

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: Examensarbete 15 hp

Barnmorskans upplevelse av sin roll i kostrådgivande samtal med den gravida kvinnan

– en kvalitativ intervjustudie

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2015

Författare:
Wazhma Hatami
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Madeleine Juis
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Mia Barimani
Universitetsadjunkt, Leg. Barnmorska

Susanne Åhlund
Doktorand, Leg. Barnmorska

Examinator:
Ewa Andersson
Universitetsadjunkt, Leg. Barnmorska

KAROLINSKA INSTITUTET

The institution for womens' and childrens' health

The unit of reproductive health

Course: HT 16

The midwife's experience of her role in nutritional consulting with the pregnant woman

—a qualitative interview

Thesis in sexual, reproductive and perinatal health, 15 hp
(Advanced level), 2016

Authors:

Wazhma Hatami

Reg. Nurse

Midwife student

Madeleine Jusis

Reg. Nurse

Midwife student

Mentor:

Mia Barimani

Reg. Midwife, Lecturer

Susanne Åhlund

Reg. Midwife, PHD

Examinator:

Ewa Andersson

Reg. Midwife, Lecturer

Förord

Nu har resan nått sitt mål! Efter idogt slitande och funderande så har vi äntligen lyckats genomföra detta arbete. Vi vill framförallt tacka barnmorskorna som vi fick intervjua, utan dem hade uppsatsen aldrig blivit av. Vi vill även tacka våra handledare Susanne Åhlund och Mia Barimani för uppmuntran, stöd och värdefulla synpunkter under resans gång. Även verksamhetscheferna och samordningsbarnmorskorna har varit till stort värde för att studien skulle kunna bli genomförbar. Vi vill även ge ett särskilt tack till Barbro Hedman som varit behjälplig med att tillhanda studierum till oss.



**Karolinska
Institutet**

*”Det gäller verkligen att
lära sig fråga och fråga
om för att man verkligen
ska förstå hur den här
personen äter”D7*

Sammanfattning

Bakgrund: Kosten är en viktig del under graviditeten. Av tidigare studier vet vi att den gravida kvinnans nutritionsstatus påverkar både henne själv och barnet, på kort och långt sikt. Ändå saknas tydliga riktlinjer och metoder för hur kostrådgivning ska utföras av barnmorskor vid mödrahälsovårdscentraler.

Syfte: Undersöka hur barnmorskan upplever sin roll i samtalet om kost med den gravida kvinnan.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer med nio barnmorskor verksamma på fyra olika mödrahälsovårdcentraler i Stockholm.

Resultat: Intervjuerna i studien visar att barnmorskorna intar olika strategier genom att handha olika roller för att genomföra kostsamtalen med den gravida kvinnan. Kategoriseringen av dessa roller är: *Barnmorskan som informatör, Barnmorskan som kontrollant, Barnmorskan som motiverar och Barnmorskan som förhåller sig.*

Slutsats: *studien visar att barnmorskans upplevelse av kostsamtalen med den gravida kvinnan är ett komplext fenomen där barnmorskan går in i olika roller för att kunna diskutera ämnet. Studien åskådliggör att barnmorskorna uttrycker behov av mer utbildning i samtalsmetodik, motiverande samtal. Studien belyser även nya fynd gällande partners stödjande roll i samband med kostrådgivning. Vidare forskning gällande partners delaktighet i kostsamtalen bör studeras. Även mer forskning gällande kostrådgivning under ett längre tidsperspektiv än just graviditeten skulle vara av intresse för att lyfta barnmorskans expertroll kring kostrådgivning.*

Nyckelord: möten, intervju, kostsamtal, barnmorska, graviditet

Abstract

Background: Healthy eating is critical during pregnancy. Years of studies have proven the pregnant's nutrition status effect on both the child's and the woman's health, in short and long term. Still, the maternity care in Sweden lack clear guidelines and methods for how midwives should set up a nutrition counselling.

Objective: Examine how midwives experience her role in nutrition counselling with the pregnant women

Method: Qualitative analysis of semi-structured interviews were held with nine midwives at four different maternity care centers in Stockholm.

Result: The analysis of the interviews shows how midwives enter different roles when practicing the nutrition counselling. The different roles are: *Midwife as an informer, midwives as a controller, midwife as a motivator and midwife in a role that is more supportive.*

Conclusion: The study shows that the midwives experience of the nutrition counselling to the pregnant women its a complex phenomenon where the midwife have to approach different roles to discuss the subject. The research advocates that the midwives requiring a need for more education in conseling skills, motivational interviewing. The study shows new aspects of the partners supporting importance in nutrition counselling. Further research is required in studying a partner's participation during nutrition counselling. Also more research in a longer perspective than only the pregnancy is required to enlarge the midwife profession in nutrition counselling.

Keywords: *encounter, interview, nutrition counseling, midwifery, pregnancy*

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund	8
2.1	Mödrahälsovården	8
2.2	Kostens betydelse under graviditet.....	9
2.3	Kostråd till gravida	10
2.4	Tallriksmodellen.....	11
2.5	Ökad frekvens av övervikt och fetma bland gravida	11
2.6	Barnmorskans roll i kostrådgivning	13
2.6.1	Förhållningssätt	13
2.6.2	Vårdrelation.....	14
2.6.3	Motiverande samtal en del av barnmorskans kompetensområde gällande kostrådgivning.....	14
2.7	Det transkulturella mötet	16
3	Problemformulering	17
4	Syfte	17
5	Metod	17
5.1	Urval	17
5.2	Datainsamlingsmetod	19
5.3	Genomförande	20
5.4	Val av analysmetod	21
5.5	Analysförfarande	22
5.6	Etiska övervägande.....	24
5.7	Resultat	26
5.8	Metoddiskussion.....	41
6	Resultatdiskussion.....	44
7	Slutsats	52

1 Inledning

Barnmorskan på mödrahälsovården har en betydande roll att vägleda och stödja den gravida kvinnan. För att barnmorskorna ska kunna bedriva en säker och jämlik mödrahälsovård är Svenska Barnmorskeförbundets ändamål att bidra till kunskapsutveckling inom barnmorskans kompetens och professionella utveckling.

Som ett utvecklande led har Svenska barnmorskeförbundet tilldelats medel ifrån Socialstyrelsen för att utveckla arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. En del av arbetet är att ta fram ett program och arbetssätt för utökat hälsosamtal avseende kost i samband med graviditet med anledning av att i dagsläget saknas det ett strukturerat arbetssätt kring området.

I detta arbete avser vi undersöka barnmorskornas egna erfarenheter och upplevelser av kostsamtal såsom de själva beskriver det. Vår förhoppning är att på detta sätt kunna bidra med mer kunskapsutveckling kring området som på sikt kan leda till förbättring av kvinnor och barnens hälsa och livsvillkor i samhället.

2 Bakgrund

2.1 Mödrahälsovården

Ur ett folkhälsoperspektiv har mödrahälsovården en specifik och internationellt sett unik hälsoverkande instans där barnmorskan har en väsentlig roll. Målet med mödrahälsovården är att bedriva en god reproduktiv och sexuell hälsa för hela befolkningen, vilket bland annat innefattar att kvinnan erhåller en god hälso- och sjukvård under sin graviditet och förlossning med minsta möjliga risk. Sedan dess verksamhets början under 1930- talet så når man idag mer än 99 % av alla gravida kvinnor (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). Enligt Collberg & Ellis (2014) framförallt för en livsstil utan tobak, alkohol, droger samt sunda kost och motionsvanor under graviditeten. Mödrahälsovården i Sverige arbetar enligt ett medicinskt basprogram, vilket är ett vårdprogram som är riktad till en frisk gravid kvinna utan förväntade komplikationer, med syfte att förbättra utfall för mor och barn. Inom det medicinska basprogrammet görs undersökningar och provtagningar för att påvisa riskfaktorer

som kan innebära komplikationer, såsom infektioner som kan föras över till barnet eller livsstilsfaktorer som kan vara skadligt för barnet. Forskning har visat att trots avsaknad av riskfaktorer i tidig graviditet finns det risk för att den gravida kvinnan utvecklar komplikationer under senare delen av graviditeten. Därför behövs det ett vårdprogram för att eventuella komplikationer upptäcks och behandlas i tid. Detta gör därmed mödrahälsovården till en viktig komponent för den gravida kvinnan. En viktig aspekt gällande mödrahälsovården enligt Collberg & Ellis (2014) är att alla besök är frivilliga och allt som ska erbjudas till kvinnan ska presenteras som ett sådant (Collberg & Ellis, 2014).

I vårdgivarguidens basprogram för vård under graviditet (2016) står det beskrivet att basprogrammet innehåller det medicinskt motiverade minsta antalet besök för friska gravida under graviditet. Besökets fördelning baseras på den individuella bedömningen av kvinnans hälsotillstånd och eventuellt andra riskfaktorer.

2.2 Kostens betydelse under graviditet

Enligt rapporten *Bra livsmedelsval under graviditet* Eneroth & Björck (2016) är bra mat viktigt under graviditeten med tanke på att den gravida kvinnans nutritionsstatus påverkar både henne själv och barnet på kort och långt sikt (Eneroth & Björck, 2016). En näringsriktig kost under graviditeten har positiva effekter för den gravida kvinnan och fostret och kan även leda till hälsosammare framtida kostvanor för kvinnan och dennes familj (Wennberg, 2015). Ohälsosamma matvanor under graviditeten kan även påverka risken för att barnet utvecklar livsstilssjukdomar när de blir äldre (Eneroth & Björck, 2016).

Wennberg (2015) betonar att förutom detta bör den gravida kvinnan eftersträva en balanserad viktuppgång under graviditeten. Socialstyrelsen (2011) skriver i sin rapport att det vetenskapliga underlaget gällande kostvanor hos gravida är otillräckligt. Detta är något som även Svenska Barnmorskeförbundet skriver om i sitt projekt gällande levnadsvanor. De beskriver att barnmorskor i hela landet har en god baskunskap och ett strukturerat arbetssätt framför allt gällande alkohol- och tobaksfrågor, men att det saknas ett strukturerat arbetssätt i tidig graviditet och uppföljning när det gäller rådgivning kring kost. (Svenska Barnmorskeförbundet, 2012). I rapporten från socialstyrelsen framkommer det att ohälsosamma matvanor under graviditeten medför att kvinnan riskerar en alltför kraftig

viktuppgång under graviditeten. Därför ses kvalificerat rådgivande samtal som en viktig rekommendation (Socialstyrelsen, 2011).

2.3 Kostråd till gravida

Det som kvinnan äter under graviditeten ska täcka hennes och fostrets näringsbehov för tillväxt och utveckling (Eneroth & Björck, 2016). De kostråd som ges utgår från Nordiska Näringsrekommendationer (NNR, 2012). NNR (2012) har framtagits av experter som gått igenom de vetenskapliga studier och sammanställningar som publicerats gällande ämnet. I rapporten kommer det fram att bra livsmedelsval under graviditet är snarlik de matvanor som vuxna har generellt, men att matvanorna är särskilt viktiga under graviditeten då både kvinnans och barnets näringsbehov ska täckas. Rapporten ger en beskrivning av det vetenskapliga underlaget inom nutritionsområde och är bland annat underlag för att ta fram råd om bra matvanor för olika grupper (Eneroth & Björck, 2016). Kostråden hänvisar kvinnan att inta en hälsosam kost, samt ger anvisningar på substanser som skall undvikas (Wennberg, 2015).

Både i rapporten *Råd om bra mat för gravida handledning för mödrahälsovården* (2012) och Eneroth & Björck (2016) står att behovet av energi och av vissa näringsämnen är förhöjda under graviditeten med anledning av fostrets tillväxt och ökad blodvolym hos den gravida kvinnan, men att ökningen inte är så stor och därför ska den extra maten också ge näringsämnen (Livsmedelsverket, 2012) & (Eneroth & Björck, 2016). Energibehovet under första trimestern är bara några procent och täcks av till exempel en frukt eller en liten smörgås. Andra trimesterns energibehov täcks av exempelvis en tallrik lättfil, müsli och en frukt. Energibehovet under tredje trimestern är lite större, men att det räcker med lite större portioner av lunch och middag eller två matigare mellanmål för att behovet ska kunna täckas (Eneroth & Björck, 2016).

