lådan låg 56 stycken ifyllda enkäter, vilket betyder att fem av de enkäter som lämnades ut inte lades i lådan.

4.6 Databearbetning

Till att börja med lades samtliga enkätsvar in i det statistiska analysverktyget SPSS (version 21). Detta gjordes för att utifrån studiens syfte kunna presentera och beskriva det insamlade materialet med deskriptiv och jämförande statistik. Genom att dividera kroppsvikten i kilo med kroppslängden i kvadrat räknades kvinnornas BMI ut. Därefter delades kvinnorna in i WHO-kategorierna *undervikt*, *normalvikt*, *övervikt* och *fetma* utifrån sitt BMI. Denna kategorisering gjordes för att kunna göra jämförelser mellan de olika BMI-grupperna och andra relevanta variabler.

Vidare skapades dikotoma utfall utifrån enkätfrågorna (se tabell 3), för att öka den statistiska styrkan och tydligare besvara våra frågeställningar (Gellerstedt, 2004). De analyser som gjordes var:

- Upplevelse av rådgivning i förhållande till möjligheten att ställa frågor.
- Upplevelse av rådgivning i förhållande till att få frågor besvarade.
- Anpassning av kost i förhållande till upplevd förmåga att följa de kostråd som ges.
- BMI ($>18.5 - 24.9$ vs. $>25 \text{ kg/m}^2$) i förhållande till upplevd förmåga att följa kostråden.
- BMI ($>18.5 - 24.9$ vs. $>25 \text{ kg/m}^2$) i förhållande till anpassning efter kostråd.

Tabell 3. Översikt över de dikotoma utfall som skapats utifrån enkätfrågorna.

Enkätfråga	Svar → Dikotoma utfall
Hur har Du upplevt rådgivningen kring kost och matval som du fått från mödravårdcentralen i Halmstad?	”Mycket bra” och ”bra” → Bra ”Varken bra eller dålig”, ”Dålig” och ”Mycket dålig” → Mindre bra
Har du upplevt att du haft möjlighet att ställa frågor kring kost och matval på mödravårdcentralen i Halmstad?	”Ja” och ”delvis” → Ja ”Nej” → Nej
Upplever Du att Du fått svar på dina frågor kring kost och matval på mödravårdcentralen i Halmstad på ett tillfredsställande sätt?	”Ja” och ”delvis” → Ja ”Nej” → Nej
Har Du anpassat Dina matvanor efter de rekommendationer Du fått på mödravårdcentralen i Halmstad?	”Ja” och ”Delvis” → Ja ”Nej” → Nej
Hur bedömer Du Din förmåga att följa de kostrekommendationer Du fått på mödravårdcentralen i Halmstad under hela Din graviditet?	”Klaras det helt säkert” → Klarar det helt säkert ”Klaras det ganska bra” och ”Klaras det mindre bra” → Klarar det mindre bra

Chi-två test användes för att göra statistiska jämförelser mellan de olika grupperna som skapats (Ejlertsson, 2003). Undantag gjordes för ”Upplevelse av rådgivning kopplat till möjligheten att ställa frågor” där Fisher’s test användes istället eftersom mer än en femtedel av de förväntade värdena var mindre än fem i det chi-två test som gjordes först (Gellerstedt, 2004). Den signifikansnivå som använts i denna studie är 0,05 ($p < 0,05$).

5. Resultat

Resultaten kommer att presenteras i tabeller, figurer och löpande text för att underlätta för läsaren att ta till sig informationen. Av de 61 stycken enkäter som delades ut vid mödravårdcentralen i Halmstad återlämnades 56 stycken ifyllda, vilket innebar ett bortfall på fem enkäter. Det totala antalet deltagare presenteras vid respektive frågeställning då även enskilda bortfall på specifika frågor förekom.

5.1 Deltagare

Kvinnorna hade vid genomförandet av studien gått olika långt i graviditeten, veckorna varierade från vecka nio till vecka 42. Två kvinnor var i första trimestern (v1-12), 14 kvinnor var i andra trimestern (v13-25) och 40 kvinnor var i tredje trimestern (v26-42). Av de deltagande kvinnorna hade 26 stycken barn sedan tidigare. Kvinnornas BMI-värden före

graviditeten varierade mellan 16,6 kg/m² och 45,2 kg/m², medelvärdet hamnade på BMI 25,0 kg/m². I tabell 4 redovisas fördelningen av respondenternas BMI uppdelat från undervikt till fetma.

Tabell 4. Fördelning av respondenternas BMI före graviditeten presenterat i procent (n=56).

BMI (kg/m ²)	Fördelning procent (%)
Undervikt BMI <18,5	5
Normalvikt BMI 18,5-24,9	64
Övervikt BMI 25,0-29,9	9
Fetma BMI >30	21

