

Rekommendationer om fysisk aktivitet vid graviditet

Författare

Ann Josefsson, docent, överläkare, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Lene A. H. Haakstad, docent, idrottslärare, Norges idrottshögskola, sektionen för idrottsmedicin, Oslo

Kari Bö, professor, fysioterapeut och idrottslärare, Norges idrottshögskola, sektionen för idrottsmedicin, Oslo

Detta FYSS-kapitel är skrivet på uppdrag av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA).

Sammanfattning

- Alla gravida ska rekommenderas att utföra aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet som en del i en hälsosam livsstil.
- Regelbunden träning förbättrar och vidmakthåller dessutom en god allmän kondition under graviditeten och kan vara ett bra sätt att förbereda kroppen inför själva förlossningen.
- Aerob fysisk aktivitet bör ske under sammanlagt cirka 150 minuter per vecka på minst en måttlig intensitetsnivå. För den som är tidigare fysiskt aktiv kan intensiteten vara högre. Valet av aktiviteter ska göras så att de innebär en minimal risk för fall och fosterskada.
- Fysisk aktivitet under graviditet är i de flesta fall ofarligt för den gravida kvinnan och fostret och innebär ingen ökad risk för avvikande graviditets- eller förlossningsutfall.
- Fysisk aktivitet tillsammans med andra livsstilsinterventioner kan förebygga och behandla vissa graviditetskomplikationer.
- Bäckententräning under graviditet och postpartum kan förebygga och behandla urinläckage.

Inledning

Graviditet är vanligen ett tillstånd förknippat med god hälsa och i sig inte någon sjukdom. Syftet med ett särskilt kapitel om detta ämne är att ge en orientering om den vetenskap som finns kring värdet av fysisk aktivitet och de begränsningar som i vissa fall föreligger. Dessutom har många kvinnor frågor om det går bra att träna och vara fysiskt aktiv under graviditet, hur träning kan bedrivas och vilken dos som är lämplig.

Synen på fysisk aktivitet under graviditet var länge avvaktande och emellanåt direkt negativ. Under de senaste decennierna har på basis av vetenskapliga studier synen på fysisk aktivitet under graviditet blivit liberal (1–4).

Ur ett folkhälsoperspektiv är en av fördelarna med att kvinnor tränar regelbundet under graviditeten att de oftast är mer benägna att fortsätta med någon form av fysisk aktivitet även efter att de fött barn.

Oaktat ovanstående måste viss försiktighet iakttas. Dels föreligger risker vid fall eller kontaktidrottande, dels får en viss andel kvinnor olika graviditetsrelaterade symtom, problem och komplikationer som måste beaktas.

Fysiologiska förändringar under graviditet

Som ett naturligt led i en graviditet sker en anpassning av kroppen för att kunna klara av nya fysiologiska krav. En anpassning till det ökade syrebehovet sker genom ökat andningsdjup, högre hjärtfrekvens och större slagvolym. Blodvolymen ökar successivt under graviditeten med cirka 40–50 procent. Både graviditeten i sig samt fysisk aktivitet ökar ämnesomsättningen och höjer kroppstemperaturen. En kroppstemperatur på mer än 39,2 grader Celsius tros på basis av djurstudier kunna vara teratogent (det vill säga kunna orsaka fosterskador) under de första 3 månaderna (1). En ökad ventilation och ökad hudgenomblödning hjälper dock till att minska risken för onormalt hög kroppstemperatur (hypertermi). Det är dock viktigt med god vätsketillförsel samt att undvika fysisk träning i varmt och fuktigt klimat.

Under en normal graviditet föreligger hyperinsulinemi och en tilltagande insulinresistens. På grund av kontinuerlig fetal och placentär konsumtion av glukos befinner sig den gravida kvinnan i ett slags svälttillstånd som ökar med graviditetens längd. En ökad frisättning av fria fettsyror och ketoner bidrar till detta, samtidigt som det föreligger en oförmåga att öka glukoneogenesen tillräckligt. Risk för låg blodsockerhalt (hypoglykemi) kan undvikas med lämpligt kaloriintag samt genom att längden på träningspasset begränsas till maximalt 45 minuter vid måttlig intensitet (1, 2).

Hjärtats kapacitet påverkas av den gravida kvinnans position. I ryggläge, från cirka fjärde månaden, hindras det venösa återflödet av den växande livmodern, så kallad vena cava-kompression. Detta leder till en ökad risk för minskad slagvolym och blodtrycksfall, varför många kvinnor bör undvika fysisk träning i ryggläge efter den 16:e graviditetsveckan. Hormonella förändringar orsakade av graviditeten medför en förhöjd rörlighet i lederna. Den graviditetsorsakade viktuppgången leder till att skelett, muskler, leder och ligament belastas hårdare. Samtidigt sker en förskjutning av kroppens tyngdpunkt framåt, ryggmusklerna belastas mer vilket skapar en ökad kompression på de bakre delarna av ländryggen. Svanken ökar och det kan därmed bli svårare att hålla balansen med ökad risk för fall. På samma sätt som kontaktidrotter kan detta öka risken för fostret i den senare delen av graviditeten. I takt med att magen växer kan även avståndet mellan de raka bukmusklerna öka, så kallad rektusdiastas. Det antas att rektusdiastas i kombination med den förändrade tyngdpunkten framåt kan leda till en minskad bålstabilitet.

Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet under graviditet

Fördelarna för den gravida att vara fysiskt aktiv är desamma som för övriga vuxna och innefattar, förutom ett bibehållet eller ökat fysiskt välbefinnande, bland annat mindre trötthet samt minskad risk för extremitetssvullnad och varicer (åderbräck). Dessutom upplever fysiskt aktiva gravida mindre ofta stress, ångest, depression och sömnstörningar samt har lägre förekomst av ländryggsbesvär. Övervikt medför en ökad risk för graviditetsdiabetes och har visats kunna förebyggas och i viss mån behandlas med fysisk aktivitet tillsammans med ett minskat kaloriintag (5).

Det är ingen skillnad i förlossningsutfall eller neonatalt utfall mellan kvinnor som tränat och de som inte tränat under graviditeten (1, 6). Regelbunden fysisk aktivitet under graviditeten påverkar inte durationen av aktivt värkarbete under förlossning (7). Vältränade kvinnor anpassar sig snabbare till de förändringar graviditeten innebär samt mår bättre och får färre komplikationer.

Rekommenderad dos fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan innefatta fritidsaktiviteter såsom friluftsliv, motion/fysisk träning, idrott och trädgårdsarbete, aktivitet i arbetet eller hemmet samt aktiv transport i vardagslivet i form av exempelvis promenader och cykling.

1. Aerob fysisk aktivitet rekommenderas i sammanlagt minst 150 minuter per vecka. Intensiteten bör vara måttlig. För den som redan tidigare är fysiskt aktiv kan intensiteten vara högre. Valet av aktiviteter ska göras så att de innebär en minimal risk för fall och fosterskada. Aktiviteten bör spridas på minst 3 av veckans dagar.
2. Som tillägg till styrketräning av bäckenbottenmuskulaturen bör muskelstärkande fysisk aktivitet utföras minst 2 gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper.
3. Långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser (”bensträckare”) med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden.

Anpassad aerob fysisk aktivitet

Varje kvinna är unik och en individuell bedömning vad gäller typ och dos av fysisk aktivitet krävs utifrån aktuell fysisk prestationsstatus. Ett rimligt mål bör vara att eftersträva en bibehållen kondition under graviditeten, men inte att sträva efter topprestationer. Det bör påpekas att många elitidrottare har fortsatt med hård träning utan komplikationer och att det anses att detta kan göras med rådgivning från obstetrikern. Varje träningspass bör innehålla en uppvärmnings- och en nedvarvningsperiod (1, 3). Gravida som inte tidigare varit fysiskt aktiva bör starta successivt med ett något kortare träningspass 3 gånger per vecka. Därefter kan en successiv ökning ske till 30–45 minuter 3 gånger per vecka, kompletterat med aerob fysisk aktivitet så att 150 minuter per vecka uppnås.

Trots att det inte finns någon ”säker” övre gräns för fysisk aktivitet under graviditet bör kvinnor som före graviditeten tränat på en hög intensitetsnivå kunna fortsätta med detta, exempelvis jogging och aerobics. Det är dock viktigt att känna till att en nedgång är att förvänta i prestationsförmåga i takt med att graviditeten fortskrider, ifall regelbunden fysisk aktivitet, särskilt viktbärande sådan, inte bedrivs. Riklig vätsketillförsel samt extra näring i

tillräcklig mängd är viktigt att ha i åtanke under och efter träningspasset. Se även ”varningssignaler” i detta kapitel.

Avseende konditionsträning kan de generella rekommendationerna följas så länge man undviker för hög kroppsvärme (se ovan) de första 3 månaderna. Gravida bör träna i lätta kläder samt tänka på att tillföra vätska under och efter träning. Aktiviteter med hög intensitet i varmt och fuktigt klimat bör undvikas (3). Alla aktiviteter som innehåller rytmiskt och dynamiskt arbete med stora muskelgrupper rekommenderas, exempelvis snabba promenader, stavgång, jogging, cykling, aerobics, step-up-träning, gymnastik och dans. Som komplement är avlastad träning såsom simning (frisim eller ryggsim) en utmärkt aktivitet och vattengymnastik är särskilt lämplig för kvinnor med bäcken- och ryggproblem.

Då hjärtfrekvensen är ökad under graviditet är inte pulsivån alltid ett bra sätt att mäta intensiteten på ett träningspass. Rekommendationen är i stället att bedöma den fysiska belastningen med antingen ett så kallat talk test eller med Borgs RPE-skala. Ett talk test går ut på att ett träningspass med måttlig intensitet medger en normal konversation. Borgs skala mäter subjektiv ansträngning mellan 6 (extremt lätt) och 20 (maximalt ansträngande). Även om den vetenskapliga grunden är något bristfällig brukar den rekommenderade nivån under graviditet anges till 12–14 på Borgskalan, det vill säga måttlig intensitet (3).

Anpassad muskelstärkande fysisk aktivitet

Muskelstärkande fysisk aktivitet under graviditeten bör fokusera på bäckenbottenmuskler samt rygg- och magmuskler, men även träning av de nedre och övre extremiteterna kan med fördel läggas in. Eftersom det finns risk för så kallad vena cava-kompression, det vill säga det venösa återflödet till hjärtat hindras av den växande livmodern vilket kan leda till ökad risk för minskad slagvolym och blodtrycksfall, rekommenderas att styrkeövningar för magen genomförs sittande, liggande på sidan eller stående efter den 16:e graviditetsveckan. Generellt rekommenderas 7–8 övningar för kroppens större muskelgrupper, med 8–12 repetitioner i 1–3 set (3).

Gravida bör undvika så höga belastningar att krystningsreflex uppstår eftersom det ökar blodtryck och belastar bäckenbottenmuskulaturen. Många har problem att ”hitta” bäckenbottenmuskulerna vid träning och det kan då vara lämpligt att kontakta en fysioterapeut för att kontrollera att övningarna genomförs på ett korrekt sätt före förlossningen. Efter förlossningen kan detta vara ännu svårare beroende på vilka skador som uppstått på muskulatur, stödjevävnad och eventuellt nervskador. Det är därför alltid en fördel att ha lärt sig tekniken i förväg. För nybörjare är det även viktigt att lära sig rätt teknik för de generella styrkeövningarna. En fysioterapeut kan ge råd om såväl teknik som övningarnas omfattning.

Rörlighetsträning

På grund av en generellt ökad rörlighet under havandeskapet är det viktigt att se till att stretch- och töjningsövningar görs med viss försiktighet, så att inte snedbelastningar uppstår. De muskelgrupper som har använts under konditions- och styrketräningen bör töjas/stretchas, men specifik rörlighetsträning är oftast inte nödvändig. Generellt gäller att stretching och rörlighetsträningen syftar till att upprätthålla normal ledrörlighet. Övningarna bör göras i lugnt tempo och ytterläget hållas kvar i 10–30 sekunder. Träningen bör genomföras minst 2–3 gånger per vecka (8). Rörlighetsträning för otränade kan med fördel ske under ledning av instruktör.

Interaktioner med läkemedelsbehandling

I princip gäller samma riktlinjer för gravida som för icke-gravida vad gäller interaktioner mellan läkemedel och fysisk aktivitet.

Rekommendationer om fysisk aktivitet avseende graviditetsspecifika besvär

Fysisk aktivitet har visats kunna förebygga och behandla risken för många komplikationer under graviditet och postpartum. Det saknas dock fortfarande välgjorda studier som klargör vilken dos och intensitet som behövs för att på bästa sätt påverka dessa besvär.

Rygg- och bäckensmärta

Den förändrade kroppshållningen under graviditeten, med ökad lumbal lordos (svank) och thorakalkyfos (bakåtvälvning av bröstryggraden), anses vara en av orsakerna till att ryggbesvär kan uppstå. Prevalensen av rygg- och bäckenrelaterad smärta under graviditet är cirka 45 procent (9, 10). Cirka en tredjedel upplever smärtan som invalidiserande. Såväl enskilda studier som en systematisk översikt (11) visar att det finns visst stöd för att graviditetsspecifika träningsprogram, stabiliserande övningar och vattengymnastik både kan förebygga och lindra rygg- och bäckensmärter under graviditet jämfört med sedvanlig mödrahälsovård, men fler och bättre designade studier behövs (11–14).

I en randomiserad kontrollerad studie som innehöll gruppträning (typ av träning, dos/mängd) 2 gånger per vecka under graviditeten sågs dock inte någon effekt på rygg- och bäckensmärter (15). När det gäller träning efter graviditeten har mycket god effekt visats både på smärta och funktion av ett program bestående av individuell fysioterapibehandling, stabiliserande övningar, ergonomi samt funktionella övningar (16) med ytterligare förbättrad effekt 2 år efter det att behandlingarna avslutats (17).

Rektusdiastas

I takt med att magen växer kan avståndet mellan de raka bukmuskulerna öka med utsträckning och förtunning av linea alba som följd, så kallad rektusdiastas. Incidensen under graviditet varierar mellan 66 och 100 procent i den tredje trimestern och kan vara upp till 53 procent direkt efter förlossning (18). Utifrån en systematisk översikt avseende studier på behandling och förebyggande av rektusdiastas under och efter graviditet kan konstateras att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av träning på rektusdiastas (18).

Dysfunktion i bäckenbotten och urinläckage

Graviditet och framför allt förlossning är riskfaktorer för utveckling av urininkontinens med potentiella skador på muskulatur, bindväv och perifera nerver (10). Tätare tömning av urinblåsan samt trängningar är vanligt under graviditet på grund av fostrets tryck. Förekomsten av urininkontinens varierar mellan 32 och 64 procent (19). Den vanligaste formen av urinläckage är stressinkontinens, det vill säga ofrivilligt urinläckage när man hostar, nyser eller är fysiskt aktiv (20, 21). Riskfaktorer är graviditet och vaginal förlossning, men urinläckage, speciellt stressinkontinens, är mycket vanlig hos fysiskt aktiva kvinnor även

före graviditet och förlossning. Tidigare urinläckage är en riskfaktor för läckage även efter förlossning.

Urininkontinens

I systematiska översikter med sammanlagt totalt 10 RCT-studier avseende träning av bäckenbottenmuskulaturen i förebyggande syfte eller som behandling av urinläckage under graviditeten konstaterades att gravida kvinnor som inte hade urinläckage när graviditeten inleddes löpte 30 procent lägre risk för att få urinläckage upp till 6 månader efter förlossningen (19, 22, 23). Även träning av bäckenbotten under graviditeten i syfte att förebygga urinläckage visade signifikant effekt (19).

Två stora norska RCT-studier med bäckenbottenträning under graviditeten på en grupp kvinnor både med och utan urinläckage vid starten visade signifikant reduktion av antalet kvinnor med läckage i träningsgruppen (24, 25). Slutsatsen från sju blandstudier (det vill säga studier som inkluderade både kvinnor med och utan urinläckage) var att det fanns en signifikant effekt av bäckenbottenträning under graviditet för denna grupp (19, 22).

Att påbörja bäckenbottenträning för kvinnor som har urinläckage 3 månader efter förlossning visade på cirka 40 procent mindre risk för urinläckage 12 månader efter förlossningen (19). Blandstudier efter förlossning är inte lika effektivt, vilket kan bero på att kontrollgruppen i många fall fått information och tränar bäckenbottenmuskulaturen (26).

Avföringsinkontinens

Avföringsinkontinens definieras som läckage av både hård och lös avföring samt luft (21). Nya fall av avföringsinkontinens som uppstår efter förlossning varierar mellan 26–38 procent 6 veckor till 6 månader efter förlossning. Diagnosen ställs med anamnes och kliniska tester (27). Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för bäckenbottenträning som tidig intervention vid behandling av avföringsinkontinens tillsammans med andra konservativa behandlingsmetoder (27) men det finns inte tillräcklig kunskap för att avgöra om det är skillnad i effekt mellan olika träningsprogram och träning med och utan biofeedback (28).

Underlivs prolaps

Underlivs prolaps innebär framfall av urinblåsa, tarm eller livmoder i slidan. Prevalensen av underlivs prolaps grad ≥ 2 , 3–6 månader efter förlossning varierar mellan 18 och 56 procent (29).

Liksom vid urinläckage diskuteras det om generell fysisk aktivitet och träning kan försvaga bäckenbotten och utgöra en riskfaktor för utveckling av underlivs prolaps. Det finns för närvarande åtta RCT-studier som visar reducerade symtom och/eller anatomisk förbättring av prolaps efter bäckenbottenträning hos medelålders kvinnor och i systematiska studier rekommenderas i dag bäckenbottenträning som första alternativ till behandling (23).

I en norsk RCT-studie visades att bäckenbottenträning hos medelålders kvinnor, förutom att leda till ökad muskelstyrka, även lyfte blåshals samt rectum, reducerade levator hiatus, ökade muskelstorleken samt minskade muskellängden, något som indikerar att sådan träning kan ha förebyggande effekt (30). Det finns endast en RCT publicerad avseende effekten av

förebyggande bäckenbottenträning och som behandling av underlivsprolaps efter förlossning och denna visade ingen effekt (31).

Övervikt och fetma

Över hela västvärlden ses en snabbt ökande andel gravida med övervikt eller fetma. I Sverige är i dag närmare 40 procent av gravida kvinnor överviktiga ($BMI \geq 25$) varav cirka 12 procent är feta ($BMI \geq 30$) vid inskrivning på mödravårdscentralen.

Övervikt och framför allt fetma hos mamman är förknippad med ökade risker för graviditetshypertoni, preeklampsi, graviditetsdiabetes, dödföddhet samt förlossningskomplikationer. Det föreligger också en ökad risk för att barnet föds stort för tiden, en liten men ändå signifikant ökad risk för missbildningar samt för neonatala komplikationer över huvud taget (32, 33).

Få kvinnor klarar av att behålla en viktnedgång på längre sikt om man dragit på sig övervikt. Det är därför viktigt att förebygga fetma genom att kontrollera viktökningen under graviditeten. Studier visar att cirka 25 procent inte klarar av att återgå till sin ursprungsvikt efter graviditeten, utan behåller en viktökning på cirka 5 kg (34).

I en svensk fall-kontrollstudie med 155 kvinnor sågs att gravida med fetma som deltog i ett program med motiverande samtal samt vattengymnastik 1–2 gånger per vecka ökade mindre i vikt under graviditeten jämfört med gravida med fetma som fick sedvanlig mödrahälsövård (35).

Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes drabbar cirka 1 procent av alla gravida i Sverige. Barn till kvinnor med graviditetsdiabetes har en ökad risk för makrosomi ($> 4\ 500$ g) och neonatala komplikationer. Kvinnor med graviditetsdiabetes har en ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes senare i livet, och risken är särskilt stor vid samtidig fetma och fysisk inaktivitet. I en Cochraneöversikt från 2012 innefattande fem RCT avseende effekten av fysisk aktivitet för att förebygga glukosintolerans eller graviditetsdiabetes sågs inga skillnader mellan kvinnor som var randomiserade till livsstilsintervention och träning (typ/dos), jämfört med sedvanlig graviditetsövervakning (36). Senare studier har trots vissa metodologiska tveksamheter visat att graviditetsdiabetes kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet tillsammans med ett minskat kaloriintag (5).

Psykisk ohälsa – depression och ångest

Under graviditeten sker stora biologiska, psykologiska och interpersonella förändringar hos de allra flesta. Perioder av oro och nedstämdhet är vanliga. För den som lider av en psykisk sjukdom eller som drabbas av detta under graviditeten eller efter förlossningen kan konsekvenserna för henne själv, fostret/barnet och familjen dock bli stora. En noggrann och så korrekt graviditetsövervakning som möjligt av dessa kvinnor ställer stora krav på mödrahälsovården som samordnare av multiprofessionella insatser.

Det viktigaste när det gäller psykisk ohälsa under graviditeten är att vara lyhörd för den gravida kvinnans symtom och önskemål samt att erbjuda adekvat behandling oavsett om detta innebär psykologisk eller farmakologisk behandling då obehandlad psykisk sjukdom kan leda

till allvarliga konsekvenser såväl för den gravida som för fostret/barnet (37). Det finns i dag allt tydligare bevis för att fysiskt aktiva personer löper mindre risk för att utveckla depression, och att träningsinterventioner är förknippade med betydande fördelar för patienter med milda till moderata former av depression och ångest (38, 39).

Sammanlagt har åtta experimentella studier identifierats, varav tre av god metodologisk kvalitet (40-42), där det i två av dessa (40, 42) visats på positiv effekt av regelbunden fysisk aktivitet under graviditeten med hänsyn till olika utfallsmål relaterade till mental hälsa, inklusive depression, självrapporterad hälsa samt livskvalitet. Det behövs mer forskning på området och framtida studier bör bland annat se närmare på effekten av träningsintervention före graviditeten och under den första trimestern samt effekten av olika typer av aktiviteter.

Preeklampsi/havandeskapsförgiftning

Resultaten i en Cochraneöversikt från 2006 med två randomiserade studier talar för att regelbunden träning av måttlig intensitet kan minska risken att drabbas av preeklampsi. Det krävs dock ytterligare studier för tydlig evidens (43).

Enligt en liten randomiserad studie från 2008 verkade stretchning/rörlighetsträning vara mer effektivt än ett promenadprogram med moderat intensitet när det gäller att reducera risken för preeklampsi (44).

Kontraindikationer/risker

Gravida bör inte ägna sig åt dykning av flera skäl. Förekomsten av illamående och kräkningar är hög vilket medför en större olycksrisk. Fostret är inte, bland annat beroende på ett öppetstående foramen ovale, skyddat mot de luftbubblor i mammans blod som kan bildas efter dykning (dykarsjuka). Dessutom finns det en risk för hyperoxiskador för fostret om det blir nödvändigt med övertrycksbehandling i tryckkammare. Kontaktsporter bör undvikas från 4–6 månaden.

Gravida kvinnor som ägnar sig åt idrotter med stor risk för fall, exempelvis utförsåkning, skridskoåkning, ishockey, redskapsgymnastik eller ridning, bör uppmärksammas om försämrad balans samt risken för fosterskada vid ett eventuellt fall.

Fysisk träning på hög höjd (> 2 500 meter) har visats medföra omdirigering av blod från moderkakan till musklerna. Teoretiskt kan det innebära en risk för att fostret får för lite syre. Därför behövs minst 4–5 dagars anpassning för att ställa om metabolismen.

Tävlingsidrott under graviditet kräver noggrann gemensam bedömning av ansvarig förlossningsläkare och ansvarig idrottsläkare. Regelbundna kontroller under graviditeten rekommenderas samt eventuellt ultraljudskontroller avseende fostrets tillväxt. Att särskilt beakta är vikten av tillräcklig vätske- och näringstillförsel samt risken för förhöjd kroppstemperatur. Tävlingsidrottare bör också informeras om att graviditeten kommer att medföra en minskad fysisk prestationsförmåga. För övriga kontraindikationer se kapitlet ”Kontraindikationer för fysisk aktivitet”.

Efter förlossningen

Fördelarna med fysisk aktivitet efter förlossningen inbegriper förutom ett allmänt ökat välbefinnande även att viktnedgången underlättas. Det finns även data som talar för att fysisk aktivitet efter förlossning leder till minskad risk för depression och ångest. Om graviditet och förlossning varit väsentligen normala kan aktiviteter som raska dagliga promenader, bäckenbottenträning och stretchning börja så gott som omedelbart efter förlossningen. Har däremot graviditeten eller förlossningen varit komplicerad bör den gravida kvinnan diskutera med sin fysioterapeut, barnmorska eller läkare vilken typ av aktivitet som lämpar sig bäst. En successiv återgång till de träningsnivåer kvinnan hade före graviditeten rekommenderas. Det är ofta lämpligt att avvakta till efterkontrollen 6–8 veckor efter förlossning.

Fysisk aktivitet på måttlig nivå påverkar inte amningen eller barnets tillväxt. Under amningsperioden är även tillräcklig vätske- och näringstillförsel viktigt att beakta.

Funktionstester/behov av hälsokontroll

Nedanstående tillstånd kräver en professionell medicinsk bedömning och rådgivning avseende huruvida det är lämpligt med fysisk träning under graviditet, typ av träning, belastning samt träningens omfattning (2):

1. Hjärtsjukdom
2. Icke utredd hjärtarytmi hos mamman
3. Restriktiv lungsjukdom
4. Kronisk bronkit
5. Dåligt kontrollerad hypertoni, thyreoideasjukdom, diabetes mellitus eller epilepsi
6. Anemi
7. Blödningar i 4–9 månaden
8. Preeklampsi eller graviditetsinducerad hypertoni
9. Prematura värkar
10. Intrauterin tillväxthämning
11. Cervixpåverkan/cerclage
12. Prematur vattenavgång
13. Tvillinggraviditet
14. Rökning > 20 cigaretter/dag
15. Ortopedisk sjukdom som begränsar rörelseförmågan
16. Morbid fetma (BMI > 40)
17. Undernäring eller ätstörning.

Varningssignaler då fysisk aktivitet bör avslutas och den gravida kvinnan kontakta kvinnosjukvården för en medicinsk bedömning (2):

1. Uttalad andfåddhet
2. Andfåddhet före träning
3. Uttalad trötthetskänsla
4. Huvudvärk
5. Bröstmärtor/tryck över bröstet
6. Yrsel
7. Uttalad buk- eller bäckensmärta

8. Smärtsamma sammandragningar eller prematura värkar
9. Vattenavgång
10. Vaginal blödning
11. Minskade fosterrörelser
12. Muskelsvaghet
13. Svullnad eller smärta i vader.

Referenser

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Exercise in pregnancy. Statement, 2006 January;4.
2. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med.* 2003;37:6-12.
3. Wolfe LA, Davies G. Canadian guidelines for exercise in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46:488-95.
4. Davies GAL, Wolfe LA, Mottola MF, et al. Joint SOGC/CSEP Clinical Practice Guideline: Exercise in pregnancy and the postpartum period. *Can J Appl Physiol.* 2003;28(3):329-41.
5. Artal R. The role of exercise in reducing the risks of gestational diabetes mellitus in obese women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Under publicering 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.05.013>
6. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD000180.
7. Salvesen KÅ, Stafne SN, Eggebø TM, et al. Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93:73-9.
8. American College of Sports Medicine. Guidelines for exercise testing and prescription. 7 uppl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
9. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17:794-819.
10. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP). Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13:575-89.
11. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, et al. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain. Randomised single blind controlled trial. *BMJ.* 2005;331:249-50.
12. Garshasbi A, Zadeh SF. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;88:271-5.
13. Pennick VE, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD001139.
14. Mørkved S, Salvesen KÅ, Schei B, et al. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol.* 2007;86:276-82.
15. Haakstad LAH, Bø K. The effect of a regular exercise program on pelvic girdle and low back pain in previously inactive pregnant women. *Rehab Med.* Under publicering 2014.
16. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, et al. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004A;29(4):351-9.
17. Stuge B, Veierød MB, Laerum E, et al. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29(10):E197-203.
18. Benjamin DR, van de Water ATM, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. *Physiotherapy.* 2013;130. doi: 10.1016/j.physio.2013.08.00

19. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10):CD007471.
20. Milsom I, Altman D, Cartwright R, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds). *Incontinence.* 5th edition. 2013. Committee 1: 15-107
21. Haylen, BT, De Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21:5-26.
22. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2014;48(4):299-310.
23. Moore K, Dumoulin C, Bradley C, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds). *Incontinence.* 5th edition. Committee 12: 1101-227.
24. Mørkved S, Bø K, Schei B, et al. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence. A single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003;101:313-9.
25. Stafne SN, Salvesen KÅ, Romundstad PR, et al. Does regular exercise during pregnancy influence lumbopelvic pain? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:552-9.
26. Hilde G, Stær-Jensen, Siafarikas F, et al. Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013;122:1238.
27. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(7):CD002111.
28. Bliss DZ, Mellgren A, Whitehead WE, et al. Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds). *Incontinence.* 5th edition. Committee 16; 1445-85.
29. Koelbl H, Igawa Ty, Salvatore S, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds). *Incontinence.* 5th edition. Committee 4: 261-359.
30. Brækken IH, Maijida M, Engh ME, et al. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2):317-24.
31. Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, et al. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse – a randomized trial of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* Epub 28 jun 2014.
32. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;103:219-24.
33. Cnattingius S, Bergström R, Lipworth L, et al. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 1998;338:147-52.
34. Mannan M, Doi SA, Mamun AA. Association between weight gain during pregnancy and postpartum weight retention and obesity: a bias-adjusted meta-analysis. *Nutr Rev.* 2013;71(6):343-52.
35. Claesson IM, Sydsjö G, Brynhildsen J, et al. Weight gain restriction for obese pregnant women. A case-control intervention study. *BJOG.* 2008;115:44-50.

36. Han S, Middleton P, Crowther CA. Exercise for pregnant women for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD009021.
37. Management of women with mental health issues during pregnancy and the postnatal period. Good Practice No. 14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011. www.rcog.org.uk/management-women-mental-health-issues-during-pregnancy-and-postnatal-period
38. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41(1):15-28.
39. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry.* 2008;62 Suppl 47:25-9.
40. Robledo-Colonia AF, Sandoval-Restrepo N, Mosquera-Valderrama YF, et al. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *J Physiother.* 2012;58(1):9-15.
41. Nascimento SL, Surita FG, Parpinelli MA, et al. The effect of an antenatal physical exercise programme on maternal/perinatal outcomes and quality of life in overweight and obese pregnant women: a randomised clinical trial. *BJOG.* 2011;118(12):1455-63.
42. Montoya Arizabaleta AV, Orozco BL, Aguilar de Plata AC, Mosquera EM, Ramirez-Velez R. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. *J Physiother* 2010;56(4):253-8.
43. Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD005942.
44. Yeo S, Davidge S, Ronis DL, Antonakos CL, Hayashi R, OLeary S. A comparison of walking versus stretching exercises to reduce the incidence of preeclampsia: a randomized clinical trial. *Hypertens Pregnancy.* 2008;27(2):113-30.