

Að efla heilbrigði

Næringarráðgjöf sem íhlutun fyrir of þungar konur fyrir og eftir fæðingu

ÚTDRÁTTUR

Nýjustu tölur um líkamsþyngd Íslendinga sýna að tæplega 59% fólks á aldrinum 18–80 ára er yfir kjörþyngd og þar af flokkast 21% með offitu. Rannsóknir benda til að hlutfall þeirra sem eru of feitir fari vaxandi. Konur á barneignaraldri fara ekki varhluta af þessari þróun en niðurstöður fjölda rannsókna hafa sýnt tengsl offitu við ýmis vandamál og sjúkdóma tengdum meðgöngu og fæðingu.

Í þessari grein er varpað ljósi á þá stöðu sem ríkir hér á landi varðandi yfirþyngd og ofþyngd kvenna á meðgöngu og afleiðingar þess en rannsóknir sýna að konur á barnburðaraldri 18–39 ára eru of þungar í 41% tilvika og þar af eru 18% of feitar. Nokkrar erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á að með því að nota hvatningaviðtöl, næringarráðgjöf og upplýsingar um hreyfingu megi hafa áhrif á þyngdaraukningu kvenna á meðgöngu. Flestar íhlutunarrannsóknir eru þó með litlu úrtaki og í fáum þeirra er konum fylgt eftir að fæðingu lokinni.

Mikilvægt er að horfa á offitu sem viðfangsefni þar sem fjöldi þátta hefur áhrif. Í öllum tilfellum þarf að huga að mataræði og næringu konunnar og næringarráðgjöf sem felur í sér hvatningu og kennslu er því nauðsynleg. Þá þarf að virkja eiginleika í fari hvers einstaklings til að sem hagstæðust útkoma fást fyrir móður og barn. Í greininni kynnum við hugmyndafræði sem nota má við þróun íhlutana fyrir konur á meðgöngu sem byggir á því að nota styrkleika hvern og einnar konu samfara því að veita fræðslu og ráðgjöf á einstaklingsbundinn hátt.

Lykilorð: meðganga, offita, yfirþyngd, íhlutun, næringarráðgjöf, árangur, heilsuefning.

INNGANGUR

Viða í Evrópu er hlutfall einstaklinga sem eiga við ofþyngd og offitu að stríða mjög hátt. Hér á landi hefur umræða um ofþyngd og offitu verið áberandi síðasta áratug. Í skýrslu sem Lýðheilsustöð gaf út um líkamsþyngd og holdafar fullorðinna frá 1990 til 2007 kom fram að líkamsþyngdarstuðull (LbS) Íslendinga hafði hækkað síðastliðna tvo áratugi og töluvert fleiri höfðu hærri LbS en áður (Margrét Valdímarsdóttir o.fl., 2009). Á árunum 1990 til 2007 hafði hlutfall of feitra



Helga Gottfredsdóttir
ljósmóðir, PhD dósent og
námsbrautarstjóri við
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands



Inga Þórsdóttir
næringarfræðingur, PhD deildarforseti
Matvæla- og næringarfræðideildar,
Heilbrigðisvísindasvið, Háskóla Íslands
og Landspítala

kvenna (LbS > 30 kg/m²) á aldrinum 18 til 79 ára hækkað úr 9,5% í rúm 21% og voru 53% kvenna í þessum aldursflokki yfir kjörþyngd (LbS > 25 kg/m²) árið 2007. Þegar horft var til kvenna á barneignaraldri (18–39 ára) voru um 44% yfir kjörþyngd (LbS > 25 kg/m²), og af þeim voru tæp 19% of feitar (LbS > 30 kg/m²) árið 2007 (Margrét Valdímarsdóttir o.fl., 2009). Í annarri íslenskrri rannsókn frá 2006 kom fram að 39% af reykvískum konum var yfir

kjörþyngd í byrjun meðgöngu og að stór hluti íslenskra kvenna þyngist meira á meðgöngu en íslenskar ráðleggingar mæla með (Olafsdóttir, Skuladóttir, Thorsdóttir, Hauksson og Steingrimsdóttir 2006). Nýjustu tölur um líkamsþyngd Íslendinga má sjá í niðurstöðum könnunar á mataræði fullorðinna 2010–2011 og sýna þær að tæplega 59% fólks á aldrinum 18–80 ára er yfir kjörþyngd og 21% flokkast með offitu, sem er hærra en árið 2002 en þá var hlutfall of feitra 13% (Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011). Þessar tölur, sem eru uppgæfnar af fólkinu sjálfu, eru í samræmi við það sem þekkt skýrsla OECD sýndi en þar kom fram að tíðni offitu væri næst hæst hér á landi af 26 OECD löndum, en það sem alvarlegra var er aukning offitu frá 1990 til 2007 frá 8% í 20%. Þessi þróun er uggvænleg þrátt fyrir það að efast hafi verið um nákvæmni þessara talna (OECD, Health at a Glance, Europe 2010). Flest virðist benda til að hlutfall of feitra aukist meðan að heildarfjöldi þeirra sem er yfir kjörþyngd breytist ekki eins mikið.