I enlighet med NNR (2012) ska den gravida kvinnans kost bestå av naturligt fiberrik mat såsom fullkornsprodukter, grönsaker, baljväxter, frukt, bär, nötter och frön. Samt fisk, skaldjur, vegetabiliska oljor med stor andel enkel- och fleromättade fettsyror och magra mejeriprodukter. Fisk anses vara särskilt viktig under graviditeten, eftersom den innehåller den viktiga fettsyran DHA. Matvanor som förknippas med ökad risk för sjukdom på befolkningsnivå så som hög konsumtion av charkprodukter, rött kött, raffinerat spannmål,

livsmedel med högt innehåll av salt, tillsatt socker, mättade fettsyror och transfettsyror är inte rekommenderat under graviditeten. Livsmedelsverket i sin tur bygger sin rapport baserad på råd från NNR (2012). (Eneroth & Björck, 2016). I en artikel av Cheyney & Moreno-Black (2010) framkommer det att gravida kvinnor möts av ett massivt informationsflöde med skiftande budskap gällande kost som kan få konsekvenser för deras och fostrets välmående (Cheyney & Moreno-Black, 2010). I Lundqvist avhandling som handlar om olika näringsaspekter av beteende och biologi under graviditeten (2016) framkommer det att kostrekommendationer kan ses som motsägelsefulla och förvirrade hos den gravida kvinnan. Där den gravida kvinnan upplever kostråden som ges på mödrahälsovården som otillräckliga och därför söker information på egen hand. Kvinnorna önskar sig mer detaljerade råd från barnmorskan (Lundqvist, 2016).

2.4 Tallriksmodellen

Modellen är en praktisk översättning av kostråden från NNR (2012). Modellen används ofta som en förenklad bild av matens fördelning på tallriken för att på ett pedagogiskt sätt förklara en bra energibalans i måltiden och fördelningen av vitaminer och mineraler (Livsmedelsverket, 2016) & (Livsmedelsverket, 2012).

Tallriksmodellen består av tre delar. Den första delen ska fyllas av grönsaker och rotfrukter. Denna del ska uppta en stor del av tallriken. Andra delen består av kolhydratrik kost som helst skall vara av fullkornsvarianterna. Den tredje och minsta delen är avsedd för kött, fisk, ägg och baljväxter, som bönor, linser och ärter. Tallriksmodellen visar endast proportionerna mellan de tre delarna och inte hur mycket mat som är lagom att äta (Livsmedelsverket, 2016).

2.5 Ökad frekvens av övervikt och fetma bland gravida

Övervikt och fetma är ett ökande problem över hela världen och enligt WHO ses problematiken som en global epidemi. Den ökade frekvensen av övervikt och fetma ställer all sjukvård inför nya utmaningar så även den obstetriska (Cnatingius & Stephansson, 2008). Enligt Nyman, Prebensen & Flensner (2008) bör fetma ses som en sjukdom som utvecklas från metaboliska, genetiska, sociala, beteendemässiga och kulturella förhållanden (Nyman et al. 2008). För att identifiera fetma använder WHO samt mödrahälsovården sig utav måttet BMI (Body Mass Index) ett så kallat kroppsmasseindex för att identifiera om en person är

normal-, under- eller överviktig. BMI räknas ut genom att dela vikten i kilogram med längden i kvadratmeter (Nyman et al., 2008). I Sverige har BMI samlats för gravida kvinnor via inskrivningen på mödrahälsovården sedan 1992. I rapporten *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn* från socialstyrelsen (2015) framkommer data att från 1993 till 2002 ser man en ökande BMI bland både förstföderskor och omföderskor. Sedan 2002 har medelvärdet för BMI varit mer stabilt dock stigande, 25,4 procent av samtliga mödrar var överviktiga 2014 och 13,1 procent hade fetma (Socialstyrelsen, 2015).

Således ökar andelen överviktiga gravida i Sverige. Studier pekar på att överviktiga kvinnor löper en större risk för komplikationer under graviditet och vid förlossning. Bland annat ses en ökad risk för graviditetsdiabetes, eklampsi och graviditetsinducerad hypertoni under graviditeten. Vid förlossningen ses en ökad risk för komplikationer i form av förlängd förlossning och värkssvaghet som kan leda till kejsarsnitt (Linne, 2008). I jämförelse med resten av befolkningen är den gravida kvinnan mer utsatt för risker av en alltför kraftig viktuppgång, då viktuppgången i sin tur kan leda till ovannämnda komplikationerna enligt rapporten *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (Socialstyrelsen, 2011). Övervikt och fetma är sällan en enskild orsak till komplikationer vid graviditet. Studier har visat att kvinnor med högt BMI i tidig graviditet ofta är äldre och rökare (Cnatingius & Stephansson, 2008).

Idag finns det inga svenska eller europeiska standardiserade råd om hur mycket en kvinna bör öka i vikt under en graviditet. På mödrahälsovården använder man sig idag utav amerikanska riktlinjer från Institute of Medicine (IOM) som stöd till rekommendationer gällande viktuppgång. Dessa rekommendationer är baserade på BMI (Cnatingius & Stephansson, 2008). IOM rekommenderar en viktuppgång mellan 5-9 kg för överviktiga under graviditeten (Shirazian & Raghavan, 2009). Linne & Neovius (2006) förklarar att en viktig faktor för att minimera en viktuppgång samt att återgå till sin normala vikt efter graviditeten är kvinnans behov utav uppmuntran. De skriver vidare att man inte rekommenderar en viktminskning under graviditet på grund utav fetala risker (Linne & Neovius, 2006). Enligt Socialstyrelsen (2011) den gravida kvinnans matvanor och övervikt kan påverka hälsan hos barnet i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2011).

2.6 Barnmorskans roll i kostrådgivning

Enligt *kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska* ska barnmorskan identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan har som uppgift att upptäcka faktorer som kan leda till komplikationer under graviditet och förlossning samt att vidta åtgärder för dessa. (Kaplan et al., 2009).

I mötet med den gravida kvinnan på mödrahälsovården har barnmorskan en aktiv roll att stödja och informera kvinnan till hälsosamma kostvanor och därför är kostsamtal en stor del av barnmorskans kompetensområde (Wennberg, 2015). Collberg & Ellis (2014) menar att barnmorskorna har huvudansvaret för hälsovård under normal graviditet hos den friska kvinnan. I barnmorskans arbetsuppgifter ingår bland annat provtagningar och undersökningar av alla gravida samt information och rådgivning både till kvinnan och hennes partner (Collberg & Ellis, 2014). Lindgren, Rehn & Wiklund (2014) menar att barnmorskans arbete ska präglas av ett etisk och holistiskt förhållningssätt, baseras på vetenskapligt och beprövad erfarenhet samt i enlighet med rådande lagar och riktlinjer (Lindgren et al., 2014).

Olsson (2014) menar att barnmorskor handlägger merparten av besöken i mödrahälsovården inom primärvården och därför åligger det barnmorskan att göra bedömningar av kvinnans vårdbehov. Det är dessa bedömningar som kommer ligga till grund för huruvida den gravida kvinnan kan följa basprogrammet. Vidare menar Olsson (2014) att mödrahälsovård hos barnmorskan har i studier visat sig vara lika säker som hos läkaren.

2.6.1 Förhållningssätt

Olsson (2014) menar att ett vårdande och hälsofrämjande förhållningssätt tar avstånd från alla former av fördömelse, maktutövning och kränkande bemötande och bygger istället på att bekräfta och stödja kvinnans rätt till självbestämmande. Ett vårdande förhållningssätt möjliggör att kvinnan ses som en helhet och inte reduceras till enbart en biologisk kropp, psyke eller ande. Förhållningssättet är viktigt för hur sakinnehåll och vård som helhet kan uppfattas. Att barnmorskan med kunskap och lyhördhet kan möta kvinnans ändrade livsvärld under övergången mot föräldrskapet är viktigt för att skapa vård med helhetssyn där kvinnan ligger i fokus. Att ha ett livsvärldsperspektiv i vårdande innefattar att se, analysera och försöka förstå hur världen eller delar av den erfars av den gravida kvinnan (Olsson, 2014).

Likaså i socialstyrelsens *Kunskapsstöd för mödrahälsovården* (2015) står att hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av strävan efter att identifiera, stärka och uppmärksamma individens egna resurser för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Med andra ord att i möte med individen genomsyras förhållningssättet av dialog, delaktighet och jämlikhet för att öka personens delaktighet och tilltro till sin egen förmåga (Socialstyrelsen, 2015).

2.6.2 Vårdrelation

En god vård kan erbjuda lindrat lidande och välbefinnande, samtidigt som det finns en öppenhet för patientens individuella situation. Detta kräver att det finns fungerande mellanmänniska relationer mellan patient och vårdare (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). För en fungerande vårdrelation ska det finnas tillit mellan parterna och vårdrelationen ses som en ömsesidig förbindelse mellan vårdaren och patienten, i detta fall mellan barnmorskan och kvinnan.

Av den professionella vårdrelationen, barnmorskan och kvinnan emellan, krävs det större öppenhet från barnmorskan för att eliminera risken för att barnmorskan förväxlar en professionell vårdrelation med en vänskapsrelation. Därför ska barnmorskans förhållningssätt präglas av reflektion båda över det som händer i relationen, samt i vårdandet (Dahlberg et al., 2003).

2.6.3 Motiverande samtal en del av barnmorskans kompetensområde gällande kostrådgivning

I *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* Socialstyrelsen (2011) står bland annat att arbeta förebyggande innebär stödjandet av människors förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Viktigt i detta är att patienter ges möjlighet och stöd från hälso- och sjukvården för att förändring ska kunna ske. Vidare beskrivs att kvalificerat rådgivande samtal får högst prioritering vid ohälsosamma matvanor hos vuxna eftersom denna åtgärd anses ha en stor effekt på hälsan. Dock är denna effekt endast måttlig enligt socialstyrelsen (2011). Samma rekommendation, kvalificerat rådgivande samtal, gäller även för gravida. Eftersom det anses vara ett allvarligt tillstånd. Samtidigt bedöms det vetenskapliga underlaget för gravida vara otillräckligt. Därför baseras effekten av åtgärden utifrån de effekter som generellt gäller för personer med ohälsosamma matvanor. Vid samtal om levnadsvanor är det viktigt att hälso-

och sjukvårdspersonal är lyhörd inför patientens inställning till ett sådant samtal för att annars finns det risk att patienten upplever samtalet som integritetskränkande. Kvalificerat rådgivande samtal ska utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan. Den ska ta hänsyn till patientens motivation till förändring och möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa (Socialstyrelsen, 2011).

Ortiz (2009) skriver i *Motiverande samtal för barnmorskor: stöd vid rådgivning om alkohol vanor* att motiverande samtal är en evidensbaserad metod som framtagits utifrån kliniskt arbete och forskning för att hjälpa människor vid livsstilsförändringar. I fortsättningen förkortas motiverande samtal med (MI).

MI är del av den humanistiska traditionen och baseras på både kognitiva och beteendeterapeutiska metoder (Ortiz, 2009). MI är en samtalsmetod som bygger på personens egen motivation till förändring. Samtalet har en form som utgår ifrån hur en förändring skall ske istället för om den skall ske. MI är inriktat på klientens egna tankar och övertygelse med en tro på att personen själv inom sig har en förmåga och förutsättning till att ta egna beslut och göra egna val. Samtalet syftar till att personen skall komma i kontakt med sina tankar och känslor. MI skall lyfta fram och betona tankar, känslor och upplevelser som personen har så att dessa kan leda till en förändring som grundar sig på inre motivation. Denna samtalsmetod kan användas i alla professionella sammanhang för att hjälpa en människa i en förändringsprocess oavsett behandlande eller rådgivande situationer (Barth & Näsholm, 2006).

MI ger barnmorskorna verktyg för att hantera problem med motivation då rollen blir att hjälpa den gravida kvinnan att hitta sin egen motivation snarare än att "installera" den hos kvinnan (Ortiz, 2009). I rapporten, *motiverande samtal i primärvården*, från Statens folkhälsoinstitut (2009) framgår att människors behov av integritet och valfrihet är grunden för folkhälsoarbetet, och att arbetet ska baseras på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. I rapporten lyfts MI som en betydande metod och som ett hjälpmedel för att stimulera livsstilsförändringar i enlighet med principerna om integritet och valfrihet. Barnmorskorna som är verksamma inom öppenvården har en grundläggande

utbildning i motiverande samtal. Drygt 80 procent av barnmorskor har fått sådan utbildning. (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

2.7 Det transkulturella mötet

Kultur är ett abstrakt och vitt begrepp som används i många sammanhang samt med olika definitioner. Mullholland & Dyson (2011) förklarar att man inte skall se kultur som något statiskt och konstant utan något som uppstår i mötet mellan olika grupper av människor. En individ utvecklar sin kulturella identitet på ett unikt sätt under livets gång där den präglas av bland annat samhällets religion, åsikter, matvanor och språk (Mullholland & Dyson, 2001). En kulturell lyhördhet är väsentlig i mötet mellan barnmorskan och kvinnan vilket kännetecknas av respekt till individens värderingar, övertygelser och levnadssätt. Denna lyhördhet utvecklas genom att man noterar variationer inom kulturella grupper och ser varje person som en individ (Cioffi, 2004).

