

# **Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två!**

**En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder.**

Sofia Nyberg

Johanna Salparanta

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



## EXAMENSARBETE

Författare:	Sofia Nyberg & Johanna Salparanta
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktningalternativ/Fördjupning:	Hälsovård
Handledare:	Eva Matintupa
Titel:	Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! - En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder

---

Datum 16.05.2013

Sidantal 32

Bilagor 2

---

### Sammanfattning

Syftet med denna teoretiska studie är att beskriva vilka hälsorisker både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av om kvinnan lider av övervikt. Preventiva metoder mot övervikt under graviditeten kommer även att beskrivas. Respondenterna vill via vårdpersonal upplysa gravida kvinnor om vilka hälsorisker övervikt vid graviditet medför, för att de gravida skall ha en så säker graviditet som möjligt. Forskningsfrågorna lyder enligt följande: Vilka hälsorisker kan en gravid kvinna drabbas av ifall hon lider av övervikt? Vilka hälsorisker kan fostret drabbas av ifall den gravida kvinnan lider av övervikt? Vilka preventiva metoder finns att tillgå för att förhindra övervikt under graviditeten? Sammanlagt användes 23 vetenskapliga artiklar i studien. Som dataanalysmetod valdes översiktsartikel och forskningsartiklarnas resultat analyserades genom induktiv innehållsanalys. Resultatet tolkades gentemot de teoretiska utgångspunkterna; Penders teori om hälsofrämjande och Orems teori om egenvård.

Resultatet visar klart att riskerna ökar både hos modern och hos fostret, om kvinnan lider av övervikt. Prevention av övervikt under graviditeten består av en sund kost och fysisk aktivitet i samband med hälsofrämjande metoder för att hålla en god vikt igenom graviditeten.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: övervikt, graviditet

---

# **BACHELOR'S THESIS**

Authors: Sofia Nyberg & Johanna Salparanta  
Degree Programme: Health Care, Vaasa  
Specialization: Public Health Care  
Supervisors: Eva Matintupa  
Title: Pregnant and fat oh yes, I'm eating for two!  
- A theoretical study of the risk factors that both the pregnant woman and the fetus may suffer from if the woman is obese, and prevention methods

---

Date 16.05.2013

Number of pages 32

Appendices 2

---

## **Summary**

The purpose of this theoretical study is to describe the health risks in both the pregnant woman and the fetus if the woman is overweight. Preventive methods against obesity during pregnancy will also be described. Respondents want via health professionals advise pregnant women about the health risks obesity during pregnancy brings, so that the pregnant women's pregnancy would be as safe as possible. The research questions are the following: What are the health risks of a pregnant woman if she suffers from overweight? What are the health risks the fetus may suffer from if the pregnant woman is overweight? Which contraceptive methods are available to prevent obesity during pregnancy? Altogether 23 research articles were used in this study. As data analysis method the respondents chose an overview article and the research article's results were analyzed by inductive content analysis. The results were interpreted in relation to the theoretical points; Pender's theory of health promotion and Orem's theory of self-care.

The results clearly show that the risk increases in both the mother and the fetus, if the woman is suffering from obesity. Prevention of obesity during pregnancy consists of a healthy diet and physical activity in relation to health promotion practices to keep a good weight through pregnancy.

---

Language: Swedish

Key words: obesity, pregnancy

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä:	Sofia Nyberg & Johanna Salparanta
Koulutusohjelma ja paikkakunta:	Hoitotyö, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto:	Terveydenhoitotyö
Ohjaajat:	Eva Matintupa
Nimike:	Raskaana ja lihava kyllä, syönhän kahden edestä! - Teoreettinen tutkimus niistä riskitekijöistä, joista sekä raskaana oleva nainen että sikiö voivat kärsiä, jos nainen on liikalihava, sekä ehkäisykeinot

---

Päivämäärä 16.05.2013

Sivumäärä 32

Liitteet 2

---

## Tiivistelmä

Tässä teoreettisessa tutkimuksessa tarkoituksenamme on kuvata niitä terveystriskejä, joita raskauden aikainen ylipaino voi aiheuttaa äidille ja sikiölle. Käsittelemme myös raskauden aikaisen lihavuuden ennaltaehkäisyä. Vastaajat toivovat terveydenhuollon ammattihenkilöstön kertovan raskaana oleville odotusajan ylipainon aiheuttamista riskeistä, jotta raskaus sujuisi niin turvallisesti kuin mahdollista. Tutkimuksen kysymysasettelu on seuraava: Mitkä terveystriskit voivat uhata, mikäli naisella on odotusaikana ylipainoa? Mitä terveystriskejä äidin odotusaikainen ylipaino voi aiheuttaa sikiölle? Millaisin profylaktisin keinoin voidaan vaikuttaa äidin odotusaikaisen ylipainon syntymiseen? Tässä tutkimuksessa käytimme yhteensä 23 eri tieteellistä artikkelia. Tietojen analysointiin valittiin katsausartikkelit. Tutkimusartikkelien tulokset käsiteltiin induktiivisena sisällön analyysinä. Tulokset tulkittiin suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin; Penderin terveyden edistämismalliteoria sekä Oremin itsehoitoteoria.

Tulokset osoittavat selvästi naisen ylipainon lisäävän terveystriskejä sekä odottavalle äidille että sikiölle. Raskauden aikaisen lihavuuden ja ylipainon ehkäisy koostuu terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta. Terveysneuvonta edellä mainittuihin liittyen auttaa säilyttämään terveellisen painon koko raskauden ajan.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: ylipaino, raskaus

---

# Innehåll

1 Inledning .....	1
2 Syfte och problemprecisering .....	2
3 Teoretiska utgångspunkter .....	3
3.1 Hälsöfrämjande .....	3
3.2 Egenvård .....	4
4 Teoretisk bakgrund.....	5
4.1 Övervikt .....	6
4.2 Övervikt hos gravida kvinnor .....	7
4.3 Tidigare studier kring preventiva metoder.....	8
5 Undersökningens genomförande .....	10
5.1 Kvalitativ metod .....	10
5.2 Dokumentstudier.....	10
5.3 Översiktsartikel.....	11
5.4 Innehållsanalys.....	11
5.5 Undersökningens praktiska genomförande .....	13
6 Resultat.....	14
6.1 Risker hos modern .....	14
6.2 Risker hos fostret .....	17
6.3 Obstetriska riskfaktorer .....	19
6.4 Prevention .....	21
7 Tolkning .....	25
7.1 Risker hos modern samt fostret .....	25

7.2 Prevention .....	27
8 Kritisk granskning.....	28
8.1 Intern logik.....	28
8.2 Perspektivmedvetenhet .....	29
8.3 Etiskt värde .....	29
9 Diskussion.....	30
Litteratur	
Bilagor	

# 1 Inledning

Nuförtiden ställs vi inför flera utmaningar gällande övervikt hos gravida kvinnor. Andelen som lider av övervikt är stor och fortsätter att öka. Detta är inte bara ett problem som vi i Norden ställs inför, utan även globalt har det skett en markant ökning av övervikt. Dessutom har studier visat att gravida kvinnor inte är medvetna om de risker som övervikt medför under graviditeten. Kunskap i att hantera problemet med överviktiga kvinnor är även bristande hos vårdare och studier har visat att endast ett fåtal känner sig tillräckligt säkra för att ta upp problemet. Övervikt hos gravida kvinnor är även kostsamt för samhället, i och med att sjukhusvistelserna och screeningarna ökar.

Allt fler kvinnor i fertil ålder är överviktiga eller lider av fetma. Andelen kvinnor i åldern 25-30 som lider av fetma är två till tre gånger fler än för 15-20 år sedan och då är denna uträkning endast baserad på kvinnor i Norden. (Henriksen, 2006) I Finland var en av tre kvinnor som födde barn överviktiga under året 2011. Andelen kvinnor som födde barn och som led av fetma (BMI >30) var 12 procent. (THL, 2012). I västvärlden är problemet med övervikt stort hos gravida kvinnor eftersom 28 procent av dem är överviktiga och 11 procent är obesa. (Bhattacharya, Campbell, Liston & Bhattacharya, 2007)

Även globalt sett är övervikt ett stort problem. Övervikt och fetma har ökat drastiskt i USA under de senaste 20 åren. Nuförtiden påstås mer än 60 procent av amerikanska kvinnor i fertil ålder vara överviktiga eller obesa. Av dessa kvinnor är två tredje delar (65,1 procent) klassade som överviktiga, 30,5 procent som obesa och 4,9 procent lider av sjuklig obesitet. (Sarwer, Allison, Gibbons, Markowitz & Nelson, 2006) I Australien är 52 procent av kvinnorna överviktiga eller obesa och siffrorna fortsätter att stiga. (Ramachenderan, Bradford & Mclean, 2008). Även i Skottland klassas 52 procent av kvinnor i åldern 18-44 år som överviktiga eller obesa. (Scottish Government, 2011; Keely, Gunning & Denison, 2011)

Problemet sträcker sig längre än att gravida kvinnor är allt mera överviktiga. Studier visar att endast ett fåtal gravida kvinnor är medvetna om de risker och komplikationer som övervikt medför under graviditeten. Enligt en undersökning, gjord av Keely, Gunning & Denison (2011) kring detta problem, framkom att alla de kvinnor som deltog i studien hade innan graviditeten varit helt eller delvis omedvetna om de risker som övervikt medför, både för dem och för fostret. Den största

andelen av kvinnorna ansåg att de inte hade fått tillräckligt med kunskap om övervikt och obesitet samt de medförande riskerna, både före och under graviditeten.

Som följd på problemet med övervikt hos gravida visar studier att vårdpersonal saknar kunskap i hur de skall hantera detta problem. Keely, Gunning & Denison (2011) har även gjort en undersökning om vårdpersonalens kompetens i att bemöta överviktiga gravida kvinnor. I studien framkom att alla kvinnorna som deltog i studien inte hade diskuterat tillsammans med vårdaren vid första inskrivningsbesöket om de risker som obesitet under graviditeten medför. Ämnet hade tagits upp först senare under graviditeten tillsammans med en läkare och detta hade orsakat ångest hos kvinnorna. Därför skulle det vara viktigt att diskussionen om obesitet samt riskerna skulle tas upp före graviditeten vid familjeplaneringen. Vårdpersonal borde få tillräckligt med utbildning och handledning för att kunna säkerställa att kvinnor i god tid blir varse om riskerna och kunna vårdas därefter.

Respondenterna i denna studie är hälsovårdsstuderande. Mödrahälsovården är en viktig del av vår utbildning och genom undervisningen får vi den kunskap som vi senare tillämpar i vår praktik ute på fältet. Som blivande hälsovårdare har vi nytta av denna studie, eftersom vi kommer att komma i kontakt med blivande mödrar och med tanke på statistiken kommer många av dem att vara överviktiga. Genom denna studie får vi en del av de verktyg som behövs för att kunna hantera detta växande problem. I vårt utvecklingsarbete kommer vi att göra en handbok som baseras på denna studie. Handboken riktar sig till hälsovårdare och kan användas som ett hjälpmedel när de i sitt arbete kommer i kontakt med blivande och väntande mödrar.

## 2 Syfte och problemprecisering

Syftet med vår studie är att beskriva vilka hälsorisker både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av om kvinnan lider av övervikt samt preventiva metoder mot övervikt under graviditeten. Genom studien vill vi väcka ett intresse för detta aktuella ämne och således bistå med information som vårdpersonal har nytta av i sitt hälsofrämjande arbete.



## Problemprecisering:

- Vilka hälsorisker kan en gravid kvinna drabbas av ifall hon lider av övervikt?
- Vilka hälsorisker kan fostret drabbas av ifall den gravida kvinnan lider av övervikt?
- Vilka preventiva metoder finns att tillgå för att förhindra övervikt under graviditeten?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna som har valts för studien är Orems teori om egenvård samt Penders hälsofrämjande modell, eftersom de beskriver vad individen själv kan göra för att främja hälsan och anses därför vara lämpliga för vår studie.

### 3.1 Hälsofrämjande

År 1990 publicerade Nola Pender den första versionen av Penders hälsofrämjande modell. Denna modell väcker förslag om stommen för integrering av vårdande och beteendevetenskapens perspektiv med faktorer som inkluderar hälsobeteenden. Modellen utgör en riktlinje för att utforska den komplexa biopsykosociala process som motiverar individer till att engagera sig i beteenden som riktar sig till att förbättra hälsan. På 1980-talet började termen hälsobeteende användas allt mera i litteraturen och det fanns ett nytt intresse för allmänt välmående och beteende som motiverades av ett begär att främja den personliga hälsan och välmåendet, snarare än att undvika sjukdomar.

Den första modellen för hälsofrämjande stimulerade forskningen att beskriva potentialen av sju kognitiv-perceptuella faktorer och fem modifierande faktorer som skulle förutsäga hälsobeteenden. De kognitiv-perceptuella faktorerna innebär betydelsen av hälsa, upplevd kontroll av hälsan, definitionen av hälsa, upplevt hälsotillstånd, upplevd själv effektivitet, upplevda fördelar och upplevda hinder. De modifierande faktorerna är de demografiska och biologiska kännetecknen, mellanmänniska inflytanden, lägesinflytanden samt beteendefaktorer.

Den hälsofrämjande modellen är en färdighets- eller tillträdesorienterad modell. Till skillnad från preventionsmodeller innefattar den hälsofrämjande modellen inte ”rädsla” eller ”hot” som källa för att motivera till ett hälsosamt beteende. Även om omedelbara hot mot hälsan har visats motivera till åtgärder, så är hot mot framtiden inte lika starkt motiverande. Således kan det konstateras att hälsobeteendemodeller orienterade till undvikande är begränsade när det gäller att motivera till en övergripande hälsosam livsstil, speciellt hos barn, ungdomar och unga vuxna, eftersom dessa ofta ser sig själva som immuna mot sjukdom. Den hälsofrämjande modellen är användbar i alla hälsobeteenden när hot inte är den största aktören för att motivera människans beteende. (Murdaugh, Parsons & Pender, 2011, 44)

### 3.2 Egenvård

Egenvård kan beskrivas som en mänsklig reglerande funktion, som individen bör utföra för att kunna upprätthålla liv, den psykiska och fysiska funktionen samt utveckling. Individen bör lära sig egenvård och medvetet utföra den kontinuerligt i enlighet med i vilket skede den är i sin tillväxt och utveckling, beroende på hälsotillstånd, miljöfaktorer och vilken energi individen har. (Orem, 2001, 143)

Förutsättningar för egenvård och vård av anhöriga kräver tillgänglighet, förberedelser, anskaffning och användning av resurser. Vilka metoder och tillvägagångssätt som individen använder sig av för att få till stånd egenvård beror på de kulturella elementen som varierar mellan familjer, kulturella grupper och samhällen. Andra förutsättningar för egenvård är att individen har erfarenhet i tillhandahållande av egenvård, kunskap i när egenvård är behövd och olika metoder för att skaffa vård. Erfarenhetsmässig kunskap om egenvård kan fås genom vetenskaplig kunskap som kan överföras mellan personer i samhällen. (Orem, 2001, 143)

Egenvårdsbehoven kan grovt indelas i tre olika kategorier. *De universella behoven* omfattar de åtgärder som individen själv bör utföra för att bevara den mänskliga funktionen. Till dessa hör åtta universella egenvårdsbehov: upprätthållande av adekvat syreupptagning, vätskeintag och födointag, omvårdnad med avseende på eliminationsprocesser och exkrementer, upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila och balansen mellan ensamhet och social interaktion, förbyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande, främjande av mänsklig funktion och utveckling inom

en social gemenskap, alltefter individens potential, kända mänskliga begränsningar och människans önskan om att vara normal. Den andra kategorin, *de utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven*, behandlar de behov som människan behöver för sin utveckling. Man menar att människans utveckling pågår från vaggan till graven och att vissa speciella faktorer krävs för att främja denna utveckling. Utvecklingsbehoven kan variera beroende på om man befinner sig i ett utvecklingsrelaterat tillstånd, t.ex. vid en graviditet, eller vid en speciell händelse, t.ex. förlust av make/maka. Den tredje kategorin tar upp *egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem* och omfattar de personer som lider av en sjukdom, en skada eller ett specifikt patologiskt tillstånd, såsom defekter eller funktionshinder, och går igenom en behandling. (Kirkevold, 2000, 150-151)

För att upprätthålla dessa behov krävs det att individen utför egenvårdsaktiviteter och man talar då om egenvårdskrav. Egenvårdsbrist grundar sig på begreppen egenvårdskapacitet och egenvårds begränsning. Egenvårdskapacitet är en inlärd förmåga hos individen som behövs för att tillgodose behoven av vården som reglerar livsprocesser, uppehåller individens integritet och utveckling samt bidrar till välbefinnande. Den kan variera beroende på ålder, utbildning, hälsotillstånd, kultur eller resurser. Egenvårdsbrist är en förklaring på varför individen behöver omvårdnad. Detta inträffar när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskraven. Individen har då inte tillräckligt med kapacitet att tillgodose sina egna egenvårdsbehov. Vid detta tillstånd behövs omvårdnad utifrån och Orem betecknar detta som "närstående-omsorg". Om anhöriga eller patienten inte kan tillgodose egenvårdsbehoven behövs professionell omvårdnad.