5.2 Förmedling av kostråd

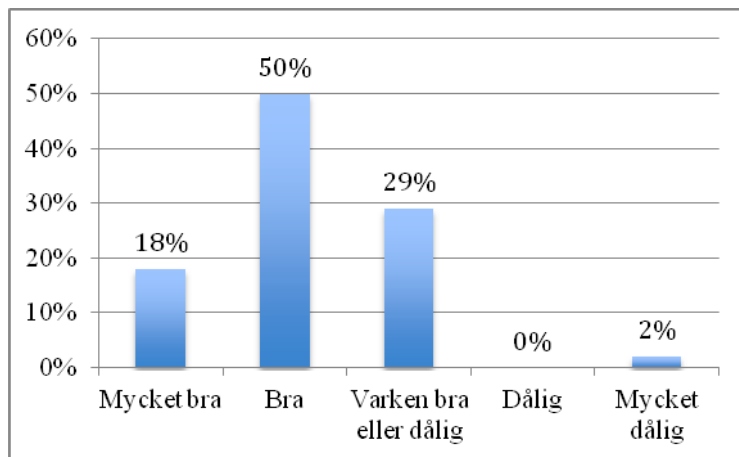
Av kvinnorna i studien svarade 73 procent (n=41) ja på frågan om det fått råd kring kost och matval under graviditeten. Av de kvinnor som angett att de inte fått råd har hälften barn sedan tidigare. Hur kvinnorna har fått information kring kost redovisas nedan (se tabell 5). På denna fråga var det möjligt att ange flera svarsalternativ. De två mest frekventa rådgivningssätten som kvinnorna angett är ”personlig rådgivning från barnmorska” samt ”hänvisning till Livsmedelsverkets hemsida”. Av de fem personer som angav alternativet ”annat” skrev två att de hämtat information från sjukvårdsupplysningens hemsida, två att information inte varit aktuellt på grund av att de redan tagit del av den vid tidigare graviditeter. En kvinna angav att hon inte fått någon information alls.

Tabell 5. Procentuell fördelning av hur kvinnorna fått information kring kost från mödravården i Halmstad (n=41).

Typ av rådgivning	Fördelning procent (%)
Personlig rådgivning från barnmorska	32
Personlig rådgivning från dietist	0
Gruppträff	2
Broschyr	21
Hänvisning till Livsmedelsverkets hemsida	39
Annat	5

5.3 Upplevelse av rådgivning

Mer än två tredjedelar (n=38) av kvinnorna upplevde rådgivningen som ”bra” eller ”mycket bra”. Rådgivningen upplevdes som ”varken bra eller dålig” av 29 procent (n=16) av respondenterna, medan 2 procent, vilket motsvarar en person, upplevde rådgivningen som ”mycket dålig” (se figur 4). Den kvinna som i föregående fråga angett att hon inte fått någon rådgivning alls valde att inte svara på frågan angående upplevelse av rådgivningen.



Figur 4. Kvinnornas upplevelse av rådgivningen kring kost och matval redovisat i procent (n=55).

5.4 Möjlighet att ställa och få svar på frågor kring kost och matval

I enkätfråga åtta efterfrågades om kvinnorna haft möjlighet att ställa frågor kring kost och matval. De som angivit ”Nej” ombads hoppa över fråga nio som löd ”Upplever du att du fått svar på dina frågor kring kost och matval på mödravårdcentralen i Halmstad på ett tillfredsställande sätt?” och istället gå vidare till fråga tio. Denna frågekonstruktion medförde tre bortfall och med hänsyn tagen till dessa redovisas resultatet av frågorna nedan. Totalsumman av deltagare i denna fråga blev därför 53 kvinnor (se tabell 6).

Av kvinnorna i studien var det 43 stycken som upplevde att de haft möjlighet att ställa frågor och av dessa ansåg 36 att de har fått svar. Sju av de 43 kvinnorna hade delvis fått sina frågor besvarade. Sju kvinnor upplevde att de delvis kunnat ställa frågor. Fyra av dessa ansåg att de har fått svar på frågorna de ställt medan tre upplevde att de delvis fått sina frågor besvarade. Tre respondenter ansåg att de inte fått möjlighet att ställa några frågor och har därmed inte besvarat fråga nio.

Tabell 6. Möjlighet att ställa frågor och få svar på frågor (n=53).

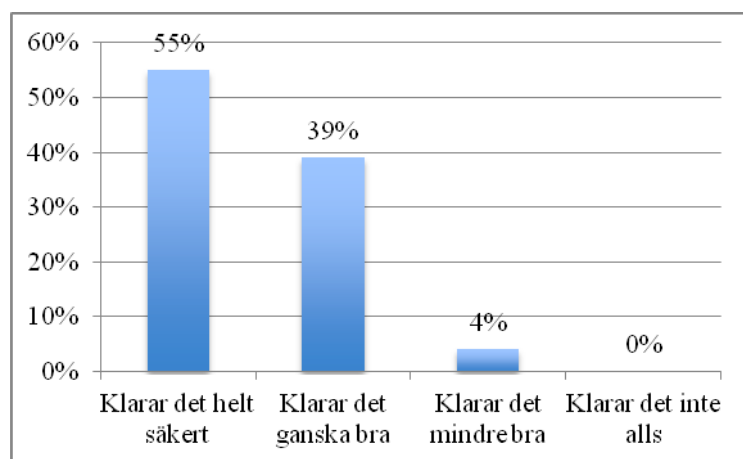
Fått svar på frågor				
Möjlighet att ställa frågor	Ja	Nej	Delvis	Totalt
Ja	36		7	43
Nej		3*		3
Delvis	4		3	7
Totalt	40	3	10	53

*) Gäller endast möjligheten att ställa frågor.