Niðurstöður fjölda rannsókna hafa sýnt tengsl offitu við ýmis vandamál og sjúkdóma tengdum meðgöngu og fæðingu. Þannig hafa tengsl af mikillar þyngdaraukningar, miðað við ráðleggingar IOM (*e. Institute of Medicine*) eða íslenskar ráðleggingar, sýnt auknar líkur á meðgöngusjúkum (Kabiru og Raynor, 2004), meðgönguháprýsting (Thorsdóttir, Torfadóttir, Birgisdóttir og Geirsson, 2002), meðgöngueitrun (Johnson, Longmate og Frentzen, 1992), að framköllun fæðingar takist ekki (Kabiru og Raynor, 2004), misræmi á milli fösturs og grindar eða tepptan framgang í fæðingu (Chen, Uryasev, og Young, 2004). Auknar líkur eru á spangaráverka hjá of feitum konum (Kabiru og Raynor, 2004), áhaldafæðingar eru tíðari (Thorsdóttir o.fl., 2002; Johnson o.fl., 1992), fleiri konur lenda í fyrirburafæðingu (Dietz, o.fl., 2006), og fæðingu lýkur oftar með keisaraskurði hjá þessum hópi (Kabiru og Raynor, 2004; Young og Woodmansee, 2002). Varðandi nýburann þá eru auknar líkur á fæðingu þungbura ef móðir er of feit (Scotland, Cheng, Hopkins og Caughey, 2006; Thorsdóttir o.fl., 2002) og lágum fimm mínútna appar (Scotland o.fl., 2006).

Áhættan á líkamlegum fylgikvillum eykst eftir því sem LbS er hærri fyrir þungun. Þannig er kona sem er yfir offitumörkum og þyngist

óhóflega mikið á meðgöngu í meiri áhættu á fylgikvillum en kona í ofþyngd og kona í ofþyngd er í meiri áhættu á fylgikvillum en kona í kjörþyngd (Scotland o.fl., 2006). Líkt og með offitu móður á meðgöngu er of mikil þyngdaraukning á meðgöngu einnig áhættuþáttur fyrir ofþyngd og offitu hjá barni (Oken, o.fl., 2007). Rannsóknir hafa því beinst að því að takmarka þyngdaraukningu á meðgöngu og athuga þyngdarbil fyrir hvern þyngdarflokk sem gefur bestu mögulegu horfur fyrir móður og barn í meðgöngu, fæðingu og eftir fæðingu. Meðgangur er það tímabil í lífinu sem konur eru hvað móttækilegastar fyrir fræðslu og ráðgjöf. Í þessari grein er kynnt hugmynd að nálgun í meðgönguvernd sem byggir á því að draga fram styrkleika konunnar til að takast á við ástand sitt jafnframt því sem byggt er á kenningu McBride og félaga (2003) um „kennanlegan tíma“ (e. teachable time).

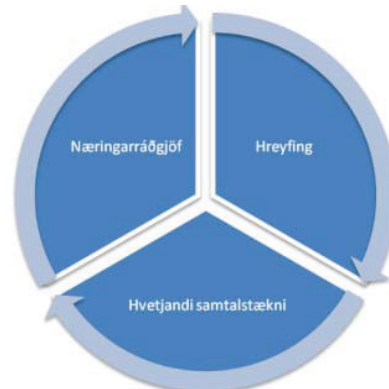
MEÐGÖNGUVERND OG SKILN- INGUR Á OFFITU

Sú nálgun að skilgreina offitu einvörðungu sem heilbrigðisvanda sem leiðir til sjúkdóma felur í sér hættu á því að þeir sem þjást af offitu verði skilgreindir sem sjúklingar eða verðandi sjúklingar (Ástríður Stefánsdóttir, 2011). Í ljósi þess hvaða afleiðingar offita getur haft á heilsu og líðan fólks, og hversu kostnaðarsamar afleiðingar hennar eru, þá þarf að horfa á viðfangsefnið sem samfélagslegan vanda en ekki eingöngu vanda heilbrigðiskerfisins. Þannig er árangursríkara og ódýrara að leggja áherslu á fyrsta stigs forvarnir sem hafa það að markmiði að fyrirbyggja þyngdaraukningu, en aðgerðir sem miða einungis að meðferð við offitu. Mikilvægt er að áherslan sé á heilbrigði frekar en þyngd (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2009). Í þeim klínisku leiðbeiningum sem verklag í meðgönguvernd byggist nú á er rík áhersla lögð á áhættumat og skimun ýmissa meðgöngutengdra vandamála (Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir, 2012). Þannig er gert ráð fyrir því að finna þær konur sem eru yfir kjörþyngd eða of feitar og vinna með þeim til að fá sem hagstæðasta útkomu meðgöngu og fæðingar. Það má vel samræma þessar áherslur öðrum markmiðum mæðraværndar sem eru að stuðla að heilbrigði móður og barns, með því að veita faglegan stuðning og ráðgjöf og að veita fræðslu um meðgöngu og fæðingu (Heilsugæslan, 2010). Á meðgöngu er konan móttækilegri fyrir því að aðlagast breyttum lífsháttum, sérstaklega varðandi breytt mataræði og reykingar, þar sem hún finnur hvöt til að vernda fóstrið sem hún gengur með (Phelan, 2010; McBride, Emmons og Lipkus, 2003). Það þarf að nýta þessa þætti í fari konunnar sem styrkleika hennar fremur en veikleika og hvers konar íhlutun og meðferð ætti að taka mið af því.