Vid egenvårdsbrist talar man om en egenvårdsbegränsning. Det finns tre olika typer av denna begränsning; bristande kunskap, försämrad förmåga att bedöma och fatta beslut, samt begränsad kapacitet att utföra handlingar som ger resultat. (Kirkevold, 2000, 152-153)

## 4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden beskrivs innebörden av både övervikt och övervikt hos gravida kvinnor. Läsaren får ta del av historia kring övervikt, orsak samt statistik.

## 4.1 Övervikt

Enligt WHO definieras övervikt och fetma ”som en onormal eller överdriven ansamling av fett som kan försämra hälsan.” [egen översättning] (WHO, 2012) Body mass index (BMI) används för att klassificera övervikt och fetma hos vuxna och räknas ut genom att ta personens vikt (kg) dividerat med kvadraten av längden (m) = kg/m<sup>2</sup>. Enligt WHO definieras övervikt med ett BMI större än eller lika med 25 och obesitet med ett BMI större än eller lika med 30.

Den primära orsaken till övervikt och obesitet är att intaget och förbrukningen av kalorier är i obalans, det vill säga att man intar mera kalorier än man förbrukar. Globalt har intaget av energitäta livsmedel som innehåller rikligt med fett, salt och socker ökat, samt intaget av livsmedel som är bristfälliga på mineraler, vitaminer och andra mikronäringsämnen. Den fysiska aktiviteten har även minskat på grund av mera stillasittande arbete, förändrade transportsätt och en ökad urbanisering. (WHO, 2012)

Det pratas mycket om övervikt nuförtiden, men övervikt är inte ett nytt fenomen. Runtom i Europa har det hittats ca 25 000 år gamla statyer som skall föreställa feta kvinnor. Genom historien har fetma och fettansamlingar på kroppen ansetts vara ett tecken på hälsa och välfärd. Detta är förståeligt, eftersom det inte alltid har varit självklart att människan får i sig tillräckligt med energi. Under dessa tider var kroppsarbetet hårt och bristen på mat var stor. Även i Finland förknippade man övervikt med hälsa och välfärd i början på 1900-talet. I och med att forskningen har gått framåt har man börjat komma underfund med de hälsorisker som övervikt medför. Man vet idag att övervikt och obesitet orsakar många långtidssjukdomar så som typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt vissa cancerformer. Allt efter att levnadsstandarden har stigit har även övervikt blivit ett allt vanligare problem både bland vuxna och barn över hela världen. Även i u-länderna har övervikt blivit en vanlig folksjukdom.

I Finland är 43 procent av kvinnorna och 57 procent av männen överviktiga. Dock tros siffran vara i underkant, eftersom människor har själva rapporterat sin vikt och längd. Under de senaste tjugo åren är det främst de unga vuxna som har ökat i vikt. Övervikt är i Finland lika vanligt som i Västeuropa, men ovanligare än i Storbritannien och Sydeuropa.

Nuförtiden vet vi att ifall en människa under en längre tid äter mer än hon förbrukar, resulterar det i viktuppgång. Dock har det rapporterats vara svårt för människor att behålla idealvikten, när de väl

har gått ner. Efter viktnedgången är det vanligt att man går upp igen. Detta händer oavsett om viktnedgången har varit förnuftig och skett med rätt kosthållning och motion eller inte.

Övervikt är kostsamt för samhället och hälsovården lyckas inte erbjuda hjälp och stöd till alla de överviktiga människor som är i stort behov av hjälp. Således borde det vara självklart att prevention av övervikt skulle prioriteras när det gäller att lösa detta folkhälsoproblem. Enligt forskning borde viktminskning ske under de livscyklerna när övervikt är speciellt skadligt. Detta är under fostertiden, barndomen, puberteten och under graviditet och amning. Ett barn med hög födelsevikt eller med en ovanligt snabb tillväxt har en större risk för övervikt både som barn och vuxen. Övervikt hos barn är oftast bestående. (Kinnunen, 2009)

## 4.2 Övervikt hos gravida kvinnor

När en kvinna blir gravid bör hennes pregravid vikt tas i beaktande. En blivande mor med ett lågt BMI före graviditeten borde gå upp mer i vikt kontra en blivande mor som har ett högt BMI innan graviditeten. I USA har the Institute of Medicine skapat riktlinjer för hur mycket blivande mödrar bör gå upp i vikt under graviditeten. Då tas fostrets tillväxt och de kroppsliga förändringarna hos den gravida kvinnan i beaktande. I en total viktuppgång på 12,5 kg beräknas fostret väga 3,3 kg, fostervattnet runt 0,8 kg, brösttillväxten på modern ca 0,8 kg, moderkakan ungefär 0,6 kg, vatten och blodvolym runt 4,3 kg samt moderns anlagring av fett ca 3-4 kg. (Lindeberg & Löf, 2004, 24-25)

Enligt en forskning gjord av amerikanska the Institute of Medicine (1990) betonade man på 1500-1700-talet hur viktigt det var att den gravida kvinnan fick i sig mycket energi, eftersom fostret fick all näring via modern. På 1800-talet började man istället poängtera att den gravida kvinnan inte borde äta för mycket. Man trodde då att ett stort födointag resulterade i att fostret blev för stort i livmodern och då skulle förlossningen bli svårare. På den tiden var mödradöd ett stort problem även i västvärlden och kejsarsnitt klassades som farligt. Därför var det säkrare ifall modern reducerade födointaget så att fostret inte skulle bli för stort. Under de senaste hundra åren ha riktlinjerna för hur mycket en gravid kvinna kan gå upp under en graviditet ändrats mycket. I början av 1990-talet publicerades de första forskningarna som kartlade sambandet mellan moderns viktuppgång och barnets vikt. Efter detta började man i USA dokumentera moderns viktuppgång under graviditeten.

Man började följa med viktuppgången även för att kunna kartlägga svullnad och preeklampsi. På 30-talet framställdes riktlinjer som föreslog att den gravida endast skulle gå upp 7 kg i kroppsvikt under en graviditet. Enligt två undersökningar gjorda på 1950- och 1960-talet i Storbritannien, var en viktuppgång på 12,5 kg passlig för förstföderskor. Först så sent som på 1970-talet rekommenderades gravida att äta så mycket de ville och att viktökningen inte behöver begränsas. Man behövde inte längre vara orolig för att föda ett stort barn, eftersom kejsarsnitten blev allt säkrare.

Vad beror viktuppgången då på? Den gravida kvinnans egenskaper bidrar till hennes viktuppgång under graviditeten. Enligt ett flertal forskningar går överviktiga kvinnor upp i vikt mer än det rekommenderas under graviditeten än normalviktiga. Dock får de överviktiga kvinnorna gå upp mindre under graviditet än normalviktiga, vilket tros bidra till att de överskrider rekommendationerna. (Kinnunen, 2009)

### 4.3 Tidigare studier kring preventiva metoder

Ramachenderan, Bradford & Mclean (2008) beskriver i sin studie att kvinnor med ett BMI >30 som har en viktuppgång på <6kg under graviditeten har en säkrare graviditet. En minimal viktökning under graviditeten gynnar både modern och fostret. Sarwer, Allison, Gibbons, Markowitz & Nelson (2006) har undersökt hur beteendemässig behandling påverkar kvinnors vikt under graviditeten. Kvinnorna i undersökningen fick delta i viktkontroller hos läkare och dessutom fick de skriftlig information om lämplig viktökning samt kost- och motionsråd. Om kvinnans viktökning var inom IOM:s rekommendationer, fick hon positiv feedback. De kvinnor som översteg rekommendationerna fick ytterligare näringsinformation och beteendemässig rådgivning. Studien visade att beteendemässig behandling inte hade en avsevärd effekt på de överviktiga gravida kvinnorna, eftersom två av tre överskred rekommendationerna om en god viktökning. Därför behövs mer forskning i hur man skall få överviktiga kvinnor att inte överskrida vikt rekommendationerna under graviditeten.

NELLI-projektet (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) har forskat i sambandet mellan levnadssätt och graviditet sedan början av 2000-talet. Motion och kost har visats vara ett effektivt sätt att hålla sockerämnesomsättningen i schack och förebygga graviditetsdiabetes. NELLI-

undersökningen påbörjades år 2003 när man introducerade motions- och kostrekommendationer för gravida och bedömde dess inverkan på viktuppgång under graviditeten.

Kvinnorna som deltog i NELLI-projektet fick ett så kallat resehäfte där de kunde skriva upp sin målvikt och viktutveckling och sedan jämföra den med den rekommenderade viktuppgången. De kvinnor som uppnådde sina mål drabbades inte heller av graviditetsdiabetes i samma utsträckning som de kvinnor som bara hade tillgång till de vanliga rådgivningskortet. I rådgivningskortet skrivs bara vikten upp och därför var det så kallade resehäftet ett effektivare sätt att följa med viktutvecklingen.

De kvinnor som deltog i projektet fick mera information om motionens och kostens inverkan på vikten, och dessa kvinnor åt hälsosammare och motionerade enligt rekommendationerna. Som följd av livsstilsförändringen födde kvinnorna som hade blivit informerade om kostens och motionens betydelse mindre barn än de kvinnor som inte blev informerade. (Luoto, Kolu & Tulokas, 2011)

En preventionsmetod som har visat sig vara lyckad är att informera överviktiga gravida kvinnor om hälsosamma matvanor. Kvinnor, som har fått en 1 timmes skolning (om hur de bör äta under graviditeten) vid 10 olika tillfällen av en legitimerad dietist, åt hälsosammare än de kvinnor som inte har fått samma skolning. Dessa kvinnor gick inte heller lika mycket upp i vikt som de som inte hade fått samma skolning. (Wolff, Legarth, Vangsgaard, Toubro & Astrup, 2008)

När övervikt konstateras på mödrarrådgivningen, är det många gånger för sent. Prevention av övervikt borde ske redan före den första graviditeten. Dock kan mammorna före den andra graviditeten remitteras från mödrarrådgivningen till en dietist eller bantningsgrupper. Läkare kan påbörja medicinering för mammorna (t.ex. Orlistat eller Sibutramin) samt skicka dem till specialistsjukvården för utvärdering av hälsotillståndet ifall övervikten är sjuklig. Skol- och studerande hälsovården samt media spelar en stor roll i informerandet av de risker som övervikt medför vid graviditet och därför borde informationen ges i tid, redan till tonårsflickor. (Raatikainen & Heinonen, 2006)

## 5 Undersökningens genomförande

Lärdomsprovet är en teoretisk studie som har framställts genom en kvalitativ metod. Dokumentstudier har använts som datainsamlingsmetod och datamaterialet utgörs av forskningsartiklar. För att få en helhetssyn av forskningsartiklarna, har en översiktsartikel framställts och forskningsartiklarnas resultat har analyserats genom en induktiv innehållsanalys.

### 5.1 Kvalitativ metod

Kvalitativa metoder beskriver en forskningsprocedur som ger data som är beskrivande, alltså människors egna talade eller skrivna ord samt de beteenden som är observerbara. Det som gör det kvalitativa arbetssättet unikt är att man vill gestalta och karaktärisera något, dvs. en egenskap eller kvalitet hos något som klassas som kvalitet. Således undersöker man hur ett fenomen är utformat. Syftet är att hitta beskrivningar, kategorier eller modeller som skall beskriva ett fenomen eller ett samband i individens eller omvärldens livsvärld. (Olsson & Sörensen, 2007, 65) Man utgår ifrån att vartenda fenomen är en enastående kombination av egenskaper och kvaliteter och utifrån detta kan de varken mätas eller vägas. (Andersen, 1994, 71)

### 5.2 Dokumentstudier

I en dokumentstudie används material som har uppbevarats genom t.ex. tryckning eller nedskrivning. Även filmer, fotografier eller bandupptagningar räknas hit. Man kan grovt dela in typen av dokument i olika grupper: statisk och register, privata eller officiella handlingar, litteratur, kortlivade dokument, bild- eller ljuddokument. (Patel & Davidson, 1994, 54-55)

Det väsentliga vid valet av dokument är att en så omfattande beskrivning som möjligt ges av det som studeras och att ämnet blir belyst ur flera synvinklar. Dokumenten skall även granskas kritiskt, både innehållet och upphovsmannen. Forskaren skall säkerställa att det handlar om ett originaldokument och inga förfälskningar. (Patel & Davidson, 1994, 55)



Hur mycket material som används vid forskningen beror både på vad som undersöks och på hur mycket tid som finns att tillgå. Det viktiga vid valet av dokument är att det material som inte följer egna idéer inte väljs bort, eftersom resultatet av forskningen då kan bli felaktig. (Patel & Davidson, 1994, 56)

Fördelarna med en dokumentstudie är att den är användbar och ibland även den enda metoden som fungerar, då det förflutna ofta undersöks. Både ekonomiskt och tidsmässigt är det också ett bra alternativ. Nackdelen med en dokumentstudie är att den är relativt begränsad. (Andersen, 1994, 74)

### 5.3 Översiktsartikel

Syftet med en översiktsartikel är att ge en kort sammanfattning av det väsentliga i forskningsartiklarna. För att det skall löna sig att använda sig av en översiktsartikel, bör det finnas ett stort antal forskningslitteratur i det ämne som man forskar. Litteraturen skall analyseras grundligt och på så sätt att fås en ny insikt för temat. (Kirkevold, 1996, 103-104).

Fördelarna med en översiktsartikel är att man får en överblick av vad varje artikel behandlar. Således underlättas valet av artiklar. Nackdelen med en översiktsartikel är att mycket av artiklarna uteblir i sammandragningen av artiklarna och på så sätt kan läsaren inte göra en kritisk granskning och analys av artiklarna i översiktsartikeln. (Kirkevold, 1996, 109)

Översiktsartiklar hittas i tidsskrifter så som *Annual reviews in*, eller *Reviews*. Där redogörs för primärforskning endast som exempel och istället förekommer där översikter inom ett vetenskapsområde. Dessa är viktiga och finns att hämta i många universitetsbibliotek och nuförtiden via databaser. (Nyberg & Tidström, 2012, 222)

### 5.4 Innehållsanalys

Innehållsanalys är ett tillvägagångssätt för att analysera dokument systematiskt och objektivt. Det är ett sätt att anordna, beskriva och kvantifiera fenomenet som undersöks. Utifrån materialet kan analysen göras antingen induktivt eller deduktivt. Innehållsanalys är ett ypperligt sätt att strukturera innehållet. Man kan analysera dagböcker, brev, rapporter, artiklar och böcker. Analysens resultat

bildar kategorier som beskriver forskningsfenomenet. Man vill skapa ett fenomen som beskriver helheten, där begreppen framförs samt deras hierarki och eventuella samband. Innan analysen påbörjas, skall forskaren bestämma om han endast analyserar det som är tydligt yttrat i dokumentet (manifest content) eller analyserar hon även det dolda budskapet (latent content). Den första fasen i analysen är att definiera analysenheten. Den vanligaste analysenheten är ett ord eller en kombination av ord, men det kan även vara en mening, ett påstående eller en idé av helheten. (Kyngäs & Vanhanen, 1998)

Analysprocessen görs genom att materialet reduceras, grupperas och abstraheras. Att reducera materialet innebär att uttryck, som är relaterat till forskningsuppgiften, kodalas från materialet. Genom att gruppera materialet, grupperar forskaren resultatet av det som har reducerats och som verkar vara sammanhängande. I abstraheringen formas en bild av forskningsobjektet med hjälp av de allmänna begreppen. Materialet reduceras genom att ställa en fråga utifrån forskningen. I sidans marginal skrivs svaret på frågan. De reducerade begreppen registreras så noggrant som möjligt med samma ord som i texten i materialet. De begrepp som har registrerats i marginalen samlas i listor som kallas ”kontrollistor”.