Då kvinnornas svar grupperades i dikotoma utfall och jämfördes utifrån om de upplevt rådgivningen som bra ("bra" eller "mycket bra") jämfört med mindre bra var det en större andel i den grupp som upplevt rådgivningen som bra som fått möjlighet att ställa frågor ("ja" och "delvis") ($p=0,026$). Att däremot ha "fått svar på frågor" ("ja och delvis") jämfört med att uppleva rådgivningen som bra ("bra" eller "mycket bra") gav inga signifikanta utfall.

5.5 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna

Mer än hälften av de gravida kvinnorna ($n=31$) bedömde att de helt säkert klarar av att följa de kostrekommendationer som de fått av mödravården under hela graviditeten (se figur 5). Två personer (4 procent) angav att de klarar det mindre bra och resterande att de ganska bra klarar av att följa kostrekommendationerna under hela graviditeten ($n=22$). En kvinna valde att inte besvara frågan.



Figur 5. Kvinnornas upplevda förmåga att följa kostrekommendationerna redovisat i procent ($n=55$).

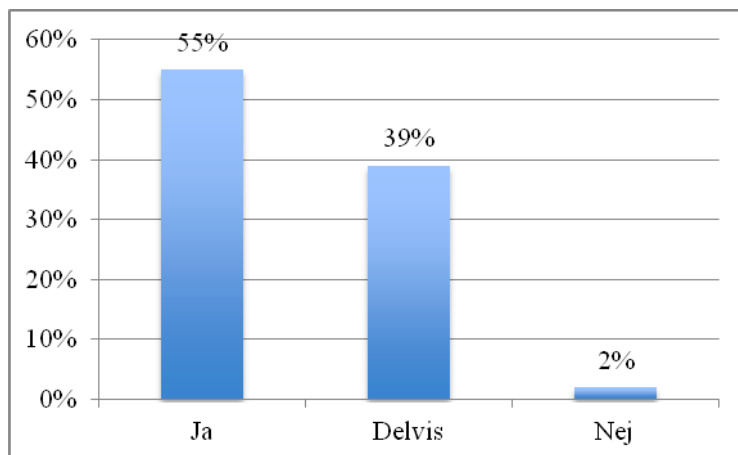
5.5.1 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna i förhållande till BMI

De kvinnor som före graviditeten hade ett BMI inom ramen för normalvikt har i större utsträckning angett att de helt säkert klarar av att följa angivna kostrekommendationer ($n=23$) jämfört med de kvinnor vars BMI visade på övervikt eller fetma ($n=6$). De personer som är överviktiga och feta väljer i större utsträckning svaret "klarar det ganska bra" ($n=9$). I denna jämförelse ingår totalt 52 respondenter. Detta beror på att underviktiga exkluderades ($n=2$) samt att två respondenter valde att inte besvara frågan.

Då dikotoma utfall grupperats efter BMI under respektive över 25 kg/m^2 fanns en tendens mot en signifikant skillnad mellan dessa grupper gällande den upplevda förmågan att följa kostrekommendationerna ("klarar det helt säkert"). Kvinnorna i gruppen med BMI under 25 kg/m^2 i större utsträckning hade en tilltro till sin egen förmåga ($p=0,071$).

5.6 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna

Strax över hälften av kvinnorna (n=31) angav att de anpassat sin kost enligt de rekommendationer de fått (se figur 6). En person har angett att den inte gjort det (2 procent). Resterande (n=22) svarar att de delvis har anpassat sina kostvanor efter de rekommendationer som anges. Två personer besvarade inte frågan.



Figur 6. Kvinnornas anpassning av matvanor efter rekommendationer redovisat i procent (n=54).

Då dikotoma utfall skapats efter hur kvinnorna bedömde sin förmåga att följa kostrekommendationerna visade det sig att en signifikant större andel av dem som svarat ”klarar det helt säkert” anpassat sin kost (”ja” och ”delvis”) jämfört med dem som bedömde sin förmåga som mindre säker ($p=0,004$).

5.6.1 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna i förhållande till BMI

Kvinnorna som före graviditeten hade ett BMI motsvarande normalvikt har i större utsträckning angett de har anpassat sina matvanor efter rekommendationerna (n=23) jämfört med de kvinnor vars BMI visade på övervikt eller fetma (n=7). En högre andel av de kvinnor som före graviditeten var överviktiga eller feta (n=9) har angett att de delvis anpassat sina matvanor i förhållande till de normalviktiga kvinnorna (n=12). I denna jämförelse ingår totalt 51 respondenter. Detta beror på att underviktiga exkluderades (n=2) samt att tre respondenter valde att inte besvara frågan. Då dikotoma utfall jämfördes var dock inte ett BMI under 25kg/m^2 signifikant associerat med att ha anpassat sina matvanor.

5.7 Förslag på förbättringar

Enkäten avslutades med en öppen fråga där det efterfrågades om respondenterna saknat något vad gäller råden kring kost och matval samt om det fanns något som skulle kunna förbättras. Sju kvinnor lämnade kommentarer. Tre stycken skrev att de var nöjda med den rådgivning som de erhållit genom mödravården. De övriga svarande upplevde att det var något som saknades. Citaten nedan är hämtade ur de kommentarer som återfanns i enkäterna där komplettering av den befintliga rådgivningen önskades.

”Saknar kompetens om tillsatser i maten, inga rekommendationer om ekologisk mat.”

”Råd mot halsbränna, saker man bör undvika för att minska halsbränna.”

”Vilka fiskar man inte ska äta.”

”Informationen från mödravården har mest varit inriktad på alkohol och rökning. Ej så mycket kost.”