Íhlutanir á meðgöngu fyrir konur í ofþyngd og of feitar konur

Ein nálgun í fyrsta stigs forvörn er að beita atferlisíhlutunum til að hjálpa fólki að breyta

áhættusamri heilsutengdri hegðun og taka upp hollari lífshætti. Þessi nálgun er gjarnan notuð til að hjálpa einstaklingum í ofþyngd og þannig stjórna þyngd og efla heilbrigði. Önnur nálgun í fyrsta stigs forvörn er að koma í veg fyrir að fólk byrji á að stunda venjur sem tengjast aukinni áhættu fyrir heilsubrest (Taylor, 2003). Nokkrar athyglisverðar rannsóknir hafa birst á síðustu árum sem greina frá notkun íhlutana fyrir of feitar barnshafandi konur. Í þeim rannsóknum þar sem íhlutunin byggir á góðri næringarráðgjöf, hvetjandi samtaltækni og



Mynd 1. Þessir þrjú þættir mynda grunn að íhlutun fyrir of feitar konur á meðgöngu. Árangur er metinn út frá þyngdarstjórnun konunnar á meðgöngu

hreyfingu virðist bestur árangur nást (mynd 1).

Asbee og féagar (2009) gerðu samanburðar rannsókn með slembiúrtaki 144 barnshafandi kvenna þar sem tilgangurinn var að athuga hvort skipulögð og stöðug íhlutun á meðgöngu, sem felst í ráðgjöf um hollan lífsstíl og hreyfingu á meðgöngu, geti dregið úr óhóflegri þyngdaraukningu á meðgöngu. Konurnar voru af mismunandi kynþáttum, afrískar-amerískar, frá Asíu og hvítar konur, meðalaldur var 26,6 ár og meðallíkamsþyngdarstuðull 25,5 kg/m². Konurnar höfðu ýmist LBS <26 (of léttar og í kjörþyngd); LBS á bilinu 26–30 (yfir- eða ofþyngd) eða LBS >30 (of feitar). Öllum konunum var skipt af handahófi í viðmiðunarhóp (43 konur) og íhlutunarhóp (57 konur). Meðalmeðgöngulengd við upphaf rannsóknar var 13,7 vikur. Konur í viðmiðunarhópnum fengu hefðbundna mæðraværnd en konur í íhlutunarhópi fengu staðlaða viðbótarráðgjöf og ráðleggingar um heilbriggt mataræði og hreyfingu á meðgöngu. Konunum var ráðlagt að neyta 40% orkunnar á formi kolvetna, 30% sem prótein og 30% fitu af heildarorkuinntöku og þeim var leiðbeint með hreyfingu þrisvar til fimm sinnum í viku. Þær fengu jafnframt upplýsingar um hóflega þyngdaraukningu á meðgöngu samkvæmt IOM leiðbeiningunum og hver kona hitti næringarfræðing í eitt skipti í byrjun rannsóknar. Konur í íhlutunarhópi voru vigtaðar í hverri skoðun og ef kona þyngdist innan eðlilegra marka fékk hún hrós og hvatningu, ef hún þyngdist ekki

innan eðlilegra marka samkvæmt IOM voru neysluvenjur og hreyfing hennar endurmetin. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að konur í íhlutunarhópnum þyngdust marktækt minna á meðgöngu (12,9 kg +/- 5,6 kg) í samanburði við viðmiðunarhóp (13,1 kg +/- 7,0 kg, P=0,01). Konur í ofþyngd eða yfir offitumörkum fyrir þyngun voru líklegri til að þyngjast umfram ráðleggingar. Þrjátíu og þrjú prósent of feitra kvenna í íhlutunarhópnum og 20% kvenna í viðmiðunarhópnum þyngdust innan ráðlagðra marka. Af konum í kjörþyngd voru það 80% kvenna í íhlutunarhópnum og 68% í viðmiðunarhópnum sem þyngdust innan ráðlagðra marka. Það að vera í kjörþyngd fyrir þyngun var það sem mest spáði fyrir um það að þyngjast innan eðlilegra marka. Í þessari rannsókn voru frumbyrjur marktækt líklegri til að þyngjast umfram ráðleggingar en fjölbyrjur (15,4 kg +/- 6,5 kg á móti 12,2 kg +/- 5,7 kg, P<0,01).

