



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Amning, kost- och motionsvanors betydelse för viktnedgång efter en graviditet

En enkätstudie

Författare: Jessica Ekelund och Jenny Engwall

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Amning, kost- och motionsvanors betydelse för viktnedgång efter en graviditet

En enkätstudie

Författare: Jessica Ekelund och Jenny Engwall

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2012

Abstrakt

I fertil ålder löper kvinnor större risk för att utveckla fetma. Idag är en tredjedel av den kvinnliga befolkningen överviktiga eller feta. Orsaker som kan ligga till grund kan vara att kvinnor i reproduktiv ålder slutar röka, ändrar matvanor samt motionerar i mindre utsträckning. Andra faktorer som visat sig spela roll för utveckling av övervikt är otillräckligt socialt stöd, låg inkomst samt psykisk ohälsa. Syftet med föreliggande studie var att undersöka amning, kost- och motionsvanors betydelser för viktnedgång efter en graviditet. Metoden bestod av enkäter som delades ut av distriktssköterska till mammor som kom med sitt barn på 2 ½-årskontroll på barnvårdscentraler i södra Skåne. Totalt besvarades 102 enkäter. I resultatet framkom att 11 % av kvinnorna hade gått från normalvikt till övervikt jämfört före graviditeten. Amningslängd och motion ter sig inte påverka kvinnors återgång till normalvikt. Daglig frukost och frukt respektive grönsaker en till två gånger dagligen är faktorer som ter sig minska risken för övervikt. Av kvinnor som var överviktiga var 45 % positiva till viktminskningshjälp om detta skulle kunna erbjudas av distriktssköterska.

Nyckelord

Fetma, viktreduktion, amning, motion och kost.

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund.....	4
Body Mass Index.....	4
Övervikts- och fetmaprevalens.....	4
Riskfaktorer	4
Orsakade av fetma.....	4
Orsaker som kan leda till fetma.....	5
Graviditetskomplikationer	5
Metabolismen.....	6
Amning.....	7
Fysisk aktivitet.....	7
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval.....	10
Instrument	11
Genomförande av datainsamling	11
Analys av databearbetning.....	12
Etisk avvägning.....	13
Resultat.....	13
Kvinnornas aktivitetsmönster	14
BMI före och efter graviditeten	15
Sport och regelbunden träning.....	15
Kvinnornas kostvanor.....	17
Viktreduktion relaterat till amning	18
Kvinnorna inställning till hjälp med sin viktnedgång	18
Diskussion.....	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Konklusion.....	23
Referenser	24
Bilaga 1 (1).....	28

Problembeskrivning

Enligt Folkhälsorapporten (2009) har andelen personer med övervikt eller fetma ökat under de senaste tjugo åren (Norberg & Danielsson, 2009). Ökningen tog fart i början av 1990-talet, och enligt egenrapporterade vikt- och längduppgifter, är drygt en tredjedel av alla kvinnor överviktiga eller feta i Sverige. Trots denna ökande övervikt har insjuknandet av typ2-diabetes varit stabilt och hjärt- och kärlsjukdomar har fortsatt att minska. En anledning kan vara att hälsokonsekvenserna av övervikt ännu inte visat sig. USA ligger tio år före Sverige i överviktsutvecklingen, och där ökade typ2-diabetes först i mitten av 1990-talet (a.a.). I förra årets folkhälsorapport anges att övervikt och fetma leder till produktionsförluster för samhället, ökad risk för förtidig död och sjukfrånvaro samt ökade sjukvårdskostnader (Kark, Tynelius & Rasmussen, 2011).

I en översiktsartikel av Schmitt, Nicholson och Schmitt (2007) framkommer att kvinnor i barnafödande ålder löper en större risk för att utveckla fetma. Detta på grund av att kvinnan under och efter reproduktionstiden slutar röka, ändrar matvanorna samt motionerar mindre under och efter förlossning (a.a.). I en studie gjord av Linné och Rössner (2003) på överviktsenheten på Karolinska sjukhuset i Stockholm visade resultatet att 73 % av de överviktiga patienterna hade behållit mer än 10 kg övervikt efter en graviditet. Samtidigt visar översikter av viktutvecklingen efter graviditet i normalpopulationen på en medelviktstuppgång på mellan 0,4 och 3,8 kg (a.a.). Det har varit svårt att identifiera starka faktorer som påverkar kvarstående övervikt efter en graviditet (Linné, 2007). Den starkaste faktorn för viktretention efter en förlossning är storleken på viktuppgången under graviditeten, men det är inte alla med stor viktuppgång som behåller denna (a.a.).

Hälsa och livskvalitet påverkas negativt av övervikt och fetma och det är därför angeläget både ur ett individuellt och ur ett samhällsperspektiv att finna lösningar på hur problemet skall stävjas (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005). När det gäller fetma som redan har uppstått är denna svårbehandlad. Det är av stor vikt att effektivt kunna förebygga detta problem (a.a.). Det finns en förhoppning, genom att besvara denna studies syfte, om att distriktssköterskorna ska kunna försöka införa åtgärder. Detta skulle kunna

förebygga fortsatt utveckling av övervikt efter en graviditet samt minska risken för ohälsa i ett längre perspektiv.

Bakgrund

Body Mass Index

Ett sätt att definiera undervikt, normalvikt, övervikt och fetma är genom Body Mass Index (BMI) (Statistiska centralbyrån, 2007). Det är ett internationellt accepterat mått för att definiera graden av övervikt. Det beräknas utifrån individens längd i meter och vikt i kilogram enligt formeln $BMI = \text{vikt (kg)} / [\text{längd (m)}]^2$. För vuxna, det vill säga personer över 18 år, gäller följande BMI-gränsvärden: Undervikt < 20,0, normalvikt 20,0–25,0, övervikt 25,1–30,0 och fetma > 30,1 (a.a.).

Övervikts- och fetmaprevalens

Prevalensen av fetma ökar överallt i världen, hos såväl barn som vuxna (Norberg & Danielsson, 2009). Andelen kvinnor med BMI >30 i Sverige fördubblades under en 10-års period mellan 1992 och 2001. Enligt Medicinska Födelseregistret (MFR) 2004 visade senaste data en förekomst av pregravid fetma på 14,2 % varav 3,3 % var sjukligt feta (a.a.). Fetma har tidigare uppfattats som någonting trivialt och självförvållat (Andersen, Rissanen & Rössner, 1998). Rent generellt sett har samhället och sjukvården ansett att den som lider av fetma har sig själv att skylla (a.a.). I dag på 2000-talet anses fetma vara en vanlig sjukdom samt riskmarkör för andra sjukdomstillstånd. Personer med fetma har i genomsnitt 6-7 års kortare livslängd jämfört med normalviktiga (Nordberg & Danielsson, 2009).

Riskfaktorer

Orsakade av fetma

Kvinnor med fetma startar sin graviditet med sämre hälsostatus än normalviktiga kvinnor (Cedergren, 2007). Kvinnorna löper 5-10 gånger högre risk att insjukna i typ-2-diabetes jämfört med normalviktiga (WHO, 2003). Andra kroniska sjukdomar som fetma leder till är hypertoni, lipidrubbingar, cancer och ateroskleros (Norberg & Danielsson, 2009). Dessa

sjukdomar ökar i sin tur risken för att drabbas av ischemisk hjärtsjukdom, stroke och för tidig död (a.a.).

Orsaker som kan leda till fetma

Kvinnor som slutar röka inför en graviditet ökar oftast mer i vikt än icke rökare (Linné, 2007). Här är det viktigt att den blivande mamman blir rökfri för barnets skull och eventuell viktökning får komma i andra hand (a.a.). Eftersom övervikt är en känd riskfaktor för sjuklighet och dödlighet, är det viktigt att studera viktnedgång hos kvinnor efter en graviditet (Althuizen, Poppel, Vries, Seidell & Mechelen, 2011).