5.8 Resultatsammanfattning

I denna studie framkommer det att majoriteten av kvinnorna upplever rådgivningen de fått från mödravårdcentralen i Halmstad som ”bra” eller ”mycket bra”. De som har haft möjlighet att ställa frågor upplever i större utsträckning rådgivningen som bättre jämfört med de kvinnor som inte fått möjlighet att ställa frågor. Att få frågorna besvarade har dock inte samma statistiskt säkerställda påverkan på hur rådgivningen upplevs. Mer än hälften av kvinnorna bedömer tilltron till den egna förmågan att följa kostrekommendationerna som hög; ”klarar det helt säkert”. De kvinnor som före graviditeten hade ett BMI under 25kg/m^2 svarar i större utsträckning ”klarar det helt säkert” gällande förmågan att följa kostrekommendationerna. Kvinnor som före graviditeten hade ett BMI över 25kg/m^2 svarar istället ”klarar det ganska bra”. När det kommer till anpassning av matvanor har 55 procent av kvinnorna anpassat sina matvanor ”ja” och 39 procent anpassat sina matvanor ”delvis”. Resultaten visar också att normalviktiga kvinnor i större utsträckning anpassat sina matvanor ”ja” och att överviktiga och feta i större utsträckning ”delvis” anpassat sina matvanor. Dock är ett BMI under 25kg/m^2 inte signifikant associerat med att ha anpassat matvanorna.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Enligt Patel och Davidsson (2003) är det viktigt att välja rätt undersökningsmetod för att besvara syfte och frågeställningar. Med utgångspunkt från detta valdes en kvantitativ ansats och enkät som metod. Enkätfrågorna utformades utifrån studiens syfte och de frågeställningar som formulerats för att i så hög grad som möjligt undersöka det som avsågs.

Mödravården i Halmstad föredrog att lämna ut enkäter under två dagar vilket gjorde att den metod vi valt var passande. Detta eftersom enkät som undersökningsmetod gör att en större grupp individer kan nås på kort tid (Dahmström, 2011). En enkät utformad med fasta svarsalternativ kräver mindre tid från respondenten jämfört med en enkät med öppna frågor. Att det kan vara mindre tidskrävande att fylla i frågor med fasta svarsalternativ visade sig genom att endast sju av de 56 respondenterna valt att besvara den avslutande öppna frågan.

Enkäten var avsedd att besvaras under den tid som respondenten spenderade i väntrummet. Då kunskap om hur lång tid en genomsnittlig besökare spenderar i väntrummet saknades var en enkät som tog kort tid att fylla i att föredra. Detta eftersom tillräckligt med tid är viktigt för att minimera bortfall på enskilda frågor samt undvika eventuella mätfel (Dahmström, 2011). Fem stycken av de enkäter som delades ut återfanns inte i svarslådan. En förklaring skulle kunna vara att respondenten blev inropad till barnmorskan innan den hann fylla i enkäten. Om respondenten av någon anledning inte hann färdigt fanns det möjlighet att besvara enkäten efter besöket då svarslådan var placerad vid mödravårdens utgång. Längre tid för utdelning och insamling av enkäterna hade varit önskvärt då detta hade kunnat generera ett större underlag. Då mödravården på grund av patientsekretessen stod för utdelning av enkäterna fick anpassning efter deras önskemål ske. Det faktum att utdelningen av enkäterna begränsades till ett tillfälle gör att den data som framkom endast är tvärsnittsdata, vilket innebär att kvinnornas upplevelser studerades vid ett tillfälle (Dahmström, 2011). Utifrån detta upplägg kan slutsatser gällande kausala samband inte dras.

De respondenter som deltog i undersökningen utgör sannolikt ett representativt urval av de inskrivna vid mödravårdcentralen i Halmstad eftersom undersökningen genomfördes under två obundet slumpmässigt utvalda dagar. Detta betyder att valet av dagar inte styrdes på något sätt utan det var slumpen som bestämde, vilket i sin tur ökar möjligheten att dra tillförlitliga slutsatser utifrån resultatet.

En nackdel med att använda enkät som undersökningsmetod kan vara att det inte finns möjlighet att komplettera med följdfrågor eller att förklara något som respondenten upplever som otydligt (Patel & Davidsson, 2003). Genom att istället intervjua kvinnorna hade det funnits en möjlighet att få en djupare kunskap och förståelse för hur de ser på rådgivningen.

Vid sammanställningen av resultatet reflekterade författarna över om bakgrundsfrågan ”Vikt före graviditet?” kan ha misstolkats. Några av respondenterna kan ha angett sin vikt vid tidpunkten för enkätens genomförande istället för sin pregravid vikt. Om så är fallet är det BMI som beräknats missvisande vilket i sin tur kan generera felaktiga statistiska jämförelser och minska studiens tillförlitlighet. Anledningen till denna reflektion är att fyra av kvinnorna fick ett BMI $>35\text{kg/m}^2$, vilket försvårar möjligheten att bli gravid (Socialstyrelsen, 2009).