Í danskrí íhlutunar- og samanburðar rannsókn var athugað hvort næringarráðgjöf í 10 klukkustundir á meðgöngu gæti takmarkað þyngdaraukningu kvenna sem eiga við offitu að stríða og hvort þyngdartakmörkunin gæti haft áhrif á sykurlól þeirra á meðgöngu (Wolff, o.fl., 2008). Þátttakendur voru 50 konur yfir offitumörkum (LBS >30 kg/m²), af hvítum kynstofni, sem höfðu sögu um sykursýki fyrir þyngun. Þeim var af handahófi skipt í meðferðarhóp (n=23, LBS) og samanburðarhóp (n=27). Meðallíkamsþyngdarstuðull var 34,7 kg/m², meðalaldur 28 ára og meðalmeðgöngulengd við upphaf rannsóknar er 15,5 vikur.

Íhlutunarhópurinn fékk 10 tíma hjá næringarfræðingi þar sem áhersla var á fræðslu um hollt mataræði. Gert var einstaklingsmat á heildarorkuþörf hverrar barnshafandi konu og orkuinntaka takmörkuð með tilliti til þess. Hver kona vigtaði og skráði það sem hún borðaði í sjö daga í byrjun íhlutunar og við 27. og 36. viku meðgöngu. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna meðgönguvernd. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að konur í íhlutunarhópnum takmörkuðu orkuinntöku miðað við samanburðarhópin, neysla fitu og kolvetna var minni, en neysla á próteinum var meiri hjá íhlutunarhópnum en samanburðarhópnum. Konur í íhlutunarhópnum þyngdust marktækt minna á meðgöngu, eða að meðaltali 6,6 +/- 5,5 kg en konur í samanburðarhópnum sem þyngdust að meðaltali 13,3 +/- 7,5 kg. Þyngdaraukning fram að 36 viku meðgöngu tengdist að miklu leyti heildarþyngdaraukningu á meðgöngu (P<0,001). Fjórðum vikum eftir fæðingu hafði samanburðarhópurinn þyngst um 6,4 kg meira en íhlutunarhópurinn, miðað við þyngd fyrir þyngun (P=0,003). Ekki var munur á tíðni meðgöngusykursýki eða sykurlópoli á milli hópanna. Jafnframt var ekki marktækur munur á fæðingarþyngd barnanna og horfum meðgöngu og fæðingar. Takmörkun þessarar rannsóknar eins og hinnar fyrri er hversu lítið úrtakið var.

Þriðja rannsóknin er frá Svíþjóð en

Claesson og félagar (2008) gerðu tilfellarannsókn þar sem tilgangurinn var að takmarka þyngdaraukningu kvenna sem eiga við offitu ($LBS > 30 \text{ kg/m}^2$) við $< 7 \text{ kg}$ og athuga horfur fæðingar og barns. Meðferðarhópurinn samanstóð af 155 konum sem sóttu mæðravemd á tiltekinni heilsugæslustöð í Linköping og viðmiðunarhópurinn samanstóð af 193 konum sem voru í hefðbundinni mæðravemd á sama tíma á heilsugæslustöðvum í nálægum borgum. Meðferðin hófst við 10–12 vikna meðgöngu og fólst í aukaskoðunum hjá ljósmóður sem hafði fengið sérstaka þjálfun í hvetjandi samtalstækni en hornsteinn meðferðarinnar var hvatningarviðtal snemma á meðgöngu þar sem áhersla var á að hvetja konuna til að breyta hegðun. Mikil áhersla var á vandaðar upplýsingar sniðnar að hverri og einni konu og þeim boðið aukalega í viðtal ef þær óskuðu. Jafnframt var konum boðið að taka þátt í sundleikfimi í eitt til tvö skipti í viku. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að konur í meðferðarhópnum þyngdust marktækt minna en viðmiðunarhópurinn ($P < 0.001$). Meðalþyngdaraukning á meðgöngu hjá meðferðarhópnum var 8,7 kg en 11,3 kg hjá samanburðarhópnum. Tíu til 12 vikum eftir fæðingu hafði íhlutunarhópurinn lægri LBS, miðað við fyrir þungun miðað við samanburðarhóp (-2.15 kg á móti 0.75, $P < 0.001$). Konur í meðferðarhópnum voru líklegri til að þyngjast minna en 7 kg en konur í viðmiðunarhópnum (35,7% á móti 20,5%, $P = 0.003$). Ekki var munur á milli meðferðarhóps og viðmiðunarhóps á fæðingarþyngd barna, meðgöngulengd og útkomu fæðingar. Álykta má út frá niðurstöðum þessarar íhlutunarannsóknar, eins og hinum fyrri sem lýst hefur verið, að meðferðin hafi verið árangursrík til að takmarka þyngdaraukningu á meðgöngu, en hefur ekki eða lítil áhrif á horfur fæðingar og barns. Í öllum tilfelum var næringarráðgjöf hluti af meðferðinni og fólst í að leiðbeina um hóflegt en næringarríkt mataræði.