Enligt Stacy, Gore, Brown och West (2003) har kvinnor generellt sett mellan 25 och 35 år en ökad risk för viktökning jämfört med män i alla åldrar och äldre kvinnor. Det har även visat sig att vid ett ungt föräldraskap ses en tendens till viktökning. Andra faktorer som spelade roll vid övervikt var otillräckligt socialt stöd, låg inkomst samt psykisk ohälsa. Hög vikt före graviditet samt graviditetsdiabetes var faktorer som var lättast att identifiera hos kvinnor som behöll en ökad vikt även efter graviditeten. Omkring 10-18 månader efter förlossningen behöll 14-20% av kvinnorna en överskottsvikt på 5 kg eller mer, vilket i sin tur ökade riskerna för hälsoproblem i framtiden (a.a.). Detta styrks av andra studier där överdriven viktuppgång under och efter en graviditet leder till en ökad risk för graviditetsrelaterade komplikationer under eventuellt kommande graviditet (Linné & Rössner, 2003; Stacy et al., 2003).

Graviditetskomplikationer

Risken för att utveckla graviditetsdiabetes ökar med BMI (Linné, Barkeling & Rössner, 2002). I en svensk studie av Ekelund, Shaat, Almgren, Groop och Berntorp (2010) genomgick kvinnor med graviditetsdiabetes glukosbelastning under graviditeten samt ett, två och fem år post partum. Kvinnorna med ett förhöjt fasteblodssocker, försämrad glukostolerans eller graviditetsdiabetes jämfördes med kvinnor som legat stabilt i sitt blodssocker under graviditeten och fem år efter. I resultatet framkom att efter fem år post partum hade 30 % av kvinnorna med graviditetsdiabetes utvecklat diabetes typ 2 och 51 % hade någon form av avvikande glukostolerans. Kvinnorna hade även utvecklat ett högre BMI. Genom att ta ett venöst blodprov, HbA1c, på kvinnor som är i riskzonen kan eventuell

diabetes förutses (a.a.).

I England har födelsevikten hos barn ökat och en bidragande orsak till detta är den ökade förekomsten av fetma hos kvinnor eftersom andra riskfaktorer för stort barn har varit oförändrade över tiden (Sebire, Jolly, Harris, Regan & Robinson, 2001).

I en studie gjord av Villamor och Cnattingius (2006) framkom att risken för en kvinna som ökar tre eller fler BMI enheter jämfört med en kvinna som ligger stabilt i BMI mellan sina graviditeter har en ökad risk för: preeklampsi, graviditetshypertoni, graviditetsdiabetes, kejsarsnitt och intrauterin fosterdöd (IUFD) (från och med graviditetsvecka 28) under eventuella kommande graviditet (a.a.).

Metabolismen

Under tiden för tillväxt och mognad av fostret och placenta genomgår den gravida kvinnan en avancerad metabol och fysisk förändring (Löf, 2007). För det första behövs energi för att utveckla fostret och moderkakan men också för att utveckla och utöka vävnad som redan finns i kroppen såsom bröst, livmoder och blodvolym. För det andra behövs mer energi på grund av att mammans energiomsättning i vila, basalmetabolismen (BMR) ökar. Detta på grund av den ökade mängden vävnad samt fostrets egen energiomsättning. Slutligen ökar kvinnor sin mängd kroppsfett när de väntar barn. Ökningen av BMR, och fettretentionen är de två processer som kräver mest energi under graviditeten (a.a.). Behovet av näringsämnen ökar som en konsekvens av dessa förändringar (Livsmedelsverket, 2011). En gravid kvinna behöver mer näring än annars, men inte mycket fler kalorier. Rekommendationerna för en gravid kvinna om hur mycket mer hon skall äta i genomsnitt per dag är en frukt under graviditetsmånad 1-3, ett matigt mellanmål under graviditetsmånad 4-6 och två matiga mellanmål och en frukt under graviditetsmånad 7-9. Genomsnittlig viktökning vid en normal graviditet är 13,5-14 kg (a.a.). För att uppnå en energibalans ska den totala energiförbrukningen från en enskild individ motsvara hennes totala energiintag från kosten (Boreham, 2005). Om intaget överskrider uttaget blir resultatet en ökad lagring av energi, vilket leder till ökad mängd kroppsfett (a.a.).

En sund och varierad kost är viktigt vid alla tidpunkter i livet, men i synnerhet under en graviditet (Löf, 2007). Optimal kroppsvikt inför en graviditet är, BMI mellan 20 och 25.

Under graviditeten skall moderns kost ge energi och näringsämnen åt det växande fostret. Rekommendationerna för gravida är mycket lika de för icke gravida. Grundrekommendationen är att följa en hälsosam och balanserad kost enligt tallriksmodellen. Kvinnor med hälsosamt liv före graviditet och med en genomsnittlig viktökning på 12 kg (intervall 10-14 kg) har visat sig ha lägst risk för komplikationer under graviditet och förlossning (a.a.).

Amning

Enligt Linné (2007) i livsmedelsverkets rapport (2008) saknas det vetenskapligt stöd för att rekommendera kvinnor att aktivt börja påverka vikten innan amningen är avslutad. Amning ökar teoretiskt sett energiomsättningen med cirka 500 kalorier per dag vilket motsvarar 0,5 kg i veckan. Detta skulle kunna vara ett argument för att ju längre och mer kvinnan ammar desto fortare och mer påverkas viktreduktionen. Dock har det argumenterats för att kroppen anpassar sig, det vill säga att det sker en minskning i basalmetabolismen för att kompensera den extra energiutgiften. Det är viktigt att kroppen får tid att anpassa sig efter en förlossning och i första hand rekommenderar Linné (2007) att kvinnan försöker återfå sina kost- och motionsvanor som hon hade innan graviditeten.

Fysisk aktivitet

”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten”
(FYSS, 2008, s. 38).

Dessa rekommendationer gäller gemene man men när det gäller den gravida kvinnan är det 30 minuter dagligen, enbart på en måttlig nivå. Detta är inte skadligt för den gravida kvinnan och heller inte för hennes foster. Därför ska alla gravida rekommenderas att delta i konditionsstärkande träning vilket bidrar till en mer hälsosam livsstil. Genom regelbunden träning förbättrar och vidmakthåller kvinnan en god allmän kondition genom hela

graviditeten vilket kan vara ett bra sätt att förbereda kroppen inför själva förlossningen (FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2008).

Fysisk aktivitet under eller efter graviditeten har en positiv effekt för att återgå till sin ursprungliga vikt samt för att undvika viktuppgång under graviditeten, vilket gynnar både modern och barnet (Mark et al. 2007; Benelam, 2011). Exempelvis leder fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och stress till en ökning av vikt, blodtryck, blodfetter och blodsockernivåer, och i förlängningen ökar det risken för sjukdom. Omvänt ger till exempel ökad fysisk aktivitet gynnsamma förändringar av flera riskmarkörer samtidigt (Folkhälsorapport, 2009).

Regelbunden fysisk aktivitets betydelse för gravida kvinnor har studerats av Cioffi et al (2010). Deras rekommendationer till friska gravida kvinnor var att delta i minst 2,5 timmars måttlig träning per vecka under graviditeten och efter. Syfte var att beskriva kvinnors uppfattning om fysisk aktivitet och dess utövande. Kvinnorna angav att under den första trimestern var de försiktiga på grund av illamående och trötthet. Allt eftersom illamåendet försvann blev de mer benägna att utöva fysiskt aktivitet för att senare i tredje trimestern bli mer inaktiva på grund av begränsningar i sin rörlighet. Resultatet visade att fördelarna med fysisk aktivitet under graviditeten och efter förlossningen lindrade stressen och hade en positiv effekt på humöret.

I en studie gjord i USA med kvinnor som var i 30 års-åldern, visade resultatet att 34 % av dem som deltog var överviktiga eller hade fetma innan graviditeten (Mark et al, 2007). Den självrapporterade fysiska aktiviteten minskade i genomsnitt 2,7 timmar per vecka under graviditeten och sex månader efter förlossningen motionerade i genomsnitt kvinnan 1,4 timmar mindre per vecka än före graviditeten. Det framkom att cirka 13 % av kvinnorna hade otillräcklig fysisk aktivitet före graviditet. Tyvärr ökade denna siffra till 22 % under andra trimestern för att sedan vara oförändrad sex månader senare. Resultatet blir viktökning med följd av risk för kroniska sjukdomar (a.a.).