Den andra fasen i analysen är gruppering. I grupperingen gäller det att hitta likheter och olikheter i de reducerade skildringarna. Skildringar med samma betydelse kombineras till samma kategori och denna kategori namnges med ett namn som beskriver innehållet. Man går vidare med analysen genom att kombinera kategorier med samma innehåll och dessa bildar överkategorier. Överkategorierna namnges med ett namn som beskriver dess innehåll, alltså de underkategorier som de är formade av. Abstraheringen fortsätter genom att kombinera kategorier så länge som det är möjligt. Forskningens resultat rapporteras i analysen genom en formad modell, ett begreppssystem, en begreppskarta eller kategorier. Utöver detta beskrivs kategoriernas innehåll i resultatet. Med innehållsanalys undersöks dokument som berättar något om kommunikationsprocessen. Före analysen bestäms ifall dokumentens innehåll analyseras eller det dolda budskapet, då även tolkning används. (Kyngäs & Vanhanen, 1998)

Inledningsvis vid en innehållsanalys bör forskaren göra ordning i kaoset. Materialet bör kunna minskas för att sedan kunna vara hanterbart. Genom en datareduktion får ett flertal uttryck för samma påstående med samma bakomliggande resonemang ett gemensamt namn och bildar en kategori. Detta är utgångspunkten vid en innehållsanalys. (Carlsson, 1991, 62)

Fördelen med en innehållsanalys är att den är väldigt flexibel. Nackdelen är dock att den kan ses som för okomplicerad och inte tillräckligt omfattande. Även material kan medvetet lämnas bort och därför bör forskaren grundligt beskriva hur innehållsanalysen har gjorts. (Nyberg & Tidström, 2012, 135-136)

## 5.5 Undersökningens praktiska genomförande

Detta lärdomsprov är en beställning från en hälsovårdscentral. Projektet heter "Välfärdssjukdomar i Finland - kan vi förebygga, lindra och bota?" och målsättningen är att granska ny forskning inom området, beskriva den nuvarande verksamheten och finna nya metoder för att nå de personer som är i riskzonen. Övervikt ingick som en del i projektet och därför valde vi att fokusera på den överviktiga gravida kvinnans hälsa.

Materialet i studien består av forskningsartiklar som söktes i databaser så som Medline, EBSCO Academic Search Elite, Cinahl, Cochrane och Google Scholar. Sökord som vi har använt oss av är: pregnancy, obesity, overweight, maternal pregnancy, prevention, complications, nutrition, physical activity, raskaus, ylipaino, liikunta, ravinto, övervikt och graviditet.

En sökning på orden "pregnancy" och "overweight" gav 24 726 träffar och vi valde de artiklar som hade liknande syfte som vår studie. Vi använde både inhemska och utländska artiklar för att få ett bredare perspektiv på ämnet. Sammanlagt hittade vi 36 artiklar och materialet har granskats och reducerats till 23 artiklar, som vi ansåg vara adekvata. Vi valde bort de artiklar som inte svarade på våra forskningsfrågor samt de artiklar som berörde u-länder. Våra slutgiltiga artiklar berör övervikt i Finland, Norden eller Västvärlden samt ger svar på våra forskningsfrågor. Forskningsartiklarna sammanställdes i en översiktsartikel som tar upp det viktigaste ur varje artikel och på så sätt fås en överblick av vad som behandlas i artiklarna (se bilaga 1).

Forskningsartiklarnas resultat har analyserats genom en induktiv innehållsanalys (se bilaga 2). Som forskningsfråga till artiklarna ställdes *Vilka är hälsoriskerna för modern samt för fostret?* i syftet att få fram riskerna hos modern och fostret. För att få ett resultat som svarar på vår forskningsfråga om de preventiva metoderna ställdes frågan *Vilka är de preventiva metoderna?* till artiklarna. Därefter bildades kategorier och utgående från kategorierna överkategorierna, som tillsammans förklarar resultatet av vår forskning.

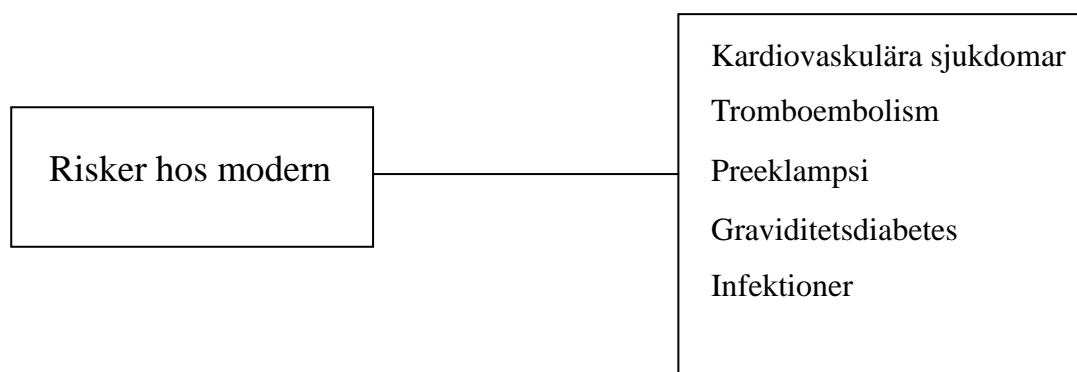
Resultaten tolkas gentemot den teoretiska bakgrunden och de teoretiska utgångspunkterna; Orems teori om egenvård och Penders teori om hälsofrämjande. Avslutningsvis görs en kritisk granskning, som grundar sig på Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier.

## 6 Resultat

Respondenterna har granskat de utvalda artiklarna och resultatet har indelats i fyra överkategorier: Risker hos modern, Risker hos fostret, Obstetriska riskfaktorer samt Prevention. Riskfaktorer hos modern är märkta med kursiv stil och har indelats i fem kategorier: *Kardiovaskulära sjukdomar*, *Tromboembolism*, *Preeklampsi*, *Graviditetsdiabetes* och *Infektioner*. Riskfaktorer hos fostret har indelats i fem kategorier: *Makrosomi*, *Medfödd missbildning*, *Prematur födsel*, *Fosterdöd* och *Övervikt senare i livet*. Obstetriska riskfaktorer har indelats i fyra kategorier: *Kejsarsnitt*, *Komplicerad vaginal förlossning*, *Postpartumkomplikationer* och *Flerbördsgraviditet*. Prevention har även uppdelats i fyra kategorier som även är märkta med kursiv stil: *Kost*, *Fysisk aktivitet*, *Viktrekommendationer under graviditeten* och *Professionell omvårdnad*.

### 6.1 Risker hos modern

Respondenterna presenterar resultaten av artiklarna som beskriver risker hos modern. I figuren nedan får läsaren en överblick av de risker som modern kan drabbas av, för att sedan få en mera utförlig beskrivning av riskerna.



Figur 1. Risker hos modern

### *Kardiovaskulära sjukdomar*

Kardiovaskulära komplikationer, dvs. hjärt- och kärlsjukdomar, är starkt förknippade med övervikt och dessa problem är mera omfattande under graviditet, eftersom graviditeten i sig orsakar många kardiovaskulära förändringar. 100 g lagrat fett ökar hjärtminutvolymen med 30-50 mls/minut. Detta leder till att hjärtat måste arbeta extra hårt, vilket leder till hypertrofi i vänstra ventrikeln samt dilation av myocardiet. Hormoner, såsom leptin och insulin, bildas i högre grad pga. övervikt, vilket ökar hjärtrycket och leder till en försämrad hjärtfunktion. Problemet torde förvärras ifall fett lagras i myokardvävnaden. (Barry & Turner, 2008)

### *Tromboembolism*

Graviditet medför ett hyperkoagulerbart tillstånd och om en kvinna lider av fetma ökar risken för trombos eftersom det främjar venös stas, ökar blodets viskositet och ökar aktiveringen av blodets koagulationsprocess. Den största risken föreligger i samband med kejsarsnitt. (Ramachenderan, Bradford & Mclean, 2008) Generellt sett ökar risken att drabbas av venös stas 30 procent när man är gravid i vecka 15 och 60 procent vid vecka 36. I Barry & Turners (2008) studie framkom att tromboembolism förekommer hos 0,04 procent av normalviktiga, hos 0,07 procent av överviktiga och hos 0,08 procent av de som är obesa.

### *Preeklampsi*

Fetma och hypertoni samexisterar, vilket gör att det är svårt att skilja på om hypertoni orsakas av graviditet eller obesitet. Kvinnor med ett BMI >30 har mer än en fördubblad risk (4,8 procent vs 10,2 procent) att utveckla preeklampsi. Även om kvinnan har en överdriven viktökning under graviditeten är preeklampsi vanligare hos överviktiga kvinnor. Risken att drabbas av preeklampsi fördubblas varje gång BMI ökar med 5-7 kg/m<sup>2</sup>. (Barry & Turner, 2008) Obesa kvinnor har en tre gånger högre risk att drabbas av preeklampsi och sjukligt obesa har en sju gånger högre risk att insjukna. (Bhattacharya, Campbell, Liston & Bhattacharya, 2007) Endoteldysfunktion är en central del av patogenesen av preeklampsi och de faktorer som spelar en stor roll i utvecklandet av endoteldysfunktion är fetma, insulinresistens och hypertriglyceridemi. (Ramachenderan, Bradford & Mclean, 2008)

### *Graviditetsdiabetes*

Graviditetsdiabetes innebär att den gravida kvinnans insulinsekretion är bristfällig och kroppen kan inte kompensera för den ökade insulinresistensen under graviditet. Fetma har ett samband med insulinresistenta vävnader, ett minskat upptag av glukos i skelettmuskeln och fettvävnaden, samt en ökning av glukosproduktionen i levern. (Ramachenderan, Bradford & Mclean, 2008)

Graviditetsdiabetes eller glukosintoleransen påvisas först under graviditeten. Barry & Turner (2008) berättar i sin studie att kvinnor med ett BMI större än 30 kg/m<sup>2</sup> har 3,6 gånger ökad risk att utveckla graviditetsdiabetes jämfört med kvinnor med ett normalt BMI. Det förutspås att det även finns en ökad risk för att utveckla diabetes typ 2 senare i livet. Enligt statistiken utvecklar 30 procent av magra kvinnor och 70 procent av överviktiga kvinnor typ 2-diabetes, ifall de har lidit av graviditetsdiabetes.

Om kvinnans BMI ökar med mer än 3 kg/m<sup>2</sup> mellan två olika graviditeter fördubblas även risken för graviditetsdiabetes, oavsett den ursprungliga vikten. En viktökning på ca 4,5 kg mellan graviditeter har visat sig öka risken för graviditetsdiabetes hos överviktiga kvinnor. (Arendas, Qiu & Gruslin, 2008)

### *Infektioner*

Risken att drabbas av infektioner i antepartum, så som urinvägsinfektion och infektion vid könsorganet, ökar om kvinnan lider av övervikt eller fetma. Dessa kvinnor har dessutom en ökad risk för att insjukna i feber av okänd orsak. Korioamnionit förekommer även oftare hos överviktiga eller obesa kvinnor. (Arendas, Qiu & Gruslin, 2008) Kvinnor som lider av övervikt eller fetma under graviditeten löper en större risk att drabbas av urinvägsinfektioner än normalviktiga gravida kvinnor. Dessutom ökar risken att drabbas av ansträngningsinkontinens efter förlossningen. (Galtier-Dereure, Boegner & Bringer, 2000)

## 6.2 Risker hos fostret

Respondenterna presenterar resultaten av artiklarna som beskriver risker hos fostret. Läsaren får en överblick av riskerna för fostret i figuren här nedan och därefter beskrivs riskerna mera utförligt.



Figur 2. Risker hos fostret

### *Makrosomi*

Barry & Turner (2008) berättar i sin studie att en kraftig viktökning under graviditeten och fetma hos modern kan leda till makrosomi hos fostret. Ursprungligen trodde man att en ökad glukoskoncentration hos en moder med diabetes leder till en ökad fostertillväxt. Dock kan modern vara insulinresistent även om hon inte lider av diabetes mellitus. Fetal hyperinsulinemi hos fostret leder till makrosomi som i sin tur leder vidare till komplikationer så som förhindrad förlossning, axeldystoki och även fosterdöd. Spädbarn som är födda av överviktiga kvinnor är betydligt mer benägna att väga 4 000 g eller mer än 4 500 g. (Arendas, Qiu & Gruslin, 2008)

Det finns ett samband mellan fostrets tillväxt och kvinnans pregravida vikt och viktökning under graviditeten. Om kvinnan har en hög vikt innan graviditeten, ökar även risken för att fostret väger mycket vid födseln. Dessutom om kvinnan har en stor viktökning under graviditeten kan fostret bli för stort. (Catalano & Ehrenberg, 2006)

### *Medfödd missbildning*

Att kunna identifiera medfödda missbildningar hos överviktiga kvinnors foster är problematiskt eftersom det är svårare att se fostret i ultraljud. Kvinnor som har ett BMI >31 har en större risk att föda barn med hjärndefekter samt defekter i det centrala nervsystemet och tarmdefekter. (Barry & Turner, 2008) Guelinckx, Devlieger, Beckers & Vansant (2008) menar att ifall modern lider av övervikt eller fetma ökar risken för fostermisbildningar, så som neuralrörsdefekter och bukväggsdefekter. Det finns även en ökad risk för hjärtavvikelse. (Arendas, Qiu & Gruslin, 2008) Övervikt hos väntande mödrar kan även leda till kryptorkism hos spädbarnspojkar. (Galtier-Dereure, Boegner & Bringer, 2000)

Sambandet mellan ryggradsmisbildningar och övervikt är väl känd. För varje ökad enhet av kvinnans BMI, ökar riskerna för hjärndefekter med 7 procent. Mekanismen bakom detta samband är okänd. Ett intag på 400 mg folsyra dagligen har påvisats skydda fostret mot hjärndefekter, men detta gäller endast när mamman väger mindre än 70 kg. (Barry & Turner, 2008)

### *Prematur födsel*

Risken för prematur födsel ökar betydligt ifall en kvinna är sjukligt obes. Även komplikationer, så som neonatal död samt att föda ett barn som väger mindre än 1000 g och överlever högst ett år, ökar. (Smith, Shah, Pell, Crossley & Dobbie, 2007) Risken för tidig födsel ökar ifall den gravida kvinnan är överviktig. Jämfört med normalviktiga kvinnor, ökar risken för att förlossningen startar före graviditetsvecka 32 och kvinnorna är även något mer benägna att förlösa före graviditetsvecka 37. (Beaten, Bukusi & Lambe, 2001)

### *Fosterdöd*

Om en kvinna lider av övervikt eller fetma ökar risken för perinatal fosterdöd. Risken fördubblas dessutom om en redan överviktig kvinna ökar i vikt och börjar lida av fetma. (Raatikainen, Heiskanen & Heinonen, 2006) Risken för tidigt missfall i graviditetsveckorna 6-12 är betydligt högre hos kvinnor som lider av fetma jämfört med normalviktiga kvinnor. Dessutom är återkommande tidiga missfall vanligare hos kvinnor som lider av fetma. (Arendas, Qiu & Gruslin,



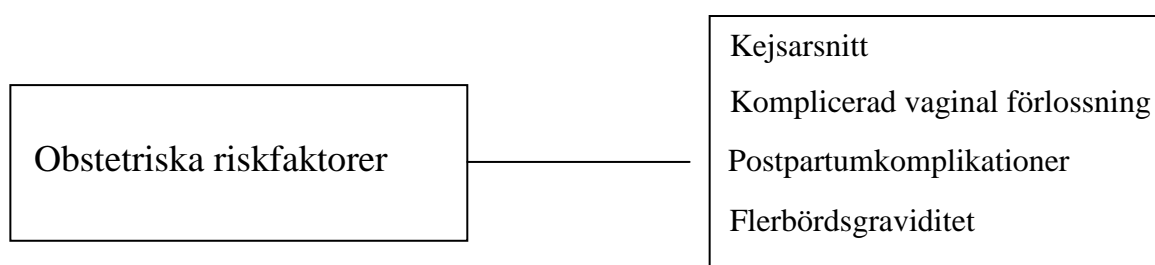
2008) Att fostret dör under antepartum är ett välkänt fenomen hos överviktiga och kan tänkas bero på exogen hyperinsulemi hos överviktiga kvinnor. Funktionsbegränsningar i moderkakan kan leda till hypoxi och död. Sjukligt överviktiga kvinnor har tre gånger så stor risk att föda ett dött barn jämfört med kvinnor som har ett normalt BMI. (Barry& Turner, 2008) Med andra ord så är övervikt hos en kvinna med hyperinsulemi en stor riskfaktor för fostret och som i kombination med en funktionsnedsättning i moderkakan kan leda till syrebrist och ett dött foster. (Yu, Teoh, Robinson & 2006)

### *Övervikt senare i livet*

Spädbarn som föds med en hög födelsevikt eller som ökar snabbt i vikt under barndomen löper en betydande risk för efterföljande fetma. Överviktiga barn har nio gånger större risk att bli obesa i vuxen ålder än normalviktiga barn. Fetma under barndomen förknippas med medicinska tillstånd så som sen utveckling, högt blodtryck, diabetes, PCOS och sömnapné. (Barry & Turner, 2008)

## 6.3 Obstetriska riskfaktorer

Respondenterna presenterar resultaten av artiklarna som beskriver de obstetriska riskfaktorerna. I obstetriska riskfaktorer berörs både modern och fostret. I figuren nedan får läsaren en överblick av de obstetriska riskfaktorerna, som därefter beskrivs mera utförligt.