Staðan hér á landi

Í könnuninni á mataræði fullorðinna 2010–2011 var upplýsingum safnað símleiðis um líkamsþyngd og hæð. Líklegt er þess vegna að áætlaður fjöldi þeirra sem er yfir kjörþyngd samkvæmt niðurstöðum könnunarinnar sé jafnvel hærri en niðurstöðurnar segja til um, en þekkt er að fólk vanáætla þyngd sína fremur en ofáætla. Meðal íslenskra kvenna á aldrinum 18–30 ára var tíðni ofþyngdar 38%, og þar af er offita 13%. Meðal 31–60 ára kvenna teljast 50% of þungar, þar af teljast 21% of feitir (Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011). Í sömu könnun voru konur á bamsburðaraldrum 18–39 ára of þungar í 41% tilvika og 18% of feitir. Ef miðað er við aldurshópinn 18–45 ára eru 44% of þungar og 20% of feitir. Þessum staðreyndum þarf að mæta með vöktun næringar og heilsu og skipulegum aðgerðum.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið hér á

landi urðu til þess að breytingar voru gerðar á ráðleggingum um þyngdaraukningu á meðgöngu á Norðurlöndum (Nordic Nutrition Recommendations 2004). Eldri rannsóknir sem fyrri ráðleggingar studdust við voru með mun lægri mörk þyngdaraukningar á meðgöngu eða um 12 kg en meðaltal þyngdaraukningar eins og til dæmis á Íslandi var tæplega 15 kg. Samanburður tveggja hópa kvenna sem allar voru í kjörþyngd fyrir þungun sýndi að mikil þyngdaraukning, 18 til 24 kg, á meðgöngu virtist ekki auka líkur á ofþyngd kvennanna sjálfra og flestar höfðu náð fyrri þyngd 1,5 ári eftir barnsburð (Thorsdóttir og Birgisdóttir, 1998). Þetta var visbending um að konur í kjörþyngd virtust þola allmikla þyngdaraukningu áður en það hafði marktæk áhrif á þeirra eigin þyngd. Til að kanna aðra hugsanlega áhættuþætti þyngdaraukningar var gerð önnur rannsókn á 600 konum í kjörþyngd fyrir þungun. Fram kom að tíðni aukaverkana jókst marktækt ef þyngdaraukning kvennanna var meiri en 18 kg á meðgöngu (Thorsdóttir o.fl., 2002). Þetta þýðir þó ekki að 18 kg efri mörk eigi við allar konur. Ef kona er of þung er aukin áhætta á ýmsum fylgikvillum, eins og greint hefur verið frá hér fyrir framan. Viðmiðunarþyngdaraukning á meðgöngu fyrir konur hér á landi sem eru of þungar fyrir þungun er 7–12 kg en fyrir konur í kjörþyngd fyrir þungun 12–18 kg (Matur og meðganga, 2008). Þessi viðmiðunarrámi er gagnlegur sem stuðningur við mæðravemd og við konuna sjálfa. Hann er hins vegar gagnslaus ef ekki eru til ráð og aðstoð sem auðveldar konum að borða mat sem mætir næringarþörf þeirra sjálfra og verðandi barna og styður við góða meðgöngu.

Rík ástæða er til að bæta næringu meðan að kona er barnshafandi. Fyrir því liggja margar ástæður. Eins og að framan greinir myndast eins konar gluggi til að bæta lífstíl og þar á meðal mataræði á meðgöngutíma. Bætt næring á þessu tímabili skilar sér til konunnar sjálfar, verðandi barns og jafnvel til fjölskyldu og nánasta umhverfis hennar. Þess ber einnig að geta að góð næring fösturs skilar sér einnig til komandi kynslóða gegnum betri heilsu afkvæmisins síðar í lífinu.

Íslenskar rannsóknir, í samstarfi við Rannsóknastofu í næringarfræði og Hjartavernd, hafa sýnt tengsl milli fæðingarstærðar fólks sem fæddist milli 1914 og 1935 og heilsu þeirra síðar á ævinni, þar var minni fæðingarstærð tengd auknum líkum á skertu sykurbólí, hjartasjúkdómi, háþrýstingi og búkfitu (Birgisdóttir, Gunnarsdóttir, Thorsdóttir, Gudnason og Benediktsson, 2002a; Gunnarsdóttir, Birgisdóttir, Thorsdóttir, Gudnason og Benediktsson, 2002b; Gunnarsdóttir, Birgisdóttir, Benediktsson, Gudnason, Thorsdóttir, 2004). Kenningin um skort næringar móður á meðgöngu og truflun á fösturþroska sem leiðir til heilsuþrengis síðar á ævinni er oft kennd við David Barker (Barker, o.fl., 1989) en í rannsóknum sem framkvæmdar voru í Afríku

í ljós að árferði meðan konur voru þungaðar hafði áhrif á lífslíkur barna (Moore, o.fl., 1997; Moore, o.fl., 2004).