Robertsson (2003) skriver i sin avhandling att barnmorskan ska bortse från sina egna uppfattningar och låta kvinnans berättelse bli central för att lyhört förstå vilka erfarenheter, förväntningar och behov kvinnan har. Barnmorskan skall sträva efter att möta henne med öppet sinne och nyfikenhet (Robertsson, 2003). Enlig Socialstyrelsens *Kunskapsstöd för mödrahälsovård* (2015) hade ungefär 25 procent av alla nyfödda en utrikesfödd mamma och 18 procent hade två utrikesfödda föräldrar under 2012. Vilket innebär att barnmorskor aktiva inom mödrahälsovården ofta möter kvinnor med olika kulturella bakgrunder och erfarenheter. Vidare står i rapporten att detta är en utmaning för barnmorskan att möta kvinnor som har en annan uppfattning om graviditeten och att erbjuda hälso-vård till personer med annat kulturellt och nationellt ursprung än det egna ställer krav på barnmorskan. Barnmorskan behöver ha kulturell kompetens i sitt dagliga yrke (Socialstyrelsen, 2015).

Kulturella skillnader i mötet kan visa sig bland annat på mödrahälsovården genom att matkulturen kan skilja sig samtidigt som man inte vet tillräckligt om varandras kosthållning, har en oförståelse till varandras bakgrund och inte talar varandras språk (Robertsson, 2003).

3 Problemformulering

En viktig del av barnmorskans yrke är att informera om kostintag under graviditeten. Som det framgår av tidigare forskning möter gravida kvinnor i dag ett stort informationsflöde gällande kostråd, samtidigt som den gravida kvinnan upplever de erhållna kostråden som knapphändiga.

Idag saknas det tydliga riktlinjer angående kostrådgivning för gravida kvinnor. Då det finns i åtanke att ta fram riktlinjer gällande kostsamtal, skulle det vara av värde att som fundament, samla barnmorskors befintliga kunskap kring dessa samtal. Vi är intresserade av att ta reda på hur barnmorskan upplever samtalet kring kostrådgivning med den gravida kvinnan.

4 Syfte

Undersöka hur barnmorskan upplever sin roll i samtalet om kost med den gravida kvinnan.

5 Metod

5.1 Urval

Författarna valde att genomföra intervjuer med barnmorskor aktiva inom mödrahälsovård om deras upplevelse av samtal om kost med gravida kvinnor. Författarna valde att inte ha några exklusionskriterier då det inte ansågs vara väsentligt för att få svar på syftet, utan för att få så brett perspektiv som möjligt.

Intervjudeltagare valdes ut genom ett strategiskt urval bland barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården och detta var den enda inklusionskriterien. Rekryteringsprocessen startade genom att handledarna kontaktade kliniska adjunkter inom Stockholms läns landsting som rekryterade fem antal barnmorskor. Även författarna till denna studie, tog själva kontakt, via mail samt telefon, med verksamhetscheferna på mödrahälsovårdcentraler i Stockholms län. Både privata och offentliga mottagningar i olika delar av länet ingick i studien. De barnmorskor som var intresserade av att delta i studien, gav besked till sina verksamhetschefer som i sin tur förmedlade kontakten vidare till författarna.

Målsättningen var att få tio deltagare till studien för att det antalet bedömdes ge en hanterbar analysenhet samt tillräcklig variation. Kvale & Brinkmann (2015) skriver att beroende på tid och resurser som finns att tillgå till undersökningen så brukar antalet deltagare variera mellan 10 till 15 deltagare, men att färre antal intervjuer med bättre förberedelser och analyser är att föredra (Kvale & Brinkmann 2015). Fem utav de barnmorskor som handledaren hade kontaktat ville delta i studien. Resterande fem deltagare hade kontakts av författarna själva där en av dessa var tvungen att avböja deltagandet på grund av arbetsbelastning. Sammanlagt deltog nio barnmorskor i studien. Alla deltagare fick en kortfattad information om studiens syfte via mail. Endast ett bortfall bland barnmorskor kontaktad av författarna förekom på grund av tidsbrist. De intervjuade hade arbetat mellan 1,5 och 16 år inom mödrahälsovården och deras ålder varierade mellan 36 och 58 år (Tabell 1).

Barnmorskorna valde själva tid och plats där intervjuerna kunde genomföras. Tillstånd att utföra intervjuerna erhöles av verksamhetscheferna vid respektive MHV.

Tabell 1: Deltagarnas ålder och antal arbetade år

Ålder på deltagare	Antal arbetsår inom MHV
36	1,5
37	2
37	4
38	6,5
42	3
43	2
51	10
54	16
58	15

5.2 Datainsamlingsmetod

Malterud (2014) beskriver att när avsikten är att få informationsutbyte mellan människor är det genom orden som vi skapar den verklighet som vi är en del av. Även Kvale & Brinkman (2015) skriver att samtal är en grundläggande form av mänsklig interaktion. Det är genom samtal vi lär känna andra människor och får kunskap om deras erfarenheter, känslor och attityder. I ett intervjusamtal har forskaren möjlighet att ställa frågor om och lyssna till det som människor berättar om sin livsvärld. Den kvalitativa forskningsintervjun försöker förstå och diskutera ämnen från deltagarens livsvärld och dennes perspektiv. Vidare menar Kvale & Brinkmann (2015) att den kvalitativa forskningsintervjun kan ses som ett professionellt samtal där utbyte av olika åsikter som är av intresse för alla deltagare kan ske (Kvale & Brinkmann, 2015).

För att ta del av barnmorskors upplevelser valdes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Semistrukturerade intervjuer lämpar sig bäst när intervjuaren är oerfaren enligt Kristensson (2014). Kvale & Brinkmann (2015) menar att denna intervjuteknik innebär att en intervjuguide används som ett verktyg för att samma eller liknande frågor ska kunna ställas till alla deltagare där samtalet är varken öppet eller slutet utan en variant däremellan (Kvale & Brinkmann, 2015). Detta ger möjlighet för deltagaren att berätta fritt då frågorna inte behöver ställas i ordningsföljd samtidigt som det ger ett utrymme för att följdfrågor ska kunna ställas (Kristensson, 2014).

Med anledning av detta utformades en intervjuguide med tre huvudfrågor, se Bilaga 1. Det utformades även ett antal underfrågor som kunde ställas vid behov i de fall där fördjupning av svar krävdes.

5.3 Genomförande

För att utvärdera intervjun som helhet testades intervjuguiden via tre pilotintervjuer på barnmorskestudenter, som haft en placering på mödrahälsovård. Maltrud (2014) menar att vid förberedelser av en intervjuguide, är det svårt att veta i förväg hur frågorna kommer att fungera. Därmed är det bra att ändra strategi innan stora datamängd samlas in. (Maltrud, 2014). Med anledningen av detta ombads barnmorskestudenter att uppge sin upplevelse av intervjun som helhet, samt komma med synpunkter efter intervjun. Intervjuguiden redigerades efter att första pilotintervjun hade ägt rum och testades därefter ytterligare via två pilotintervjuer. Båda författarna närvarade vid alla pilotintervjuer. Det ena intervjuade och den andra antecknade. Efter detta utvärderades intervjun som helhet och författarna tog ett gemensamt beslut om att frågorna fungerade väl.

Datainsamlingen genomfördes via enskilda intervjuer med barnmorskor. Innan intervjun erhöll barnmorskan både skriftligt och muntlig information om studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt. Deltagarna fick information om att de kunde ställa frågor under hela intervjun. Även skriftligt samtycke inhämtades innan intervjun påbörjades, se Bilaga 2. Intervjuerna som varade mellan tolv till nitton minuter (medelvärde 15 minuter) spelades in för att sedan transkriberas ordagrant. Fördelen med bandade intervjumaterial var att det fanns möjlighet att lyssna på inspelade sekvenser framförallt vid oklarheter. Intervjuerna ägde rum i början av september år 2016 under en tvåveckorsperiod och på fyra mödrahälsovårdscentraler. Intervjuerna skedde på respektive deltagares arbetsplats där de hade avsatt ett rum för att kunna samtala ostörd.

Författarna transkriberade fyra respektive fem intervjuer var. För att få likvärdiga referensramar i intervjuteknik och metodik var båda författarna närvarande vid alla intervju tillfällen. Under alla intervjuerna var det en och samma författare som intervjuade och den andra lyssnade och tog anteckningar samt ställde följdfrågor för att få en djupare förklaring till deras berättelser. Efter två utförda intervjuer upptäcktes att första huvudfrågan inte var tillräckligt bärande, utan upplevdes som mer kontrollerande. I och med att barnmorskorna inte berättade om sin upplevelse, utan snarare om allmän fakta kring kost. Författarna valde att

istället för fråga om vad som ingick i kostsamtalet, ställa frågan ***vad kostsamtalet med den gravida kvinnan innebär för barnmorskan.***

Denna ändring bedömdes ge öppnare och mer konstruktiva svar på frågan.

5.4 Val av analysmetod

Maltrud (2014) menar att när avsikten är att undersöka mänskliga egenskaper såsom upplevelser, erfarenheter, tankar eller motiv, lämpar sig kvalitativa metoder bättre än kvantitativa. Det är med hjälp av kvalitativa metoder som förståelse för varför människor gör som de gör ökar (Malterud, 2014). Forsberg & Wengström (2008) uppger att kvalitativ innehållsanalys inom omvårdnadsforskning har använts för att granska och tolka texter, utskrifter av bandade intervjumaterial, dagböcker etcetera. Det som är utmärkande för kvalitativ innehållsanalys är att metoden fokuserar främst på ämnet och sammanhanget (Forsberg & Wengström, 2008).

Den metodologiska ansatsen kan vara både deduktiv och induktivt enligt Lundman & Hällgren- Granheim (2008) I denna studie valde författarna att arbeta utifrån en induktiv ansats som enligt Lundman & Hällgren- Granheim (2008) kan med fördel användas vid analys av texter som baseras på berättelser om egna upplevelser, samtidigt som fokus ligger på att beskriva det uppenbara i texterna.

Graneheim & Lundman (2004) beskriver att för att en ny helhet och ett nytt mönster ska kunna skapas ska texten ses som en helhet i början för att sedan sönderdelas och till slut sättas samman på nytt. Metoden innebär enligt Graneheim & Lundman (2004) att meningsenheter som är en del av texten och som är relaterade till varandra genom kontext, innehåll och relevans till syftet, ska väljas ut för att sedan under analysprocessen kondenseras och abstraheras till koder (Graneheim & Lundman, 2004). Kondensering syftar på en process där texten kortas ner och blir mer lätthanterligt samtidigt som kärnan, det centrala innehållet, bevaras för att sedan tilldelas olika koder. Dessa koder sammanförs slutligen till kategorier och subkategorier. Enkelt uttryckt är kod en etikett på en meningsenhet som kortfattat beskriver dess innehåll (Lundman & Hällgren- Granheim, 2008). En kategori är en grupp av olika koder med gemensamt innehåll och är uppbyggd av subkategorier. Kategorierna ska vara uttömmande samtidigt som de bör vara ömsesidigt uteslutande. Inga data relaterade till

syftet exkluderas och inga data ska passa till mer än en kategori eller falla mellan två kategorier. Detta innebär därmed att inga data som svarar på syftet får uteslutas om det saknas en lämplig kategori (Graneheim & Lundman, 2004) & ((Lundman & Hällgren- Granheim, 2008).

5.5 Analysförfarande

De transkriberade texterna som utgjorde analysenheten lästes upprepade gånger av båda författarna för att få en helhetsbild. Analysenheten bearbetades utifrån ett strukturerat arbetssätt för att identifiera mönster, likheter och skillnader i enlighet med Graneheim & Lundmans modell (2004) som beskrevs i föregående del.

Efter att författarna hade läst analysenheten flertalet gånger valdes meningsbärande enheterna ut och markerades med siffror så att författarna visste från vilken intervju citatet kom ifrån. För att försäkra sig om att ingen egen tolkning skett, jämförde och reflekterade författarna tillsammans kring de utvalda meningsbärande enheterna. Därefter gjordes en kondensering av dessa meningsenheter för att sedan kortas ner och tilldelas kod. Författarna arbetade tillsammans under hela processen. Bearbetad data skrevs ut och klipptes till enskilda koder som sedan sorterades gemensamt. Koderna sammanställdes sedan till subkategorier och kategorier vilka presenteras i Tabell 2.

Att dela koderna till kategorier är enligt Graneheim och Lundman (2004) ett kritiskt moment och det svåraste i hela processen. Därför skedde det under processens gång kontinuerlig reflektion och iteration fram och tillbaka mellan stegen.

Till slut kunde ett tema väljas ut som återspeglade den röda tråden av återkommande meningar i kategorierna, vilket enligt Lundman & Hällgren- Granheim (2008) är ett sätt att sammanbinda det underliggande innehållet i ett antal kategorier.