Som kan utläsas av resultatet föll en till två personer bort från sammanställningen vid specifika frågor då de inte kryssat i samtliga svar. Enkätfrågan ”möjlighet att ställa frågor” och följdfrågan ”fått svar på frågor” genererade i tre stycken bortfall, vilket berodde på att tre respondenter angett att de fått möjlighet att ställa frågor men sedan hoppat över följdfrågan. Med undantag från ovannämnda bortfall fylldes 53 av 56 enkäter i på ett korrekt sätt, vilket innebär att samtliga frågor besvarades, ingen av respondenterna lade till egna svarsalternativ och endast det antal svarsalternativ som avsågs var markerade (Dahmström, 2011). Bortfallet var således så litet som fem procent. Med utgångspunkt från Patel och Davidsson (2003) bör studien därför ha en hög reliabilitet. Även det faktum att en pilotstudie gjordes innan enkäterna användes för att genomföra studien minskade risken för eventuella missförstånd (Dahmström, 2011).

En begränsning i den statistiska analysen är att kunskap gällande hur många enkätsvar som krävdes för att statistiskt bekräfta relevanta skillnader mellan de olika grupperingarna saknades då studien planerades. Att det i vissa fall finns brist på signifikanta samband behöver inte betyda att det inte finns några, utan i stället att de inte kan visas givet storleken på denna studie. I de fall där samband förekommer bedöms å andra sidan risken för slumpfynd som liten; då dessa går i linje med rådande hypoteser och det totala antalet statistiska test var litet.

6.2 Resultatdiskussion

Utifrån det BMI som beräknats kan det konstateras att 30 procent av respondenterna var överviktiga eller feta innan de gick in i graviditeten. Då individer ombeds skatta vikt och längd finns det dock en tendens att de ser sig vara lite längre och väga lite mindre (Statistiska centralbyrån, 2012). Med detta i åtanke skulle en vägning, före graviditeten, och en mätning av deras längd kunna generera en högre procentsats inom ramen för övervikt och fetma. Enligt Socialstyrelsen (2013) är 38 procent av alla kvinnor i Sverige som går in i en graviditet överviktiga eller feta. Om inte vikt och längd hade angetts genom självskattning hade det med denna utgångspunkt varit möjligt att andelen överviktiga och feta i den undersökta gruppen varit än mer i linje med genomsnittet. Det antyder dock att studiepopulationen inte är helt representativ i förhållande till befolkningen i stort.

6.2.1 Förmedling av kostråd

Av de kvinnor som deltog i studien anger 73 procent att de fått råd kring kost och matval från mödravårdscentralen i Halmstad under sin graviditet. Detta kan tyckas vara en anmärkningsvärt låg siffra med tanke på att det enligt M.Frieman (Personlig kommunikation, 19 april, 2013) genomförs ett hälsosamtal, vilket bland annat innefattar kost, vid kvinnans första besök hos mödravården i samband med en graviditet. Hälften av dem som säger att de inte har fått råd kring kost och matval har barn sedan tidigare. Ett antagande kan därför vara de kvinnor som säger att de inte har fått rådgivning redan har kunskapen och därför inte varit i behov av några råd.

Kommunikationsprocessen kan anses vara fungerande då mer än två tredjedelar av kvinnorna upplever rådgivningen som ”bra” eller ”mycket bra” och endast en person anger att den upplever rådgivningen som ”mycket dålig”. Rådgivningen förmedlas främst genom att kvinnorna hänvisas till Livsmedelsverkets hemsida (39 procent) och genom rådgivning från barnmorska (32 procent). Att barnmorskorna främst hänvisar till Livsmedelsverket för kostinformation skulle också kunna vara en faktor som påverkat att det finns kvinnor som angett att de inte fått några råd.

Av kvinnorna som deltog i studien var 30 procent övervikiga eller feta innan de gick in i graviditeten och av dessa var det fyra som hade $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$. Enligt M. Frieman (Personlig kommunikation, 19 april, 2013) finns det möjlighet att remittera kvinnor som lider av övervikt eller fetma till en dietist. Trots detta är det ingen som anger att de fått kostrådgivningen av en dietist, vilket kan vara värt att påpeka eftersom att få stöd med att lägga upp sin kost under graviditeten kan minska risken att gå upp för mycket i vikt (Mottola et al., 2010). Detta kan också kopplas till att vid ett högt BMI innan graviditeten behövs en lägre energitillförsel eftersom befintligt depåfett kan användas som energikälla (Abrahamsson et al., 2006).

6.2.2 Möjlighet att ställa och få svar på frågor kring kost och matval

Resultatet visar att 43 av kvinnorna upplever att de fått möjlighet att ställa frågor och av dessa anser 36 stycken att de fått sina frågor besvarade. Den som får möjlighet att ställa frågor upplever rådgivningen som bättre ($p=0,026$). Med detta som utgångspunkt bör den som förmedlar råden till kvinnan lämna utrymme till att ställa frågor. Däremot finns inga signifikanta utfall gällande att uppleva rådgivningen som ”mycket bra” eller ”bra” och få sina frågor besvarade. En tänkbar förklaring skulle kunna vara att det är viktigare att få möjligheten att ställa frågor än att få dessa besvarade.