Áherslur í mataræði

Fjölmargir þættir í mataræði geta aukið líkur á góðri þyngdarstjórnun á meðgöngu. Þar má nefna neyslu á fiski, grænmeti og grófu korni, en allt þetta tengist hóflegri neyslu og þar af leiðandi máttulegu heildarmagni af mat (Parra, o.fl., 2008; Olafsdóttir o.fl., 2006b). Bæði íslenskar og samnorrænar ráðleggingar mæla með aukinni neyslu þessara matvæla. Fiskneyslu að minnsta kosti tvisvar í viku, grænmeti að minnsta kosti 200 grömmum á dag og að öll brauð innihaldi heilkorn eða séu trefjarík. Huga þarf sérstaklega að hæfilegri mjólkurneyslu eða að 2 til 4 skömmtum á dag. Næringarþéttni er þeim konum sem eru of þungar fyrir meðgöngu sérlega mikilvæg. Með því er átt við að maturinn sé svo vel valinn að hann gefi mikið af vítamínum og steinefnum á hverja orkueiningu. Þetta er auðvitað ógerlegt ef neyslu á sykurríkum og fituríkum vörum er ekki stillt í hof. Hreyfing hjálpar einnig til við að stilla orkunýtingu og að undirbúa fæðingu. Fiskneysla á meðgöngu hefur vakið sérstaka athygli og fundist hafa jákvæð tengsl milli fiskneyslu mæðra og fæðingarstærðar hér á landi (Thorsdóttir, Birgisdóttir, Halldorsdóttir og Geirsson, 2004). Í tengslum við umfjöllun um fisk og offitu er mikilvægt að geta þess að hér á landi er fiskneysla of þungra og feitra á aldrinum 20–40 ára mun minni en neyslan er að meðaltali og meðal þeirra sem eru í kjörþyngd (Thorsdóttir, o.fl., 2008). Áhugavert er að sjá að í löndum þar sem næga næringu er að hafa, sjáist slík fylgni milli samsetningar fæðunnar á meðgöngu og stærðar nýbura. Þetta undirstrikar enn að næring snemma á lífsleiðinni skiptir miklu máli. Rannsóknir hér á landi sýna að lýsisneysla (þorskalýsi) sem svarar einni matskeið á dag tengist háum blóðþrýstingi móður og minni stærðar barns við fæðingu (Olafsdóttir, o.fl. 2006a). Skynsamlegt er því að ráðleggja minna magn, teskeið eða litla barnaskeið daglega (af þorska- eða krakkalýsi), til að gefa D-vítamín og hollar fitusýrur.

Nálgun í klínísku starfi – að efla heilbrigði

Ýmislegt er vitað um hollan mat og næringu þó erfiðlega gangi oft að koma þeirri þekkingu til skila á áhrifaríkan hátt. Breytingar í umhverfinu, eins og framleiðsla á og aðgengi að miklu magni af mat, hefur sett á mannfolkíð ákveðnar byrðar. Þessar byrðar leggjast verst á viðkvæma hópa sem af einhverjum ástæðum fá ekki leiðsögn eða aðhald um hversu mikið og hvað af öllu þessu á að borða. Oft hafa slæmar afleiðingar of mikillar eða óhollrar neyslu einnig verst áhrif á þessa sömu hópa, það er að segja á börn og unglínga, unga foreldra og fólk sem býr við slæmar aðstæður. Við álitum að það gæti reynst hjálplegt að nota kenningu

Antonovskys um salutogenesis (Lindström og Eriksson, 2006) sem felst í að einblína á styrkleika einstaklingsins og þau ráð sem hann hefur sér til bjargar og kenningu McBride og félaga (2003) um „kennanlegan tíma“ (e. teachable time) til að vinna með verðandi mæðrum í að ná árangri í því að takast á við offitu. Þannig er leitað að því hjá hverri konu hvað hún hefur sjálfri sér til stuðnings til að bæta lífstíl. Meðganga er þýðingamikil tímabil í lífi konunnar, þar sem hún er sérstaklega líkleg til þess að aðlagast og vilja taka upp venjur tengdar hollari lífstíl. Á meðgöngutíma er upplifun konunnar sú að ákveðin heilsutengd hegðun geti haft neikvæðar heilsufarslegar afleiðingar fyrir hana og föstríð sem getur verið hvati að breytingum. McBride og félagar (2003) lögðu fram kenningu sem lýsir ákveðnum einkennum hjá einstaklingum þegar „kennanlegur tími“ á sér stað og tóku það sem dæmi að hætta að reykja. Vilja þeir meina að ef þessi einkenni eru til staðar er íhlutun sem felst í að hafa áhrif á og hjálpa einstaklingi í að breyta heilsutengdri hegðun líklegri til árangurs. Helstu einkenni kennanlegs tíma eru, að einstaklingurinn skilji eða skynji að hegðunin feli í sér persónulega áhættu og geti haft heilsufarslegar afleiðingar. Jafnframt einkennum þetta tímabil af miklum tilfinningalegum viðbrögðum, endurskilgreiningu á sjálfsmynd og félagslegu hlutverki (McBride o.fl., 2003).