Om den överviktiga kvinnan fångas upp tidigt under graviditeten kan det bidra till minskad risk för kroniska sjukdomar som hypertoni, typ 2-diabetes, lipidrubbingar, cancer och ateroskleros (Walker, 2007). Detta resultat och ovanstående refererade studier innebär att kvinnor med övervikt kommer att vända sig till primärvården med symtom och behov av behandling av dessa, och kan detta förhindras genom tidig upptäck av övervikt och fetma,

besparas individen onödigt lidande. Studien vill specifikt undersöka amning, kost och motionsvanors betydelse för viktnedgång efter en graviditet. För att distriktssköterskan ska kunna ge adekvat hjälp till kvinnor med kvarvarande övervikt efter graviditet, är önskan att få kunskap om hur stort problemet är i södra Skåne, om kvinnorna vill ha hjälp med att gå ner i vikt, om och i så fall i vilken utsträckning amning påverkar viktreduktionen och hur eventuella kost och motionsvanor efter graviditeten påverkar kvinnornas vikt.

Syfte

Att undersöka amning, kost och motionsvanors betydelse för viktnedgång efter en graviditet.

Specifika frågeställningar

1. Hur stort är problemet med övervikt efter graviditeten i södra Skåne?
2. Påverkar kost- och motionsutövande efter en graviditet viktreduktionen?
3. I vilken utsträckning påverkar amning viktreduktionen?
4. Vill kvinnorna ha hjälp av distriktssköterskan?

Metod

Detta är en enkätstudie med en kvantitativ ansats. Studien är en tvärsnittstudie som genomförts i primärvården i Region Skåne. Till skillnad från en intervju har ett frågeformulär fördelen att nå en större population. En annan fördel är att en enkät är utformad på samma sätt för alla deltagarna. Därmed minskar risken att deltagarnas svar påverkas (Ejlertsson, 2005). Eliasson (2011) rekommenderar att om undersökningen riktar sig till en speciell grupp människor, kan det vara en idé att söka upp dem för att dela ut enkäten. Studien riktade sig till mammor som kom med sitt barn på 2½-årskontroll på barnavårdscentral där de erbjöds att fylla i en enkät som handlade om mammans kost- och motionsvanor samt om de hade ammat sitt barn och hur länge i så fall. Eftersom det inte dagligen fanns inplanerade 2½-årskontroller frågade författarna distriktssköterskorna om de kunde ombesörja utdelningen av enkäterna. Enkäten har sedan tidigare testats i en

pilotstudie som omfattade sex oberoende kvinnor. Pilotstudien gjordes för att få synpunkter på formulärets utformning och omfattning samt om frågorna var tydliga och lätta att svara på (Eliasson, 2011). Enkäten bestod av tre delar (bilaga 1). Första delen handlade om aktivitetsnivån på arbetet och på fritiden, del två handlade om kostvanor och del tre bestod av övriga frågor som till exempel längd, vikt, amning med mera. Aktivitetsnivån på arbete och fritid delades in i tre grupper, 0-19 poäng (inaktiv), 20-25 poäng (aktiv) och 26-35 poäng (mer aktiv).

Författarna kontaktade sex vårdcentraler i en storstad respektive fem vårdcentraler i en mindre stad i södra Skåne. Detta gjordes via telefon. Till de fyra verksamhetschefer som tackade ja till att medverka skickades projektplan med förfrågan om samtycke samt mellanhandsbrev via e-post. Övriga vårdcentraler som tackade nej angav att orsaken var tidsbrist eller att de redan deltog i andra studier. Från början var det bara fyra vårdcentraler som var tillfrågade och godkända men vid kontroll efter tre veckor med få enkätsvar tillfrågades fem nya vårdcentraler. Vid utdelning av enkäterna på två av de tillkomna vårdcentralerna skedde en förväxling och enkäter från projektplanen lämnades ut där amningsfrågan inte var med. Totalt handlar det om 14 (13,7 %) besvarade enkäter. Dessa har exkluderats då beräkningar på amningslängd kontra viktreduktion har gjorts i arbetet. Författarna delade ut 235 enkäter till nio barnhälsovårdscentraler i södra Skåne. Antalet enkäter har varierat till de olika barnhälsovårdscentralerna beroende på deras storlek och upptagningsområde. Av de nio fick fyra större vårdcentraler 40 enkäter vardera då de hade fler listade barn än de mindre vårdcentralerna. De övriga vårdcentralerna fick 15 vardera. Andelen erhållna enkäter var 111. Antalet som exkluderades ur undersökningen var 9 (8 %) som besvarats av gravida kvinnor och dessa ingår därmed inte i resultatredovisningen. Insamling av enkäterna pågick från mars till september 2012.

Urval

Enkäterna delades ut av tjänstgörande distriktssköterska konsekutivt till mammor som kom för 2½-årskontroll av sitt barn. Inklusionskriterierna för kvinnorna som svarat på enkäterna var att det biologiska barnet var minst två år gammalt. Exklusionskriterier var kvinnor som hade fött barn efter det barn som nu var på 2½-årskontroll, om kvinnan var gravid samt om kvinnan inte kunde läsa eller förstå det svenska språket.

Instrument

Om det sedan tidigare finns validerade frågeformulär rekommenderas dessa att användas framför att försöka arbeta fram ett eget oprövat instrument (Ejlertsson, 2005). Av den anledningen valdes två olika instrument att ingå i enkäten. Det ena handlar om fysisk aktivitet (Baecke, 1982) och innehåller 22 frågor. I vår enkät motsvarar dessa frågor 9a-13. Instrumentet användes i en studie gjord i Nederländerna där författarna tittade på unga män och kvinnors fysiska aktivitet i tre olika åldersgrupper. Vad som belystes var: fysisk aktivitet på arbetet, sport på fritiden och fysisk aktivitet på fritiden exklusive sport. Författarna till instrumentet gjorde en test-retest tre månader senare och fick liknande resultat som tidigare och gjorde då bedömningen att instrumentet hade god reliabilitet. Originalen var på engelska som översattes till svenska av författarna. Detta har sedan åter översatts till engelska som bedömts överrensstämmande. Det andra instrumentet är hämtat från Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011) innehållande fem frågor om kost vilka motsvarar frågorna 14-14d i enkäten. Utöver dessa frågor har författarna lagt till 16 frågor som berör bakgrundsdata och kvinnornas BMI samt om de vill ha hjälp av sjukvården för viktnedgång, det vill säga fråga 1-9 samt fråga 15-22. Begränsning i antalet frågor har eftersträvat eftersom ett stort antal frågor kan verka både avskräckande att besvara och tröttande (Ejvegård, 2000).

Genomförande av datainsamling

Efter att ansöknings- och informationsbrev om studien skickats för ett godkännande av respektive verksamhetschefer på valda barnhälsovårdscentraler, gjordes ett utskick med samtyckesblankett till distriktssköterskorna. Utdelningen av enkäterna till mammorna som kom på 2½-årskontroller med sitt barn ombesörjdes av distriktssköterskorna konsekutivt. Enligt SFS 2003:460 § 17 får forskning bara utföras om forskningspersonen har samtyckt till den aktuella forskningen. Samtycket ska vara frivilligt, uttryckligt och preciserats till viss forskning. Med enkäten följde ett informationsbrev där syftet förklarades och där den tillfrågade informerades om att det var frivilligt att medverka och att enkäten var anonym och endast märkt med ett löpnummer. Det finns två olika typer av bortfall, ett är att kvinnorna inte svarar alls och det andra är internt bortfall då en fråga eller flera inte besvaras

(Ejvegård, 2000). För att få in minst 100 besvarade enkäter, delades 235 enkäter ut. Detta gjordes för att få ett så stort underlag som möjligt för analys. Insamling av enkäterna skedde på respektive vårdcentral i en sluten låda i väntrummet. Författarna instruerade distriktsköterskan om att tömma lådan en gång i veckan och att förvara enkäterna i ett sluttet kuvert. Författarna hämtade kuverten en gång i månaden för att påbörja analysen. Enkäterna besvarades anonymt. Inmatning och bearbetning av datamaterialet har gjorts i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) för Windows, version 21 (Wahlgren, 2008). Resultatet presenteras deskriptivt med tabeller eller diagram.

Analys av databearbetning

Enkäterna analyserades med hjälp av Chi-2-test i korstabeller för analys av frekvenser för att påvisa eventuellt signifikant samband för nominaldata samt Mann-Whitney U-test som användes som statistiskt test för intervall- och kvotvariablerna (Eliasson, 2011). Ett p-värde på $< 0,05$ bedömdes som signifikant. Grupper som jämfördes var bland annat mammor som ammat mindre än sex månader kontra mer än sex månader och hur deras vikt påverkats av detta. En annan jämförelse var motion indelat i mer eller mindre än två timmar i veckan kontra viktresultat. De kvinnor som åt frukost dagligen kontra mer sällan jämfördes där det förelåg en signifikant skillnad i viktneidgång hos kvinnorna som dagligen åt frukost.

Etisk avvägning

Före studiens genomförande skickades ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet för rådgivande bedömning. Godkännande av respektive verksamhetschef på de olika vårdcentralerna som studien skulle utföras på samt samtycke från respektive distriktssköterska bifogades ansökan. Det var helt frivilligt att delta i studien och kvinnorna kunde avbryta studien när som helst utan att ange orsak.

Informationen till deltagarna om studiens syfte samt metod gavs muntligt och skriftligt av distriktssköterskan i samband med utlämnandet av enkäten. De som valde att besvara enkäten, lämnade därmed sitt medgivande till att medverka i studien. Allt insamlat datamaterial behandlas konfidentiellt, är kodat och förvaras i låst skåp hos en av författarna. Materialet sparas i ett år för att sedan förstöras (Codex, 2012).

Resultat

Åldern på de 102 kvinnorna som deltog i studien låg med en spridning från 23 år upp till 46 år med en medelålder på 34,8 år och ett medianvärde på 35 år. Av kvinnorna som deltog i studien var 91 % (n=93) gifta eller sammanboende med sina partners och 9 % (n=9) var ensamstående. Merparten av kvinnorna, 79 % (n=81) bedömde sitt sociala nätverk som ganska stort och 19 % (n=19) ansåg att de hade minst en nära vän. En av kvinnorna bedömde sitt sociala nätverk som att hon var helt ensam. På frågan om rökning utgjorde de rökfria kvinnorna den största procentdelen på 77 % (n=78). Kvinnorna som tidigare varit rökare var 19 % (n=19) och 5 % (n=5) var rökare idag. När det gällde medicinering var det 21 % (n=21) kvinnor som tog antidepressiva läkemedel, 4 % (n=4) tog astmamedicin, en var diabetiker och övriga 6 % (n=6) tog blodtryckssänkande medicin eller Levaxin[®]. Vilken typ av arbete kvinnorna utförde bestod av allt från att vara biträde i affär till chef på stort företag. Totalt var det 88 % av kvinnorna som var förvärvsarbetande. Av dem arbetade 49 % (n=50) heltid, 33 % (n=33) arbetade deltid, 7 % (n=7) arbetade halvtid, 11 % (n=11) var arbetssökande eller studerade och en av kvinnorna var hemarbetande.

Kvinnornas aktivitetsmönster

Hur kvinnornas aktivitetsmönster såg ut på arbetet respektive fritiden redovisas i tabell 1 och 2. Tabell 1 visar att 41 % (n=42) av kvinnorna ansåg att de alltid satt stilla och 36 % (n=33) gick ibland under sin arbetsdag. I tabell 2 svarar 27 % (n=27) att de rör sig mindre än 15 min per dag på sin fritid och att kvinnorna upplever att de rör ungefär lika mycket som andra.

Tabell 1. Översikt av hur kvinnorna (n=102) rapporterade sin aktivitetsnivå på arbetet.

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Saknas
På jobbet sitter	10 (9,8)	6 (5,8)	19 (18,6)	25 (24,5)	42 (41,3)	
På jobbet står	10 (9,8)	3 (2,6)	14 (13,4)	34 (33,1)	41 (41,1)	
På jobbet går	3 (3,2)	8 (8,7)	33 (35,9)	40 (43,6)	8 (8,6)	10
Tunga lyft	9 (8,9)	28 (27,4)	33 (32,3)	23 (22,5)	9 (8,9)	
	Mycket ofta	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
Trött efter jobbet	12 (12,9)	29 (31,3)	41 (44)	11 (11,8)	0	9
Svettas på jobbet	10 (9,8)	22 (21,7)	37 (36,2)	24 (23,5)	9 (8,8)	
	Mycket tyngre	Tyngre	Som andras	Lättare	Mycket lättare	
Anser sitt arbete mer fysiskt än andras	0	17 (18,4)	43 (46,7)	25 (27,3)	7 (7,6)	10

Tabell 2. Kvinnornas (n=102) fysiska aktivitetsmönster på fritiden.

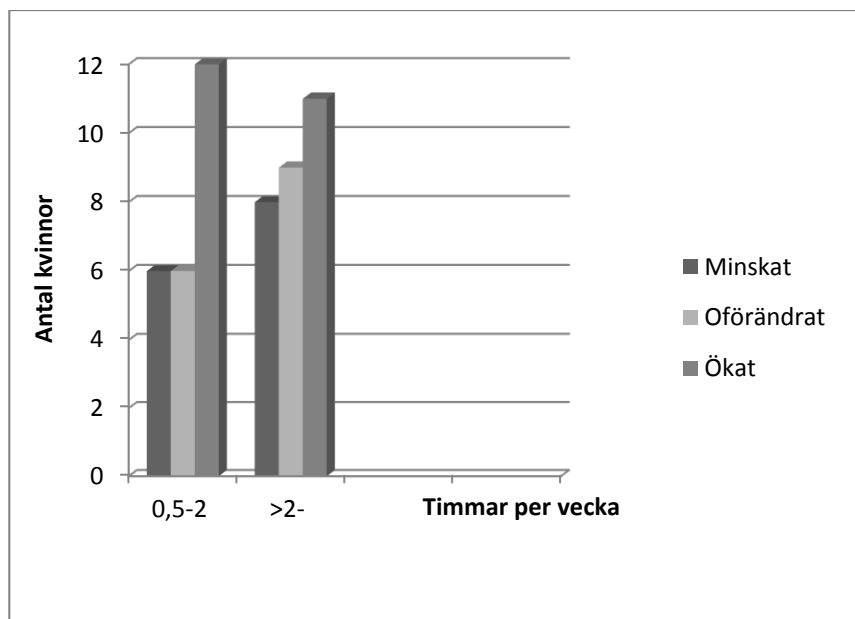
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
	Mycket mer	Mer	Samma som andra	Mindre	Mycket mindre	Saknas
Fysiska aktivitet jämfört med andras	2 (2,2)	22 (23,4)	37 (39,3)	31 (32,9)	2 (2,2)	8
	Mycket ofta	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	
På fritiden svettas	2 (2)	17 (17)	53 (53)	24 (24)	4 (4)	2
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	
På fritiden sportar	10 (10,1)	29 (29,2)	35 (35,5)	25 (25,2)	0	3
Ser på TV på fritiden	7 (7)	29 (29)	34 (34)	28 (28)	2 (2)	2
Promenerar på fritiden	0	9 (8,9)	37 (36,6)	44 (43,6)	11 (10,9)	1
Cyklar på fritiden	13 (12,8)	16 (15,8)	24 (23,7)	42 (41,8)	6 (5,9)	1
	Mindre än 5 min	5-15 min	15-30 min	30-45 min	Mer än 45 min	
Rörlig tid per dag	17 (17)	27 (27)	31 (31)	15 (15)	10 (10)	2

BMI före och efter graviditeten

Antal kvinnor som hade ett normalt BMI (<25) före graviditeten var 83 % (n=85) av kvinnorna, 16 % (n=16) hade ett BMI >25 vilket räknas som övervikt och en hade inte fyllt i vikten. Detta innebär att följande resultat gällande BMI är beräknat på 101. Det finns en signifikant skillnad ($p=0,019$) i kvinnornas inskrivningsvikt kontra vikten idag. Resultatet visade att 4 av de 16 som var överviktiga före graviditeten hade minskat sitt BMI till <25 och att 9 av 85 som var normalviktiga före graviditeten hade nu ett BMI >25.

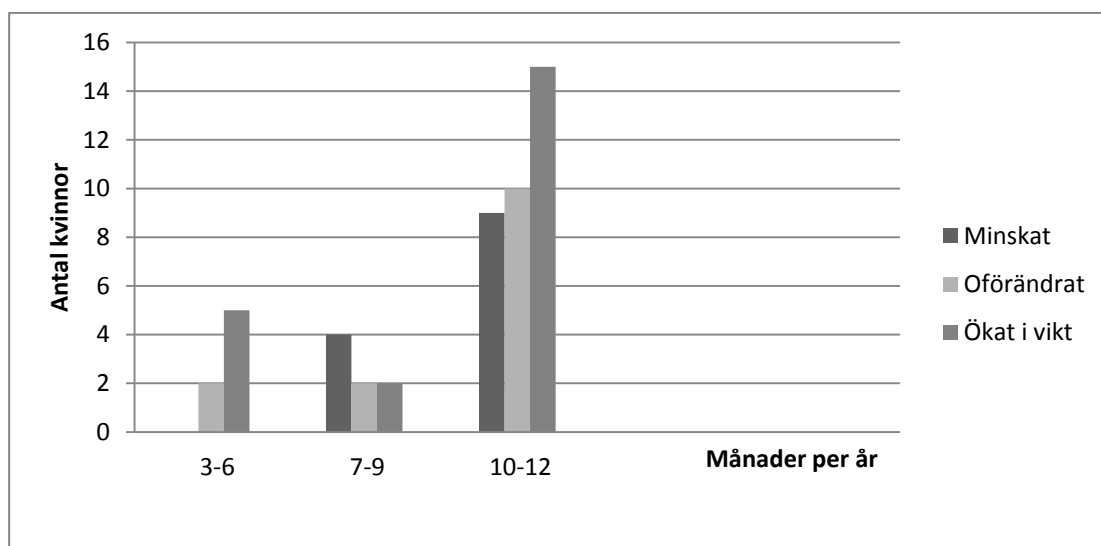
Sport och regelbunden träning

Det var 53 % (n=54) av kvinnorna som utövade någon sport och av dessa hade 85 % (n=45) BMI <25 och 9 % (n=9) BMI >25. De 48 kvinnor som inte utövade någon sport (47 %) hade 83 % (n=40) BMI <25 och 17 % (n=8) BMI >25. Det fanns stora variationer i vilken sport (löpning, gympa, cykling m.m.) som utövades mest frekvent. Av de som utövade sport regelbundet tränade 19 % (n=19) av kvinnorna i genomsnitt 2 timmar per vecka, 11 % (n=11) 3 timmar i veckan, 6 % (n=6) 4 timmar per vecka. I figur 1 jämförs kvinnornas viktreduktion med hur mycket de tränade. Grupperingen är fördelad på mindre eller mer än två timmar i veckan. Trots att figur 1 visar att det är fler som har gått upp i vikt fanns det ingen signifikant skillnad ($p=0,68$) i viktreduktionen hos kvinnorna som tränar mindre än två timmar jämfört med kvinnorna som tränar mer än två timmar i veckan.



Figur 1. Antal kvinnor (n=52) som har minskat i vikt, har oförändrad vikt eller ökat sin vikt 2 ½ -år efter graviditeten relaterat till hur många timmar i veckan de tränade.

Av de som utövade sport gjorde 70 % (n=34) det 10 till 12 månader per år, 16 % (n=8) sju till nio månader och 14 % (n=7) tre till sex månader. Figur 2 visar utfallet på dessa siffror kontra viktreduktionen. På frågan om kvinnorna utövade ytterligare en sport var det 52 % (n=28) som svarat ja.



Figur 2. Antal kvinnor (n=49) som hade minskat i vikt, hade oförändrad vikt eller ökat i vikt 2 ½ -år efter graviditeten relaterat till hur många månader om året de tränade.

Kvinnorna delades sedan in i två grupper, de som tränat mindre än sex månader och de som tränat mer än sex månader per år. För att få fram om det förelåg någon signifikant skillnad mellan dessa användes Mann-Whitney Test då χ^2 inte kunde genomföras på grund av att den förväntade frekvensen understeg 5 i två celler. Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan de båda grupperna ($p=0,112$) relaterat till viktnedgång.

Kvinnornas kostvanor

Majoriteten av kvinnorna, 78 % ($n=79$), åt frukost dagligen. Det fanns en signifikant skillnad ($p=0,021$) i viktnedgång hos kvinnor som åt frukost dagligen kontra en gång i veckan eller mer sällan. Av de 43 % ($n=43$) kvinnor som gått ner till sin ursprungsvikt eller lägre, hade 58 % ($n=25$) intagit frukost dagligen. Ingen hade gått ner av dem som åt frukost en gång i veckan eller mer sällan. Kvinnorna med oförändrad vikt var 40 % ($n=17$). Av kvinnorna åt 47 % ($n=48$) kaffebröd, choklad, godis, chips eller drack läsk/saft några gånger per vecka. Ingen signifikant skillnad i viktförändring sågs ($p=0,78$) mellan de som åt sötsaker flera gånger per dag jämfört med de kvinnor som åt en gång i veckan eller mer sällan. Grönsaker intogs av 41 % ($n=42$) dagligen. Det förelåg en signifikant skillnad ($p=0,012$), fler kvinnor hade minskat sin vikt av de som åt frukt en eller flera gånger per dag jämfört med kvinnorna som åt någon gång i veckan eller mer sällan. Det var 53 % ($n=54$) av kvinnorna som svarade att de åt fisk eller skaldjur en gång i veckan. Av de kvinnor som åt fisk två till tre gånger i veckan sågs ingen signifikans ($p=0,55$) i viktreduktionen jämfört med de kvinnor som åt fisk en gång i veckan eller mer sällan (tabell 3).

Tabell 3. Kvinnornas kostvanor ($n=102$).

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Dagligen	Nästan varje dag	Några gånger i veckan	En gång i vecka eller mer sällan	Saknas
Frukost	79 (78)	14 (14)	5 (5)	4 (4)	
	Två gånger per dag eller oftare	En gång per dag	Några gånger i veckan	En gång i veckan eller mer sällan	
Sötsaker, läsk	6 (6)	17 (17)	48 (47)	30 (30)	1(1)
Grönsaker	40 (39)	42 (41)	13 (13)	7 (7)	
Frukt, och bär	33 (32)	39 (38)	22 (22)	8 (8)	
	3 gånger i veckan eller oftare	2 gånger i veckan	1 gång i veckan	Några gånger i månaden eller mer sällan	
Fisk	5 (4)	25 (25)	54 (53)	16 (16)	2 (2)

Viktreduktion relaterat till amning

Amningslängden varierade stort. Kvinnorna ammade sina barn, allt från 0 månader till de som fortfarande ammade då barnet var 2½ år. Efter tre månader ammade fortfarande 86 % (n=75). Kvinnorna delades in i två grupper; de som ammat i mindre än sex månader 34 % (n=29) och de som ammat längre än sex månader (66 % (n=57)), se tabell 4. När dessa grupper jämfördes, sågs ingen signifikant skillnad ($p=0,294$) i viktreduktion kontra amningslängd. Medellängden på amning var åtta månader. Av de som ammat mer än sex månader, vägde 19 av de 24 kvinnorna mindre i vikt nu än före graviditeten och 10 av de 17 kvinnorna hade gått ner de kilon som de gått upp under graviditeten.

Tabell 4. Kvinnornas (n=86) viktförändring relaterat till hur länge de ammade.

	Ammat < 6 månader n (%)	Ammat >6 månader n (%)	Totalt n (%)
Minskat i vikt	5 (21)	19 (79)	24 (100)
Oförändrad vikt	7 (41)	10 (59)	17 (100)
Ökat i vikt	17 (38)	28 (62)	45 (100)
Totalt	29 (34)	57 (66)	86 (100)

Kvinnorna inställning till hjälp med sin viktnedgång

Av alla kvinnorna som fick frågan om de var nöjda med sin vikt svarade 59 % (n=60) ja och 41 % (n=42) svarade nej. På frågan om kvinnorna ville ha hjälp med sin viktnedgång svarade 45 % (n=46) ja och 55 % (n=56) nej. Av de som svarade nej hade 19 % (n=10) en övervikt på fem kilo eller mer. Merparten av kvinnorna 63 % (n=64) hade gått ner de kilon som de gått upp under graviditeten men 36 % (n=37) hade extra kilon kvar.

Diskussion

Diskussion av vald metod

I föreliggande studie användes en kvantitativ ansats med enkäter. Detta gjordes för att få in ett så stort datamaterial som möjligt. Nu i efterhand har vi insett att enkäten var för omfattande. I det ena instrumentet som handlade om motion kunde en del frågor tagits bort, eftersom de var för detaljerade och inte tillförde studien något. Främst handlade det om frågorna hur mycket kvinnorna rörde sig på arbetet. Kanske hade fler kvinnor tagit sig tid att svara om enkäten kortats ner. Ejvegård (2000) rekommenderar att antalet frågor begränsas eftersom för många frågor kan verka avskräckande. Risken är stor för att kvinnorna redan vid första anblicken blir trötta. Författarna till föreliggande studie har diskuterat om frågorna i detta fall kanske var för många. I pilotstudien kommenterade två av kvinnorna fråga 22 som konstig fråga men författarna valde ändå att ta med den. Frågan handlade om hur många personer kvinnorna kände med uppskattningsvis en övervikt på 5 kg eller mer, 2½ år efter sin förlossning. Denna fråga uteslöts efter insamlat material då många kvinnor tyckte likadant som i pilotstudien, då den var felaktigt formulerad.

Det var planerat att enkäterna skulle delas ut konsekutivt till kvinnorna som kom på 2½-årskontroll med sina barn. I efterhand har det framkommit att ett flertal distriktssköterskor i början av studien, glömde att dela ut enkäten till kvinnorna. Detta uppdagades då författarna besökte samtliga vårdcentraler för att se hur allt fortlöpte, vilket kan i sin tur ha påverkat bortfallet i studien. Om distriktssköterskorna hade fört statistik över antalet enkäter de lämnat ut och sedan överlämnat listan till någon av kollegerna när vederbörande gick på semester hade författarna möjligen kunnat redovisa bortfallet. Många var på semester då insamlingen av enkäterna gjordes. En annan trolig aspekt som kan ha påverkat svarsfrekvensen var att studien pågick under sommaren, då färre 2½ - åringar är inbokade för kontroll. Något författarna inte tänkte på var att det inte alltid var mammorna som kom med sina 2½ åriga barn. Enligt distriktssköterskorna var det vid ett flertal tillfällen faktiskt papporna som kom med sina barn. Vid något tillfälle fick pappan informationen med sig

hem till mamman. Om dessa enkäter lämnades tillbaka till respektive vårdcentral, eller slängdes vet författarna inte.

Det kan diskuteras varför författarna valde att undersöka kvinnorna då barnet var 2 ½ år. Anledningen till detta var att författarna ansåg att det var för tidigt att genomföra undersökningen på kvinnorna när deras barn var 1 år gamla. Författarna ansåg att kvinnorna haft möjlighet att gå ner till sin ursprungsvikt, - 2½ år efter sin graviditet. Risken med att vänta tills barnet var 2½- år, var att kvinnorna möjligen kunde vara gravida igen. Författarna valde dock att ta den risken då de inte såg något annat tillfälle att fånga upp kvinnan ute i vården.

Tyvärr försvann frågan om amning på 14 enkäter. Troligtvis var det fler enkäter än så. Anledningen var att frågan inte fanns med under projektplanen utan den kom till i efterhand. Vid tillfället då fler vårdcentraler kontaktades trycktes enkäter ut i den gamla versionen. Det är ett stort misstag då författarna anser att denna fråga är högst relevant för arbetet att ha med. Att utforma en enkät visade sig vara svårt, trots att en pilotstudie genomfördes. Pilotstudien gav dock författarna information om hur frågorna uppfattades, visade att upplägget av studien var fungerande, att frågorna var lämpliga för målgruppen samt att frågeställningarna var relevanta. För att minimera bortfallet informerade författarna muntligen distriktssköterskorna på respektive vårdcentraler om studien. Distriktssköterskorna informerades om att de skulle berätta om studien i samband med att enkäten delades ut. Detta kan ha påverkat urvalet, trots att enkäterna skulle delas ut konsekutivt, på grund av att distriktssköterskan möjligen kunde uppleva det som genant att tilldela överviktiga kvinnor enkäterna.

En annan aspekt på bortfallet är att 2 ½- årskontroller gärna bokas in på morgonen före förskola eller på eftermiddagen innan hämtning på skola med mera. Detta i sin tur gör att kvinnorna har tider att passa och kanske inte tar sig tid att besvara enkäten. Kanske har kvinnorna tagit med enkäten hem i syfte att lämna tillbaka den vid ett senare tillfälle, vilket inte har gjorts.

Att svara på en enkät som handlar om kost och motion kan alltid vara lite laddat för den enskilda individen. Känslan av att kvinnorna upplevde sig som inaktiva och kanske

ohälsosamma skulle kunna leda till att svaren inte blev helt korrekta. Av den anledningen lades det extra frågorna i enkäten till om längd och vikt både före och efter graviditeten, samt frågan om de ville ha hjälp. Det är viktigt att möjligheten till hjälp med viktnedgång finns lättillgängligt.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka amningens, kostens och motionsvanors betydelse för viktnedgång efter en graviditet. Studiens resultat visade att amningslängden hade stora variationer hos kvinnorna även om det vanligaste var att kvinnorna ammade under 8 månaders tid. Teoretiskt sett ökar amningen energiomsättningen med cirka 500 kalorier per dag. Detta kan vara ett argument för att ju längre tid en kvinna ammar desto fortare sker viktreduktionen (Linné, 2007). Enligt Rikshandboken (2010) bör distriktssköterskan främja amningen hos mamman genom att ge råd och uppmuntran. Det är dokumenterat att amning ger hälsosamma effekter på både barnet och mamman och barnet får närhet, trygghet, värme och kärlek (a.a.). Vad som framkom i vår studie var att det inte fanns någon signifikant skillnad i viktreduktion relaterat till amningstidens längd. Distriktssköterskor på barnhälsovården och även barnmorskor ute i mödravården rekommenderar kvinnor att amma på grund av alla de fördelar som amningen har. Amningen bygger bland annat upp immunförsvaret men sägs även hjälpa kvinnorna att lättare gå ner i vikt, vilket vårt resultat motsäger. Kanske resultatet hade sett annorlunda ut om amningen hade grupperats om till 0-2 månader, 3-6 månader och 7-9 månader. Sedan kan det diskuteras att materialet, det vill säga 102 besvarade enkäter, kanske inte är tillräckligt stort för att dra denna slutsats. Om enkätsvaren hade varit de dubbla hade kanske resultatet sett annorlunda ut.

I resultatet framkom att 16 % (n=16) hade BMI >25 före graviditeten jämfört med 19 % (n=19) 2½ år efter graviditeten. Det fanns också en signifikant skillnad ($p=0,019$) i kvinnornas inskrivningsvikt kontra vikten idag. Hade svarsfrekvensen varit högre hade kanske utfallet blivit annorlunda då det syns tydligt ute i vårt samhälle att medelvikten har ökat markant. I en studie gjord av Brooten, Youngblut, Golembeski, Magnus och Hannan (2012) som baserades på en undersökning av 54 kvinnor i USA framkom att de kvinnor som var överviktiga redan före vecka 20 i graviditeten löpte en stor risk för att utveckla fetma senare i livet. Detta styrks även av Schmitt, Nicholson och Schmitt (2007); Linne, (2007). Brooten et al (2012) som antyder att det finns ett behov av utbildning för vårdpersonal, vad

det gäller riktlinjer för viktuppgång gällande den enskildes BMI före och under graviditeten.

Studiens resultat visade att majoriteten, 78 %, av kvinnorna åt frukost dagligen. Det fanns en signifikant skillnad ($p=0,021$) i viktnedgång hos kvinnor som åt frukost dagligen kontra de som åt frukost en gång i veckan eller mer sällan. Av de 43 % som gått ner till sin ursprungsvikt eller lägre, hade 58 % av kvinnorna intagit frukost dagligen. Ingen hade minskat i vikt av dem som åt frukost en gång i veckan eller mer sällan. Det sågs en signifikant skillnad i viktnedgång hos kvinnorna som intog grönsaker ($p=0,012$) och frukt ($p=0,08$) en till två gånger per dag jämfört med kvinnorna som åt det en gång i veckan eller mer sällan.

Det kan tänkas att kvinnornas svar beträffande kost samt motionsvanor har överdrivits, då frågorna kan ha hotat den egna självkänslan. Författarna anser att det är förvånansvärt att det inte syns några större skillnader i övervikt/normalvikt kontra kost och motionsutövande. Om inte kvinnornas svar stämde överens med verkligheten, kan detta ha påverkat undersökningens reliabilitet. Författarnas strävan var att minimera dessa risker, då undersökningen var dels anonym samt frivillig. Det har visat sig att fysisk aktivitet under och efter en graviditet har en positiv inverkan för att återgå till sin ursprungsvikt samt för att undvika viktuppgång under graviditeten (Mark et al. 2007; Benelam, 2011). Trots att resultatet visade att det var fler av kvinnorna som hade gått upp i vikt, fanns det ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Enligt Cioffi et al, (2010) rekommenderas gravida kvinnor att delta i 2½ timmars måttlig träning per vecka under och efter en graviditet. Deras studie handlade om kvinnors uppfattning om fysisk aktivitet och träningsmängd. I resultatet framgick det att fördelarna med att vara aktiv under graviditeten samt efter förlossningen lindrade stressen för kvinnorna efter en graviditet och hade en positiv inverkan på humöret.

I vår studie svarade 42 kvinnor av 102 att de inte var nöjda med sin vikt idag. Det var 56 kvinnor som hade tackat nej om de fick förfrågan om hjälp av distriktssköterskan och av dem var det 10 kvinnorna med en övervikt på 5 kg eller mer. Kanske kan detta bero på att dessa kvinnor skäms över sina ohälsosamma levnadsvanor. Enligt Andersen, Rissanen & Rössner (1998) framgår det att fetma uppfattas som trivialt, självförvållat samt att samhället och sjukvården har ansett att den som lider av fetma har sig själv att skylla (a.a.).

Som distriktssköterska kommer vi att möta patienter som lider av övervikt/fetma och det finns idag ett flertal livsstilmottagningar inom primärvården som arbetar med hälsofrämjande frågor. Om detta hade funnits på alla vårdcentraler tror författarna på en minskad ohälsa i ett framtidsperspektiv. Många överviktiga patienter kan tycka att de blir särbehandlade i dagens samhälle och framförallt inom sjukvården eftersom de kanske tror att de blir bedömda utifrån sin vikt. Enligt Norberg & Danielsson, (2009) ökar prevalensen av fetma överallt i världen, hos såväl barn som vuxna. Personer med fetma löper 5-10 gånger högre risk att insjukna i typ 2 -diabetes än normalviktiga (WHO, 2003). Vad som är känt sedan tidigare är att de kvinnor som utvecklat graviditetsdiabetes löper en större riska att utveckla diabetes längre fram i livet. I en svensk studie av Ekelund et al. (2010) visar resultatet att genom att ta ett venöst blodprov, HbA_{1c}, under graviditeten kan svaret förutse om kvinnan kommer att utveckla diabetes efter graviditeten. Detta är den första studien som visar detta. Författarna skriver att glukosbelastningstestet är ett lika säkert mätvärde som HbA_{1c}.

För att eventuellt kunna minska kostnader som till exempel sjukskrivningar relaterat till komplikationer till övervikt, skulle distriktssköterskan kunna bedriva ett mer offensivt förebyggande arbete och starta mottagningar som tar upp frågor om levnadsvanor. De överviktiga patienterna skulle då upptäckas tidigt och distriktssköterskorna skulle kunna hjälpa till med att förhindra ohälsa i ett framtidsperspektiv. En förutsättning är att individen är motiverad eller kan motiveras till att göra förändringar i sitt dagliga liv.

Konklusion

I vårt resultat ses inte någon signifikant skillnad i amningslängd och motion relaterat till kvinnornas viktminskning. Resultaten måste tolkas med vetskap om att utfallen kunde blivit annorlunda om större material legat till grund för studien. Vad det gällde kostens betydelse sågs en signifikant skillnad vid dagligt intag av frukost, frukt och grönt. Dessa faktorer ter sig skydda mot övervikt. Vidare framkom ett intresse av viktminskningshjälp av distriktssköterska om sådan skulle erbjudas. Vi anser att det bör vara lika självklart att prata med den nyblivna mamman om övervikt som att prata om diabetes. Ytterliggare undersökningar på större studiepopulation med bredare etnisk och socioekonomisk spridning är nödvändiga för att säkerställa och hitta nya riskfaktorer för utveckling av fetma efter graviditet.

Referenser

Althuisen, E., Van Poppel, M., De Vries, J., Seidell, J. & Van Mechelen, W. (2011). Postpartum behaviour as predictor of weight change from before pregnancy to one year postpartum. *BMC Public Health*, 11(165), 1-7.

Andersson, T., Rissanen, A. & Rössner, S. (Red.). (1998). *Fetma/fedme – en nordisk lärobok*. Lund: Studentlitteratur.

Baecke, J., Burema, J. & Frijters, J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition* 36, 936-942.

Benelam, B. (2011). Physical activity in pregnancy. *Nutrition Bulletin*, 36(3), 370-372. doi:10.1111/j.1467-3010.2011.01915.x

Boreham, C. & Murphy, MH. (2005). Exercise. *University of Ulster at Jordanstown, Jordanstown, UK*.

Brooten, D., Youngblut, J., Golembeski, S., Magnus, M. & Hannan, J. (2012) Perceived weight gain, risk, and nutrition in pregnancy in five racial groups. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24, 32-42. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00678.x

Cedergren, M. (2007). Optimal gestational weight gain for Body Mass Index categories. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(4), 759-64. doi: 10.1097/01.AOG.0000279450.85198.b2

Cioffi, J., Schmied, V., Dahlen, H., Millis, A., Thornton, C., Duff, M., Cummings, J. and Kolt, G.S. (2010). Physical activity in pregnancy: Women's perceptions, practices, and influencing factors. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 455-461. doi:10.1016/j.jmwh.2009.12.03

Codex. (2012). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad den 1 februari 2012 från: <http://www.codex.vr.se/forskaretik.shtml>

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

Ejvegård, R. (2000). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2011). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Ekelund, M., Shaat, N., Almgren, P., Groop, L. & Berntorp, K. (2010). Prediction of postpartum diabetes in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetologia*, 53, 452-457. doi: 10.1007/s00125-009-1621-3

Jonsell, R. (2011). *Rikshandboken*. Hämtat den 15 oktober, 2012, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/2-3-ar/>

Kark, M., Tynelius, P. & Rasmussen, F. (2011). Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv– Förändringar i Stockholms län 2002-2010. I *Folkhälsorapport 2011*. Stockholm. Hämtad den 8 mars, 2012 från http://tfatestweb.se/fhr2011/dokument/DEL_6_Overvikt_web.pdf

Linné, Y. (2007). Graviditet och viktutveckling. I S. Rössner (Red.), *FETMA: Från gen- till samhällspåverkan* (s.185-191). Lund: Studentlitteratur.

Linné, Y., Barkeling, B. & Rössner, S. (2002). Natural course of gestational diabetes mellitus: long term follow up of women in the SPAWN study: *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(11), 1227-31.

Linné, Y. & Rössner, S. (2003). Interrelationships between weight development and weight retention in subsequent pregnancies: the SPAWN study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(4), 318-325.

Linné, Y. Med. Dr, docent. Karolinska universitetssjukhuset. (2007). *Vikt och viktnedgång under amning*. Livsmedelsverket. (2008). Hämtat den 10 mars, 2012, från http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/Energi_vikt_graviditet_amning_rapp25.pdf

Livsmedelsverket. (2011). *Råd om mat till dig som är gravid*. Hämtat 2 februari, 2012 från: <http://www.slv.se/sv/grupp1/mat-och-naring/kostrad/gravida/>

Löf, M. (2007). Energibehov under graviditet. I *Livsmedelsverket 2011*. Hämtat den 4 februari, 2012 från:

<<http://www.slv.se/sv/grupp1/mat-och-naring/kostrad/gravida/>>

Mark, A., Sheryl, L., Rifas, S., Ken, P., Kleinman, S., Janet, W., Rich, E., Karen, E., Peterson, S., Malthe, W. & Gillman, M. (2007). Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: Project Viva. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 312-319.

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011). Hämtad den 9 februari, 2012 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/inikatorbilaga-sjukdomsf%C3%B6rebyggande.pdf>

Norberg, M. & Danielsson, M. (2009). Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 201-234). Stockholm: Socialstyrelsen.

Schmitt, NM., Nicholson, WK. & Schmitt, J. (2007). The association of pregnancy and the development of obesity - results of a systematic review and meta-analysis on the natural history of postpartum weight retention. *International Journal of Obesity*. 31, 1642-1651. doi:10. 1038/sj.ijo.0803655

Sebire, NJ., Jolly, M., Harris, J., Regan, L. & Robinson, S. (2001). Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(1), 61-66.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den 2 februari, 2012, från <<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.HTM>>

Stacy, A., Gore, D., Brown, B. & Smith Wes, D. (2003). The role of postpartum weight retention in obesity among women: A review of the evidence. *The Society of Behavioral Medicine.*, 26(2), 149-159.

Statens folkhälsoinstitut. (2008). *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Hämtad den 10 mars, 2012, från <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/12.-Graviditet.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Förebyggande åtgärder mot fetma: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 173). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statistiska centralbyrån. (2007). *Levnadsförhållanden*. Hämtad den 9 januari, 2012 från Statistiska centralbyrån:
<http://www.scb.se/Grupp/valfard/BE0801_2007K01_TI_05_A05ST0701.pdf>

Villamor, E. & Cnattingius, S. (2006). Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet*, 368(9542), 1164-1170.

Wahlgren, L. (2008) *SPSS Steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Walker, L. O. (2007). Managing excessive weight gain during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 490–500. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00179.x

World Health Organisation, (WHO). (2003). *Department of Chronic Diseases and Health Promotion*.

Frågorna nedan handlar om Dina motions- och kostvanor.

Fyll i Ditt svar på frågorna och ringa in det som passar bäst in på Dig där det finns flera svarsalternativ.

Datum:.....

1	Är Du gravid just nu?	ja	nej
---	-----------------------	----	-----

Om ja på ovanstående fråga ber vi Dig att inte fylla i resten.

Tack för din medverkan.

2	Vilket år är Du född?
---	-----------------------------

3	Vilket är Ditt civiltillstånd?	gift/sambo	ensamstående
---	--------------------------------	------------	--------------

4	Hur anser du Ditt sociala nätverk vara?	ganska stort	har minst en nära vän	är ensam
---	---	--------------	-----------------------	----------

5	Är Du rökare?	ja	nej	har varit
---	---------------	----	-----	-----------

6	Tar Du någon medicin?	ja	nej
---	-----------------------	----	-----

7	Om ja, viken/vilka?
---	---------------------------

8	Om Du arbetar utanför hemmet, hur mycket arbetar Du?	50%	75-80%	100%
---	--	-----	--------	------

9	Vad arbetar Du med?
---	---------------------------

9a	På jobbet sitter jag...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
----	-------------------------	--------	--------	--------	------	--------

9b	På jobbet står jag...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
----	-----------------------	--------	--------	--------	------	--------

9c	På jobbet går jag...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
----	----------------------	--------	--------	--------	------	--------

9d	På jobbet lyfter jag tungt...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
----	-------------------------------	--------	--------	--------	------	--------

9e	Efter jobbet är jag trött...	mycket ofta	ofta	ibland	sällan	aldrig
----	------------------------------	-------------	------	--------	--------	--------

9f	På jobbet svettas jag...	mycket ofta	ofta	ibland	sällan	aldrig
----	--------------------------	-------------	------	--------	--------	--------

9g	I jämförelse med andra i Din egen ålder anser jag att mitt arbete är fysiskt.....	mycket tyngre	tyngre	som andras	lättare	mycket lättare
----	---	---------------	--------	------------	---------	----------------

10	Utövar Du någon sport?	ja	nej
----	------------------------	----	-----

10a Om Ja, vilken sport utövar du mest frekvent?.....

10b Hur många timmar i veckan?.....

10c Hur många månader per år?.....

11 Om Du utövar en andra sport – vilken?.....

11a Hur många timmar per vecka?.....

11b Hur många månader per år?.....

12	I jämförelse med andra i Din ålder anser jag att min fysiska aktivitet under min fritid är...	mycket mer	mer	samma som andra	mindre	mycket mindre
----	---	------------	-----	-----------------	--------	---------------

12a	Under min fritid svettas jag...	mycket ofta	ofta	ibland	sällan	aldrig
-----	---------------------------------	-------------	------	--------	--------	--------

12b	Under min fritid sportar jag...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
-----	---------------------------------	--------	--------	--------	------	--------

12c	Under min fritid tittar jag på TV.....	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
-----	--	--------	--------	--------	------	--------

12d	Under min fritid promenerar jag	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
-----	---------------------------------------	--------	--------	--------	------	--------

12e	Under min fritid cyklar jag...	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
-----	--------------------------------	--------	--------	--------	------	--------

13	Hur många minuter promenerar och/eller cyklar Du till och från arbetet, skolan och affären?	mindre än 5 min	5-15 min	15-30 min	30-45 min	mer än 45 min
----	---	-----------------	----------	-----------	-----------	---------------

Sätt ett kryss i cirkeln på det alternativ som passar bäst in på Dig

14	Hur ofta äter Du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?	<input type="radio"/> två gånger per dag eller oftare
		<input type="radio"/> en gång per dag
		<input type="radio"/> några gånger i veckan
		<input type="radio"/> en gång i veckan eller mer sällan

14a	Hur ofta äter Du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?	<input type="radio"/> två gånger per dag eller oftare
		<input type="radio"/> en gång per dag
		<input type="radio"/> några gånger i veckan
		<input type="radio"/> en gång i veckan eller mer sällan

- 14b Hur ofta äter Du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?
- tre gånger i veckan eller oftare
 - två gånger i veckan
 - en gång i veckan
 - några gånger i månaden eller mer sällan

- 14c Hur ofta äter Du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?
- två gånger per dag eller oftare
 - en gång per dag
 - några gånger i veckan
 - en gång i veckan eller mer sällan

- 14d Hur ofta äter Du frukost?
- dagligen
 - nästan varje dag
 - några gånger i veckan
 - en gång i veckan eller mer sällan

15 Hur lång är Du?

16 Vad vägde Du före Din graviditet?
(ange ungefär om Du inte kommer ihåg)

17 Vad väger Du idag?

18 Är Du nöjd med Din vikt? ja nej

19 Hur länge ammade Du?.....

20 Har Du gått ner de kilon som Du gick upp efter Din graviditet? ja nej

21 Om Du fick förfrågan av distriktssköterskan om hjälp med viktnedgång, vad hade Du svarat? tackat ja tackat nej

22 Hur många av dem du känner som har varit gravida, väger 5 kg eller mer 2½-år efter förlossningen?
.....

Tack för Din medverkan!