Tabell 2: Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Kondenserad omskrivning	Kod	Sub-kategori	Kategori
<i>"... grundläggande informationen som vi liksom ger till alla. Det kan ju se väldigt olika ut och komma under olika perioder under graviditeten utan under hela perioden. Det följer hela graviditeten beroende på vad problematiken är."D7</i>	Grundläggande information ges till alla. Kan se olika ut och komma under olika perioder under graviditeten. Följer hela graviditeten	Information	Kostsamtalet	Barnmorskan som informatör

5.6 Etiska övervägande

Då insamlad data endast skulle användas till en magisteruppsats samt att författarna valt att intervjua vårdpersonal som redan lyder under offentlighets och sekretesslagen så fanns det inget behov av att ansöka om etisk prövning. Författarna hade som avsikt att fråga endast om barnmorskornas upplevelser och inte känsliga personuppgifter. Kristensson (2014) förklarar att en uppsats som skrivs på grundläggande nivå inte behöver genomgå någon formell etisk prövning (Kristensson, 2014). Dock menar Kristensson (2014) att all forskning skall präglas av ett etiskt förhållningssätt. Både gällande integritet och välbefinnande för de personer som ingår i forskningen; samt värna om att den insamlade informationen hanteras på ett respektfullt sätt.

Vidare beskriver Kristensson (2014) att i ett forskningsprojekt är det många forskningsetiska frågor att ta hänsyn till. De viktigaste övergripande aspekterna kan sammanfattas genom att använda sig av fyra centrala principer: *autonomiprincipen*, *nyttoprincipen*, *inte skada-principen* och *rättvisepprincipen* (Kristensson, 2014).

Autonomiprincipen innebär enligt Kristensson (2014) att all forskning skall ske med respekt för individens självbestämmande. Information gällande studien gavs till verksamhetscheferna i god tid via mail innan intervjuerna. Inför själva intervjun fick informanterna både skriftlig och muntlig information om studien, att deltagandet var valfritt och att de när som helst kunde ta pausa eller avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara närmare. Ett skriftligt samtycke samlades in vid intervjun.

Nyttoprincipen enligt Kristensson (2014) innebär att nyttan med forskningen alltid skall överväga risken för skadan och vara motiverad. Nyttan med studien är att det är en del utav ett större projekt för att ta fram riktlinjer till mödrahälsovården, vilket anses gagna barnmorskornas arbete på sikt.

Inte skada- principen innebär att risken för skada minimeras för deltagarna samt att aktuell lagstiftning gällande sekretess och datahantering följs (Kristensson, 2014). Studiedeltagarna informerades om att insamlad data kommer raderas efter transkribering och deltagarnas

identitet behandlades konfidentiell då intervjumaterialet avidentifierades vid transkribering. Deltagarna fick även information om att ljudinspelningen kommer att sparas enligt Karolinska Institutets regler. Vilket innebär att materialet inte kommer att spridas till obehöriga och förvaras inlåst. Materialet skall inte härledas tillbaka till deltagarna på något sätt.

Rättvisprincipen betyder enligt Kristensson (2014) att medverkan i studien sker på lika villkor för alla deltagare och att de ska behandlas rättvist. Författarna förhållningssätt har varit att se till att den utskrivna texten motsvarar det muntliga uttalanden som gjorts.

Ett annat etisk övervägande gäller analysen av data. Vilket betyder att inga egna värderingar eller tolkningar ska finnas med i materialet, utan endast beskrivningar av de uttalade orden med hjälp av citat. Jacobsen (2007) uppger att vid analys av data ska det alltid strävas efter att data presenteras på ett fullständigt sätt och att resultatet aldrig förfalskas, även om det inte överensstämmer med det tilltänkta syftet. Detta med tanke på att vid all analys av data föreligger det en risk för att detaljer och mångfald förminskas (Jacobsen, 2007).

5.7 Resultat

Analysen ledde fram till total fyra kategorier med ett gemensamt tema. Resultatet presenteras först som tabell här nedan. Vidare presenteras varje sub-kategori och belysas med citat. I syfte att bevara anonymiteten har barnmorskorna tilldelats en bokstav och en siffra. Dessa återkommer i texten efter respektive citat.

Barnmorskans olika roller i kostsamtal med den gravida kvinnan

Analysen ledde fram till ett gemensamt tema vilket visar barnmorskans olika roller i kostsamtalet.

Tabell 3: Resultat

Sub-kategori	Kategori	Teman
Kostsamtalet		
Barnmorskans kunskap	Barnmorskan som informatör	
Kunskapslucka		
Matvanor		
Viktmätning	Barnmorskan som kontrollant	Barnmorskans olika roller i kostsamtal med den gravida kvinnan
Uppföljning		
Motiverande samtal		
De som inte vill bli motiverade	Barnmorskan som motiverar	
Vårdande relation		
Kulturella skillnader		
Talar inte samma språk	Barnmorskan som förhåller sig	
Barnmorskans svårighet i sin roll som kostrådgivare		

Barnmorskan som informatör

Kostsamtalet

Innehållet i kostsamtalet ansågs vara rent informativt med syfte att upplysa kvinnan. Med andra ord såg barnmorskan kostsamtalet som ett samtal där hon gav information och råd för vad den gravida behövde och vad hon skulle avstå ifrån.

"I kostsamtalet ingår att upplysa, informera gravida kvinnan om hur hon kan få tag på rekommenderad kost. Så som vad hon skall undvika för någonting" ... D3

Barnmorskorna tyckte att det var trevligt att prata om kost. Alla barnmorskorna tog upp kost i mötet med den gravida kvinnan. Barnmorskorna ansåg dock att man inte kunde benämna att man hade ett specifikt kostsamtal utan att samtal om kost fanns närvarande under de olika mötena.

"... Vi har ju inte ett kostsamtal. Inte ett samtal för kost utan det ingår. Det kan ju vara i hälsosamtalet" ... D9

Barnmorskorna valde främst att samtala kring kost i början av graviditeten med kvinnan, om inte barnmorskorna ansåg att det fanns individuella behov att ta upp ämnet igen.

"... grundläggande information som vi liksom ger till alla. Det kan ju se väldigt olika ut och komma under olika perioder under graviditeten. Det följer hela graviditeten beroende på vad problematiken är" ... D7

I kostsamtalet använde sig barnmorskorna av tallriksmodellen som ett redskap för att förklara en hälsosam kosthållning. Med hjälp utav tallriksmodellens olika delar försökte barnmorskorna tilldela kvinnorna information om vad de skulle tänka på gällande den kost de behövde få i sig samt att vägleda dem i hur mycket dem behövde äta.

"... Inte äta för två utan äta hälsosamt. Enligt tallriksmodellen och det sättet..." D5

Tallriksmodellen beskrevs som ett vedertaget verktyg för att beskriva en måltids sammansättning och sågs av barnmorskorna som ett begrepp som de flesta kände till.

"... tallriksmodellen känns det som ett ganska djupt begrepp i svensk livsmedelshistoria..." D6

Det framkom att barnmorskorna använde sig av och hänvisade enhetligt till livsmedelsverkets rekommendationer i sitt dagliga arbete. Förutom livsmedelsverket så använde man sig av andra informationskällor i sitt kostrådgivande samtal. Barnmorskorna beskrev att de själva och tillsammans med kvinnan gick in på bland annat vårdguiden för att gå igenom de aktuella kostråden.

Barnmorskorna framhöll att de flesta kvinnorna var pålästa och att de hade bra kunskap för vad de skulle äta. Barnmorskorna ansåg att många av kvinnorna var välinformerade om livsmedelsverkets rekommendationer redan vid första mötet på mödrahälsovården.

"... dem flesta tycker jag ganska väl informerade det är många som liksom har pluggat in vilka fiskar man inte får äta till exempel..." D6

En del av dem kvinnorna som barnmorskan mötte beskrevs som så pass upplysta gällande sin kost att samtalet handlade om att stämma av sin kunskap gentemot barnmorskan.

"... stämmer av och gå till sig själva men det här vill jag äta och det här vill jag kolla att det är koll på ... många gånger så stämmer det att man kan äta sushi? Stämmer det att man kan äta det här? Så att de får bekräftelse i det..." D1

Tidsbristen sågs som ett hinder för barnmorskans kostsamtal. De menade att de inte riktigt hade tiden till besöken för att hinna göra det man ville samt att man inte kunde träffa kvinnorna tillräckligt ofta. Under mötena med kvinnorna uppgav barnmorskorna att de var tvungna att prioritera vad som skulle tas upp och oftast var inte kosten ett sådant ämne som prioriterades. Barnmorskorna upprepade att tidboken för det mesta var fullbokad och att det inte gick att boka ett extra besök även om man ville det.

"Jag kan känna att det man saknar det är ju tiden. Att man skulle vilja ha mer tid..."D9

Barnmorskans kunskap

Generellt beskrev barnmorskorna att de hade en bra baskunskap gällande kost, men att deras kunskap var erfarenhetsbaserad kunskap och ingenting dem lärt sig under utbildningstiden. Barnmorskorna ansåg livsmedelsverkets källa som tillförlitlig samt att den ständigt ansågs uppdaterad, vilket var en anledning till att de kände sig trygga med deras rekommendationer.

"... Jag kan väl ungefär lika mycket som alla andra liksom när det gäller generellt om kost... så. Och sen så hänvisar vi väldigt mycket till Livsmedelsverket."D6

De tyckte att man alltid behövde vara påläst även om man använde sig av befintliga riktlinjer och verktyg såsom vårdguiden och livsmedelsverket. Barnmorskorna tyckte att det underlättade deras arbete att ha fastslagna riktlinjerna; då det ansågs vara lättare att vidare informera om saker som redan fanns skrivna. Barnmorskorna såg kompetensutvecklingen genom utbildning och kurser som något väldigt positivt. De tyckte att de hade fått relativt mycket information gällande kost, men att det alltid var bra med uppdatering. Barnmorskorna uppgav att de kände ett behov att utveckla sin kunskap för att kunna möta kvinnornas frågor och funderingar på bättre sätt.

"Jag fick gå en jätte bra kurs kommer jag ihåg när jag började här som var, jag tror att det var två dagar, där man fick läsa jätte mycket om olika vitaminer och hit och dit, men man skulle behöva göra det nästan varje år för att repetera."D8

Ibland beskrevs kvinnornas kunskapsnivå vara högre än barnmorskans och då kunde kostsamtalet anpassas utifrån kvinnans behov.

*"Vissa har ju kunskap som är långt över min kunskap när det gäller kost så då är det mer att man lägger det på hur du kan få in det i ditt liv och så vidare liksom Så utgå från hennes behov"*D3

Samtidigt som det fanns åsikter om att det inte tillhörde barnmorskans yrke att vara kunnig om specifikt vad och hur kvinnan skulle äta, utan man såg att i yrkesrollen ingick snarare att identifiera problem och hänvisa där kvinna kunde få bättre hjälp.

*"Det gäller ju också att se sin roll i det här att jag är barnmorska och det är ganska många saker vi ska informera om och hålla koll på. Det gäller att hålla sig på någon sorts bas nivå..."*D7

Att hänvisa till andra professioner var därmed något som var aktuellt i specifika situationer. Barnmorskorna hänvisade oftast till dietister samt ätstörningskliniker i de fall där de ansåg att deras kompetens inte var tillräcklig.

*"... jag har inget behov av att vara dietist. Det känns som bara att det inte är mitt jobb utan är det större problematik runt det där då tycker jag, då får dietisterna ta över."*D7

Kunskapslucka

Barnmorskorna uppgav att de hade generell kunskap om kost om hur och vad man ska äta samt undvika under graviditet, men att de uttryckte att de inte kunde allt och att de hade lärt sig av dietisterna via sin arbetsplats. De ansåg att baskunskaperna var otillräckliga vid specifika fall och att det skulle underlätta om det var tydligare ramar för just dessa fall.

*"... man har nog tillräcklig kunskap liksom baskunskaper men sen om det är någon som kommer och har nån väldigt specialiserad kost... där räcker ju inte till..."*D1

Barnmorskorna nämnde att trots att det fanns bra bakgrund om kost med instruktioner om vad gravida får och inte får äta på livsmedelsverkets hemsida, behövdes det mer anpassad information om hur man skulle förhålla sig kring kosten och graviditeten.

"... mer information anpassad från olika kostsituationer... och nu när det är mycket med olika... ja men, LCHF, GI, 5:2 allt hur det funkar? Hur är det liksom med dem som har levt på det länge och när man kommer in i en graviditet... ja. absolut att man kan förkovra sig mycket, mycket mer i det."D6

Även önskemål om tydligare ramar förekom bland barnmorskorna då de ansåg att det skulle underlätta deras arbete. Att ha tillgång till bra och lättlästa informationshäften sågs som ett bra hjälpmedel bland barnmorskorna. De uppgav att de hade efterfrågat det och att det skulle kännas mer professionellt och tilltalande om man kunde dela ut sådana till gravida kvinnor istället för att hänvisa till Internetkällor.