LOKAORÐ

Þær íhlutanir sem nefndar eru hér að framan og notaðar hafa verið til að stuðla að heilbrigðri þyngdaraukningu of feitra kvenna á meðgöngu sýna að mikið er hægt að gera. Við getum lært af þessum rannsóknum og nýtt þær ásamt góðri hugmyndafræði til að ná til fólks með góð skila-boð er varða heilsuna. Hér á landi er ákveðin þekking á því hvernig megi með næringarráðgjöf leiðbeina of þungu ungu fullorönu fólki um betra mataræði og sömuleiðis er þekking á því hvernig mataræði fólks á bameignaldri og bamshafandi kvenna er. Mataræði bams-hafandi kvenna og of feitra einstaklinga þarf sannarlega að rannsaka reglulega og leitast við að endurbæta, en mikilvægt er að almenningur fái að njóta þeirrar þekkingar sem þegar liggur fyrir um hvernig megi bæta heilsuna. Ísland gæti verið land tækiferanna þegar kemur að samheldni kvenna og heilbrigðisþjónustu til að hafa áhrif á konur á barneignaldri, á meðgöngu og áframhaldandi betri lífsstíl.

Heimildaskrá

Asbee, S. M., Jenkins T. R., Butler, J. R., White, J., Elliot, M., og Rutledge, A. (2009). Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy Through Dietary and Lifestyle Counseling. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 113(10) 305–311.

Ástríður Stefánsdóttir (2011). Offita – sjúkdómur einstaklings eða vandi samfélags? Í *Síðfræði og samfélag*. Salvör Nordal og Vilhjálmur Arnason (ristj.), Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Barker, D.J., Osmond C., Golding J., Kuh, D. og Wadsworth M.E. (1989). Growth in utero, blood-pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular-disease. *British Medical Journal*, 298(6673), 564–567.

Birgisdóttir, B.E., Gunnarsdóttir, I., Thorsdóttir, I., Guðnason, V. og Benediktsson, R. (2002). Size at birth and glucose intolerance in a relatively genetically homogeneous, high-birth weight population. *Am. J. Clin. Nutr.* 76(2), 399–403.

Chen, G., Uryasev, S. og Young, T. K. (2004). On prediction of cesarean delivery risk in a large private practice. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 191(2), 617–624.

Clæsson, I. M., Sydsjö, G., Brynhildsen, J., Cedergren, M., Jeppsson, A., Nystrom, F., Sydsjö, A., og Josefsson, A. (2008). Weight gain restriction for obese pregnant women: a case-control intervention study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 115(1), 44–50.

Dietz, P., Callahan, W., Cogswell, M., Morrow, B., Ferre, C. og Schieve, L. (2006). Combined effects of prepregnancy body mass index and weight gain during pregnancy on risk of preterm delivery. *Epidemiology*, 17(2), 170–177.

Gunnarsdóttir I, Birgisdóttir B.E., Benediktsson R., Guðnason V. And Thorsdóttir I. (2004). Association between size at birth, truncal fat and obesity in adult life and its contribution to blood pressure and coronary heart disease; study in a high birth weight population. *Europ. J. Clin. Nutr.* 58(5), 812–818.

Gunnarsdóttir I., Birgisdóttir B.E., Benediktsson R., Guðnason V. og Thorsdóttir I. (2002a). Relationship between size at birth and hypertension in a genetically homogenous population of high birth weight. *J. Hypertens.* 20(4), 623–628.

Gunnarsdóttir I., Birgisdóttir B.E., Thorsdóttir I., Guðnason V. og Benediktsson R. (2002b). Size at birth and coronary artery disease in a population with high birth weight. *Am. J. Clin. Nutr.* 76(6), 1290–1294.

Heilsugæslan (2010). Mæðravend. Sótt 6. maí 2011 á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins <http://heilsugaeslan.is/?PageID=910>

Helga Gottfréðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir (2012). Áhættumat eða heilsuefing: mismunandi nálgun í meðgönguvernd. Í Herdís Sveinsdóttir og Helga Gottfréðsdóttir (ristj.). *Í Konan í kroppnum*. Reykjavík: Háskólaútgáfan. (i prentun)

Johnson, J. W., Longmate, J. A. og Frentzen, B. (1992). Excessive maternal weight and pregnancy outcome. *American journal of obstetrics and gynecology*, 167 (2), 353–370.

Kabiru, W. og Raynor, B. D. (2004). Obstetric outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. *American Journal of obstetric and gynecology*, 19 (3), 928–932.

Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011. Hvað borða Íslendingar? Höf. Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Hrund Valgeirsdóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir, Elva Gísladóttir, Bryndís Elva Gunnarsdóttir, Inga Þórsdóttir, Jónína Stefánsdóttir og Laufey Steingrimsdóttir. Útg. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði. 2011.