6.2.3 Upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna

Den upplevda förmågan hos kvinnorna att anpassa sin kost efter kostrekommendationerna de fått kan kopplas till begreppet self-efficacy som ingår i Social cognitive theory (Nutbeam & Harris, 2004). Bland respondenterna svarar 59 procent ”klarar det helt säkert” på frågan om upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna vilket skulle kunna tolkas som att dessa kvinnor upplever en hög grad av self-efficacy när det kommer till att förändra kostvanorna. Av kvinnorna är det 39 procent som svarar att de klarar att anpassa sina kostvanor ganska bra och fyra procent, det vill säga två kvinnor, svarar att de klarar det mindre bra. Innebörden av detta skulle kunna vara att de senast nämnda kvinnorna upplever en lägre grad av self-efficacy jämfört med dem som svarar ”klarar det helt säkert” när det kommer till förmågan att anpassa sina kostvanor. Enligt Andersson (2009) innebär en högre grad av self-efficacy vid förändring av kostvanor i önskvärd riktning en större chans att lyckas.

Vid jämförelse av BMI i förhållande till upplevd förmåga att följa kostrekommendationerna framkommer att kvinnorna i gruppen med BMI under 25 kg/m² tenderar att i större utsträckning ha tilltro till sin egen förmåga ”klarar det helt säkert”(p=0,071). Detta kan betyda att normalviktiga upplever en högre grad av self-efficacy i frågan om upplevd förmåga att ändra sin kost jämfört med överviktiga och feta alternativt att en högre grad self-efficacy leder till normalvikt. Eftersom det är en tvärsnittsstudie som genomförts är det enda som kan sägas att det finns en nära signifikant association mellan ett BMI under 25 kg/m² och ”klarar det helt säkert”.

6.2.4 Anpassning av matvanor efter kostrekommendationerna

Anpassning av matvanor efter rekommendationerna kan anknytas till förväntningar på utfallet på så vis att kvinnan väljer det beteende som bäst främjar hennes och det ofödda barnets hälsa. Ytterligare bör värdet på utfallet, det vill säga hälsan för kvinnan och fostret, vara viktigt för kvinnan för att hon ska välja att anpassa sina matvanor. Dessa båda begrepp ingår liksom self-efficacy i Social cognitive theory (Nutbeam & Harris, 2004)..

Av kvinnorna i studien svarar 55 procent ”ja” på frågan om de anpassat sin kost efter rekommendationerna och 39 procent anger ”delvis”. Enligt Szwajcer et al. (2008) har gravida kvinnor ett ökat intresse för kost och hälsa samtidigt som det är den tidpunkten i livet som kvinnor är mest benägna att förändra sina kostvanor. Med denna utgångspunkt kan det antas att de kvinnor som anger att de delvis anpassat sina matvanor inte ser sin egen och fostrets hälsa som mindre viktig jämfört med dem som har anpassat sina matvanor. Troligt är istället att dessa kvinnor inte anpassat sina matvanor fullt ut och skulle till exempel kunna innebära att de inte kommer upp i rekommenderad mängd frukt och grönsaker eller att de inte väljer att köpa lättprodukter. Sannolikt är dock att de undviker det som är direkt skadligt, som till exempel alkohol. Detta kan kopplas till en grekisk studie som visar att kvinnor drar ner på konsumtion av skadliga ämnen under sin graviditet (Mparmpakas, Goumenou, Zachariades,

Pados, Gidron & Karteris, 2013).

6.2.5 Upplevd förmåga kopplat till anpassning av matvanor

De kvinnor som anger en hög tilltro till den upplevda förmågan att ändra sin kost efter rekommendationerna har i större utsträckning också ändrat den. Detta antyder att en hög grad av self-efficacy bland dessa kvinnor kan kopplas till att ha en större chans att lyckas genomföra en förändring, vilket också är förenligt med teorin kring self-efficacy enligt Nutbeam & Harris (2004). Med denna tvärsnittsstudie kan vi dock inte säga om att lyckas med förändringar föregått ökad self-efficacy, dvs. om det är upplevelsen av att framgångsrikt göra förändringar som stärker tron på den egna förmågan, eller om det faktiskt är de kvinnor som initialt hade en högre self-efficacy som också lyckats genomföra kostförändringar. Merparten av kvinnorna var i tredje trimestern vilket innebär att de haft större delen av graviditeten på sig att utvärdera om de klarat genomföra de rekommenderade kostförändringarna.

Att vara normalviktig är inte signifikant associerat till att ha ändrat sina kostvanor i enlighet med rekommendationerna. Detta kan verka motsägelsefullt då de normalviktiga visar en tendens mot högre self-efficacy vad gäller förmågan att följa kostrekommendationerna, vilket i sin tur är tydligt associerat med förändring. Med denna utgångspunkt borde en normal vikt innebära att en kostförändring genomförts i större utsträckning. Så var dock inte fallet, vilket kan bero på att andra okända faktorer spelar in. Det kan också vara så att de normalviktiga kvinnorna upplevt att de inte ändrat sina kostvanor men att de i större utsträckning ändå följer rekommendationerna, vilket är rimligt då att följa rekommendationerna är förenat med normalvikt (Abrahamsson et al., 2006) .

6.3 Slutsatser och implikationer

Studien visar att majoriteten av kvinnorna är nöjda med den rådgivning som de fått på mödravården i Halmstad. De som upplever att de fått möjlighet att ställa frågor upplever också rådgivningen som bättre jämfört med dem som inte fått möjlighet att ställa frågor. Kvinnor med ett BMI inom ramen för normalvikt uppvisar en tendens till en högre grad av self-efficacy gällande förmågan att följa kostrekommendationerna. Kvinnor med en hög grad av self-efficacy anger även att de anpassat kosten i större utsträckning. Eftersom det är en tvärsnittsstudie som genomförts kan dock inga slutsatser dras gällande kausala samband.

Med utgångspunkt från den genomförda studien är det av vikt att det finns utrymme för gravida kvinnor att ställa frågor då de besöker mödravården eftersom rådgivningen då upplevs som bättre. Mödravården bör också sträva efter att stärka den gravida kvinnans self-efficacy eftersom en högre tilltro till den egna förmågan sannolikt leder till att kosten i högre grad anpassas efter rekommendationerna som ges. Här ska också framhållas att kvinnor med ett BMI över 25 kg/m² troligtvis behöver mer stöd i att höja graden av self-efficacy jämfört med kvinnor med ett BMI under 25 kg/m² eftersom de föregående enligt studien visade en lägre

grad av self-efficacy. Att tillämpa self-efficacy-höjande strategier enligt Social cognitive theory är ett möjligt sätt att åstadkomma detta inom mödrahälsovården.

Inom hälsopromotionsområdet skulle resultatet av denna studie kunna ligga till grund för planering av kost – och hälsoinformation till gravida kvinnor, även om en större studie behövs för att bekräfta det som framkommit.

6.4 Förslag på vidare forskning

En större studie hade varit önskvärd för att se om liknande resultat skulle framkomma. Det hade också varit intressant att göra en jämförande studie mellan mödravårdcentraler i olika län för att se om eventuella skillnader finns. Utifrån våra fynd skulle en randomiserad kontrollerad studie med syfte att undersöka effekten av olika rådgivningsstrategier kunna vara ett nästa steg i att evidensunderbygga rådgivning inom mödravården.

7. Referenser

Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W., & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB.

Andersson, I. & Ejlertsson, G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, S I. (2002). *Hälsopsykologi. En introduktion*. Lund: Wallin & Dalholm.

Andersson, S I. (2009). *Hälsa och psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Dahmström, K., (2011). *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

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

Gellerstedt, M. (2004). *M12 Medicinsk statistik*. Sollentuna: Merck Sharp & Dohme.

Hallberg, L. (2010). *Hälsa och livsstil: Forskning och praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Inskip, H. M., Crozier, S. R., Godfrey, K. M., Borland, S. E., Cooper, C., & Robinson, S. M. (2009). Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. *British Medical Journal*, 3(7), 586-592, doi:10.1136/bmj.481

Institute of Medicine (IOM) Food and Nutrition Board. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: National Academy Press.

Johansson, G. (2010). Kostråd i vården – en väg kantad av motgångar och möjligheter. *Läkartidningen*, 107(51), 3276-3278.

Jones, J., Housman, J. & McAleese, W. (2010). Exercise, Nutrition, And Weight Management During Pregnancy. *American Journal of Health Studies*, 25(3), 120-128.

Jarlbro, G. (2010). *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Lindeberg, G., & Löf, M. (2007), *Mat för gravida och ammande. De senaste rönen och de bästa recepten*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.

Livsmedelsverket. (2012a). *Råd om bra mat för gravida – handledning för mödrahälsovården*. Uppsala: Livsmedelsverket

Livsmedelsverket. (2012b). *Verksamhet*. Hämtad 2013-04-17 från <http://www.slv.se/sv/grupp3/Om-oss/>

Livsmedelsverket. (2012c). *Rekommenderat intag av vitaminer och mineraler*. Hämtad 2013-04-19 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Rekommenderat-intag-av-vitaminer-och-mineraler/>

Livsmedelsverket. (2012d). *Rekommendationer om intag av fett, kolhydrater och protein*. Hämtad 2013-05-14 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Rekommendationer-om-intaget-av-fett-kolhydrater-och-protein/>

Livsmedelsverket. (2013a). *Kostråd*. Hämtad 2013-04-03 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/>

Livsmedelsverket. (2013b). *Råd om mat till dig som är gravid*. Hämtad 2013-04-19 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/gravida/>

Mottala, M. F., Giroux, I., Gratton, R., Hammond, A., H., Harris, S., McManus, R... Sopper, M. (2010). Nutrition and Exercise Prevent Excess Weight Gain in Overweight Pregnant Women. *Med Sci Sports Exerc*, 42(2), 265–272. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181b5419a

Mparmpakas, D., Goumenou, A., Zachariades, E., Pados, G., Gidron, Y. & Karteris, E. (2013). Immune system function, stress, exercise and nutrition profile can affect pregnancy outcome: Lessons from a Mediterranean cohort. *Experimental and therapeutic medicine*, 5(2), 411–418. doi: 10.3892/etm.2012.849

Nutbeam, D. & Harris, E. (2004) *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories*. 2:a upplagan. McGraw-Hill Book Company Australia Pty Limited.

Patel, R. & Davidson, B. (2010). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Matvanor*. Hämtad 2013-04-16 från <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Matvanor/>

Statens folkhälsoinstitut. (2012a). *Hälsa vad är det?* Hämtad 2013-04-03 från <http://www.fhi.se/Handbocker/Seniorguiden/Fakta-om-halsosamt-aldrande/Halsa-vad-ar-det/>

Statens folkhälsoinstitut. (2012b). *Vad är det som påverkar hälsan?* Hämtad 2013-04-03 från <http://www.fhi.se/Handbocker/Seniorguiden/Fakta-om-halsosamt-aldrande/Vad-ar-det-som-paverkar-halsan/>

Statistiska centralbyrån. (2012). *Växer på bredden.* Hämtad 2013-05-16 från http://www.scb.se/Pages/Article_____340901.aspx

Szwajcer, E. M., Hiddink, G. J., Maas, L., Koelen, M. A. & van Woerkum, C. M. J. (2008). Nutrition-related information-seeking behaviours of women trying to conceive and pregnant women: evidence for the life course perspective. *Family Practice*, 25(1), 99-104. doi: 10.1093/fampra/cmn077

Vause, T., Martz, P., Richard, F., & Gramlich, L. (2006). Nutrition for healthy pregnancy outcomes. *Applied Physiological Nutrition Metabolism*, 31(1), 12-20. doi:10.1139/H06-001

Vetenskapsrådet (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Vetenskapsrådet: Uppsala universitet.

Vårdguiden. (2009). *Mat under graviditeten.* Hämtad 2013-04-03 från <http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Livsstilsfragor/Mat-under-graviditeten/>

Vårdguiden. (2010). *Hos barnmorskan vecka 1-12.* Hämtad 2013-04-08 från <http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Kontroller-och-stod-under-graviditeten/Hos-barnmorskan-vecka-1-12/>

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008) *Hälsa & hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå.* Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Bilaga 1 Brev till Mödravårdscentralen

Hej!

Våra namn är Linda Olandersson och Karin Månsson och vi läser båda Hälsopromotionsprogrammet med kostinriktning vid Göteborgs universitet.

Vi har kommit till den delen av vår utbildning då vi ska skriva kandidatuppsats. Vi önskar undersöka hur gravida kvinnor uppfattar råden som de får kring kost på mödravårdcentralen i Halmstad i samband med sin graviditet. Anledningen till att vi vill skriva vår uppsats i just detta ämne är att det saknas kunskap om de gravida kvinnornas perspektiv i dessa frågor; det är alltså en viktig forskningsfråga. Att utforska dessa kvinnors upplevelser och attityder till kostråd kommer också att resultera i information som kan vara till direkt gagn för ert arbete. Efter att vi gjort undersökningen kommer vi självklart att presentera resultaten för er.

För att göra vår undersökning behöver vi:

- Information från er angående vad ni har för generella riktlinjer för att ge kostråd. (Kan ske antingen genom en telefonintervju eller kort personlig intervju)
- Göra en enkätundersökning bland gravida kvinnor där vi ställer frågor kring deras upplevelse av kostråd. (Vi delar först ut och samlar in enkäter vid lämpligt tillfälle enligt överenskommelse. Det är naturligtvis frivilligt och anonymt att delta i enkätundersökningen)

Vi hoppas att ni vill samarbeta med oss.

Med vänliga hälsningar

Linda och Karin

Telefon Linda: 0736-17 70 30

Telefon Karin: 0733-26 01 96

Bilaga 2 Enkät

Vi är två studenter som läser Hälsopromotionsprogrammet med inriktning kost vid Göteborgs universitet. Vi håller för närvarande på med att skriva vår kandidatuppsats där vi önskar undersöka hur kvinnor upplever råden som de får kring kost och matval på mödravårdcentralen i Halmstad i samband med sin graviditet.

Vi hade uppskattat om Du tog dig tid att svara på nedanstående frågor. Ditt deltagande är frivilligt och behandlas anonymt. Ditt bidrag kommer endast att användas som underlag till vår kandidatuppsats.

Enkätundersökning – Kostråd till gravida

Bakgrundsinformation

- 1) Vikt före graviditeten _____ kg
- 2) Längd _____ cm
- 3) Vilken graviditetsvecka är Du i? _____
- 4) Har Du barn sedan tidigare?
Ja () Nej ()

Kost och matval

Kryssa endast för ett alternativ om inte annat anges i frågan.

- 5) Har Du fått råd kring kost och vilka matval Du bör göra under Din graviditet från mödravårdcentralen i Halmstad?
Ja () Nej ()

6) Hur har Du fått informationen kring kost och matval under Din graviditet från mödravårdcentralen i Halmstad? (Här kan du kryssa i flera alternativ)

- Personlig rådgivning från barnmorska
- Personlig rådgivning från dietist
- Gruppträff
- Broschyr
- Hänvisning till Livsmedelsverkets hemsida
- Annat _____

7) Hur har Du upplevt rådgivningen kring kost och matval som Du fått från mödravårdscen-
tralen i Halmstad?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

8) Har Du upplevt att Du haft möjlighet att ställa frågor kring kost och matval på mödravård-
centralen i Halmstad?

Ja Nej Delvis

Om du svarat Nej på fråga 8 gå vidare till fråga 10.

9) Upplever Du att Du fått svar på Dina frågor kring kost och matval på mödravårdcentralen i
Halmstad på ett tillfredsställande sätt?

Ja Nej Delvis

10) Hur bedömer Du Din förmåga att följa de kostrekommendationer Du fått på mödravård-
centralen i Halmstad under hela Din graviditet?

- Klarar det helt säkert
- Klarar det ganska bra
- Klarar det mindre bra
- Klarar det inte alls

11) Har Du anpassat Dina matvanor efter de rekommendationer Du fått på mödravårdcentra-
len i Halmstad?

Ja Nej Delvis

12) Är det något som Du saknat eller som Du upplever skulle kunna förbättras vad gäller rå-
den kring kost och matval på mödravårdcentralen i Halmstad?

Tack för Din medverkan ☺