"Jag har tänkt ... alltså... det finns säkert, men vi har det inte här några bra liksom hjälpmedel, utan man får ju dra ut från nätet. Det finns säkert små häften och så, men det skulle vara bra särskilt på andra språk liksom mer och bra information."D8

De flesta av barnmorskorna använde sig av motiverande samtal i sin kostrådgivning, men det framkom att alla barnmorskor inte hade fått tillräckligt utbildning i motiverande samtal. I vissa ställen måste barnmorskan ha jobbat ett antal år för att kunna få gå på motiverande samtals kurser. Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att kunna använda sig av MI i kostsamtal med gravida kvinnor. De uppgav att det annars fanns risk att skrämma de gravida med direkta frågor. Det fanns önskemål att redan vid introduktionen på sin nya arbetsplats skulle barnmorskan kunna erhålla utbildning i MI.

"Man måste ha jobbat två år på ett ställe innan man får göra motiverande samtal kursen. Så hos oss är det egentligen bara X som har kursen. Vi har inte fått göra det än."D5

"... jag känner att jag har otroligt lite utbildning i det, jag har nog fått från barnmorskeutbildningen, sen har jag inte fått nåt mer om motiverande samtal." D6

Barnmorska som kontrollant

Matvanor

För att ta reda på kvinnas kosthållning, ställde barnmorskorna i emellanåt direkta kontrollerande frågor där barnmorskan försökte penetrera kvinnans kosthållning. Frågorna ställdes oftast vid inskrivningen för att få inblick över kvinnornas matvanor, vad dem hade för typ av kosthållning i vanliga fall och hur det såg ut just nu. Barnmorskorna frågade också vad kvinnan visste om kost under graviditet och för att få en bättre förståelse av kvinnans kosthållning så ställde de mer direkta frågor av typen hur, när och vad.

"... Ja, men hur äter du sa jag. Ah men jag brukar koka det här till lunch och det här till middag. Men mellanmål? Ja, men kanske någon gång ibland och så och frukost? Nej, det har jag alltid hoppat över hela mitt liv och då att man förklarar vikten att man skall ha frukost i sig." D3

De betonade att det gällde att lära sig att fråga och fråga om för verkligen förstå hur kvinnan åt för att få en kontroll över kvinnans matvanor.

"... där är det väl jag så att där går jag ju in och verkligen frågar – har du kikat på information kring just din kosthållning och vad du behöver lägga till extra nu när du är gravid som du inte får i dig." D2

Viktmätning

Att ta vikten på kvinnan beskrev barnmorskorna som en möjlighet för dem att ha kontroll över kvinnans matvanor. Att ta vikten innebar också att barnmorskan kunde ha kontroll om en viktförändring hade skett. På detta sätt ansågs viktmätning som ett tydligt mätvärde att utgå ifrån. Barnmorskorna brukade diskutera och jämföra kvinnans viktförändring under hela

graviditeten. Viktmätning sågs därför som en möjlighet för barnmorskan att föra en diskussion med dem som ville prata om sin vikt.

"... det har man tagit bort nu förut man skulle väga dem varje gång de kom. Det står inte längre att vi ska göra det, men det gör jag lite i alla fall för att kunna diskutera runt vikten och så med dem som vill. "D4

I de fall där en tydlig viktuppgång hade skett och kvinnan inte ville inse att viktuppgången berodde på ohälsosamma kostvanor, så beskrev barnmorskorna att de kunde luta sig mot viktvärdet för att få kvinnan att inse konsekvenser av sitt kostintag.

"... Det säger man då, att det är klart att du har ätit någonting. Du kan ju inte bara gå upp i vikt av ingenting..."D7

Uppföljning

Barnmorskorna nämnde att vid inskrivningen gjordes en helhetsbedömning av var kvinnan befann sig gällande kost för att kunna boka individuella uppföljningssamtal. Barnmorskorna beskrev att bedömningen hjälpte dem att avgöra om kvinnan skulle ha återkommande bokade möten utöver basprogrammet.

"Om det är så att äter kvinnan allsidig kost, regelbundet, att det inte är något som hon lägger om eller ja. Då, mår bra. Då följer jag inte upp det med maten men är det något att hon har varit illamående och då inte fått i sig som hon ska då följer jag alltid upp det..."D3

I barnmorskans helhetsbedömning ingick även att göra en viktbedömning med hjälp av BMI. Beroende på vad kvinna hade för BMI så kunde hon bokas till uppföljning oavsett om hon hade över eller undervikt.

"Man försöker boka tillbaka en kvinna som har en klar övervikt och som behöver tänka mycket på sin kost att hon skall ju komma tillbaka. "D9

Barnmorska som motiverar

Motiverande samtal

Att motivera och vägleda gravida kvinnor var en stor del av barnmorskornas dagliga arbete. Oftast använde sig barnmorskorna av motiverande samtals metod för att de ansåg att genom att ställa öppna frågor, kunde man på ett effektivt sätt få kvinnan att motiveras till förändring. Att ställa alltför direkta frågor kunde ha avskräckande verkan på kvinnan och kunde leda till att kvinnorna slutade lyssna. Barnmorskorna såg MI som en metod som funkade väl och som inte fick underskattas.

"... veta vilken... alltså patienten har för grundkunskaper. Det är a och o innan man börjar för att man jobbar ju mycket med MI..."D8

Barnmorskorna framhöll att de oftast gick in i samtalet med kvinnan och lyfte upp det positiva som kvinnan själv hade åstadkommit. Att motivera vid kostrådgivningen kunde handla om alltifrån att ge tips och råd på vad kvinnorna skulle äta för att dem och fostret skulle må bra, till att motivera dem och få dem att ta eget ansvar. Barnmorskorna var överens om att när kvinnan kände sig delaktig, fick ta eget ansvar och kände att det var hon som bestämde, lyckades man mest fördelaktigt nå fram till kvinnan.

"... det ska komma mer från henne och att det är viktigt att hon är med på det. Det är inte jag som ska tala om att du inte ska gå upp i vikt..."D9

Det var med stöd av återkommande motiverande samtal som kvinnorna orkade sig igenom hela graviditeten enligt barnmorskorna. När det gällde att motivera och stödja kvinnan till förändring försökte barnmorskorna att få kvinnan att förstå vilka kostvanor de ville ge till sitt barn och därmed inse konsekvenser av sina val.

"... att det finns många steg efteråt. Det du gör här och nu, det får verkningar sen. D2

Att hjälpa patienten att själv se sambandet kunde leda till att dem blev mer motiverade till förändringar.

"... hon själv kunde se kopplingen som hon förmodligen inte hade sett innan, liksom nu behövde hon den på ett annat sätt och blev mer motiverad."D3

En annan stor del av barnmorskornas dagliga arbete var att lugna kvinnor när dem var oroliga för att de inte kunde få i sig tillräckligt med näring av olika orsaker eller att de eventuellt kunde ha ätit mat de inte borde ha ätit. Ofta när kvinnorna uttryckte oro över att de råkat äta något, fick barnmorskan i samtalet stötta och lugna dem i att det redan hade hänt och att kvinnan skulle lägga det bakom sig.

"... man får lugna de med att, men nu i början får man strunta i kostcirkeln och så får ni i er det ni behöver för att liksom orka med dan (dagen)..."D1

De som inte vill bli motiverade

Barnmorskorna beskrev att den information och rådgivning som gavs inte alltid mottogs hos vissa av de gravida kvinnorna och att i dessa fall uppstod ingen dialog. Vidare beskrev barnmorskorna att vissa kvinnor sa uttryckligen att de redan hade hört informationen tidigare. De inte var intresserade av att höra det igen och att barnmorskan skulle sluta prata om det.

"...Det där kan jag redan, det där har jag hört, jag vart där förut. Jag vet."D4

I vissa samtal upplevde barnmorskorna att man pratade förgäves och att informationen de gav, inte spelade någon roll. För trots att kvinnorna gav uttryck av att de höll med eller var delaktiga så ansåg barnmorskorna att de endast fick veta en bråkdel av sanningen.

"... ibland upplever man ju att man pratar för döva öron lite grann eller att man kan nästan känna att ok, dom nickar och håller med men sen så blir det ingenting av det..."D7

Oftast handlade det om kvinnor med klar övervikt som inte ville ta emot information och det var svårt att hänvisa dem till dietisten. Barnmorskorna upplevde att kvinnor inom den här gruppen inte var intresserade av att varken väga sig eller erhålla råd som gavs. Trots att barnmorskorna poängterade vad som var väsentligt under graviditeten, som att de inte skulle gå för mycket upp i vikt, så var viktuppgången oftast markant.

”... jamen det kan ibland vara när det är... kanske nå... någon gång... som har varit överviktig och är medveten om det och då är det liksom väldigt motstånd...” D1

Det fanns även en oförståelse för svårigheten att mäta magen, så kallade SF måttet, inom denna grupp. Enligt barnmorskorna saknade dessa kvinnor insikt om att det inte var så enkelt för barnmorskan att utföra mätningen på grund av större mage.

Vårdande relation

Barnmorskorna var överens om att man i sitt arbete ville förmedla något positivt och det som man visste var bra. Man upplevde att en väsentlig del i deras samtal var att få en tillräckligt stark relation med kvinnan där barnmorskorna kunde våga säga vad de tyckte. Att få kvinnan delaktig i samtalet lede till en öppenhet snarare än att kvinnan stängde av och slutade lyssna menade barnmorskorna.

”... det viktiga är det att man får liksom en relation med patienten där man kan säga, det här är jag bekymrad över...” D8

Barnmorskorna påtalade att med hjälp av en öppen dialog kunde dem nå fram till kvinnan. Att kunna nå fram upplevde barnmorskorna vara nyckeln till att bland annat förändringar i kvinnas kostvanor kunde ske. När kvinnan och barnmorskan kunde mötas i samtalet så upplevde barnmorskan detta som något positivt och givande för sitt yrke. Att involvera partnern i samtal med kvinnan sågs som något positivt och som barnmorskorna gärna uppmuntrade. Barnmorskorna uppgav att det har blivit vanligare att även partnern är påläst kring kost under graviditet. Framförallt ansåg barnmorskorna att om partnern var

delaktigt i kostsamtalen så lugnade detta den gravida kvinnan. Vilket kunde leda till att kvinnan därmed inte var lika orolig kring sin kosthållning; samtidigt som partnern kunde stödja kvinnan. Barnmorskorna beskrev en helhetssyn där dem menade på att när partnern var med under kostsamtalen, skapades en förståelse av kosthållningen under ett längre perspektiv.

"... lite så där poängtera lite med att de ska kolla upp livsmedelsverkets hemsida att båda kvinnan och att partnern, båda två kan kolla tycker jag är viktigt. För det är ungefär samma kost som de ska ge till barnet som ligger i magen... så att dem... liksom... att man försöker förstår på det sättet att det här är nånting som ni inte bara lär för stunden, utan lär för livet o så." D4

Barnmorskan som förhåller sig

Kulturella skillnader

Barnmorskorna upplevde att det var svårt att ge kostråd till kvinnor från andra kulturer. Dels beskrevs språkförbristningar som ett hinder och dels var det att kosthållningen kunde skilja sig avsevärt. Att begrepp som tallriksmodellen, som är välkänt i en svensk kontext, inte var tillämpligt i samtal med kvinnor från andra kulturer. Barnmorskorna uttryckte att i dessa möten måste man vara väldigt tydlig och gå in i samtalet på ett annat sätt. Trots att man använde sig av tolk i samtalet upplevde barnmorskorna det svårt att samtala för man pratade ändå inte om samma saker på grund av varandras olika bakgrund.

"... det som är gröt för mig är inte gröt för en annan person. Det kan vara liksom att vi pratar helt olika." D7

Barnmorskorna menade att man inte kunde läsa sig till hur kosthållningen var i andra kulturer, utan det var via erfarenhet som man lärde sig hur det gick till i en viss kultur.

"... det är ju någonting som man lär sig med erfarenhet, alltså att förstå... ibland så man har säkert missat flera stycken också på det sättet. För att man liksom inte har vetat att, att i det är i den kulturen så är det så eller så liksom." D4

Barnmorskorna ansåg sig själva som viktiga kunskapskällor för kvinnorna. Där de upplevde att det till och med kunde räcka med basal information som ögonöppnare för dessa kvinnor. Barnmorskorna menade att i andra kulturer har man föreställningar om att fostret mår bra och växer bra om kvinnan går upp mycket i vikt. Detta synsätt i samband med att det fanns en förväntan från omgivningen på att kvinnan var tvungen att äta mycket för att gå upp mycket i vikt, gjorde det svårt för den gravida kvinnan att stå emot. Men när barnmorskorna berättade hur det skulle vara kunde kvinnorna luta sig mot barnmorskans argument och därmed stå emot pressen från omgivningen.