Lindström, B., og Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21(3), 238–244.

Margrét Valdísardóttir, Stefán Hrafn Jónsson, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Elva Gísladóttir, Jón Óskar Guðlaugsson og Þóroldur Þórlindsson (2009). Líkamspýngd og holdafar fullorönnna frá 1990–2007. Sótt 5. janúar 2010 á vef Ljóðheilsustöðvar: <http://www.lydheilsustod.is/media/manneldi/rannsoknir/Holda%20far%20skyrsla.25.sept.pdf>

Matur og meðganga. Fróðleikur fyrir konur á barneignaldri. Unnið af sérfræðihóp á vegum Miðstöðvar mæðravendrar, Ljóðheilsustöðvar (nú á Embætti landlæknis) og Umhverfisstofnunar (nú Matvælastofnunar) í samvinnu við Landlæknisembættið, 2004. 2. útgáfa 2006. 3. útgáfa 2008.

McBride, C. M., Emmons, K. M. og Lipkus, I. O. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research*, 18(2), 156–170.

Moore S.E., Fullford A.J., Streatfield P.K., Persson L.A. og Prentice A.M. (2004). Comparative analysis of patterns of survival by season of birth in rural Bangladeshi and Gambian populations. *Int. J. Epidemiol.* 33(1), 137–143.

Moore S.E., Cole T.J., Poskitt E.M.E., Sonko B.J., White-

head R.G., IMcGregor I.A. og Prentice A.M. (1997). Season of birth predicts mortality in rural Gambia. *Nature* 388(6641) 434.

Nordic Nutrition Recommendations (NNR) 2004, 4th edition, Integrating nutrition and physical activity. Útg. Nordic council of ministers, Copenhagen 2004, Nord 2004:13.

OECD Health at a Glance, Europe 2010.

Oken, E., Taveras, E., Kleinman, K. P., Rich-Edwards, J. W. og Gillman, M. W. (2007). Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *American journal of obstetrics and gynecology*, 196(4), 322e1–322e8.

Olafsdóttir A.S., Skuladóttir G.V., Thorsdóttir I., Hauksson A., Thorgeirsdóttir H. og Steingrimsdóttir L. (2006a). Relationship between high consumption of marine fatty acids in early pregnancy and hypertensive disorders in pregnancy. *B.J.O.G. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(3), 301–309.

Olafsdóttir A.S., Skuladóttir G.V., Thorsdóttir I., Hauksson A. og Steingrimsdóttir L., (2006b). Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *Int. J. Obes.* 30(3), 492–499.

Parra D., A. Ramel A., Bandarra N., Kiely M., Martínez J.A. og Thorsdóttir I. (2008). A diet rich in long chain omega-3 fatty acids modulates satiety in overweight and obese volunteers during weight loss. *Appetite* 51(3), 676–680.

Phelan, S.(2010). Pregnancy: a „teachable moment“ for weight control and obesity prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(2), 135e1–135e8.

Scotland, N. E., Cheng, Y. W., Hopkins, L. M. og Caughy, A. B. (2006). Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetrics and Gynecology*, 108(1), 635–643.

Taylor, S. E. (2003). *Health psychology*. New York: Mcraw Hill.

Thorsdóttir I. og Birgisdóttir B.E. (1998). Different Weight Gain in Women of Normal Weight Before Pregnancy: Postpartum Weight and Birth Weight. *Obstet. Gynecol.*, 92(3), 377– 83.

Thorsdóttir I., Birgisdóttir B.E., Halldorsdóttir S. og Geirsson R.T. (2004). Association of fish and fish liver oil intake in pregnancy with infant size at birth among women of normal weight before pregnancy in a fishing community. *Am. J. Epidemiol.* 160(5), 460–465.

Thorsdóttir I., Birgisdóttir B.E., Kiely M., Martínez J.A. og Bandarra N. (2008). Fish consumption among young overweight European adults and compliance to varying seafood content in four weight loss intervention diets. *Publ. Health Nutr.* 12(5), 592–598.

Thorsdóttir I., Torfadóttir J.E., Birgisdóttir B.E. og Geirsson R.T. (2002). Weight gain in women of normal weight before pregnancy: complications in pregnancy or delivery and birth outcome. *Obstet. Gynecol.* 99(5), 799–806.

Thorsdóttir I., Torfadóttir J.E., Birgisdóttir B.E. og Geirsson R.T. (2002). Weight gain in women of normal weight before pregnancy: Complications in pregnancy or delivery and Birth outcome. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 99(5), 799–806.

Wolff, S., Legarthy, J., Vangsgaard, K., Toubro, S., og Astrup, A. (2008). A randomized trial of the effects of dietary counseling on gestational weight gain and glucose metabolism in obese pregnant women. *International Journal of Obesity*, 32(3), 495–501.

Young, T. K. og Woodmansee, B. (2002). Factors that are associated with cesarian delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. *Am. J. Obstet. Gynecology*, 187(2), 312–218.