Figur 3. Obstetriska riskfaktorer

### *Kejsarsnitt*

Risken för kejsarsnitt ökar om en kvinna är överviktig eller lider av fetma. 20,7 procent av normalviktiga kvinnor föder genom kejsarsnitt, medan procenten är 33,8 hos överviktiga och 47,4 procent hos sjukligt överviktiga. Akuta kejsarsnitt är dubbelt så vanligt hos överviktiga i jämförelse med de som har ett normalt BMI. Det finns även en ökad risk för aspireringsrisk under anestesi, problem med intubation, dåligt tillträde till venerna samt problem med att övervaka blodtrycket. Kvinnor som har ett BMI som överskrider 35 lider sannolikt av diabetes och högt blodtryck sedan tidigare, vilket ökar risken för anestetiska komplikationer. (Barry & Turner, 2008)

### *Komplicerad vaginal förlossning*

Igångsättning av förlossning är vanligare bland överviktiga kvinnor eftersom överviktiga kvinnor många gånger lider av hypertoni och diabetes. Dessutom finns det en ökad risk för att igångsättningen misslyckas. (Arendas, Qiu, Gruslin, 2008) Om en kvinna är överviktig eller lider av fetma ökar även risken för att insättningen av epidural misslyckas. (Barry, Turner, 2008)

I samband med vaginal förlossning behövs ofta en ökad fosterövervakning. Det kan även vara en utmaning att erhålla en god yttre hjärtrytm av fostret och sammandragningsmönster i livmodern om kvinnan är överviktig. Det kan även leda till ett ökat behov av prenatala fosterbedömningar och risken för intagning på en neonatalavdelning ökar. Risken för barnsjukdomar växer och som dessutom senare kan utvecklas till en livslång sjukdom. (Barry, Turner, 2008)

### *Postpartumkomplikationer*

Överviktiga kvinnor lider oftare av blödningar, anemi, genital- och urinvägsinfektioner, endometrit, ansträngningsinkontinens och depression efter förlossningen. Övervikt och fetma hos modern påverkar även negativt amningens påbörjande och dess varaktighet. (Guelinckx, Devlieger, Beckers & Vansant, 2008) Dessutom finns en ökad risk för sårinfektioner ifall kvinnan är överviktig och i de flesta fall har kvinnorna även en förlängd sjukhusvistelse. (Barry & Turner, 2008)

## *Flerbördsgravitet*

Arendas, Qiu & Gruslin (2008) skriver i sin studie att ett ökat BMI och flerbördsgravitet har ett samband. Det framkommer i deras studie att risken för flerbördsgraviteter förekommer oftare hos överviktiga kvinnor än hos normalviktiga kvinnor. Förhållandet mellan ett ökat BMI och förekomsten av flerbördsgravitet hos överviktiga kvinnor kan vara relaterade till ökade nivåer av FSH.

## 6.4 Prevention

Respondenterna presenterar resultaten av artiklarna som beskriver preventionen. I figuren nedan får läsaren en överblick av preventiva metoder, som därefter beskrivs mera utförligt.



Figur 4. Prevention

### *Kost*

WHO/FAO:s expertgrupper rekommenderar för gravida kvinnor ett näringstillskott på 300 kcal energi och ett ytterligare intag av 10-15 g protein per dag, jämfört med de kvinnor som inte är gravida. (Ramachandran, 2002)

Kvinnor rekommenderas att äta vanlig husmanskost under graviditet. Under graviditeten ökar behovet av vitaminer och mineraler, men detta betyder inte att mängden av mat bör öka avsevärt. Vanlig mat ger alla de vitaminer och mineraler som den gravida kvinnan och fostret behöver, dock rekommenderas tillskott av järn, D-vitamin och folsyra. (Kinnunen, 2009)

Rätt val av kost kan minska risken för komplikationer under graviditeten. Ett mindre intag av sackaros och en ökad tillförsel av antioxidanter i kosten kan minska risken för preeklampsi. Även fiskolja samt en kolesterolsänkande diet kan minska risken för tidig födsel. (Henriksen, 2006)

En del organisationer rekommenderar ett högre intag av folsyra, eftersom man tror att detta kan minska risken för medfödda missbildningar hos fostret. Vissa experter menar även att ett tillskott av D-vitamin både före och under graviditeten kan förhindra hypertoni, graviditetsdiabetes och minska risken för kejsarsnitt. (Hull, Montgomery, Vireday & Kendall-Tackett, 2011)

### *Fysisk aktivitet*

Under en lång tid ansåg man att motion under graviditet är farligt för både fostret och graviditetens utveckling. Nuförtiden rekommenderas gravida att utföra motion som är en aning ansträngande, dvs. att man blir lite andfådd, 30 minuter per dag, 7 dagar i veckan. Detta motsvarar de allmänna rekommendationerna. Denna typ av motion är under en normal graviditet hälsosam för både modern och fostret, och inte alls skadlig. Stavgång, promenader, skidning, simning och viktränning på gym är några exempel på motionsformer som är trygga för den gravida kvinnan att utföra. (Kinnunen, 2009)

Tyvärr är upp till 60 procent av de gravida kvinnorna inaktiva. Nivån av fysisk aktivitet innan graviditeten visar ofta hur fysiskt aktiva kvinnorna kommer att vara under graviditeten. Mer än 75 procent av de kvinnor som är aktiva före graviditeten fortsätter även att motionera under graviditeten. Endast 6 procent av de kvinnor som är inaktiva före graviditeten börjar motionera under de första 20 veckorna av graviditeten. Överviktiga kvinnor som har en stillasittande livsstil innan graviditeten är även inaktiva under graviditeten. (Guelinckx, Devlieger, Beckers & Vansant, 2008)

Fysisk aktivitet rekommenderas till kvinnor med okomplicerade graviditeter och det innefattar både konditionsträning och muskelträning. Rimliga mål för konditionsträningen under graviditet borde vara att upprätthålla en god kondition under graviditeten utan att sträva efter att vara i toppform eller att träna inför motionstävlingar. Motionsformer som inte belastar lederna eller ligamenten och som inte innebär studsande upp och ner (så som att jogga och springa) är t.ex. raska promenader, att cykla, simma och skida. Under graviditet ökar hjärtats slag med 10-15 slag/minut under vila. Gravida kvinnor rekommenderas att motionera med en sådan intensitet att de kan prata samtidigt. Ifall hon har svårigheter att prata, rekommenderas hon att minska på intensiteten. (Davies, Wolfe, Mottola & MacKinnon, 2003)

Många kvinnor utför dagligen olika motionsformer, så som aerobisk konditionsträning eller muskelträning när de blir gravida. Andra kvinnor ser graviditeten som ett tillfälle att förbättra livsstilen genom att bli hälsosammare och börja motionera mera. Många kvinnor anser att den bästa tiden att påbörja ett motionsprogram är i den andra trimestern, dvs. när illamåendet, uppkastningarna och den djupa tröttheten av den första trimestern har passerat och före de fysiska begränsningarna av den tredje trimestern börjar. De traditionella medicinska råden för kvinnor som redan har en aktiv livsstil är att reducera den mest ansträngande motionen. De kvinnor som inte motionerar och blir gravida skall avstå från att inleda ett ansträngande motionsprogram. Kvinnor som har motionerat före graviditeten kan fortsätta med sitt motionsprogram igenom graviditeten. När ett motionsprogram påbörjas av kvinnor som tidigare har varit stillasittande, skall dessa börja med att motionera 15 minuter, tre gånger i veckan. Denna tid kan så småningom ökas till 30-minuters sessioner, fyra gånger i veckan. Målen bör vara rimliga och innebär att upprätthålla en god kondition. (Davies, Wolfe, Mottola & MacKinnon, 2003)

Davies m.fl. (2003) menar att nya undersökningar, som fokuserar både på konditionstränings- och muskelträningsprogram under graviditet, säger att motion inte ökar risken för tidigt missfall, sena graviditetskomplikationer eller onormal fostertillväxt. Detta tyder på att de tidiga rekommendationerna är alltför konservativa. Istället borde de gravida kvinnorna och vårdpersonalen ha i åtanke de riskerna som ett stillasittande liv medför under graviditeten. Dessa innebär förlust av muskelmassa, viktuppgång, högre risk att drabbas av graviditetsdiabetes och graviditetsrelaterad hypertension. Även åderbrock och djup ventrombos, kroppsliga besvär, så som värk i nedre ryggen, samt en försämrad förmåga att anpassa sig till de fysiska förändringar som graviditet medför ökar ifall kvinnan är stillasittande.

Motion är en av de viktigaste preventionstrategierna mot övervikt för att minimera komplikationer under graviditeten. Studier påvisar att risken för graviditetsdiabetes hos överviktiga kvinnor minskar nästan med hälften genom regelbunden träning. Dessutom tyder studier på att risken för preeklampsi minskar. (Hull, Montgomery, Vireday & Kendall-Tackett, 2011)

### *Viktrekommendationer under graviditet*

Praktiska riktlinjer säger tydligt att viktminskning skall undvikas under graviditeten. (Williams, 2012). Det rekommenderas alltså inte att man varken försöker hålla vikten eller gå ner i vikt. Dessa riktlinjer är dock grundade på bevis från 1980-talet, då undernäring och låg födelsevikt stod i fokus. Nu två decennier senare ser läget betydligt annorlunda ut, då kampen mot övervikt och fetma har ökat drastiskt. (Bish, Chu, Shapiro-Mendoza, Sharma & Blanck, 2009)

En kvinna som lider av övervikt eller fetma skall inte minska sin vikt under graviditeten, eftersom det finns för få forskningarna kring hur detta påverkar fostret. Det som de gravida kvinnorna skall fokusera på är att följa de rekommendationer som finns att tillgå för viktökning under graviditeten. The Institute of Medicine (IOM) har gjort upp rekommendationer för hur mycket en kvinna totalt bör gå upp under graviditeten baserat på hennes pregravid BMI. Om kvinnan har ett BMI på <19,8 före graviditeten rekommenderas en total viktuppgång på 12,5-18 kg och om hennes BMI ligger mellan 19,8 och 26 rekommenderas att hon går upp 11,5-16 kg. Om kvinnan lider av övervikt innan graviditeten (BMI 26,1-29,7) rekommenderas en viktuppgång på 7-11,5 kg och vid ett BMI >29 rekommenderas en viktuppgång på endast 6,8 kg. (Kinnunen, 2009).

### *Professionell omvårdnad*

Kvinnor som är överviktiga redan innan de blir gravida har en större benägenhet att öka kraftigt i vikt under graviditeten än normalviktiga. (Ramachenderan, Bradford & Mclean, 2008) Viktnedgång som en preventiv metod under graviditeten rekommenderas inte, även om kvinnan är överviktig. Om hon dessvärre lider av övervikt bör viktnedgången ske före graviditeten. De preventiva metoderna under graviditeten som finns att tillgå innebär dock bara att försöka hålla vikten under kontroll. Att motionera och att äta en hälsosam kost motverkar att kvinnan går upp i vikt mera än nödvändigt. (Walters & Taylor, 2009)

Svårigheten att följa dessa rekommendationer för kvinnorna är ett faktum. Nuförtiden lever vi i ett samhälle där tillgången på fettrik mat med högt kaloriinnehåll gör oss överviktiga. Speciellt gravida kvinnor kan känna att graviditeten är en tid då det är accepterat att inte vara smal och man ökar matintaget. Dessutom har det visat sig att gravida kvinnor mellan graviditetsveckorna 24 och 32 lider av stress, ångest och trötthet och därför konsumerar de mera kolhydrater, fett och protein men en mindre mängd C-vitamin och folsyra. (Sarwer, Allison, Gibbons, Markowitz & Nelson, 2006)

Överviktiga gravida kvinnor kan behöva ytterligare hjälp med att kunna hålla en god vikt graviditeten igenom och kan då få hjälp utifrån. Genom att få skolning i hur de bör äta under graviditeten, så kan de förbättra sina matvanor och på så sätt hålla en god vikt. (Wolff, Legarth, Vangsgaard, Toubro & Astrup, 2008)

Dessutom om den gravida kvinnan kan följa med sin viktutveckling genom att anteckna vikten och sedan jämföra den med den rekommenderade viktkurvan, kan hon bättre hålla en god vikt. Detta anses som ett bättre alternativ till de vanliga rådgivningskortet man använder idag, där bara vikten dokumenteras. Genom att den gravida kvinnan får information om hur hon bör äta och motionera samt jämför sin vikt med den rekommenderade viktkurvan, lyckas hon bättre med att hålla sig till viktrekommendationerna. (Luoto, Kolu & Tulokas, 2011)

## 7 Tolkning

Respondenterna tolkar resultatet gentemot den teoretiska bakgrunden och de teoretiska utgångspunkterna. Penders teori om hälsofrämjande samt Orems teori om egenvård är de teoretiska utgångspunkterna som respondenterna använder sig av.

### 7.1 Risker hos modern samt fostret

I resultatet framkommer tydligt att kvinnans övervikt ökar risken för komplikationer både hos fostret och modern. Risker hos modern innefattar kardiovaskulära sjukdomar, graviditetsdiabetes,

preeklampsi, tromboembolism samt infektioner och dessa är starkt förknippade med övervikt. Dessa kan jämföras med Penders hälsofrämjande modell. Pender talar i sin modell om betydelsen av hälsan och upplevda hinder för hälsan och på så sätt kan riskerna anses som upplevda hinder för hälsan i samband med kvinnans övervikt. Även risker hos fostret såsom makrosomi, medfödd missbildning, prematur födsel, fosterdöd samt övervikt senare i livet kan anses som att tillståndet av hälsa inte kan uppnås.

Övervikt hos en gravid kvinna medför ett flertal risker både för henne och för fostret. Om kvinnan har en stor viktökning under graviditeten ökar riskerna ännu mer. De obstetriska riskfaktorerna såsom kejsarsnitt, komplicerad vaginal förlossning, postpartumkomplikationer samt flerbördsgraviditet ökar i och med kvinnans övervikt. Om kvinnan däremot blir medveten om de riskfaktorer både hon och fostret ställs inför, kan hon motiveras till att hålla en god vikt och således få en säkrare graviditet. Pender menar även i sin modell att ifall individen har något som motiverar henne kan hon engagera sig i beteenden som riktar sig till att förbättra hälsan. På så sätt kan den gravida kvinnan bli motiverad av vetskapen att hon riskerar både sin egna och fostrets hälsa och därför engagera sig i att förbättra den.

Vårdpersonalen spelar en stor roll i att föra ut information om riskerna för modern, riskerna för fostret samt de obstetriska riskfaktorerna till de gravida kvinnorna. På så sätt får kvinnorna kunskap om vad övervikt medför och kan då påbörja livsstilsförändringar. Orem menar även för att egenvård skall vara möjligt, krävs det förberedelser och användning av resurser. Genom vårdpersonal får individen de redskap som behövs för att påbörja egenvård.

I och med att den gravida kvinnan redan är överviktig innan graviditeten, så tyder detta på att hon har haft osunda levnadsvanor. Dessutom är kvinnor som redan är överviktiga innan de blir gravida mer benägna att öka kraftigt i vikt under graviditeten och detta medför risker både för henne och för fostret. Pender menar även i sin hälsofrämjande modell att ett tidigare beteende har en direkt eller indirekt effekt på beteendet. Detta påvisar att en överviktig kvinna har en tendens att fortsätta i samma mönster och öka i vikt även under graviditeten.



## 7.2 Prevention

I resultatet framkommer betydelsen av rätt val av kost under graviditeten för att minska risken för komplikationer. Ett mindre intag av socker och mer tillförsel av antioxidanter kan minska risken för preeklampsi. Även fiskolja samt en kolesterolsänkande diet kan minimera risken för tidig födsel. I Orem's teori om egenvård framkommer även kostens betydelse. Vätske- och födointag hör till de universella behov som enligt Orem bör tillgodoses.

Motion har en betydande roll i preventionen av graviditetskomplikationer, så som exempelvis graviditetsdiabetes och preeklampsi. Nuförtiden rekommenderas gravida att dagligen, 30 minuter per gång, utföra motion som är något ansträngande, dvs. att man blir en aning andfådd. Under en normal graviditet är denna typ av motion hälsosam både för modern och för fostret. I Orem's teori om egenvård beskrivs även betydelsen av upprätthållandet av balansen mellan aktivitet och vila. Dessa hör till de universella behoven som individen själv bör uppfylla för att bevara den mänskliga funktionen.