"... vissa kvinnor har ju ett otroligt tryck runt omkring. Bland det här att du måste äta. Precis som ett litet barn, äta, äta hela tiden. Så ibland så kanske det inte är så lätt att stå emot alla andra. Jag känner nog att dom lyssnar på oss som barnmorskor ganska bra."D9

Talar inte samma språk

Barnmorskorna framhöll att vilken syn kvinnan hade gällande kost skiljde sig beroende på vilken mat de hade växt upp med. Barnmorskorna påpekade att inte ha samsyn inte behövde handla om utländska kvinnor utan snarare handlade om kvinnans bakgrund, utbildningsnivå och det faktum att man uppfattade saker på olika sätt. Ibland kunde det uppstå situationer där det visade sig att hur man än sa saker så kunde det tolkas olika eller missuppfattas.

"... en del får ju bara liksom den här fokusen, det här ska jag inte äta, och sen tar det stop där och då blir det ju nästan så här, jaha det var något med fisk jag inte fick äta... då får jag inte äta fisk, så är det lätt liksom så gör många... eller många... men en del. Så kan man uppfatta det vid tredje besöket efter inskrivningen att så bara- jag fick ju inte äta fisk? Ah, men det var ju inte riktigt det vi sa..."D7

Att inte tala samma språk upplevdes som en utmaning för barnmorskan då man ansåg att det var svårt att mötas någonstans när man pratade så olika. Barnmorskorna uppgav att dem var

medvetna om att det kunde förekomma situationer där de inte hade snappat upp kosthållningen ordentligt på grund av att man inte pratade om samma saker.

*"... jag äter ju bra. Jag tar mycket vitaminer. Det klassiska är liksom (...)
druckit mycket Fanta för det är ju apelsin och det är ju mycket C- vitamin..."D5*

Barnmorskans svårighet i sin roll som kostrådgivare

Barnmorskorna beskrev att deras egna förutfattade meningar om vad folk åt kunde påverka kostrådgivningen. Att man ibland drog alla över en kant och trodde att om någon sa att de åt allsidigt kost, så tolkades det vara densamma som hälsosamkost, för att vid närmare samtal komma fram till att kosten i själva verket bestod av mycket friterat och snabbmat.

Detta uppdagades oftast när barnmorskorna märkte att någonting inte stod rätt till, såsom vid blodsockervärden eller med viktmätningen. Det var först då som barnmorskorna gick in på djupet och frågade specifik som man kom fram till att man hade missförstått.

"Höga sockervärden på gränsen hela tiden och man börjar nysta i. Vad är det du äter? D5

"... det var under lång tid som hon gjort det. Så jag satt och tänkte att det här var ju synd, att det hade blivit såhär men det var ju någonstans glapp någonstans, att hon inte hade fått den där informationen..."D3

Vidare framhöll barnmorskorna att de upplevde att vissa riktlinjer som man förespråkade kunde ibland vara för enkelriktade i och med att vissa råd inte var tillämpliga i verkligheten för kvinnan. Exempelvis menade barnmorskorna att råden gällande fiskintag två till tre gånger per vecka var irrelevant att ge till någon som inte var uppvuxen med att äta fisk och att det saknades bra alternativ.

Ett annat exempel sågs bland de kvinnor som inte åt regelbundet eller hoppade över vissa måltider. Att få dessa kvinnor att ändra om sin kosthållning till att äta mer regelbundet under graviditeten var något som var utmanande för barnmorskan. Dem ansåg att det var omvälvande för kvinnan att göra så stora förändringar på grund utav graviditeten. Vid sådana

situationer ansåg sig barnmorskan vara begränsad i sin rådgivande roll då det var svårt att inte känna sig förmanande.

Barnmorskorna ansåg även att det fanns ett glapp där de kvinnor som möjligtvis var i störst behov utav rådgivning inte kom till mötena. Dom uttryckte svårigheten av att få kvinnan att göra någonting bara för att barnmorskorna ansåg det vara bra. Man såg kvinnorna som vuxna självständiga individer som själva valde att leva som de ville ändå. Vidare framhöll barnmorskorna att de var införstådda med att besöken på mödrahälsovården var frivilligt och att därmed det var kvinnan själv som bestämde över sin vård.

”Det kan vi ju inte rå på, på något sätt utan alla är ju herre över sina graviditeter på något sätt” D7

En annan begränsning i barnmorskans yrke var att samtala om vikt både med överviktiga men även underviktiga kvinnor, som hade eller hade haft ätstörningar i botten. Barnmorskorna uppgav att de försökte motivera dessa kvinnor att ta kontakt med ätstörningskliniker då man såg sig begränsad i sin kunskap om detta område. Barnmorskorna ansåg att deras kostrådgivande samtal hade samma innehåll oavsett vilken kvinna de hade framför sig, det vill säga oavsett om hon hade haft ätstörningsproblematik eller inte.

”... de kvinnorna som har någon ätstörningsproblematik att det kan vara svårare att komma åt... där är det mer att man försöker motivera de att ta kontakt med den klinik dom tidigare har blivit behandlad.” D2

”Vikt är någonting som är... Det blir mer känsligt när det handlar om tycker jag själv. Min personliga erfarenhet att om det är BMI 30 över och det handlar om fetma så är det svårare att prata. Inte mindre viktigt men det kan också göra att det blir min förväntan på att det ska vara laddat. D3

5.8 Metoddiskussion

För att mäta och diskutera trovärdigheten i studier med kvalitativ ansats finns det tre begrepp enligt Graneheim och Lundman (2004): *giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet*. Vi kommer att använda dessa begrepp i vår metoddiskussion.

Studiens *giltighet* enligt Graneheim & Lundman (2004) är struktur och utformning av studien för att syftet ska fås fram. Med andra ord hur väl datainsamlingen och analysförfarandet riktar sig mot det man hade som avsikt att undersöka. Författarna valde kvalitativ metod med tanke på att studiens syfte var att undersöka barnmorskornas upplevelse av kostsamtal med gravida kvinnor och kvalitativ ansats ansågs vara mest lämpligt.

Giltigheten handlar även om resultatet och insamlade datamaterialets stabilitet över tid enligt Kristenson (2014) som refererat till Graneheim & Lundman (2004). Författarna har i tidigare avsnitt beskrivit detaljerad om var och när intervjuerna skedde. Risken för att materialet ska ha förändrats under arbetes gång anses vara minimal då denna studie genomfördes under en begränsad tidsperiod på tio veckor. Vidare menar Graneheim & Lundman (2004) att ett sätt för att ge läsaren möjlighet att bedöma studiens *giltighet* är att ge en noggrann beskrivning av urval och analysförfarandet samt att resultatet presenteras med citat från intervjuerna. Författarna till denna studie anser att studiens *giltighet* stärks genom att alla sub-kategorierna har belyst med hjälp av citat från de intervjuade barnmorskorna vilket klarlägger att det är deras egna ord som har återberättats med hjälp av citat och inte tolkad av någon annan. Samtidigt som det finns en tydlig beskrivning av urval och analysarbetet under metodbeskrivningen.

Att använda sig av någon form av intervjuguide vid intervjustudierna anses stärka *giltigheten* i studien enligt Graneheim & Lundman (2004). Författarna hade en bearbetad intervjuguide med öppna frågor, se Bilaga 1. Att intervjuguiden testades via pilotintervjuer på barnmorskestudenter anses ha bidragit till att intervjuguiden kunde utformas ytterligare samtidigt som författarna hade möjlighet att träna på intervjuteknik. Datainsamlingen skedde genom enskilda semistrukturerade intervjuer där alla fick samma öppna frågor kring samma

tema och som gav möjlighet för barnmorskorna att samtala öppet om sina upplevelser. Graneheim & Lundman (2004) menar att eftersom kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer har därmed val av deltagare också betydelse för studiens *giltighet*. Innevarande studie utfördes på olika mödrahälsovårdcentraler i Stockholm som var både privat och offentligt ägda. Datainsamlingen baseras på intervjuer av förstahandskällor det vill säga verksamma barnmorskor med varierad ålder och arbetslivserfarenhet. Att intervjuerna skedde på fyra olika mödrahälsovårdcentraler och att det även fanns variation bland informanter anses ha stärkt *giltigheten* av studien ytterligare.

Vid transkriberingen upptäcktes att ibland hade författarna bråttom att ställa följdfrågor till informanterna. Detta anses bero på författarnas ovana av intervjustudier och kan därmed vara en begränsning i *tillförligheten* av resultatet. Graneheim & Lundman (2004) beskriver att i intervjustudier är forskaren delaktigt i studien genom att i samspel med informanten bli en medskapare av texten och därmed kan en intervjustudie inte ses som oberoende av forskaren. Vidare beskriver Graneheim & Lundman (2004) att även forskarens förförståelse har en väsentlig del i forskningsprocessen. I innevarande studie har författarna haft detta i beaktning under hela analysprocessen genom ständigt reflektion och därmed inte låtit sin förförståelse och förutfattade meningar påverka resultatet.

Att informanterna själva fick välja tid och plats för intervjun anses som studiens styrka då barnmorskorna var bekväma med omgivningen och att de inte hamnade i underläge. Graneheim & Lundman (2004) menar att en noggrann beskrivning av analysarbetet är väsentligt för att stärka studiens *tillförlighet*. Att synliggöra analysförfarandet på detta sätt gör att tolkningsprocessen blir så transparent som möjligt (Kristensson, 2014). *Tillförlitligheten* handlar även om hur forskarens förförståelse och erfarenhet satt sin prägel på analysen. (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har genom att beskriva analysförfarandet i detalj försökt minimera risken för att egna tolkningar eller förutfattade meningar påverkar resultatet. Strävan efter minimal tolkning skedde även genom att bägge författarna var väl insatta i hela materialet samtidigt som all analys och data genomfördes tillsammans. Genom ständig reflektion och via en öppen dialog under hela analysprocessen, säkerställdes att koder och kategorier var konsekventa och att resultaten inte hade färgats av författarnas förförståelse.

Detta innebar att författarna gick tillbaka till grundmaterialet för att avstämma att resultatet var riktigt och för att arbeta textnära. Under analysprocessen skedde noggrann dokumentation och reflektion över de utvalda meningsbärande enheterna som tillsammans hade valts ut.

Trovärdighet handlar också om hur överförbart resultatet är enligt Graneheim & Lundman (2008). Syftet med kvalitativ forskning enligt Jacobsen (2007) är skapa bättre förståelse för människors upplevelser av ett fenomen. Därmed är strävan efter resultatets *överförbarhet* av väsentlighet (Jacobsen, 2007). Graneheim & Lundman (2004) & Kristensson (2014) beskriver att *överförbarhet* i kvalitativa studier handlar om en rimlighetsbedömning som helt avgörs av läsaren. Vilket innebär att det är läsningen av texten som avgör om resultatet kan bindas till andra sammanhang. För att underlätta bedömningen ska forskaren tydliggöra forskningsprocessens alla steg (Graneheim & Lundman, 2004) & (Kristensson, 2014). För att befrämja denna bedömning har författarna i denna studie gjort noggranna beskrivningar av studiens urval, deltagare, datainsamling och analysförfarande.

Vidare menar Graneheim & Lundman (2004) att *trovärdighet* handlar även om i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra kontexter. Resultatet av detta examensarbete anses bidra till ökad förståelse för barnmorskans upplevelse av kostsamtalet. Resultatet anses vara överförbart till andra mödrahälsovårdcentraler i hela landet.

6 Resultatdiskussion

Resultatet visade på ett gemensamt tema det vill säga att barnmorskorna i kostsamtalet med den gravida kvinnan gick in i olika roller för att förhålla sig till området.

Barnmorskan som informatör

Barnmorskorna såg sin roll inom kostsamtalet att de hade ett ansvar att informera samt upplysa kvinnan om kosthållning. Samtalen skede främst vid inskrivning för att få en överblick över vilken information kvinnan visste om kost och vilka fortsatta behov hon hade. I detta skede intog barnmorskan en informativ roll. Resultatet visade att barnmorskorna jobbade enhetligt med livsmedelsverkets riktlinjer och ansåg den informationskällan som trygg att använda då den ständigt uppdaterades. Samma fenomen ses i Wennbergs (2015) avhandling där det beskrivs att barnmorskorna är främst fokuserade på att ge råd från livsmedelsverkets kostrekommendationer (Wennberg, 2015). Samtidigt som det framkom i vår studie att barnmorskorna såg brister med att alla kvinnor inte kunde omfattas av de råd barnmorskorna gav. Det vill säga att rekommendationerna inte var tillämpbara i alla situationer på grund av individuella variationer bland de gravida.

I resultatet menade barnmorskorna att samtal om kost var något positivt och givande och att de ansåg sig ha tillräckligt med baskunskaper gällande kost.

Samtidigt som det enligt barnmorskorna fanns en del begränsningar för kostsamtalet. Dels sågs den egna kunskapen som otillräcklig gällande specialkost som krävde mer än baskunskaperna, vilket ledde till att barnmorskorna var tvungna att hänvisa patienten vidare. Dels ansåg barnmorskorna att deras kunskaper beträffande kost var mest erfarenhetsbaserad och hade erhållits via kontakter med kollegor och andra professioner.