I Luoto, Kolu & Tulokas (2011) studie om NELLI-projektet framkom att de kvinnor som fick mera information om motionens och kostens inverkan på vikten åt hälsosammare och motionerade enligt rekommendationerna. Livsstilsförändringarna ledde till att de kvinnor som hade fått informationen födde mindre barn än de kvinnor som inte blev informerade. Genom att vårdpersonal informerar kvinnorna om olika preventiva metoder mot viktuppgång, fås hjälp utifrån och på så sätt kan individer tillämpa kunskapen genom att utföra preventiva åtgärder. Orem lyfter även fram i sin teori om egenvård att för att kunna uppfylla behoven krävs det att individen utför egenvårdsaktiviteter. Dock kan en individ lida av egenvårdsbrist och behöver omvårdnad eftersom individen inte har en tillräcklig kapacitet för att kunna tillgodose sina egna egenvårdsbehov. Då behövs omvårdnad utifrån och detta kan fås genom professionell omvårdnad.

I resultatet framkom även att kvinnor som redan innan graviditeten är överviktiga har en större benägenhet att öka i vikt ytterligare under graviditeten. Dessutom är svårigheten att följa viktrekommendationer för kvinnorna ett faktum. I den teoretiska bakgrunden framkom det i en studie gjord av Sarwer, Allison, Gibbons, Markowitz & Nelson (2006) att det behövs ytterligare forskning kring hur man skall få överviktiga kvinnor att inte överskrida viktrekommendationerna under graviditeten. Deras studie gick ut på att undersöka beteendemässig behandling som en

preventiv metod mot viktökning under graviditeten. När övervikt konstateras på mödrarådgivningen, är det många gånger för sent. Prevention av övervikt borde ske redan före den första graviditeten. Skol- och studerandehälsovården samt media spelar en stor roll i informerandet av de risker som övervikt medför vid graviditet och därför borde informationen ges i tid, redan till tonårsflickor.

## 8 Kritisk granskning

Respondenterna har valt i sin kritiska granskning att använda sig av Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Som metod används intern logik, perspektivmedvetenhet samt etiskt värde.

### 8.1 Intern logik

Larsson (1994, 168) beskriver intern logik som en harmoni mellan forskningsfrågorna, analystekniken och datainsamlingen. Under datainsamlingstekniker och analyser skall forskningsfrågorna vara styrande och således bör man inte binda upp sig till vissa metoder. I vår studie hade vi forskningsfrågor såsom: Vilka hälsorisker kan en gravid kvinna drabbas av ifall hon lider av övervikt? Vilka hälsorisker kan fostret drabbas av ifall den gravida kvinnan lider av övervikt? och vilka preventiva metoder finns att tillgå för att förhindra övervikt under graviditeten? Som datainsamlingsmetod användes dokumentstudier och forskningsartiklarnas resultat har analyserats genom en induktiv innehållsanalys. I vår studie valde vi först vårt ämne som vi ville fördjupa oss i och forskningsfrågorna skapades ganska snabbt. Det kändes naturligt att dokumentstudier valdes som datainsamlingsmetod, eftersom vi var väl medvetna om att ämnet är väl omskrivet. På så sätt låg forskningsfrågorna till grund i valet av datainsamlingsmetod. Analysmetoden som vi valde tycker vi passade bra, eftersom det fanns gott om material om ämnet och på så sätt hjälpte den oss att få fram resultatet som svarade på våra forskningsfrågor.

Vi gjorde även en översiktsartikel för att ge läsaren en översikt över det viktigaste som behandlades i varje artikel. Respondenterna anser att valet att göra en översiktsartikel inte kanske valdes utifrån forskningsfrågorna, utan att översiktsartikeln valdes mera för att ge oss en överblick av artiklarna.

Larsson (1994, 169-170) skriver även att det kan vara svårt att helt utgå från forskningsfrågorna i valet av metod.

Larsson (1994, 173-175) menar att struktureringen av resultatet skall vara så enkel som möjligt, så att resultatet blir överskådligt. Det är viktigt att man följer en röd tråd igenom och att kategorierna kan återgestaltas i rådatan. Respondenterna anser att struktureringen av resultatet har utformats på ett tydligt och enkelt sätt genom att skapa överkategorier, kategorier samt figurer av resultatet. Genom att namnge kategorierna i resultatet utifrån teorierna anser vi att man finner ett samband mellan de teoretiska utgångspunkterna och resultatet.

## 8.2 Perspektivmedvetenhet

Larsson (1994, 165-166) menar att perspektivmedvetenhet betyder att man är medveten om sin förståelse. All tolkning är beroende av skribentens perspektiv eftersom man alltid har en förförståelse. Förförståelsen kan förändras under studiens gång och för att tolkningen skall bli tydlig bör man ge uttryck för skribentens förförståelse. Dessutom för att studien skall ha en god kvalitet bör skribenten vara tydlig med sitt perspektiv.

Innan vi påbörjade studien var vi inte medvetna om riskfaktorerna som både modern och fostret kan drabbas av om kvinnan lider av övervikt. Vi hade även en begränsad kunskap om de preventiva metoderna. I och med detta hade vi en väldigt liten förförståelse för ämnet och därför påverkades inte studien av våra perspektiv.

## 8.3 Etiskt värde

Enligt Larsson (1994, 171-172) kan en välgjord studie visa sig ha god etik. Viktigt är att endast sanningsenlig information används och att information varken läggs till eller tas bort i undersökningen. Respondenterna anser sig ha använt forskningsmaterialet omsorgsfullt. Vi har lyft

fram det mest väsentliga ur varje artikel och varken lagt till eller tagit bort aktuell fakta. Vi har tagit fasta på att hänvisa till författaren i vår studie och tydligt refererat till dem.

## 9 Diskussion

Problemet med övervikt bland gravida kvinnor kantas av många problem. Statistiken tyder på att det har skett en markant ökning av övervikt bland gravida kvinnor och i Finland är en tredjedel av de gravida kvinnorna som vi möter på mödrarådgivningen överviktiga. Med andra ord kan man med säkerhet konstatera att detta är ett aktuellt och viktigt ämne som inte endast berör vårdpersonal utan hela befolkningen.

I vår studie ville vi således undersöka vilka risker både den gravida kvinnan och fostret drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt samt de preventiva metoderna mot övervikt som finns att tillgå. Vi vill väcka ett intresse för detta aktuella ämne och få vårdpersonalen att öppna ögonen inför detta växande problem och således genom vårt examensarbete bistå med information som kan föras vidare till de gravida kvinnorna.

Varför lider så många kvinnor av övervikt idag då? I dagens samhälle är det tillgången på fettrik mat med ett högt kaloriinnehåll som gör oss överviktiga i samband med dåliga motionsvanor. Speciellt gravida kvinnor kan känna att graviditeten är en tid då det är accepterat att inte vara smal och ökar matintaget. Många gravida ser graviditeten som en tid då de inte behöver påverkas av samhällets påtryckningar om att de borde vara smala. Dessutom är det många gravida kvinnor som tror att under graviditeten skall man äta för två och ökar matintaget avsevärt. Som vi i resultatet påpekade skall en gravid kvinna öka matintaget med endast 300 kcal och 10-15 g protein per dag. Detta kan jämföras med att man äter två extra smörgåsar om dagen. Speciellt överviktiga kvinnor skall vara väldigt uppmärksamma på sin viktökning, eftersom om de ytterligare ökar i vikt under graviditeten ökar riskerna avsevärt.

I resultatet framkom att både den gravida kvinnan och fostret påverkas negativt av kvinnans övervikt. Det framkom att även en mild övervikt medför risker samt att riskerna ökar betydligt ifall viktökningen är stor under graviditeten. Innan vi påbörjade arbetet med vårt examensarbete hade vi våra aningar om att övervikt medför risker, men vi visste inte i hur stor utsträckning. I vår

resultatredovisning framgick att både modern och fostret ställs inför många risker ifall den gravida kvinnan är överviktig eller obes. Modern kan drabbas av livshotande komplikationer, så som kardiovaskulära komplikationer och preeklampsi eller mildare komplikationer, så som infektioner. Även fostret kan drabbas av svåra komplikationer, så som medfödd missbildning och prematur födsel. I resultatet beskrev vi även obstetriska riskfaktorer som drabbar både modern och fostret.

Som resultatredovisningen visar är riskerna stora både hos modern och hos fostret ifall kvinnan lider av övervikt. Häpnadsväckande är att studier visar att endast ett fåtal kvinnor är medvetna om riskerna som övervikt medför. Fastän övervikt nuförtiden är ett av våra vanligaste hälsoproblem och många vet om de risker som föreligger hos de personer som inte är gravida, är betydligt fler omedvetna om hur den gravida kvinnan drabbas. Då kan vi konstatera att befolkningen saknar kunskap i detta och vårdpersonalen som möter kvinnorna borde bli informerad och på så sätt kunna upplysa gravida kvinnor om riskerna.

Preventionsdelen av övervikt under graviditeten är svår. Som vi presenterar i resultatredovisningen rekommenderas inte kvinnorna att minska i vikt under graviditeten, utan viktminskning borde ske innan graviditeten. Det som de gravida kvinnorna skall koncentrera sig på är att hålla sig till IOM:s viktrekommendationer och inte öka vikten avsevärt. Detta kan uppnås genom sund kost tillsammans med motion. I resultatredovisningen tog vi även upp om professionell omvårdnad, eftersom vi anser att försöka hålla en god vikt igenom graviditeten kan vara svårt. Detta speciellt med tanke på det samhälle som vi nuförtiden lever i och dessutom har det visat sig att gravida kvinnor mellan graviditetsveckorna 24 och 32 lider av stress, ångest och trötthet och därför konsumerar de mera kolhydrater, fett och protein men en mindre mängd C-vitamin och folsyra.

I den teoretiska bakgrunden framkom tidigare studier kring preventiva metoder. Sarwer, Allison, Gibbons, Markowitz & Nelson (2006) har undersökt hur beteendemässig behandling fungerar som en preventiv metod. Dessvärre framkom det att den inte hade någon avsevärd effekt på överviktiga gravida kvinnor som överskred viktrekommendationerna. Därav anser de att det behövs ytterligare forskning kring hur man skall få överviktiga kvinnor att inte överskrida viktrekommendationerna under graviditeten. Som vi nämner i vår resultatredovisning har överviktiga kvinnor en tendens att öka i vikt ytterligare under graviditeten. Därav anser även vi utan tvekan att det behövs ytterligare forskning i hur man skall hantera detta problem. Vårdpersonalen har en viktig roll i att hjälpa kvinnorna med viktökningen och vårdpersonal borde få bättre kunskap om hur man skall bemöta kvinnorna och deras problem. Detta styrks även i en studie som visade att vårdpersonal saknar

kunskap i att hantera detta problem med kvinnorna och saknar självtillit att diskutera övervikten med kvinnorna.

Genom denna studie hoppas vi att ett nytt intresse väcks för detta aktuella ämne och att vi har kunnat bistå med information som vårdpersonal kan använda sig av när de bemöter överviktiga kvinnor som planerar graviditet eller är gravida. Med andra ord önskar vi att talesättet ”att äta för två” skulle ses med nya ögon efter detta examensarbete.

# Litteratur

Andersen, H. (1994). *Vetenskapsteori och metodlära. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Arendas, K., Qiu, Q. & Gruslin, A. (2008). Obesity in Pregnancy: Pre-Conceptional to Postpartum Consequences. *J Obstet Gynaecol Can*, 30, 477-488.

Barry, S. & Turner, M. (2008). The growing challenges of maternal obesity. *Irish medical Time*, 42, 50.

Beaten, J., Bukusi, E. & Lambe, M. (2001). Pregnancy Complications and Outcomes Among Overweight and Obese Nulliparous Women. *American Journal of Public Health*, 91, 436-440.

Bhattacharya, S., Campbell, D., Liston, W. & Bhattacharya, S. (2007) Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*, 7, 1-8.

Bish, C., Chu, S., Shapiro-Mendoza, C., Sharma, A. & Blanck, H. (2009). Trying to Lose or Maintain Weight During Pregnancy – United States, 2003. *Matern Child Health*, 13, 286-292.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell.

Catalano, P. & Ehrenberg, H. (2006). The short- and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. *BJOG*, 113, 1126–1133.

Davies, G., Wolfe, L., Mottola, M. & MacKinnon, C. (2003). Exercise in pregnancy and the postpartum period. *Joint SOGC/CSEP Clinical Practice Guideline*, 129, 1-7.

Galtier-Dereure, F., Boegner, C. & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complications and cost. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1242-1248.

Guelinckx, I., Devlieger, R., Beckers, K. & Vansant, G. (2008). Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Journal compilation. The International Association for the Study of Obesity*, 9, 140–150.

Henriksen, T. (2006). Nutrition and Pregnancy Outcome. *Nutrition Reviews*, 64, (5), 19-23.

Hull, K., Montgomery, K., Vireday, P. & Kendall-Tackett, K. (2011). Maternal Obesity From All Sides. *The Journal of Perinatal Education*, 20 (4), 226-232.

Keely, A., Gunning, M. & Denison, F. (2011). Maternal obesity in pregnancy: Women's understanding of risks. *British Journal of Midwifery*, 19 (6), 364-369.

Kinnunen, T. (2009). Raskaus ja painonhallinta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 46, 211-214.

Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Ingår i: Bjerkheim, T., Mathisen, J. & Nord, R. *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1998). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11, 3-12.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lindeberg, G. & Löf, M. (2004). *Mat för gravida och ammande. De senaste forskningsrönen och de bästa recepten*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Luoto, R., Kolu P. & Tulokas S (2011). Raskausdiabeteksen ehkäisy tutkimus: sekä lapsi että äiti hyötyvät elintapaneuvonnasta. *Diabetes ja lääkäri*, 4, 14-19.

Murdaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson.



Nyberg, R. & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice. 6th ed.* St. Louis: Mosby, Inc.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Raatikainen, K. & Heinonen, S. (2006). Lihavuus on vaaraksi raskaudelle. *Duodecim*, 122, 2421-2422.

Raatikainen, K., Heiskanen, N. & Heinonen, S. (2006). Transition from Overweight to Obesity Worsens Pregnancy Outcome in a BMI-dependent Manner. *Obesity*, 14 (1), 165-171.

Ramachandran, P. (2002). Maternal Nutrition – Effect on Fetal Growth and Outcome of Pregnancy. *Nutrition Reviews*, 60 (5), 26-34.

Ramachenderan, J., Bradford, J. & Mclean, M. (2008). Maternal obesity and pregnancy complications: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 228-235.

Sarwer, D., Allison, K., Gibbons, L., Markowitz, J. & Nelson, D. (2006). Pregnancy and Obesity: A Review and Agenda for Future Research. *Journal of women's health*, 15 (6), 720-733.

Smith, G., Shah, I., Pell, J., Crossley, J. & Dobbie, R. (2007). Maternal Obesity in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous and Elective Preterm Deliveries: A Retrospective Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 157-162.

THL (2012). [Online] [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/uutinen?id=31024](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=31024) (hämtat 12.03.2013).

Tomey, A. & Alligood, M. (1998). *Nursing Theorists and their Work (4th ed)*. St. Louis: Mosby-Year Book.

Walters, M. & Taylor, J. (2009). Maternal Obesity. Consequences and Prevention Strategies. *Nursing for women's health, 13 (6)*, 488-495.

Williams, H. (2012). Maternal Obesity: Risk or resolution? A literature review – part 2. *British Journal of Midwifery, 20 (10)*, 698-703.

WHO (2012). [Online] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (hämtat 28.02.2013).

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

Yu, C., Teoh, T. & Robinson, S. (2006). Obesity in pregnancy. *BJOG An international Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113*, 1117-1125.

# Bilagor

## Bilaga 1. Översiktsartikel

<b>FÖRFATTARE (ÅRTAL)</b>	<b>SYFTE</b>	<b>METOD</b>	<b>RESULTAT</b>
Arendas, K., Qiu, Q. & Gruslin, A.  (2008)	Syftet med studien var att undersöka hur fetma hos kvinnor påverkar fertiliteten och utfallet av graviditeten.	En litteratursökning gjordes av artiklar publicerade mellan 1 januari 2000 och 31 december 2006 som behandlade fetma och dess effekter på graviditeten. Artiklarna analyserades och resultatet sammanställdes och sammanfattades.	Fetma under graviditeten är starkt kopplat till komplikationer hos modern både under graviditeten och efter förlossningen. Många komplikationer som påverkar både fostret och det nyfödda barnet hittades.
Barry, S. & Turner, M.  (2008)	Syftet med studien var att kartlägga de risker som föreligger både hos modern och hos barnet om modern lider av övervikt eller fetma under graviditeten.	Litteraturstudie	Förekomsten av kvinnor med fetma under graviditeten ökar och därmed ökar fostrets och moderns risk för komplikationer av graviditeten. Detta leder till långsiktiga konsekvenser mellan generationerna. På grund av de märkbara sociala och ekonomiska

			<p>kostnaderna av detta problem bör nya studier göras för att se de insatser som är mest effektiva för att förhindra fetma och dess komplikationer.</p>
<p>Beaten, J., Bukusi, E. &amp; Lambe, M.  (2001)</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan betydelse av vikten före graviditeten och risken för komplikationer och skadliga effekter under graviditeten bland kvinnor som aldrig har fött ett barn.</p>	<p>Studien utfördes genom en populationsbaserad kohortstudie. Som grund användes 96 801 födelseattester från Washington State, hämtat åren 1992-1996. Kvinnorna blev kategoriserade beroende på BMI-indexet.</p>	<p>Frekvens av förekomsten av de flesta utfallen visade sig öka med ju högre BMI-indexet var. Jämfört med magra kvinnor hade överviktiga kvinnor och kvinnor med fetma en signifikant ökad risk för graviditetsdiabetes, preeklampsi, kejsarsnitt och spädbarn med makrosomi.</p>
<p>Bhattacharya, S., Campbell, D., Liston, W. &amp; Bhattacharya, S.  (2007)</p>	<p>Syftet med studien var att kartlägga hur en kvinnas BMI påverkar utfallet av graviditeten.</p>	<p>I studien undersöktes gravida kvinnor i Aberdeen åren 1976-2005. Kvinnorna delades in i fem kategorier beroende på deras BMI och sedan jämfördes graviditets- och perinatale resultaten.</p>	<p>Studien visade att ju högre en kvinnas BMI är under graviditeten, desto högre risk har hon att drabbas av graviditetskomplikationer, så som preeklampsi och blödning efter förlossning.</p>
<p>Bish, C., Chu, S., Shapiro-Mendoza, C., Sharma, A. &amp; Blanck, H.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka förekomsten av kvinnor som försöker gå ner i vikt eller behålla vikten under graviditeten.</p>	<p>Genom en multinomial logistisk regressionsanalys undersöktes förekomsten av kvinnor som försökte gå ner i vikt eller bibehålla vikten. I undersökningen deltog gravida kvinnor i åldern 18-44 och bedömdes</p>	<p>Bland de gravida kvinnorna försökte 7,5 % gå ner i vikt och 34,3 % behålla vikten.</p>

(2009)		oberoende av demografiska, kliniska eller beteendemässiga faktorer.	
Catalano, P. & Ehrenberg, H.  (2006)	Syftet med studien var att kartlägga de risker som fostret kan utsättas för om kvinnan lider av övervikt, samt komplikationer vid förlossningen	Litteraturstudie	Resultatet visade att det finns en större chans om kvinnan är överviktig för missfall, kejsarsnitt, postoperativa komplikationer såsom blodförlust, infektioner och endometrit. Fostrets tillväxt är starkt förknippat med moderns vikt.
Davies, G., Wolfe, L., Mottola, M. & MacKinnon, C.  (2003)	Syftet var att utforma riktlinjer för vårdare angående effekten av aerob- och styrketräning under graviditeten för modern och fostret.	Som metod har använts en litteraturstudie och materialet är engelskspråkiga artiklar från 1966-2002 sökta i MEDLINE.	Kunskap om motionens effekt på moderns, fostrets och neonatal hälsa.
Galtier-Dereure, F., Boegner, C. & Bringer, J.  (2000)	Syftet med denna studie var att kartlägga de risker som både modern och fostret kan stöta på om modern lider av övervikt.	Litteraturstudie	Studien visade att modern lider av en större risk för bl.a. hypertoni, graviditetsdiabetes och urinvägsinfektion om hon är överviktig. Fostret har en ökad risk för makrosomi, fosterdöd och medfödda missbildningar om modern lider av övervikt.

<p>Guelinckx, I., Devlieger, R., Beckers, K. &amp; Vansant, G.</p> <p>(2008)</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva förekomsten av övervikt hos gravida kvinnor, samt graviditetskomplikationer förankrade till övervikt hos modern. Dessutom studerades preventionsstrategier.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Studien visade att förekomsten av övervikt hos gravida kvinnor har ökat avsevärt. Riskerna med graviditeten ökar i och med moderns övervikt. Det saknas bra forskning på lyckade preventionsstrategier, men fysisk aktivitet anses som god prevention av rejäl viktökning under graviditeten.</p>
<p>Henriksen, T.</p> <p>(2006)</p>	<p>Syftet med denna artikel var att påvisa graden av problemet med överviktiga gravida kvinnor och kartlägga de komplikationer som kan tillkomma både hos modern och hos fostret.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>I de mer utvecklade samhällena är övervikt, diabetes och metabolt syndrom hos unga kvinnor starkt kopplade till en rad av komplikationer under graviditeten och förlossningen och även för det nyfödda barnet. Dessutom har modern och barnet en ökad risk för sämre hälsa senare i livet. Snabba viktförändringar och det näringsmässiga tillståndet visar att områden såsom preventiv medicin, klinisk nutrition, obstetrik och perinatal medicin ställs inför en allt större utmaning.</p>
<p>Hull, K., Montgomery, K., Vireday, P. &amp; Kendall-Tackett, K.</p>	<p>Denna artikel tar upp aktuell forskning om riskerna med fetma samt humanistiska problem och</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Artikeln presenterade en översikt över några av de komplikationer som förknippas med övervikt och</p>

(2011)	upplevelser upplevda av gravida kvinnor med högre BMI.		fetma under graviditeten. bl.a. preeklampsi, graviditetsdiabetes, hypertoni och kejsarsnitt. Dessutom framkom det i artikeln olika preventions strategier för att minimera riskerna med övervikt och fetma, både före och under graviditeten.
Kinnunen, T. (2009)	Syftet med denna studie är att lyfta fram betydelsen av att hålla en bra vikt under graviditeten och på vilket sätt man kan göra detta	Litteraturstudie	För att kvinnan skall hålla en god vikt under graviditeten skall hon inte öka matintaget avsevärt utan äta vanlig husmanskost i rekommenderad mängd. Dessutom skall kvinnan motionera dagligen 30 minuter.
Luoto, R., Kolu, P. & Tulokas, S. (2011)	Syftet med studien var att kartlägga hur NELLI-projektet har inverkat på gravida kvinnors levnadsvanor och ifall det finns ett samband mellan graviditetsdiabetes och levnadsvanor.	I studien följde man med 219 gravida mammor som fick fem gånger mera information om kost och motion under graviditeten i syftet att kartlägga hur deras kost- och motionsvanor inverkade på vikten.	Studien visade att kvinnor som fick intensiv skolning i kost- och motionsvanor åt en bättre kost än de som inte fick skolning. Deras barn hade även en lägre vikt vid födseln kontra de barn vars mammor inte fått skolning.
Raatikainen, K. & Heinonen, S. (2006)	Syftet med studien är att beskriva övervikt hos gravida samt vilka risker övervikt medför samt prevention av övervikt.	Litteraturstudie	Studien visade att ifall överviktiga kvinnor går ner i vikt före graviditeten så minskar risken att drabbas av

			graviditetskomplikationer.
Raatikainen, K., Heiskanen, N. & Heinonen, S.  (2006)	Syftet med studien var att undersöka utfallet i graviditeten hos olika BMI-grupper.	I studien analyserades 25 601 graviditeter mellan 1989 och 2001 inskrivna på Kuopio University Hospital. Materialet har samlats in genom självadministrerade frågeformulär som har fyllts i av kvinnor i graviditetsvecka 20. Dessutom har sjukskötare intervjuats och man har använt sig av kliniska journaler. Multipel logistisk regressionsanalys användes i studien.	Resultatet av studien visade att överviktiga och feta kvinnor hade genomgått fler förlossningar förut, aborter, missfall och dödfödselar. Dessutom hade fler kvinnor diabetes, hypertoni, drabbades av preeklampsi samt rökte oftare än normalviktiga kvinnor.
Ramachandran, P.  (2002)	Syftet med denna artikel var att kartlägga betydelsen av moderns näringsintag under graviditeten och näringsrelaterade problem under graviditeten.	Litteraturstudie	Tidigare utmaningar, såsom undernäring, har till viss del bekämpats framgångsrikt genom tillämpade program. Idag omfattas vi av allt mera komplexa hälsorelaterade problem och behöver arbeta effektivare för att bibehålla nuvarande nutrition- och hälsostatus. Genom att möta dessa utmaningar läggs grunden för en fortsatt förbättring av moderns näringstillstånd under de närmsta



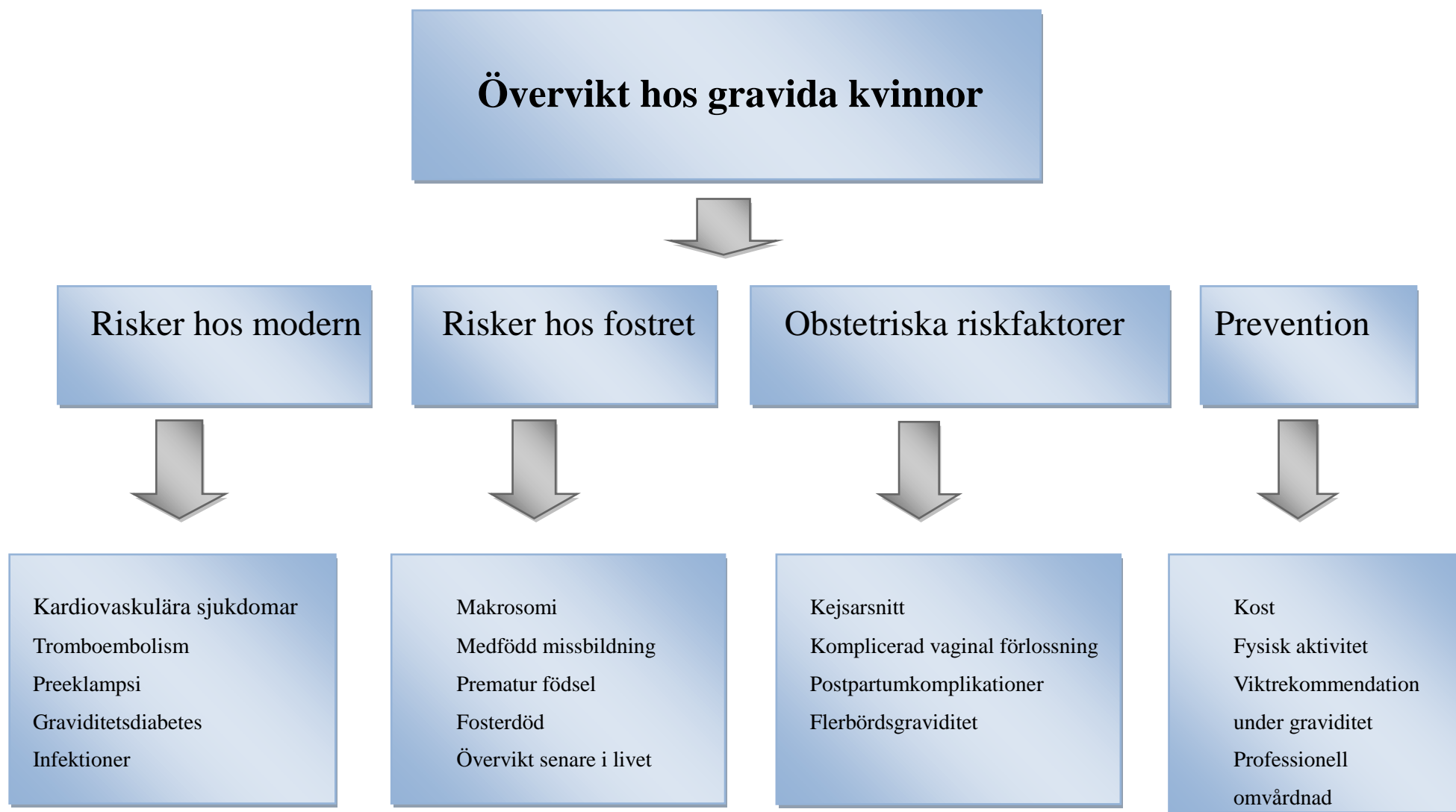
			årtiondena.
Ramachenderan, J., Bradford, J. & Mclean, M.  (2008)	Artikeln granskade sambandet mellan moderns fetma och komplikationer under graviditeten. Dessutom behandlas betydelsen av en begränsad viktökning under graviditeten för att reducera riskerna både för modern och för fostret.	Litteraturstudie	Fetma hos modern under graviditeten är ett allt vanligare tillstånd och ett hot mot både modern och fostret. Det finns få riktlinjer för hur man skall hantera detta problem och brist på bra bevis som kan användas som underlag inom klinisk praxis.
Sarwer, D., Allison, K., Gibbons, L., Markowitz, J. & Nelson, D.  (2006)	Artikeln undersöker sambandet mellan fetma och graviditet genom att granska litteratur. Dessutom tas relationen mellan övervikt och fertilitet upp samt relationen mellan moderns kroppsvikt och graviditetsrelaterade komplikationer. Det nämns även om graviditet som en möjlig faktor för utveckling av fetma. Effekten av beteendemässiga åtgärder för att kontrollera viktökning under graviditeten undersöks samt att hjälpa kvinnor med viktnedgång efter förlossningen. Slutligen framläggs en agenda för framtida forskning om	Litteraturstudie	Fetma kan negativt påverka den reproduktiva funktionen och fertiliteten. Övervikt, speciellt buk fett, har samband med oregelbundna menstruationscyklar, flera hormonkänsliga cancertyper, ökad risk för missfall och nedsatt fertilitet. Övervikt kan även leda till en rad olika komplikationer både för modern och för fostret.  Det kartlades även de områden som det behövs mer forskning inom. Artikeln menade att de mekanismer som gör att vikten inverkar på de reproduktiva funktionerna är inte väl förstådda och behöver ytterligare

	att undersöka sambandet mellan graviditet och fetma.		studeras. Dessutom behövs mera forskning som studerar effektiva åtgärder för att kontrollera kraftig viktökning under graviditeten eller underlätta viktminskning efter förlossningen.
Smith, G., Shah, I., Pell, J., Crossley, J. & Dobbie, R.  (2007)	Syftet var att undersöka sambandet mellan moderns BMI och risken för tidig födsel.	I studien deltog 187 290 kvinnor från Skottland och man undersökte förekomsten av spontana och valbara tidig födsel hos kvinnor som lider av övervikt, fetma eller sjuklig fetma i förhållande till normalviktiga kvinnor.	Bland kvinnor som var förstföderskor ökade valet av tidig förlossning med ökande BMI och av följande skäl minskade risken för spontan prematur födsel. Kvinnor som lider av sjuklig fetma och som inte har fött barn tidigare har en betydligt ökad risk för prematur födsel, neonatal död samt ökad risk att föda barn som väger mindre än 1000g och som överlever högst 1 år.
Walters, M. & Taylor, J.  (2009)	Syftet med studien är att undersöka risker hos modern och fostret om modern lider av övervikt samt olika preventionsmetoder.	Litteraturstudie	Studien visade att om den gravida kvinnan lider av övervikt kan hon under graviditeten stöta på risker såsom graviditetsdiabetes, hypertoni, preeklampsi och tromboembolism. Risker för fostret är missbildning och makrosomi. I studien framkom även att det

			behövs mera forskning kring preventions strategier.
Williams, H.  (2012)	Syftet med denna artikel var att undersöka om man vårdmässigt missar möjligheten till hälsofrämjande inom vården av överviktiga gravida kvinnor. Dessutom diskuterades betydelsen av att mäta och följa upp viktökningen under graviditeten samt att utforska vikten av prenatala åtgärder och identifiera framtida forskning som behövs.	En litteraturstudie där man har analyserat 36 primära och sekundära forskningsrapporter.	Normalisering av fetma i vårt samhälle kan leda till att kvinnorna inte förstår riskerna med fetma. Vårdpersonalens egna kunskaper, attityder och personliga förhållande till fetma kan påverka hur de hanterar frågor om fetma med kvinnor. Det bör göras mera kvalitativ forskning för att förstå underliggande faktorer till övervikt hos gravida kvinnor, samt ytterligare forskning för att avgöra vem som är mest lämpad för att ge råd om fetma.
Wolff, S., Legarth, J., Vangsgaard, K., Toubro, S. & Astrup, A.  (2008)	Syftet med studien var att undersöka ifall graviditetsrelaterad övervikt kan begränsas hos överviktiga kvinnor ifall de genomgår en 10 timmar lång dietkonsultation samt ifall denna restriktion påverkar glukosmetabolismen under graviditeten.	Randomiserad kontrollerad studie	Studien visade att kvinnor som hargenomgått interventionen minskade sitt energiintag och begränsade viktuppgången till 6,6 kg vs kvinnorna i kontrollgruppen som gick upp 13,3 kg.

<p>Yu, C., Teoh, T. &amp; Robinson, S.  (2006)</p>	<p>Syftet med denna studie var att kartlägga både risker och långsiktiga risker för fostret och modern om kvinnan lider av övervikt.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Resultatet av studien visade att fostret löper risk för medfödda missbildningar, makrosomi och antepartum fosterdöd. Den gravida kvinnan har en ökad risk för graviditetsdiabetes, hypertoni och tromboembolism.</p>
--	--	-------------------------	---

## Bilaga 2. Resultatredovisning



# Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två!

**- En handbok om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder**

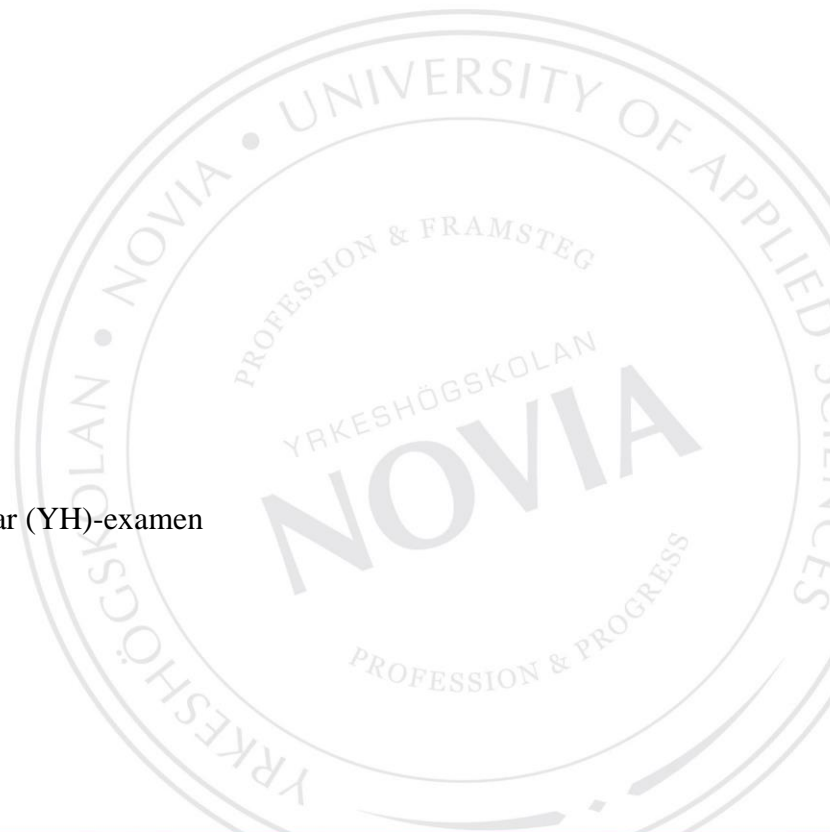
Sofia Nyberg

Johanna Salparanta

Utvecklingsarbete för hälsovårdar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



# UTVECKLINGSARBETE I HÄLSOVÅRD

Författare:	Sofia Nyberg & Johanna Salparanta
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning:	Hälsovård
Handledare:	Eva Matintupa
Titel:	Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! - En handbok om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder

---

Datum 15.11.2013

Sidantal 9

Bilagor 1

---

## Sammanfattning

Syftet med detta utvecklingsarbete är att genom en handbok göra gravida kvinnor medvetna om de risker som de utsätter både sig själva och fostret för ifall de lider av övervikt samt hur de kan minska dem.

Vår främsta frågeställning i arbetet är: Vad skall gravida kvinnor bli medvetna om gällande riskerna som både hon och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt samt vilka preventiva metoder som finns att tillgå?

För att kunna nå ut med denna information till gravida kvinnor gjorde respondenterna en handbok. Handboken skall finnas tillgänglig inom mödrarådgivningen och den skall fungera som ett hjälpmedel för hälsovårdare när de kommer i kontakt med överviktiga, gravida kvinnor.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: graviditet, övervikt

---

## **EXPERT KNOWLEDGE IN PUBLIC HEALTH CARE**

Authors: Sofia Nyberg & Johanna Salparanta  
Degree Programme: Health Care, Vaasa  
Specialization: Public Health Care  
Supervisors: Eva Matintupa  
Title: Pregnant and fat oh yes, I'm eating for two!  
- A manual of the risk factors that both the pregnant woman and the fetus may suffer from if the woman is obese, and prevention methods.

---

Date 15.11.2013

Number of pages 9

Appendices 1

---

### **Summary**

The purpose of this expert knowledge in public health care is through a handbook educate pregnant women about the complications and risks they are exposing themselves and their fetus to if they are overweight, and obstetric complications.

Our main research question in this work is: what do pregnant women need to know about the risks that both she and the fetus may suffer from if the woman is overweight and which preventive methods that are available?

To be able to reach out with this information to pregnant women respondents did a handbook. The handbook will be available in the maternity clinic, and to act as a tool for public health nurses when they come in contact with overweight pregnant women.

---

Language: Swedish

Key words: pregnancy, overweight

---



# TERVEYDENHOITOTYÖN KEHITYSHANKE

Tekijä:	Sofia Nyberg & Johanna Salparanta
Koulutusohjelma ja paikkakunta:	Hoitotyö, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto:	Terveydenhoitotyö
Ohjaajat:	Eva Matintupa
Nimike:	Raskaana ja lihava kyllä, syönhän kahden edestä! - Käsikirja niistä riskitekijöistä, joista sekä raskaana oleva nainen että sikiö voivat kärsiä jos nainen on liikalihava, sekä ehkäisykeinot näitä riskejä vastaan

---

Päivämäärä 15.11.2013

Sivumäärä 9

Liitteet 1

---

## Tiivistelmä

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on käsikirjan avulla valistaa odottavia äitejä raskausaikaisen ylipainon aiheuttamista komplikaatioista ja riskeistä itse odottavalle ja sikiölle sekä obstetriikkaan liittyvistä lääketieteellisistä seurannaisvaikutuksista.

Ensisijaisena kysymysasetteluna työssämme on: mitä raskaana oleva nainen tulisi tietää niistä riskeistä, joita naisen ylipaino saattaa aiheuttaa sekä itselle että sikiölle sekä niistä ennalta ehkäisevistä keinoista joita on saatavissa?

Voidaksemme välittää tätä tietoa odottaville naisille, olemme tehneet neuvolatyöhön käsikirjan ylipainon riskeistä odotusaikana. Terveystenhoitajat voivat hyödyntää käsikirjaa neuvolatyössään opastaessaan odottavia ylipainoisia äitejä

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: raskaus, ylipaino

---

## Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering.....	2
3 Handbok.....	3
3.1 Handbokens framställning.....	3
3.2 Vuxenpedagogik.....	3
3.2.1 Lärande.....	4
3.2.2 Kunskap och kompetens.....	4
3.3 Praktiskt genomförande.....	5
4 Resultat.....	6
5 Kritisk granskning och diskussion.....	7

Litteratur

Bilaga

# 1 Inledning

Detta utvecklingsarbete är en uppföljning på vårt examensarbete ”*Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två!*”. I teoretiska studien beskrevs vilka hälsorisker både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av samt preventiva metoder mot övervikt under graviditeten. Sammanlagt användes 23 vetenskapliga artiklar i studien och resultatet tolkades gentemot de teoretiska utgångspunkterna; Penders teori om hälsofrämjande och Orems teori om egenvård.

Resultatet av examensarbetet visade tydligt att riskerna ökar både hos modern och hos fostret om den gravida kvinnan lider av övervikt. En sund kost och fysisk aktivitet i samband med hälsofrämjande metoder är den prevention som skall hjälpa den gravida kvinnan att hålla en god vikt igenom graviditeten. I studien framkom även att endast ett fåtal kvinnor är medvetna om de risker och komplikationer som övervikt medför samt att många gravida kvinnor lever efter talesättet att man skall äta för två under graviditeten. De saknar också kunskap i hur mycket näring de egentligen behöver. Det framkom även att vårdpersonal saknar kunskap i att hantera detta problem och att det sällan diskuteras på mödrahälsovården.

Respondenterna vill således med detta utvecklingsarbete bistå med information för att gravida kvinnor skall bli medvetna om de risker som övervikt medför både för henne och för fostret samt vilka preventiva metoder som finns att tillgå. Därför valde vi att göra en handbok som riktar sig till gravida kvinnor och skall innehålla väsentlig och lättläst fakta om de risker som övervikt medför både för den gravida kvinnan och för fostret samt prevention av övervikt under graviditeten. Handboken skall finnas tillgänglig på mödravårdsmottagningen och hälsovårdaren skall dela ut handboken vid första inskrivningsbesöket. Vi anser att handboken skall delas ut tillsammans med det övriga basmaterialet som ges vid inskrivningsbesöket eftersom handboken inte enbart riktar sig till överviktiga kvinnor utan även till normalviktiga. Denne kan drabbas av riskerna ifall hennes vikt ökar för mycket i vikt under graviditeten. Med andra ord vill vi sätta stopp för talesättet ”att äta för två” och informera om hur mycket energi en kvinna bör få i sig beroende på hennes BMI.

## 2 Syfte och problemprecisering

I vår studie framkom att övervikt hos gravida kvinnor medför risker för både kvinnan och fostret samt att det finns preventiva metoder att tillgå för att minimera riskerna. Vårdpersonal saknar kunskap i att hantera detta problem och det råder bristande kunskap hos gravida om både vad övervikt medför samt vilka preventiva metoder som finns att tillgå. Syftet med detta utvecklingsarbete är således att genom en handbok göra gravida kvinnor medvetna om de risker som de utsätter både sig själva och fostret för ifall de lider av övervikt samt hur de kan minska dem.

### Frågeställning:

Vad skall gravida kvinnor bli medvetna om gällande riskerna som både hon och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt samt vilka preventiva metoder som finns att tillgå?

## 3 Handbok

Respondenterna vill med hjälp av en handbok upplysa gravida kvinnor om vilka risker de utsätter sig själva och fostret för ifall de lider av övervikt under graviditeten. Vi vill även upplysa om de preventiva metoder som finns att tillgå. Handboken kommer att innehålla riskfaktorer hos modern och fostret samt obstetriska riskfaktorer. I handboken kommer även prevention att behandlas i ett eget kapitel. Vi kommer att lägga ner mycket tid på layouten av handboken för att väcka intresse hos de gravida kvinnorna och även hos vårdpersonal för att de ska vilja dela ut den. Språket i handboken skall vara skrivet på ett sätt så att mammorna skall förstå den, dvs. vi kommer inte att använda oss speciellt mycket av vårdtermer som kan vara svåra för allmänheten att förstå.

### 3.1 Handbokens framställning

När man gör en handbok är det viktigt att tänka på vem den riktar sig till och varför. Vi frågar oss vad läsaren behöver veta samt vilka kunskaper de har inom detta ämnesområde. Då skall texten renodlas, dvs. den skall endast innehålla den information som läsaren behöver. När innehållet i handboken har utformats, skall det struktureras och det kan göras med hjälp av rubriker, bilder eller punktlister. Läsaren skall tilltalas med du. Ordvalen skall vara konsekventa eftersom konsekventa texter är lättare att förstå. Samma ord skall användas för samma sak. Både layouten och texten bör vara uppbyggda på samma sätt och kapitlen bör vara strukturerade likadant. Facktermer bör förklaras. Olika expertområden har sina speciella ord och man bör ta i beaktande att om en handbok är avsedd för allmänheten bör facktermer förklaras. Bäst vore att låta bli att använda fackord och istället ersätta dem med ord eller förklaringar som förstås av allmänheten. Man kan även använda sig av en ordlista där facktermer förklaras. (Forsberg, 2008, s. 17-23, 37-40, 51, 67; Strömquist, 2001, s. 58-60)

### 3.2 Vuxenpedagogik

Definitionen vuxenpedagogik baseras på det antagandet att vuxna genom sina livserfarenheter har andra förutsättningar och kunskap än barn och ungdomar. Några av målen med utbildning av vuxna

är att bidra till samhällsutveckling samt att bidra till individens personliga bildning och utveckling. Syftet med att utbilda vuxna är att ”kunna utveckla kunskaper och kompetens på ett för individ och samhälle positivt sätt”. Viktiga begrepp inom vuxenpedagogiken är lärande, kunskap och kompetens. (Hård af Segerstad, 2007, s. 7-10)

### 3.2.1 Lärande

Lärandet betraktas som en individuell och social process och pågår hela livet. Individen kan upptäcka att hon saknar kunskap för att kunna bemästra en viss situation. Då väcks nyfikenhet som får henne att söka den information som behövs för att kunna ta itu med det som inte stämmer. Individen lär sig genom att utveckla något nytt och ställer frågor såsom vad, hur och varför. Viljan att lära har en social och psykologisk dimension. Människan drivs av en vilja att organisera information och händelser från något vi redan är bekanta med till något överblickbart. Då väcks en känsla av kontroll över situationen och man kan då agera i enlighet med det.

Läroprocessen är den process som försiggår vid ett skapande av kunskap i en grupp eller hos en individ. Genom inläring förändras förståelsen för omvärlden och därigenom handlar individen i samspel med det. Människan bearbetar och tolkar situationer och företeelser i läroprocessen utifrån sina tidigare erfarenheter. Hur mycket information vi tar emot i en viss situation beror på koncentration, stimulering, motivation och förväntningar. Med andra ord väljer den lärande vilken information som skall komma in i medvetandet. (Hård af Segerstad, 2007, s. 17-33; Larsson, 2013, s. 122-124)

### 3.2.2 Kunskap och kompetens

Kunskap är ett resultat av lärande. Lärandet i sig är en process då intryck och erfarenhet i form av information tolkas och bearbetas med tankemönster som individen har skapat åt sig. Förståelse, som i viss mening är mer ordnad än förut och som hjälper individen att handskas med omvärlden och förhålla sig till den, är resultatet. Kunskap formas i samspel med andra människor och den miljö som hon befinner sig i.

Kompetens definieras som en individs förmåga att med hjälp av den erfarenhet och kunskap som hon har tolka samt på ett konstruktivt sätt hantera krav som ställs på henne. Känslor och handling innefattar en sådan tolkning. Kompetens innebär även att individen skall förstå var man skall söka information eller vem man skall fråga för att kunna bemästra en uppgift. Kompetens omfattar även intellektuell och manuell färdighet, engagemang och motivation, självförtroende, förmåga att samarbeta och sociala färdigheter. (Hård af Segerstad, 2007, s. 43-60)

### 3.3 Praktiskt genomförande

När arbetet av handboken påbörjades valde vi först i vilket program arbetet skulle framställas. Efter omfattande forskning valde respondenterna att göra en handbok i programmet *Indesign*. Vi har varit i kontakt med en person som gör layout för en tidning i ovan nämnda program och hon rekommenderade detta för oss. När vi väl bestämt oss för hur handboken skall framställas gick vi noggrant igenom materialet som består av vårt examensarbete ”Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! – En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder.” Vi valde ut det stoff vi ville ha med i handboken och sammanställde materialet. Texten riktar sig till gravida kvinnor vare sig de har en medicinsk utbildning eller inte och därför är texten lättläst. Respondenterna har beskrivit de risker som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt samt obstetriska komplikationer. Vi har även valt att beskriva de preventiva metoderna som finns att tillgå. Därefter började vi arbeta med layouten och sökte efter bilder som skulle passa in med innehållet. Bilderna har vi valt från internetsidorna [sxc.hu](http://sxc.hu) samt [office.microsoft.com](http://office.microsoft.com) eftersom många av dessa bilder är tillåtna att använda utan licens. Eftersom innehållet i handboken kan kännas skrämmande valde vi att använda oss av neutrala bilder som inte väcker rädsla hos läsaren. När layouten och texten var färdiga kom vi på idén att ha med en ordlista där vi förklarar ord eftersom vi ville ha med en del medicinska begrepp. Resultatet blev en 14-sidig handbok.

## 4 Resultat

Resultatet av detta utvecklingsarbete är en handbok som beskriver de risker som övervikt medför under graviditet samt prevention. Handboken bifogas som en bilaga i detta utvecklingsarbete. Denna handbok riktar sig till gravida kvinnor. Syftet är att den gravida kvinnan skall förstå vilka risker övervikt medför under graviditet och vilka preventiva metoder finns att tillgå för henne. Innehållet i handboken baseras på vårt examensarbete ”Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två!”, som är en teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder. I handboken beskrivs riskfaktorer hos både modern och fostret och obstetriska komplikationer samt prevention genom både text och illustration. I resultatet framkom att gravida kvinnor inte är medvetna om de risker som övervikt under graviditet medför samt att även vårdpersonal saknar verktyg för att kunna ta upp problemet med kvinnorna. Vi har även som studerande sett problematiken med att ta upp ämnet med de gravida och att vårdpersonal undviker ämnet eftersom det är känsligt och därför lätt undviks. Handboken kommer därför att finnas tillgänglig på mödrarådgivningen där hälsovårdare skall kunna använda den som ett hjälpmedel i bemötandet av överviktiga, gravida kvinnor. Den gravida kvinnan skall få ta hem handboken som hon får vid inskrivningsbesöket, bekanta sig med innehållet och vid nästa besök med hälsovårdaren kan hon ställa eventuella frågor om ämnet. Detta underlättar även hälsovårdarens arbete när hon skall ta upp detta känsliga ämne med mammorna.



## 5 Kritisk granskning och diskussion

I detta kapitel kommer respondenterna att granska det resultat vi har fått i utvecklingsarbetet. Vi kommer även kritiskt att granska vårt syfte samt frågeställning och se om vi har kunnat besvara vår frågeställning. Handboken har framställts utifrån vårt examensarbete "Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! - En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder.

Under arbetets gång valde vi att fördjupa oss i bl.a. vuxenpedagogik och lärande för att kunna anpassa vår handbok till den publik som den berör. Enligt Hård af Segerstad (2007) är några av målen med utbildning av vuxna att bidra till samhällsutveckling samt bidra till individens personliga bildning och utveckling. Vi anser att vi genom en handbok kan bilda gravida kvinnor och genom det bidra till deras personliga utveckling att bli mera medvetna.

Hård af Segerstad (2007) menar även att lärandet betraktas som en individuell process och pågår hela livet. Människan kan upptäcka att hon saknar den kunskap som behövs för att kunna bemästra en viss situation. Då väcks nyfikenhet som får henne att söka den information som behövs för att kunna ta itu med det som inte stämmer. Handboken skall upplysa gravida kvinnor om de risker som hon kan utsätta både sig själv och fostret för ifall hon lider av övervikt och vi tar även upp de preventiva metoder som finns att tillgå.

Larsson (2013) menar att hur mycket information vi tar emot i en viss situation beror på koncentration, stimulering, motivation och förväntningar. Med andra ord väljer den lärande vilken information som skall komma in i medvetandet. Respondenterna vill således genom handboken ge information som kan motivera gravida kvinnor och även ge hälsovårdare de verktyg och den information som de behöver i bemötandet av överviktiga gravida kvinnor för att kunna hjälpa dem att få den kunskap som de i sin tur behöver. Hård af Segerstad (2007) säger även att genom inläring förändras förståelsen för omvärlden och därigenom handlar individen i samspel med den. Respondenterna resonerar då att de gravida kvinnorna har större chans att ändra på sitt tankemönster och beteende när de får information och kunskap om det som kan inträffa ifall de inte ändrar på sina matvanor. När de får kunskap kan de handla i samspel med det och således minska på de risker och komplikationer som övervikt under graviditet medför.

Hård af Segerstad (2007) definierar kunskap som ett resultat av lärande där lärandet i sig är en process då intryck och erfarenhet i form av information tolkas och bearbetas med tankemönster som individen har skapat åt sig. Genom handboken vill vi få de gravida att förstå att uttrycket ”äta för två” är vilseledande och falskt. Med ny kunskap kan de förstå vilka risker de utsätter både sig själva och fostret för ifall de fortsätter att leva enligt en osund livsstil.

Hård af Segerstad (2007) menar även att förståelse som i viss mening är mer ordnad än förut och som hjälper individen att handskas med omvärlden och förhålla sig till den är resultatet. Respondenterna anser då att handboken är ett bra hjälpmedel för de gravida att få ny kunskap och förståelse för sitt tillstånd och på så sätt kan de gravida kvinnorna leva efter råd och rekommendationer.

Hård af Segerstad (2007) poängterar att kunskap formas i samspel med andra människor och den miljö som hon befinner sig i. Handboken kommer att finnas tillgänglig på mödrarådgivningen där hälsovårdare fungerar som en mellanhand mellan handboken och den gravida kvinnan. Hälsovårdare kan svara på de frågor som den gravida kvinnan har på rådgivningen och kan på så sätt hjälpa dem.

Hård af Segerstad (2007) definierar kompetens som en individs förmåga att, med hjälp av den erfarenhet och kunskap som hon har, tolka samt på ett konstruktivt sätt hantera krav som ställs på henne. Känslor och handling innefattas i en sådan tolkning. Respondenterna anser att genom den information de gravida kvinnorna får genom handboken kan de bli varse om de risker övervikt under graviditet medför och handla i samspel med det. Kompetens innebär även att individen skall förstå var man skall söka information eller vem man skall fråga för att kunna bemästra en uppgift. Kompetens omfattar även intellektuell och manuell färdighet, engagemang och motivation, självförtroende, förmåga att samarbeta och sociala färdigheter. Handboken skall fungera som en informationskälla för de gravida kvinnorna och de kan även vända sig till hälsovårdaren för att få ytterligare hjälp av dem.

När arbetet med handboken satte igång frågade respondenterna sig till vem handboken riktar sig och varför. Enligt Forsberg (2008) skall texten även renodlas, dvs. den skall endast innehålla den information som läsaren behöver. Respondenterna har valt att förenkla texten och inte använda facktermer alltför mycket. När vi använder oss av fackord har vi även förklarat dem i en ordlista för att läsaren skall kunna förstå texten bättre. Forsberg (2008) menar även att läsaren skall tilltalas med ”du”. Vi kommer dock att använda ”man” istället för ”du” då vi berättar om riskerna samt

preventions delen, eftersom vi inte vill att läsaren skall känna sig utpekad eftersom handbokens innehåll är känsligt.

Respondenterna fann det svårt att filtrera materialet, dvs. att veta vad som skall lämnas bort och vad som skall tas med. Vi valde att endast kort beskriva risker och komplikationer och istället fokusera mera på preventionen. Respondenterna ansåg att det var problematiskt att undvika att handboken framstår som skrämselfpropaganda eftersom faktum är att riskerna med övervikt under graviditet inte kan förskönas. Vi har själva sett under vår praktik på mödrarådgivningen att överviktiga gravida kvinnor inte tar problemet på allvar i och med att hälsovårdarna förminskar problemet när mammorna är närvarande men sedan när mammorna har lämnat mottagningen ojar de sig över de komplikationer som kan inträffa pga. mammans vikt.

Syftet med handboken är att nå ut till gravida, överviktiga kvinnor och få dem att inse vad övervikt kan medföra både för henne och för fostret. Hälsovårdare kan ge handboken till gravida, överviktiga kvinnor så att de i hemmets lugna vrå kan bekanta sig med materialet. När den gravida nästa gång besöker mödrarådgivningen kan hon tillsammans med hälsovårdaren diskutera ämnet som kanske annars lätt kunde sopas under mattan eftersom ämnet är känsligt både för mamman och för hälsovårdaren. Handboken fungerar med andra ord som en informationsbärare mellan hälsovårdaren och den gravida kvinnan och som en ”öppningsfras” i fråga om det känsliga ämnet övervikt.

# Litteratur

Forsberg, J. (2008). *Tydliga texter – snabba skrivtips och språkråd*. Falun: Nordstedts akademiska förlag.

Hård af Segerstad, H., Klasson, A. & Tebelius, U. (2007). *Vuxenpedagogik – att iscensätta vuxnas lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2013). *Vuxendidaktik. Fjorton tankelinjer i forskningen om vuxnas lärande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Nyberg, S. & Salparanta, J. (2013). *Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! – En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder*. Opublicerad avhandling för hälsovårdarexamen. Yrkehögskolan Novia, Sektorn för social- och hälsovård, Vasa.

Strömquist, S. (2001). *Konsten att tala och skriva*. Malmö: Gleerups.

## Bilaga



Denna handbok är riktad till gravida kvinnor och delas ut på mödrarådgivningen. I handboken framkommer de risker som övervikt under en graviditet kan medföra hos både den gravida kvinnan och fostret samt preventiva metoder.

## VISSTE DU ATT...

o Idag är allt fler kvinnor i fertil ålder överviktiga eller lider av fetma. Andelen kvinnor i åldern 25-30 som lider av fetma är två till tre gånger fler än för 15-20 år sedan och då är denna uträkning endast baserad på kvinnor i Norden. I Finland var en av tre kvinnor som födde barn överviktiga under året 2011. Andelen av de kvinnor som födde barn och som led av fetma (BMI >30) var 12 procent. (THL, 2012).

o Studier visar att gravida kvinnor inte är medvetna om de risker som övervikt under en graviditet medför både för henne och för fostret samt hur de skall kunna minska riskerna. Många lever än idag efter talesättet "att äta för två" under graviditeten och tror att graviditeten är en tid då det är tillåtet att äta extra mycket, eftersom hon nu har två magar att mätta. Det som många inte vet är att all den extra energi som man stoppar i sig kan resultera i att man utsätter både sig själv och fostret för risk. Om man dessutom lider av övervikt och är gravid känns det ju inte heller rätt att banta, eftersom fostret behöver energi för att kunna utvecklas.

o Även om man är gravid och överviktig är det inte för sent! Det finns preventiva metoder att tillgå som minskar de risker som kan inträffa ifall den gravida är överviktig.

Med hjälp av denna handbok vill vi bistå med information till gravida kvinnor om hur de kan minska på de risker som både hon och fostret kan drabbas av samt även göra kvinnor medvetna om de risker som finns. Genom handboken hoppas vi att motivera gravida kvinnor att främja både hennes och fostrets hälsa för en mysig graviditet!

## RISKER HOS MODERN

Nedan beskrivs de risker som kan inträffa ifall en gravid kvinna är överviktig och/eller ökar avsevärt i vikt under graviditeten.

-  Hjärt- och kärlsjukdomar
-  Tromboembolism
-  Preeklampsi
-  Graviditetsdiabetes
-  Infektioner



### Hjärt- och kärlsjukdomar

Risken för hjärt- och kärlsjukdomar kan öka ifall en gravid kvinna lider av övervikt eftersom det resulterar i högt blodtryck och risk för blodpropp. Då man är gravid går kroppen igenom många förändringar som påverkar hjärtat.

### Tromboembolism

Under graviditeten koagulerar blodet lättare vilket ökar risken för blodpropp. Om en kvinna lider av övervikt är risken ännu större. Den största risken föreligger i samband med kejsarsnitt.

### Preeklampsi

Preeklampsi är ett tillstånd när blodtrycket blir förhöjt och protein bildas i urinen. Moderkakans funktion kan vara nedsatt vid preeklampsi och det kan leda till att fostret inte får den näring det behöver och då inte växer som det skall.

### Graviditetsdiabetes






Graviditetsdiabetes är ett tillstånd då kvinnor utvecklar hög blodsockernivå under graviditeten. Graviditetsdiabetes innebär att den gravida kvinnan inte kan producera tillräckligt med insulin och blodsockret är ständigt förhöjt.

### Infektioner

Risken att drabbas av infektioner ökar. Exempel på dessa är urinvägsinfektion, infektion vid könsorganet, korioamnionit samt risken för ansträngningsinkontinens efter förlossningen ökar.

## RISKER HOS FOSTRET

Nedan beskrivs de risker som kan inträffa hos fostret ifall en gravid kvinna är överviktig och/eller ökar avsevärt i vikt under graviditeten.

-  Makrosomi
-  Medfödd missbildning
-  Prematur födsel
-  Fosterdöd
-  Övervikt senare i livet



### **Makrosomi**

Makrosomi betyder att fostret växer för mycket och blir för stort. Detta kan leda till förhindrad förlossning samt fosterdöd. Spädbarn som är födda av överviktiga kvinnor är betydligt mer benägna att väga 4000 g eller mer än 4500 g.

### **Medfödd missbildning**

Att kunna identifiera medfödda missbildningar av överviktiga kvinnors foster är problematiskt eftersom det är svårare att se fostret i ultraljud. Medfödda missbildningar kan vara hjärndefekter samt defekter i det centrala nervsystemet, tarmdefekter och bukväggsdefekter.

### **Prematur födsel**

Risken för att fostret föds för tidigt samt att fostret väger mindre än 1000 g och överlever högst ett år ökar.

### **Fosterdöd**


Risken för tidigt missfall i graviditetsveckorna 6-12 ökar. Dessutom är återkommande tidiga missfall vanligare hos kvinnor som lider av övervikt.

### **Övervikt senare i livet**

Spädbarn som föds med en hög födelsevikt eller som ökar snabbt i vikt under barndomen löper en betydande risk för efterföljande fetma. Överviktiga barn har nio gånger större risk att bli överviktiga i vuxen ålder än normalviktiga barn.

## **OBSTETRISKA RISKFAKTORER**

Nedan beskrivs de obstetriska riskerna som kan inträffa ifall en gravid kvinna är överviktig och/eller ökar avsevärt i vikt under graviditeten.

-  **Kejsarsnitt**
-  **Komplicerad vaginal förlossning**
-  **Postpartumkomplikationer**
-  **Flerbördsgraviditet**





### **Kejsarsnitt**

Risken för kejsarsnitt ökar om en kvinna är överviktig eller lider av fetma. 20,7 procent av normalviktiga kvinnor föder genom kejsarsnitt, medan procenten är 33,8 hos överviktiga och 47,4 procent hos sjukligt överviktiga.

### **Komplicerad vaginal förlossning**

Igångsättning av förlossning är vanligare bland överviktiga kvinnor eftersom de många gånger lider av högt blodtryck och diabetes. Dessutom finns det en ökad risk för att igångsättningen och epiduralinsättningen misslyckas.

I samband med vaginal förlossning behövs ofta en ökad fosterövervakning. Det kan även vara en utmaning att erhålla en god yttre hjärtrytm av fostret och sammandragningsmönster i livmodern.

### **Postpartumkomplikationer**

Risken för blödning, anemi, genital- och urinvägsinfektioner, ansträngningsinkontinens och depression efter förlossningen ökar. Övervikt och fetma hos modern påverkar även negativt amningens påbörjande och dess varaktighet. Dessutom finns en ökad risk för sårinfektioner och i de flesta fall har kvinnorna även en förlängd sjukhusvistelse.

### **Flerbördsgraviditet**

Ett ökat BMI och tvillinggraviditet har ett samband. Förhållandet mellan ett ökat BMI och förekomsten av flerbördsgraviditet hos överviktiga kvinnor kan vara relaterade till ökade nivåer av hormonet FSH.

## **PREVENTION**

Om man lider av övervikt eller fetma skall man inte minska i vikt under graviditeten eftersom det finns för få forskningar kring hur detta påverkar fostret. The Institute of Medicine har gjort upp riktlinjer för hur mycket man totalt bör gå upp i vikt under graviditeten baserat på kvinnans pregravid BMI. Genom att följa dessa riktlinjer minskar risken att drabbas av komplikationer under graviditeten.

Genom att äta en hälsosam kost och motionera regelbundet kan kvinnan uppnå dessa rekommendationer och på så sätt minska risken för komplikationer under graviditeten. WHO/FAO:s expertgrupper rekommenderar för gravida kvinnor ett närings-tillskott på 300 kcal energi och ett ytterligare intag av 10-15 g protein per dag, jämfört med de kvinnor som inte är gravida. Under graviditeten ökar behovet av vitaminer och mineraler, men detta betyder inte att mängden av mat bör öka avsevärt. Vanlig husmanskost ger alla de vitaminer och mineraler som den gravida kvinnan och fostret behöver. Tillskott av järn, D-vitamin och folsyra rekommenderas dock.

Motion är en av de viktigaste preventionstrategierna mot övervikt för att minimera komplikationer under graviditeten. Studier påvisar att risken för graviditetsdiabetes hos överviktiga kvinnor minskar med nästan hälften genom regelbunden träning. En gravid kvinna rekommenderas att utföra motion som är en aning ansträngande, dvs. att man blir lite andfådd, 30 minuter per dag, 7 dagar i veckan. Detta motsvarar de allmänna rekommendationerna. Denna typ av motion är under en normal graviditet hälsosam för både modern och fostret. Stavgång, promenader, skidning, simning och viktträning på gym är några exempel på motionsformer som är trygga för den gravida kvinnan att utföra.

### IOM:s riktlinjer

Pregravid BMI	Total viktuppgång
<19,8	12,5-18 kg
19,8-26	11,5-16 kg
26,1-29,7	7-11,5 kg
>29	6,8 kg

Följ IOM:s riktlinjer genom att äta hälsosamt och motionera, så minskar du riskerna avsevärt och gynnar både din egna och fostrets hälsa. Om du känner att du behöver hjälp med att följa dessa rekommendationer eller vill diskutera ämnet, kan professionell hjälp fås från din egen mödrarådgivning!



## Källhänvisning

Lindeberg, G., Löf, M. (2004). Mat för gravida och ammande. De senaste forskningsrönen och de bästa recepten. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Nyberg, S. & Salparanta, J. (2013). Gravid och tjock javisst, jag äter ju för två! – En teoretisk studie om de riskfaktorer som både den gravida kvinnan och fostret kan drabbas av ifall kvinnan lider av övervikt, samt preventiva metoder. Opublicerad avhandling för hälsovårdarexamen. Yrkehögskolan Novia, Sektorn för social- och hälsovård, Vasa.

Bilder tagna från websidorna:

[www.sxc.hu](http://www.sxc.hu)

[office.microsoft.com](http://office.microsoft.com)



Författare: *Sofia Nyberg & Johanna Salparanta*

Utvecklingsarbete för hälsovårdar (YH)-examen

Vasa 2013