Att barnmorskornas kunskaper var endast erfarenhetsbaserade kan kopplas till att i barnmorskeutbildningen saknas det tydligt fokus kring kostens betydelse under graviditeten enligt författarna till denna studie. Dessutom så finns det endast en enda utbildning på avancerad nivå kring ämnet vilket ges som distans kurs vid Umeå Universitet och heter *kost vid graviditet och amning*. (Umeå universitet). Å andra sidan med tanke på att det fanns

åsikter om att det inte tillhörde barnmorskans yrke att ha specialiserad kunskap om kost kanske kan vara en förklaring till att barnmorskeutbildningen saknar fokus på kost.

I denna studie var författarna intresserade av barnmorskornas upplevelse av kostsamtalet det vill säga inget som beskrev barnmorskans direkta kunskapsnivå. Det skulle vara av betydelse att forska vidare om barnmorskans kunskapsnivå gällande kost. I avhandlingen skriven av Lundqvist (2016) framkommer att dagens gravida kvinnor är ofta pålästa men att kostrekommendationer kan ses som motsägelsefulla för dessa kvinnor. Därför vill gravida kvinnor ha tydligare råd kring kost som kan vara skadligt för fostret. Kvinnorna enligt Lundqvist (2016) upplevde barnmorskans kostrådgivande samtal som otillräckliga och önskade sig mer genomgripande råd från barnmorskan (Lundqvist, 2016).

Samma fenomen påträffas även i Cheyney& Moreno-Black (2010) artikel som menar att gravida kvinnor möts av en gedigen information med varierande innehåll gällande kost som kan få konsekvenser för deras och fostrets välmående (Cheyney & Moreno-Black, 2010). Även Wennbergs (2015) har undersökt vilken syn den gravida kvinnan har på kostinformationen och kommit fram till att de gravida kvinnorna var bekymrade över att sortera den kostinformation de mötte. Wennberg (2015) menar att perspektiven mellan kvinnan och barnmorskan skiljer sig genom att barnmorskan är inriktad på att ge rätt och riktig information samtidigt som den gravida kvinnan brottas med andra frågeställningar (Wennberg, 2015). Författarna till denna studie har enbart haft fokus på barnmorskans upplevelse av kostsamtal vilket endast beskriver en röst av en dialog. Att ta reda på hur gravida kvinnor upplever dessa samtal skulle vara värdefullt tillägg för barnmorskans kostrådgivning och kunskapsutveckling på sikt anser författarna.

Ett hinder för kostsamtalet var att barnmorskans arbete begränsades av den upplevda tidsbristen. I resultaten framträdde tidsbristen som ett hinder för barnmorskans kostsamtal. Barnmorskorna kände sig tvungna att prioritera vad som skulle tas upp i mötet med den gravida kvinnan och oftast var kostsamtal inte ett sådant ämne som prioriterades. Tidsbristen är tyvärr inget nytt fenomen i vården, men det anses bli ett stort problem när det leder till att viktiga ämnen måste bortprioriteras. Att samtala om kost var en sådan bortprioritering anses

vara allvarligt för det handlar inte enbart om kvinnans hälsa utan det handlar även om det ofödda barnets hälsa. I Socialstyrelsen *Kunskapsstöd för mödrahälsovård* (2015) står bland annat om Socialstyrelsens bedömning på vilka mål och insatser som bedöms vara vägledande för mödrahälsovårdens verksamhet. Bland dessa mål ses att främja hälsa hos kvinnor, väntade barn och nyfödda barn vara en viktig del och att tidigt identifiera och på detta sätt vidta förebyggande åtgärder anses som övergripande mål för mödrahälsovården. Vidare går det att läsa att mödrahälsovården anses vara en del av landets folkhälsoarbete och målet med dess verksamhet är att främja förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Socialstyrelsen, 2015). Vi anser att samtidigt som det ställets allt högre krav på barnmorskeprofessionen saknar barnmorskan förutsättningar för att jobba förebyggande och hälsofrämjande. Avsaknad av tid anses även försvåra för barnmorskan att etablera en kontakt med kvinnan. Vilket även Dalberg et al. (2003) påpekar och menar att det finns en del hinder för vårdaren att skapa en vårdande relation och tid anses vara ett sådant hinder. Vidare menar Dalberg et al. (2003) att vårdaren kan anse att möjligheten att på ett bra sätt etablera kontakt med sin patient saknas på grund av den upplevda tidspressen i dennas arbetssituation (Dalberg et al., 2003).

Barnmorskan som förhåller sig

I denna roll lyfts upp barnmorskans begränsning om hur barnmorskan skulle förhålla sig gällande kosthållning gentemot kvinnor från andra kulturer. Barnmorskorna uppgav att de mötte på svårigheter när de skulle ge kostråd till utlandsfödda kvinnor på grund av att deras kunskaper kring kostvanor i andra kulturer ansågs vara otillräcklig. Barnmorskorna använde sig av tallriksmodellen samt livsmedelsverkets rekommendationer i sin kostrådgivning eftersom det ansågs som tillförlitligt. Samtidigt som det framkom att barnmorskorna inte ansåg dessa riktlinjer och hjälpmedel vara adekvata att överföras till en annan kulturell kontext. Samma fenomen ses även i Wennbergs (2015) avhandling där hon beskriver att barnmorskan ger generella kostråd men möter på utmaningar när kostrådsgivningen skall ges till utlandsfödda kvinnor samt kvinnor med låg ekonomisk status. I avhandlingen framkommer att det framförallt finns brister i kunskaper kring kostfrågor och då främst olika kostvanor (Wennberg, 2015). I det resultat som ses i vår studie kommer det fram att barnmorskorna såg ett samband mellan ohälsosam kosthållning, annan kulturell bakgrund och

övervikt. Detta samband kan även ses i en artikel av Nordberg, Lindvall, Stenlund & Lindahl (2010). De menar att trots individuella egenskaper finns det sociala och kulturella faktorer som kan kopplas till att utveckla övervikt (Nordberg et al., 2010).

Fenomenet kan även ses i Wennbergs avhandling (2015) där hon förklarar att specifikt socioekonomiskt utsatta kvinnor innehar en ohälsosam kosthållning och är en grupp som är i stort behov av kostrådgivningssamtal. Vidare menar Wennberg (2015) att denna grupp ofta överges av barnmorskan (Wennberg, 2015). Enligt det resultat vi har kommit fram till har barnmorskorna insikt om detta samband men att det behöver utvecklas vidare.

I vår studie framkom även att barnmorskorna såg sig som viktiga aktörer gällande kostrådgivningen för kvinnor från andra kulturer. I vårt resultat fokuserade inte barnmorskor på riskgrupper såsom unga mammor. Barnmorskorna poängterade vikten av tydlighet i möte med kvinnor från andra kulturer och de fick samtala om kost på ett annat sätt vid sådana möten. Även Cioffi (2004) visar i sin artikel att barnmorskan i mötet med kvinnor från andra kulturer strävar efter att inneha ett professionellt och etiskt ansvar gentemot kvinnan så att de i mötet kan hitta en överensstämmelse om en delad samsyn (Cioffi, 2004).

Författarna till denna studie anser att med tanke på att i dagsläget är det allt fler nyanlända kvinnor som blir gravida eller är gravida vid ankomst till Sverige, ställs det högre krav på barnmorskan. De befintliga riktlinjerna är inte tillämpbara i alla situationer vilket även framkommer tydligt i resultatet. Författarna reflekterar över hur barnmorskan skall kunna förhålla sig till detta i framtiden. Detta kan kopplas till en avhandling skriven av Robertsson (2003) där hon betonar att nyanlända kvinnor ofta saknar ett etablerat kontaktnät i samhället vilket ställer krav på barnmorskan som anses inneha en viktig funktion i kvinnans sociala nätverk (Robertsson, 2003). Författarna anser att resultatet påvisar ett behov av utökad informationsmaterial som är mer tillämpat att användas till andra kulturer. Vilket även barnmorskorna i vårt resultat uttryckte en tydlig önskan om. Därför skulle det vara av betydelse att ett förtydligande av kostråden görs så att rekommendationerna inte enbart baseras på nordiska kostrekommendationer. Även i socialstyrelsen *Kunskapsstöd för mödrahälsovården* (2015) framgår att förändringar i samhället kan leda till nya prövningar och

hot mot hälsan, och därför skulle mödrahälsovårdens verksamhet skulle behöva utvecklas för att kunna klara nya utmaningar (Socialstyrelsen, 2015).

Barnmorskan som motiverar

Ett hinder som var framträdande i studien handlade om barnmorskans motiverande roll i möte med kvinnor som inte ville ta till sig den information och råd som gavs. Oftast upplevde barnmorskan ett klart motstånd när det handlade om kvinnor med övervikt. Barnmorskorna i studien uppgav att de inte ens kunde inleda ett samtal med dessa kvinnor. Även Nyman et al. (2008) skriver i sin artikel att överviktiga kvinnor som är gravida ofta har en negativ känsla samt obehag av hur vårdgivaren ser på deras kroppar och att detta obehag ofta förstärks av en graviditet (Nyman et al., 2008).

Ett fenomen som framkom i vårt resultat var att även barnmorskan upplevde att mötet med överviktiga kvinnor kunde bestå av svårigheter och att barnmorskan hade en förväntan på att mötet skulle bli laddat. Barnmorskorna uttryckte att det kunde vara svårare att prata om vikt och kost med dessa kvinnor och att de mötte på ett direkt motstånd när de skulle inleda samtal om kost. Detta fynd ses även i Wennberg (2015) avhandling där det beskrivs att barnmorskans generella kostråd kan möta på utmaningar gällande rådgivning till kvinnor med fetma och ätstörningsproblematik (Wennberg, 2015). Nyman et al. (2008) förklarar vidare i artikeln att i detta skedde måste barnmorskan vara medveten samt reflekterande kring sina egna attityder för att minska lidande och fördomar hos denna patientgrupp (Nyman et al., 2008). Alla barnmorskorna i vår studie reflekterade över sina förutfattade meningar och hade insikt om sina begränsningar.

Problematiken enligt författarna ligger i hur barnmorskan ska förhålla sig till detta i sin yrkesroll. I enlighet med det som står i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (2011) ska vårdgivaren inleda ett samtal om levnadsvanor med lyhördhet för patienten. Samtidigt som hänsyn tas till patientens inställning till detta samtal. Om detta inte följs finns det risk att patienten känner sig kränkt (Socialstyrelsen, 2011). Om vi ska återkoppla det till vår studie innebär det att å ena sidan ska barnmorskan förhålla sig till de bestämda riktlinjerna gällande informationsgivning om kost. å andra sidan

har barnmorskan svårt att nå kvinnan och ska ta hänsyn till huruvida kvinnan vill delta i samtalet. Hur ska barnmorskan motivera och få kvinnans deltagande när det finns ett ointresse bland dessa kvinnor? Författarna har reflekterat över att i detta skedde skulle det kanske inte hjälpa med motiverande samtalsteknik heller. MI förmodas vara enda möjlighet för barnmorskan att nå fram till kvinnan. Där uppstår en annan problematik som framkommer i studien, vilket handlar om barnmorskornas kunskapslucka gällande MI. Resultatet av innevarande studie påvisar att de flesta av barnmorskorna menade att de använde sig av MI vid kostsamtalen. Det framkom även att alla barnmorskor inte hade utbildning i MI. I Statens folkhälsoinstitut rapport (2009) framkommer det att cirka 80 % av barnmorskorna har utbildning i MI och att just bland barnmorskor inte finns skillnader mellan storstäder och övriga landet gällande utbildningen. Med tanke på att i resultatet framkommer det att det finns ett krav på visst antal arbetat år för att barnmorskan ska kunna erhålla utbildning i MI kan det tyckas att verkligheten inte överensstämmer med det som står i Statens folkhälsoinstitut rapport (2009). En annan reflektion är om alla barnmorskor som har MI utbildning använder sig av den metoden eller om MI används på korrekt sätt.

Barnmorskan som kontrollant

I resultatet fann vi även barnmorskans kontrollerande roll. I sin kontrollantroll kunde barnmorskan med hjälp av direkta frågor gällande kvinnans kostvanor få uppfattning om och en djupare förståelse för den gravida kvinnans kosthållning. För att kvinnans kosthållning på detta sätt skulle bli individuellt anpassad. Det som var tydligt i resultatet var att barnmorskorna hade en helhetssyn på kvinnan och med hjälp av öppen dialog mellan kvinnan och barnmorskan kunde kostsamtalen anpassas utifrån kvinnans behov. Även Cheyney & Moreno-Blak (2010) har kommit fram till liknade resultat gällande barnmorskans förhållningssätt gentemot kvinna. Cheyney & Moreno-Blak (2010) jämförde i sin artikel läkares och barnmorskors kostrådgivning inom obstetiken. De kom fram till att barnmorskorna såg kostsamtalen som en möjlighet att ge omvårdnad och kärlek till kvinnan men att läkarna var mer fokuserade på det näringsmässiga innehållet kring kostrådgivningen. De menade att barnmorskorna koncentrerade på att arbeta förebyggande och intog ett holistiskt synsätt där man såg kost som något mer än näring (Cheyney & Moreno-Blak, 2010).

I kontrollerande rollen ingick även att barnmorskan vägde kvinnan för att använda sig av BMI och på så sätt ha en form av bevakning på kvinnans kostvanor och vikt. Det framkom även att viktmätningen inte ingick i varje besök enligt fastslagna riktlinjerna, men att barnmorskorna såg detta som en möjlighet till samtal. Dessa kontroller hjälpte barnmorskan att planera för fortsatt handläggning av graviditeten. Detta kan kopplas till kompetensbeskrivningen för barnmorskan (2006) där det förväntas av barnmorskan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Socialstyrelsen 2006). Barnmorskorna i vårt resultat utgick ifrån sin professionella roll för att ha en form av kontroll trots att det inte förväntades av de enligt rutinerna på arbetsplatsen. Till skillnad från vårt resultat har Wennberg (2015) skrivit i sin avhandling att barnmorskorna i kostsamtalet kunde inneha en moraliserande och övertalande strategi för att få kontroll, genom att uttrycka ståndpunkter av vad det innebar att vara den så kallade goda modern (Wennberg, 2015). I vårt resultat kunde författarna inte dra samma slutsatser som i Wennbergs avhandling. Barnmorskorna i vårt resultat kunde ha uppmanade frågor om kvinnans kostvanor som hade en kontrollerande karaktär, men att det inte fanns någon anklagande eller moraliserande över deras handlingar enligt vår bedömning.

Ett intressant upptäck som gjordes under tiden resultat diskussionen skulle skrivas var att dessa olika roller som barnmorskan intog vid sitt kostrådgivande samtal i vårt resultat har även Olsson (2014) & Olsson (2000) skrivit om och vi tänkte beskriva lite kort om de olika benämningarna innebär. Olsson (2014) & Olsson (2000) har funnit att det finns fem olika mönster av förhållningssätt i barnmorskans möte med de blivande föräldrarna:

Den respektfulla trädgårdsmästarinnan och hennes plantor i utveckling. I detta möte har barnmorskan ett tydligt föräldraskap och livsvärldsperspektiv och närmar sig nyblivna föräldrarna på ett aktivt, öppet och personligt sätt. Mötet präglas av personligt utbyte av idéer och information mellan barnmorskan och föräldrarna.

Den propagandistiska lärarinnan och hennes okunniga elever. Barnmorskan i detta möte utgår från att föräldrarna är okunniga och därför saknar hon intresse för deras berättelse och försöker tillrättavisa de. Här sker en distanserad, föreskrivande och opersonlig envägs kommunikation mellan barnmorskan och blivande föräldrar.

Den styrande inspektorn och representanter för de gravida i befolkningen. Barnmorskan i denna roll försöker med fast hand och kylig sinne styra kvinnan igenom graviditeten. Mötet präglas av ett tekniskt kontrollerande och instruerande av blivande föräldrarna.

De diskreta rådfrågande och den förmedlande rådgivaren. Detta mönster kännetecknas av att de blivande föräldrarna söker diskret men aktiv barnmorskans råd i olika frågor och barnmorskan ger ivrig individuella råd på ett engagerat sätt. Barnmorskan agerar som förmedlare mellan kvinnans problem och lämpliga behandlingsrekommendationer.

Väninnorna är sista mönstret där nyblivna föräldrar i en ande av jämlikhet samtalar om sina personliga erfarenheter och barnmorskan lyssnar tålmodig och uppmärksam. Inom detta mönster problematiserar inte barnmorskan det sagda och ger sällan några råd (Olsson, 2014) & (Olsson, 2000). Att även vi i vår studie har hittat fyra av fem rollerna anses ge ytterligare styrka till vårt resultat.

7 Slutsats

Denna studie visar att barnmorskans upplevelse av kostsamtalet är ett komplext fenomen där barnmorskan går in i olika roller för att kunna diskutera ämnet med den gravida kvinnan. De olika roller som sågs var *Barnmorskan som informatör*, *Barnmorskan som kontrollant*, *Barnmorskan som motiverar* och *Barnmorskan som förhåller sig*. Studien visar på liknande fynd som tidigare forskning gällande barnmorskornas kunskapsluckor. Barnmorskan utmanas i sin profession när det kommer till specifika frågeställningar om kost då hon möter svårigheter i sin roll som kostrådgivare.

Studiens resultat åskådliggör att barnmorskorna uttrycker behov av mer utbildning i framförallt samtalsmetodik, motiverade samtal. Studien belyser även nya fynd som tidigare forskning inte tagit upp gällande partners stödjande roll i samband med kostrådgivning.

Denna studie har endast fokuserat på barnmorskans möte när kvinnan är gravid och inte ur ett längre tidsperspektiv därför skulle det enligt författarna vara utav intresse att utforska ämnet vidare för att förbättra kostrådgivningen i ett längre livsperspektiv. Då svenska barnmorskors kostrådgivning till gravida kvinnor endast är studerat i begränsad omfattning anses denna studie vara ett komplement till utformningen av en framtida nationell handlingsplan och metodutveckling för att stödja barnmorskans yrkesroll kring kostrådgivning.

Referenslista

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal-MI*. Denmark: Studentlitteratur.

Cheyney, M. & Moreno-Black, G. (2010). Nutritional Counseling in Midwifery and Obstetric Practice, *Ecology of Food and Nutrition*, 49(1), 1-29. doi: 10.1080/03670240903170491

Cioffi, J. (2004). Caring for women from cultural diverse backgrounds: Midwives Experiences. *Journal of Midwifery & Women`s Health*, 49(5), 437-442.
doi: 10.1016/j.jmwh.2004.01.019

Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2008). *Livsstilsfaktorer och graviditet*. I H. Hagberg, K. Marsal. & M. Westgren (Red.). *Obstetrik*. (upplaga 1/ s. 165-170). Lund: Studentlitteratur

Collberg, P. & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål & innehåll. I H. Hagberg, K. Marsal. & M. Westgren (Red.). *Obstetrik*. (upplaga 2/ s. 141-144). Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eneroth, H. & Björck, L./ Livsmedelsverket.(2016). *Bra livsmedelsval under graviditet-baserat på Nordiska näringsrekommendationer*. Hämtad: 201610 från
<http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2016/bra-livsmedelsval-under-graviditet-rapport-13-2016.pdf>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (upplaga 1/ s. 159-171). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Jacobsen, D. (2007). *Förståelse, Beskrivning och Förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, M. & Åhlund, S. / Svenska Barnmorskeförbundet (2012). Projektplan för införande av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete omfattande tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet. Hämtad 2016- 09-04
http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2013/09/Projektplan-Goda_Levnadsvanor-Svenska-Barnmorskeforbundet-130508.pdf

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. (3e uppl.). Lund: Studentlitteratur

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Lettland: Natur & Kultur.

Kvale S.& Brinkmann, S.(2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning* (uppl.1:2). Lund: Studentlitteratur

Linnè, Y. (2008). Graviditet och viktutveckling. I S. Rössner & A. K. Lindroos (Red.), *Fetma: Från gen-till samhällspåverka*. (upplaga 1/ s. 243-247). Polen: Studentlitteratur.

Linne, Y., & Neovius, M. (2006). Identification of women at risk of adverse weight development following pregnancy. *International journal of obesity*, 30(8), 1234-1239
doi: 10.1038/sj.ijo.0803258

Livsmedelsverket. (2016). *Tallriksmodellen*. Hämtad 201610–11 från
<http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad-och-matvanor/tallriksmodellen/>

Livsmedelsverket. (2012). *Råd om bra mat för gravida- handledning för mödrahälsovården*. Hämtad 2016-10-11 från <http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/gravida/rad-om-bra-mat-for-gravida.-handledning-for-modrahalsovarden.pdf>

Livsmedelsverket. (2016). *Råd om mat till dig som är gravid*. Hämtad 2016-10-11 från <http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/gravida/rad-om-mat-till-dig-som-ar-gravid.-livsmedelsverket.pdf>

Lunqvist, A. (2016). *Nutritional aspects of behavior and biology during pregnancy*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Allmänmedicin).

Malterud, K.(2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Mullholland, J. & Dyson, S. (2001). Sociological theories of race and ethnicity. I L. Culley, L., & S. Dyson (Red.) *Ethnicity and Nursing Practice*. (s.17-38), New York: Palgrave

Norberg, M., Lindvall, K., Stenlund, H., & Lindahl, B. (2010). The obesity epidemic slows among the middle-aged population in Sweden while the socioeconomic gap widens. *Global Health Action*. 3(10), 1-11. doi: 10.3402/gha.v3i0.5149

Nyman, V. M. K., Prebensen, Å. K., & Flensner, G. E. M. (2008). Obese women`s experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.008

Olsson, P. (2014). *Vårdande under graviditet*. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande*. (s. 45-65). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, P. (2000). *Antenatal midwifery consultations. A qualitative study*. (A medical dissertation. Doktorsavhandling, the Department of Nursing, Umeå University: Umeå).

Ortiz, L. (2009). *Motiverande samtal för barnmorskor: stöd vid rådgivning om alkoholvanor*. Solna: Karolinska institutets folkhälsoakademi.

Robertson, E. (2003). *Aspects of foreign- born women`s health and childbirth- related outcomes*. (Doktorsavhandling, the Department of Clinical Sciences, Family Medicine Stockholm, Karolinska Institutet, Stockholm). 2003:237.

Shirazian, T., & Raghavan, S. (2009). Obesity and pregnancy: implications and management strategies for providers. *Mount Sinai journal of medicine*.76(6), 539-545. doi: 10.1002/msj.20148

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen. (2014). Kunskapsstöd för mödrahälsovården. (Artikelnummer 2014-2-2).

Hämtad 2016-10-11 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Motiverade samtal i primärvården- kartläggning av utbildningsinsatser och synpunkter*. (R 2009: 19). Hämtad 2016-09-01

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12367/Motiverande-samtal-i-primarvarden.pdf>

Vårdgivarguiden. (2016). *Basprogram för vård under graviditet*. Hämtad 2016-10-11från

<http://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/Barnmorskemottagning/Basprogram/>

Wennberg. A. L. (2015). *Pregnant women and midwives are not in tune with each other about dietary counseling*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Allmänmedicin).

Umeå Universitet Hämtad 2016-10-18 från <http://www.umu.se/sok/sok-kursplan/kursplan?code=5331>

Bilaga 1: Intervjuguiden

1. Vad ingår i kostsamtalet? / Vad innebär kostsamtalet med den gravida kvinnan för dig?
 - Ger du generell information till alla eller individuell anpassad information?
 - Kan du ge exempel på situationer som är intressanta?
2. Hur ser du på samtal kring kost och graviditet?
 - Hur upplever du att kvinnan tar till sig informationen?
 - Vad fungerar bra? Vad fungerar mindre bra?
3. Hur följer du upp råden?
 - Samtalar du om kosten vid efterkontroll?
4. Upplever du några hinder eller möjligheter i ditt dagliga arbete kring information och råd kring kost?
 - Känner du att MI har varit behjälpligt i ditt kostsamtal?
 - Önskar du mer kunskap om kost i ditt arbete?

Bilaga 2: Informationsbrev

Vi är två barnmorskestudenter som genomför en studie om hur barnmorskan upplever samtalet om kost med den gravida kvinnan, inom ramen för magisterexamen på barnmorskeprogrammet vid Karolinska Institutet.

Studien är en del av Svenska barnmorskeförbundets utvecklingsprojekt för att ta fram ett program och arbetssätt för utökat hälsosamtal avseende kost i samband med graviditet. Som ett utvecklande led har Svenska barnmorskeförbundet tilldelats medel ifrån Socialstyrelsen för att utveckla arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Intervjun kommer att ta ca 30 min och spelas in. Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avböja din medverkan. Din identitet kommer att behandlas konfidentiell då intervjumaterialet kommer att aidentifieras vid transkribering.

Vi är tacksamma för din medverkan.

Wazhma och Madeleine

Vid ev. frågor efter intervjun är du välkommen att kontakta oss via mail

Wazhma.hatami@stud.ki.se/Madeleine. Juis@stud.ki.se

Handledare:

Mia Barimani, *mia.barimani@ki.se* *Universitetsadjunkt* Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet

Susanne Åhlund, *susanne.ahlund@ki.se* *Doktorand* Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till medverkan i magisteruppsatsen om kostsamtal.

Stockholm den, _____

Underskrift, _____

Ålder:

Antal arbetade år inom yrket:

Antal arbetade år inom mödrahälsovården: