

***” Yes I’m diabetic, but I’m also just a normal person having their first experience of pregnancy. ”***

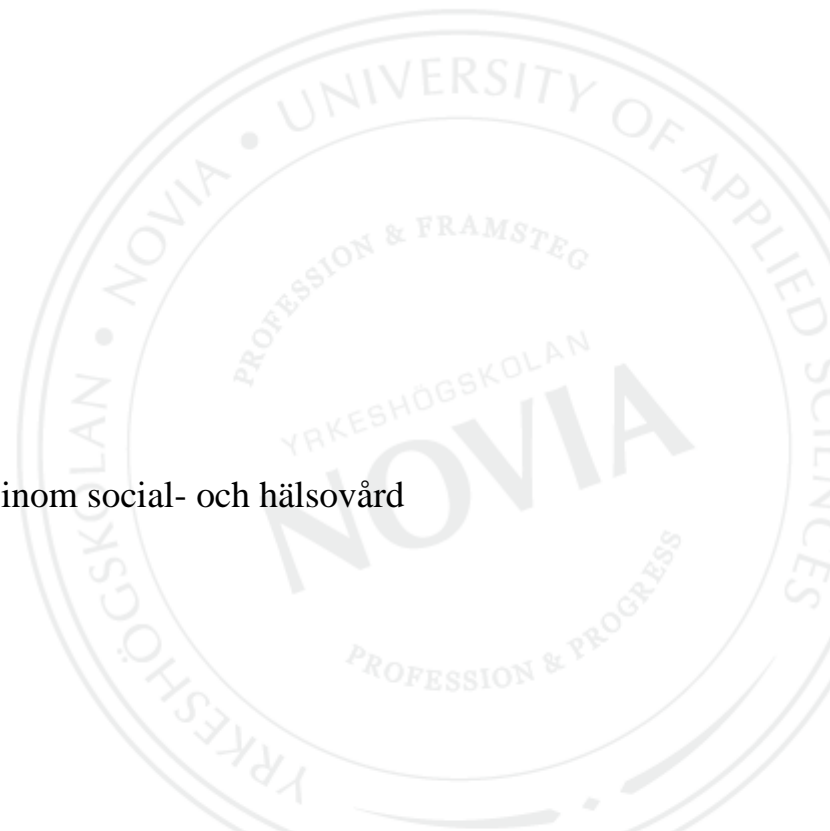
– en kvalitativ litteraturstudie om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning.

Sandra Saarimäki

Examensarbete för (YH) – examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Sandra Saarimäki

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: *"Yes i'm diabetic, but i'm also just a normal person having their first experience of pregnancy"*  
-en kvalitativ litteraturstudie om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning.

---

Datum November 2018

Sidantal 45

Bilagor 2

---

### Abstrakt

Syftet med detta examensarbete var att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning och utifrån detta utforska hur barnmorskan kan och bör stödja den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen, för att den gravida skall få den bästa möjliga vård. Målsättningen med examensarbetet var att sprida kunskap åt i första hand barnmorskor, om diabetes typ 1 och graviditet. Studiens frågeställningar var: Hur beskrivs stödet för den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen enligt ny forskning? Hur kan kvinnors egna upplevelser av diabetes och graviditet bidra till förbättringar i vården? Som teoretisk utgångspunkt används Marie Bergs modell som benämns: Genuint vårdande av det genuina. Studien är en kvalitativ litteraturstudie och en induktiv ansats har använts i analysen. Datamaterialet bestod av vetenskapliga artiklar vilka analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet tolkades mot tidigare forskning, bakgrunden och mot de teoretiska utgångspunkterna. I resultatet framkom det att kvinnorna kände både väl-, och illabefinnande under graviditeten som ofta var relaterat till vårdpersonalens inställning och stöd. Det framkommer både positiva och negativa upplevelser beroende på olika aspekter i vårdpersonalens bemötande, närvaro, professionalism och stöd. Vidare varierar kvinnornas egna upplevelser av sin diabetes och sin graviditet avsevärt. Bemötandet och relationen mellan kvinnan och vårdgivaren, samt vetskapen om riskerna vid diabetesgraviditet hos modern utgör förklaringar till delade upplevelser.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes, graviditet, stöd, välmående

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Sandra Saarimäki

Degree Programme: Midwifery, Vaasa

Supervisors: Maj-Helen Nyback

Title: *"Yes i'm diabetic, but i'm also just a normal person having their first experience of pregnancy"*

- A qualitative literature study about the experiences of female diabetics during pregnancy and labour.

---

Date november 2018

Number of pages 45

Appendices 2

---

### **Summary**

The purpose of this project was to investigate experiences during pregnancy and labour in female diabetics, and to understand how midwives could and should support the type 1 diabetic mother during these phases, in accordance with best practice. Furthermore, the aim was to primarily educate midwives about type 1 diabetes and pregnancy. The issues of the study were: How is the support during pregnancy and labour described in type 1 diabetic mothers, according to the latest research? How might the experiences of these women contribute to an increase in the quality of the care provided? Marie Berg's model, "Genuine care for the genuine", was used as a theoretical basis. The study was made in the fashion of a qualitative literature study. The data consisted of published scientific articles and was analyzed through inductive content analysis. The results were interpreted in line with earlier research, and the theoretical basis. The results indicated that women experienced both well-being and distress during pregnancy, assumingly related to the attitude and support of the care givers. Both positive and negative experiences were described, related to different aspects in treatment, emotinal presence, professionalism, and support. Futhermore, there seems to be significant variation of experiences related to both the diabetes and pregnancy among the women. These discrepancies could assumably be derived from the individual treatment and the relationship between care giver and patient, as well as the awereness of diabetes-associated complicatons during pregnancy and labour.

---

Language: Swedish

Key words: Diabetes, pregnancy, support, wellbeing

---

# Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställningar.....	2
3 Teoretiska utgångspunkter .....	2
3.1 Genuint vårdande av det genuina.....	3
3.1.2 Världighetsbevarande vårdrelation .....	3
3.1.3 Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv .....	4
3.1.4 Förkroppsligad kunskap .....	4
4 Teoretisk bakgrund .....	5
4.1 Typ 1 diabetes .....	5
4.2 Graviditetsdiabetes .....	6
4.3 Graviditetskomplikationer .....	8
Embryopati (missbildning) .....	8
Preeklampsi (hypertoni och signifikant proteinuri) .....	8
Prematuritet (för tidigt födda) .....	9
Makrosomi hos fostret.....	9
Hypoxi under diabetesgraviditet.....	9
Intrauterin fosterdöd (fostret dör före förlossning) .....	10
4.5 Typ 1 diabetes och graviditet .....	10
4.6 Välbefinnande under graviditeten .....	12
5 Metod .....	13
5.1 Systematisk litteraturstudie .....	14
5.1.1 Systematisk litteraturstudie – steg för steg .....	14
5.2 Kvalitativ innehållsanalys .....	15
5.3 Praktiskt genomförande.....	16
5.3.1 Datainsamling.....	16
5.3.2 Kriterier vid valet av studier .....	16
5.3.3 Tillvägagång vid analys av studierna .....	17
5.4 Forskningsetik .....	17
6 Resultat .....	18
6.1 Kvinnors upplevelse av sitt mående.....	18
6.1.1 Välbefinnande .....	19
6.1.2 Illabefinnande.....	19
6.2 Kunskap .....	20
6.2.1 Kvinnans kunskap.....	21
6.2.1 Professionellas kunskap .....	22
6.3 Stöd till kvinnan.....	23

6.3.1 Det professionella stödet .....	23
6.3.2 Lekmannastödet.....	25
6.3.3 Amningsstöd.....	25
6.4 Hantering av livssituation.....	26
6.4.1 Psykisk påverkan .....	27
6.4.2 Fysisk påverkan .....	28
7 Diskussion.....	29
7.1 Metoddiskussion .....	29
7.2 Resultatdiskussion.....	31
8 Slutledning.....	35
Källförteckning .....	36
Bilaga 1 - Litteratursökning	
Bilaga 2 - Resuméartikel	

## 1 Inledning

*"The fun aspects I suppose of being pregnant. Yes I'm diabetic, but I'm also just a normal person having their first experience of pregnancy. And I don't know how to change a nappy or breast-feed just like every- one else..."* (Woolley m.fl. s. 16)

I detta examensarbete kommer skribenten att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning. Utgående från detta utforskas barnmorskans och andra vårdgivares roll i arbetet att stödja och stärka en typ 1 diabetiker under graviditeten och förlossningen.

Jag har själv insulinberoende diabetes, vilket gör att temaområdet intresserar mig. Genom att fördjupa mig i de risker och komplikationer som associeras med diabetes under graviditet kan jag i min framtida roll som barnmorska få verktyg att vårda den gravida diabetikern på bästa sätt. Barnmorskan bör känna till den senaste forskningen för att på bästa sätt kunna bidra med råd och kunna ge den gravida diabetikern rätt vård.

I Finland finns det cirka 50 000 människor med typ 1 diabetes. När man insjuknar i typ 1 diabetes så utsöndrar inte kroppen hormonet insulin längre. Typ 1 diabetes är inget hinder för att skaffa barn. Det är dock väldigt viktigt att modern planerar sin graviditet från första början för att garantera de bästa förutsättningarna för både mamman och barnet. (Diabetesförbundet i Finland). Med typ 2 diabetes finns det cirka 300 000 personer i Finland. Typ 2 diabetes är oftast inte insulinberoende. I Sverige föds det 30 - 40 barn per år där mamman har typ 2 diabetes. Men detta ökar p.g.a. övervikt i allt yngre åldrar och invandring från länder med ökad förekomst av typ 2 diabetes i befolkningen. (Hansson, 2009, s. 149.)

Gravida delas oftast upp i två olika grupper. Den ena gruppen är de med diabetes före graviditeten, dit hör typ 1 diabetes som är insulinberoende och icke insulinberoende typ 2 diabetes. Till den andra gruppen hör de som får diabetes under graviditeten, som kallas graviditetsdiabetes. (Åberg, 2011, s.136)

När en kvinna med typ 1 diabetes blir gravid så innebär det risker och komplikationer för både mamman och barnet. Att få barn med tillväxthämning har en klart ökad risk, prematur förlossning är ungefär fyra gånger vanligare om man har diabetes. Vid misskött diabetes ligger det en ökad risk för prematurförlossning. En orsak har varit att man förr alltid skulle sätta igång förlossningen för kvinnor med typ 1 diabetes före beräknad tid. Därför är det

viktigt med ett bra teamarbete mellan barnmorska, läkare, obstetriker och diabetesteam och oftast sköts en kvinna med typ 1 diabetes på specialistmödravården under graviditeten. (Hansson, 2009, s.152 - 153). Det är väldigt viktigt att alla kvinnor med typ 1 diabetes är väl informerade om graviditet och vad allt det innebär och att graviditeterna planeras. Med god blodsockerkontroll i början och under graviditeten minskar man risken för allvarliga missbildningar hos barnet och tidiga missfall. (Hanson, 2008, s. 386)

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning. Utifrån detta utforska hur barnmorskan kan och bör stödja den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen, för att den gravida skall få den bästa vården som ny forskning beskriver.

Målsättningen är att examensarbetet ska kunna sprida kunskap åt i första hand barnmorskor, om diabetes typ 1 och graviditet. Barnmorskan ska kunna stöda och hjälpa den gravida kvinnan till en optimal graviditet så den gravida kvinnan ska få kunna njuta, eller åtminstone inte behöva lida av sin graviditet, trots diabetes typ 1.

Arbetet ska försöka besvara följande frågeställningar:

- Hur beskrivs stödet för den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen enligt ny forskning?
- Hur kan kvinnors egna upplevelser av diabetes och graviditet bidra till förbättringar i vården?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

I examensarbetet används en teori av Berg Marie. Teorin är en modell för barnmorskans vård av kvinnor med ökade risker. Modellen benämns *Genuint vårdande av det genuina*. Modellen handlar om att ge barnmorskor redskap att utveckla ett vårdande av god kvalitet. Denna teori har valts och kommer att användas som modell eftersom den passar ämnet graviditet och typ 1 diabetes.

I arbetet har en induktiv ansats använts i analysen. En induktiv ansats genererar teori och teorin kommer först i slutet av forskningsprocessen. Resultaten har som syfte att generera en teori eller utveckling av en teori som sedan diskuteras i arbetets diskussionsdel i relation till egna erfarenheter och tidigare forskning. (Henricson, 2012, s. 64–65)

### 3.1 Genuint vårdande av det genuina

Modellen består av tre delar: 1) *Värdighetsbevarande vårdrelation*, 2) *balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet*, 3) *förkroppsligad kunskap*.

Ordet *genuin* har betydelsen av äkta, naturlig, sann och oförfalskad. Med *genuint vårdande* menar man själva aktiviteten i vårdandet, det är ett sett att vara – hur man förhåller sig till saker och ting samt hur man gör det. (Berg, 2010, s.150)

#### 3.1.2 Värdighetsbevarande vårdrelation

I den kategorin ingår fem delar som alla är väldigt viktiga: Ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro. Alla dessa är viktiga för att skapa en bra relation mellan barnmorskan och kvinnan.

*Ömsesidigheten* visar sig när barnmorskan och kvinnan möts och börjar bygga upp en relation. Båda parterna måste vara öppna för varandra för att detta skall fungera. Barnmorskan måste se kvinnan och se när hon mår bra/dåligt. *Tillit* är något som går hand i hand med ömsesidighet. Här är det viktigt med barnmorskans tillit till kvinnan samt kvinnans tillit till barnmorskan. Förtroende är a och o här. Barnmorskan skall känna sig säker på det hon gör, visa sin professionella kompetens för att kvinnan skall känna sig trygg med barnmorskan och kunna lita på henne. Då vågar oftast kvinnan också öppna sig och visa vad hon känner, t.ex. glädje, sorg, oro. Samarbetet måste fungera. En kvinna med komplikationer och ökade risker under graviditeten och vid barnafödandet skall kunna *Dela ansvaret* med de professionella i vården trots att de är i behov av specialistvård. Kvinnan skall få känna sig delaktig i det som sker, men hon måste också kunna överlämna sig vid t.ex. ett akut kejsarsnitt. I ett värdigt vårdande krävs närvaro, *kontinuerlig närvaro* som Berg uttrycker sig. Det finns inte möjlighet till ständig fysisk närvaro av barnmorskan men kvinnan skall känna att barnmorskan är aktiv i kvinnans vård, hon skall inte behöva känna sig ensam, hon skall kunna känna att det alltid finns någon till hands om hon undrar över något. Det är inte bara fysisk närvaro som är nödvändigt även känslomässig närvaro. (Berg, 2010, s. 150–153)



### 3.1.3 Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv

Denna del beskriver hur barnmorskan ska hitta en balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet. Även vid barnafödande med ökade risker skall barnmorskan se det naturliga och stödja det normala. Kvinnor med diabetes vill också känna sig som en normal mamma och vill bli bemötta som vanliga barnafödande kvinnor. Det är där det kan uppstå konflikter mellan barnmorskan och läkaren. Barnmorskan vill främja det normala medan läkaren ser barnafödandet som en risk och har som målsättning att behandla komplikationer. Den stora utmaningen är att både se det sjuka och friska. Att stödja och främja det som är normalt och naturligt samtidigt som man måste se när det är nödvändigt med medicinsk behandling. Som barnmorska har man ett ansvar – man skall ge stöd och stödja kvinnan att växa in i moderskapet oavsett hur situationen ser ut. Gravida kvinnor med typ 1 diabetes är oftast oroliga för barnet och känner av att man inte räcker till föds. Speciellt kvinnor med typ 1 diabetes sätter väldigt tidigt barnet i första hand före sig själv. En kvinna uttryckte sig ”*Om det hade hänt barnet något och man dessutom visste att man medvetet hade slarvat, fy, jag hade inte kunnat förlåta mig själv...*” (Berg, 2010, s. 154–156)

### 3.1.4 Förkroppsligad kunskap

Som är den väsentliga delen för genuint vårdande. Den förkroppsligade kunskapen innehåller fem olika inslag. Att *vara äkta* är den första, att vara sig själv – att godkänna sin identitet. Att ha en god *teoretisk kunskap*, bakgrund och *praktisk erfarenhet* som man använder sig av. Barnmorskan skall kunna observera, följa med och se när något inte är normalt och sköta kvinnan enligt det. God kunskap ger en professionell säkerhet, som syns utåt och den förmedlar trygghet för kvinnan. *Reflektiv kunskap* hör också till den förkroppsligade kunskapen. Det är viktigt att kunna reflektera en situation tillsammans med sina kollegor, det kan vara över något som har hänt eller hur man planerar och skall gå tillväga vid en viss situation. Intuitiv kunskap utvecklas när barnmorskan möter kvinnan i en situation som kanske väcker en obehagskänsla för barnmorskan. Man kanske måste avgöra en kvinnas tillstånd, då behövs mod för att vara mottaglig, erfarenhet och att som barnmorska våga lita på den känslan, att allt inte är som det ska. (Berg, 2010, s. 153–154)

## 4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel kommer skribenten att beskriva typ 1 diabetes och graviditetsdiabetes för att läsaren skall få en bättre förståelse om vad som är skillnaden mellan typ 1 diabetes och graviditetsdiabetes. Skribenten kommer även att ta upp graviditetskomplikationer/risker vid diabetes, graviditetsövervakningen/vården och välbefinnandet under graviditeten hos en typ 1 diabetiker.

I Sverige har prevalensen av typ 1 och 2 diabetes under graviditet ökat och är ca 0,5 % för typ 1 diabetes och 0,1 % typ 2 diabetes. Typ 1 diabetes under graviditeten är associerat med ökad risk för olika komplikationer för både mamman och fostret. De flesta komplikationsrisker är associerade med kvinnans HbA1c i tidig graviditet. Ca 50 % av typ 1 diabetes graviditeter förlöses med kejsarsnitt, men om inga komplikationer tillstöter planeras för vaginal förlossning. (Jendle & Fadl, 2018)

### 4.1 Typ 1 diabetes

*”När diabetes griper tag är det för resten av livet.”*

Det är en stor omställning i livet när man blir diagnostiserad diabetes. Det kan vara svårt att hantera just då, men det viktiga är att hitta ett sätt att leva ett normalt liv tillsammans med diabetes som passar dig bäst. (diabetes.se)

Typ 1 diabetes är en ketosbenägen och insulinberoende diabetes. När man har sjukdomen diabetes är blodsockret förhöjt. Vid typ 1 diabetes är det bukspottkörtelns betaceller som förstörs helt och hållet och då producerar de inte heller insulin mera. Därför måste typ 1 diabetes alltid behandlas med insulin. Förekomsten av typ 1 diabetes i Finland är störst i hela världen. I typ 1 diabetes insjuknar man oftast redan i barndomen eller ungdomen, man kan inte förebygga typ 1 diabetes och i princip vem som helst kan insjukna i det. Men det finns en större risk att insjukna om t.ex. syskonen eller föräldrarna har diabetes. I Finland har cirka 10–15 % typ 1 diabetes. (kaypahoito.fi)

Grunden för diabetesbehandlingen är en hälsosam kost och motion, som även rekommenderas för övriga människor. När man gör upp målsättningarna för diabetesbehandlingen så görs de upp tillsammans med skötare/läkare och patienten. Alla mål är individuella för varje patient. Men de allmänna målsättningarna är: Ett fasteblodsockervärde under 7 mmol/l och ett värde under 8 - 10 mmol/l två timmar efter måltid när man själv mäter blodsockret. Blodtrycket skall vara på nivån 140/80 mmHg.

LDL-kolesterolet ("det dåliga kolesterolet") under 2,5 mmol/l. Man skall motionera regelbundet, hålla vikten i balans, helst inte röka och ha måttlig alkoholkonsumtion. (kaypahoito.fi)

Det finns ett flertal orsaker till att kvinnor med typ 1 diabetes skall ha planerade graviditeter. Det är viktigt att ha en god kontroll av plasmaglukos i början av graviditeten eftersom det minskar risken för missbildning eller spontan abort. (Stefanovic, Tikkanen, 2012)

För att ta ställning till vilka risker en graviditet medför är det bra före graviditeten kolla upp om kvinnan kan ha angiopati. Idag finns det möjlighet att behandla ögonbottenförändringar med laser före graviditeten och även under graviditeten. (diabetesliitto, 2012)

Sedan förståelsen för en noggrann blodglukoskontroll bland gravida spreds för 30–40 år sedan skedde en stor förbättring med minskning av framför allt intrauterin fosterdöd. Kvinnor med diabetes som idag föder barn har redan från sjukdomsdebuten haft en möjlighet till bättre behandling, vilket lett till att grav angiopati i ögonbottenarna och njurarna hos kvinnor i fertil ålder har minskat. (Hansson, 2009, s. 149–150)

Från 12:e graviditetsveckan brukar insulinbehovet öka allt mer. Och vid 32–36 graviditetsveckor brukar förändringarna vara som störst, och då är insulinbehovet som störst. Då är blodsockerkoncentrationen efter en måltid 1,5 gånger högre än normalt. Orsaken till detta beror på den förhöjda insulinresistensen som beror på hormonproduktionen i placenta, främst av tillväxthormon. Under de sista veckorna brukar behovet vara oförändrat eller också något mindre. (Åberg, 2011, s.136)

## 4.2 Graviditetsdiabetes

Kvinnor som har en sänkt förmåga för insulinproduktion kan utveckla graviditetsdiabetes p.g.a. att de riskerar att inte klara graviditetens ökade krav. Sjukdomen framträder oftast under trimester 3. Den kan antingen vara symtomlös eller ge törst- och trötthetssymptom som kan vara svåra att skilja från graviditetssymptom. (Åberg, 2011, s.139 - 140).

För att diagnostisera GDM (graviditetsdiabetes) görs ett 75g:s sockerbelastningsprov under två timmar. När sockerbelastningsprovet görs skall den gravida ha varit fastande 12 timmar och då mäts ett fasteglukosvärde till att börja med. Efter det dricker kvinnan en lösning som innehåller 75 g socker och blodsockret mäts 1 och 2 timmar efter det. Graviditetsdiabetes konstateras när det uppkommer ett avvikande/ ett högt blodsockervärde efter 2 timmar. Glukoskoncentrationens gränsvärden är: 5,3 mmol/l efter fastandet, 10.0 mmol/l efter 1

timme och 8.6 mmol/l efter 2 timmar från att man påbörjade sockerbelastningen. (Tiitinen, 2017).

Idag rekommenderas sockerbelastningen till den största delen av alla gravida. Sockerbelastningen görs för de gravida som har riskfaktorer för graviditetsdiabetes. T.ex. glukos förekommer i morgonurinen, övervikt (BMI över 25 kg/m<sup>2</sup>), om man är över 40 år, tidigare fött ett barn med en födelsevikt på 4500 g och makrosomi hos fostret. Provet görs oftast efter graviditetsvecka 28. De gravida som är mycket överviktiga, har tidigare haft graviditetsdiabetes eller har stark ärftlighet av diabetes i släkten, har en hög risk att insjukna i graviditetsdiabetes. Hos dem görs en sockerbelastning redan i graviditetsvecka 12 - 16. Sockerbelastningsprovet behöver inte utföras hos förstföderskor som är under 25 år och är normalviktiga (BMI under 25) och inte har diabetes typ 2 i släkten. Provet behöver inte utföras på en omföderska som är under 40 år, är normalviktig i början av graviditeten och har inte haft graviditetsdiabetes i tidigare graviditet eller makrosomi hos fostret. (Tiitinen, 2017).

Komplikationerna hos foster till kvinnor som har graviditetsdiabetes är små, men typerna är de samma som vid typ 1 och typ 2 diabetiker. I Finland har graviditetsdiabetes ökat de senaste åren. Enligt THL's statistik på sockerbelastningen år 2016, hade 17,4 % av de gravida avvikande värden och graviditetsdiabetes konstaterades hos 12,6 % av de gravida. Av alla gravida som var överviktiga hade 36% ett BMI över 25 och 13 % hade ett BMI över 30. (Tiitinen, 2017).

Det kan vara en chock att få beskedet diabetes för en gravid. Därför är det mycket viktigt med både muntlig och skriftlig information samt en noggrann information om vad allt detta innebär, hur man skall sköta sig och riskerna. (Åberg, 2011, s. 139 - 140). Kosten är a och o vid graviditetsdiabetes. Man bör se efter intaget av energimängden och målet för viktuppgång vid graviditeten är högst 7 - 8 kg. Den gravida får med sig hem en blodsockermätare och skall själv följa med blodsockret hemma. Blodsockret mäts före frukost och en timme efter frukost samt en timme efter huvudmål. Vid behov även före måltider. Blodsockret bör mätas 4 - 6 gånger i dygnet. Om behandlingens målvärde inte uppnås påbörjas behandling i tablettform eller insulinbehandling eller en kombination av dessa. Till var femte kvinna med graviditetsdiabetes måste man påbörja insulinbehandling. (Tiitinen, 2017)

Det finns en stor risk att insjukna i typ 2 diabetes i framtiden för de kvinnor som haft graviditetsdiabetes. Om man under graviditeten i sockerbelastningen haft två eller tre

avvikande värden är risken att insjukna i typ 2 diabetes 40 - 60 % under de följande 10 - 15 åren. Graviditetsdiabetes upphör nästan alltid efter förlossningen då insulinresistensen återgår till det normala. Därför rekommenderas det att efter graviditeten kontrollera sitt fasteglukosvärde varje år. Man kan minska risken att insjukna i typ 2 diabetes genom att motionera regelbundet, undvika att gå upp i vikt, äta hälsosamt och inte röka. (Åberg, 2011, s. 140 - 141; Tiitinen, 2017)

### 4.3 Graviditetskomplikationer

Diabetes är inget hinder för graviditet och barnafödande. Men en lyckad graviditet förutsätter en noggrann planering av graviditeten och en bra vårdnivå i början av graviditeten för att villkoren till en lyckad graviditet är de bästa möjliga för både barnet och mamman. Diabetes är en riskgraviditet och innebär en högre risk för komplikationer och problem i form av embryopati, preeklampsi, prematuritet, missfall, hypoxi under diabetesgraviditet, makrosomi hos fostret och intrauterin fosterdöd. (Paananen m.fl. 2015, s. 418 - 420; Diabetesliitto, 2017)

#### ***Embryopati (missbildning)***

För en kvinna med typ 1 diabetes är det känt att man har en 2 - 3 gånger större risk för att få ett barn med missbildningar. En dålig blodsockerkontroll och höga HbA1c värden i början på graviditeten ökar risken för missbildning samt tidig spontan abort. Eftersom det finns en risk redan vid mindre avvikelser i HbA1c värdet går det inte att ange något tröskelvärde för att inte det skall finnas någon risk. Hjärtmissbildning sägs vara den vanligaste och kan oftast diagnostiseras i vecka 17 - 18 med ultraljudsundersökning. Det är inte bara det förhöjda blodsockret som kan åstadkomma missbildningar, utan en orsak är ökade nivåer av fria syreradikaler vid en dålig blodsockerkontroll. De senaste åren har iallafall missbildningar hos barnen med en typ 1 diabetiker till mor minskat, det p.g.a. en förbättrad metabolisk kontroll. (Hansson, 2009, s.150)

#### ***Preeklampsi (hypertoni och signifikant proteinuri)***

Vid typ 1 diabetes förekommer preeklampsi 4 - 5 gånger oftare vid graviditet. Detta leder till ett ökat antal prematura förlossningar. Även här har tidigt i graviditeten mätta HbA1c värden betydelse för uppkomsten av preeklampsi. I en studie gjord i Finland kom man fram till att man kan förbättra kontrollen mätt som sänkt HbA1c före vecka 20, då minskar uppkomsten av preeklampsi. En bidragande faktor som kan öka uppkomst av preeklampsi hos typ 1 diabetiker kan vara endotelial dysfunktion. Patienter med angiopati, retinopati eller nefropati skall informeras om den ökade risken för preeklampsi som kan vara upp till 50 %

och även en risk för tidig födsel. Hos patienter med njurpåverkan strävar man till att blodtrycket skall vara under 140/90. Idag används även ACE-hämmare för att bibehålla njurfunktionen hos diabetiker. (Hanson, 2008, s. 383)

### ***Prematuritet (för tidigt födda)***

Vid diabetesgraviditet är prematur förlossning före 37 fullgångna graviditetsveckor cirka 4 gånger vanligare. Bidragande orsaken till dessa förlossningar är den ökande uppkomsten av preeklampsi. Det finns en koppling mellan blodsockerkontroll i den tredje timestern och spontan start av tidig förlossning. Man måste noggrant övervaka det kraftigt ökade insulinbehovet, ketoacidosis och kraftigt förhöjda blodsockernivåer. Insulindosen behöver ofta höjas ordentligt efter att man gett kortison och effekten kvarstår ungefär 2 - 3 dygn. (Hanson, 2008, s.384)

### ***Makrosomi hos fostret***

Hos fostret är glukos en viktig näringskälla. Glukos förflyttar sig över placentan och det innebär att fostret har glukosnivåer som följer moderns glukosnivåer.

Insulin är ett viktigt tillväxthormon för barnet i slutet på graviditeten och under de första levnadsåren. Redan i vecka 10 - 12 kan fostret bilda insulin men det är först i vecka 26 och framåt som den har någon betydelse. Insulin reglerar blodsockret och har en tillväxtstimulerande funktion. Vid en dåligt skött typ 1 diabetes förekommer höga glukosvärden och förhöjda nivåer av fettsyror, aminosyror och ketonkroppar i blodet. Dessa förhöjda nivåer leder till överproduktion av insulin hos fostret. Förhöjda insulinnivåer tillsammans med ökad näring via placenta resulterar i ökad fettlagring och ökad tillväxt i t.ex. inre organen som hjärta, tarmar och lever. Höga glukosnivåer medför att barnet blir Large-for-Gestational Age (LGA) och påvisar makrosomi hos fostret. Men trots att man har en bra blodsockerkontroll är det ändå vanligt med LGA barn. LGA barn är oftast omognare och kan i nyföddhetsperioden drabbas av hypoglykemi, matningssvårigheter, andningsstörningar, polyglobuli och hyperbilirubinemi. Eftersom dessa barn är för stora för tiden har de en annan kroppssammansättning än övriga barn och det ger en ökad risk för en traumatisk förlossning. (Hansson, 2009, s. 150 - 151)

### ***Hypoxi under diabetesgraviditet***

Kronisk hypoxi vid diabetesgraviditet är vanligare än vid icke-diabetisk graviditet. Det är vanligare med låg Apgar Score, acidosis i prov från navelartär och hotande fosterasfyxi. På grund av en hög asfyxi risk för barnen till diabetesmödrar särskilt om makrosomi föreligger, skall kontinuerlig fosterövervakning med CTG ske när förlossningen gått in i ett aktivt skede. På grund av hotande fosterasfyxi utförs även kejsarsnitt hos diabetesmödrar.

En dålig blodsockerkontroll vid graviditetsdiabetes och accelererad fetal tillväxt ökar risken för hypoxi hos fostret. (Hansson, 2009, s.151; Jendle & Fadl, 2018)

#### ***Intrauterin fosterdöd (fostret dör före förlossning)***

Intrauterin fosterdöd har minskat avsevärt de senaste 20 - 30 åren. Men vid typ 1 diabetes är det fortfarande 4 - 5 gånger högre än i bakgrundsbefolkningen. Orsakerna är ofta oklara vid intrauterin död. Det finns även brist på studier som skulle visa vad den bidragande orsaken skulle vara för att minska på intrauterin död. Men det som även nämns där är förbättrad blodglukoskontroll före och under graviditeten. Några bidragande orsaker kunde ändå vara, kronisk hypoxi som kan vara en faktor som kan förklara kopplingen mellan dålig blodsockerkontroll och intrauterin död. Hos LGA-barn ökar också risken om man jämför med de normalviktiga barnen och hjärthypertrofi, eftersom det är sammanslutet med dålig blodglukoskontroll. (Hanson, 2008, s. 384)

### 4.5 Typ 1 diabetes och graviditet

Enligt Bergs (2004) forskningsresultat visades det att bli gravid för dessa kvinnor var att få diabetes på nytt. Livet handlade enbart om att ständigt uppnå normala blodsockervärden och barnet ställde krav på att födas friskt. Kontrollen som man tidigare haft över sin kropp var som bort bläst. Blodsockret var en berg och dalbana och de var ofta låga. Att hela tiden påminnas om att den egna kroppen är en risk var tufft, kvinnan fick ta ett grymt ansvar och hela tiden växlades känslorna mellan oro, press och självförebåelse. (Berg, 2010, s.148)

Diabetes vid graviditet kräver en pre konceptionell rådgivning (rådgivning före graviditeten). Man bör även ordna en tid till inremedicin – och förlossningsläkarens mottagning så fort som möjligt efter att en graviditet har konstaterats. Det är då all energi skall ägnas åt att få blodsockret till en normal nivå p.g.a. de ökade riskerna för fostermissbildning och missfall som finns vid en dåligt kontrollerad diabetes. Det viktigaste under hela graviditeten för kvinnan är att mäta blodsockret flera gånger om dagen. Både före måltider och 1 timme efter måltider för att hålla koll på blodsockret. Målsättningen är att få ett fasteblodsockervärde mellan 3 - 6 mmol/l, och efter måltid skall det ligga under 8 mmol/l. Ett team på dietist, diabetesläkare, barnmorska och obstetriker skall samarbeta under hela graviditeten och sköta om kontrollerna gemensamt. (Åberg, 2011, s. 138; Klemetti m. flera. 2018) I denna situation är det viktigt med stöd och hjälp från professionella för att få hjälp med glukoskontrollerna och insulindoseringen. Under andra trimestern följs diabetikern på mödrarådgivningen allt från 1 gång i veckan till var fjärde vecka. Förutom att man följer upp glukosnivån mäter man blodtryck, kontrollerar proteinurin och fostrets tillväxtstörningar.

Vid ytterligare sjukdomar, dålig metabol kontroll eller avvikande tillväxt hos fostret förutsätter tätare uppföljning. (Klemetti, m. flera. 2018)

HbA1c kontrolleras på mödrapolikliniken en gång i månaden. Under graviditeten ska värdet enligt rekommendationer ligga under 42 - 47,5 mmol/mol (under 6,1 – 6,5 %). Men målen bör även justeras individuellt för att observera hypoglykemi-risken. Vid graviditetsvecka 8 - 16 kan behovet av insulin minska och hypoglykemitendensen öka. Under graviditeten ökar insulinresistensen och speciellt hyperglykemitendens efter måltider ökar. Insulinbehovet kan i slutet av graviditeten öka upp till 3 - 4 gånger dosen. Till gravida typ 1 diabetiker rekommenderas en kontinuerlig glukossensorering, med det kan man förbättra glukosnivån och perinatale resultat. Blodsockermätningar som mäts från fingret behöver man ta ca 10 gånger i dygnet, före måltider, en timme efter måltider och före läggdags. Vid insulindosering kan man använda sig av insulinpennor/sprutor eller insulinpump enligt hur den bästa metabola kontrollen uppnås på ett tryggt sätt. (Klemetti, m. flera. 2018).

Från graviditetsvecka 32 - 34 och framåt blir övervakningen tätare och fostrets mående följs med 1 - 2 gånger i veckan på mödrapolikliniken. (Klemetti, m. flera. 2018) Undersökningar som görs är t.ex.: *Ögonbottenundersökningar* – Helst skall man göra detta före graviditeten men även 2 - 3 gånger under graviditeten. Ifall retinalblödningar uppstår kan dessa behandlas med laser under graviditeten. *Ultraljudsundersökningar* – Första gången vid 18 graviditetsveckor. För att få syn på eventuell fostermissbildning. Ultraljudsundersökningar görs även senare vid. T.ex. Vecka 28, 32 och 36 för att följa upp tillväxten hos fostret. (Åberg, 2011, s. 138 - 139). I Finland görs det första ultraljudet i graviditetsvecka 11 - 13 för att säkerställa graviditetens längd och så man senare kan bedöma den relativa storleken på fostret. Fosterdiagnostik erbjuds även som vanligt i dessa graviditetsveckor. En avancerad ultraljudsundersökning görs i graviditetsvecka 20 - 21 och då fokuserar man i första hand på hjärtats struktur och byggnad. (Klemetti, m. Flera. 2018).

*Fosterdiagnostik* skall erbjudas som utförs vid 11 - 14 graviditetsveckor för att bedöma risken för om fostret har en eventuell kromosomavvikelse. Invasiva metoder som moderkaksprov och fostervattenprov innebär en liten risk för missfall men ger säker information. Samt en hel del med laboratorieundersökningar av HbA1c, njurfunktionsprover, urinodlingar och urinproteinbestämningar är viktigt under graviditeten. (Åberg, 2011, s.138 - 139)

Förlossningen kräver samarbete och god planering av flera inblandade. I Finland rekommenderar man att göra en förlossningsplan tillsammans med förlossnings- barn – och



inremedicinläkarna. Hos typ 1 diabetiker som är gravida görs 40 – 60 % enligt planerade kejsarsnitt eller brådskande kejsarsnitt. Det finns flera faktorer som tas i beaktande när man planerar en diabetikers förlossningssätt och datum för när förlossningen senast skall ske. Faktorer som tas i beaktande är måendet hos både föderskan och barnet, blodsockernivån hos föderskan, fostrets storlek och lungornas mognad hos fostret. Det är krävande att bedöma i vilka veckor en diabetiker borde föda i. Enligt brittiska riktlinjer rekommenderas att man sätter igång förlossningen eller gör kejsarsnitt senast i graviditetsvecka 38. Vid behov tidigare om metabol kontrollen är dålig eller graviditeten är komplicerande. Enligt amerikanska rekommendationer kan en okomplicerad graviditet för en diabetiker fortsätta till graviditetsvecka 39 - 40. Under förlossningen borde mamman sträva efter en plasmaglukos på 4 - 7 mmol/l, eftersom hyperglykemi hos mamman under förlossningen ökar neonatalhypoglykemi risken. Efter förlossningen kan en diabetiker amma sitt barn normalt, det är av nytta både för mamman och för barnets hälsa. Alla mödrar med diabetes under graviditet uppmuntras att amma, och hud-mot-hud direkt efter förlossningen eftersträvas. Hypoglykemi hos mamman kan förekomma mer under amningen. Därför är det viktigt att få bra hjälp och stöd vid amning, planering av kosten och att mamma fortsätter med täta blodsockerkontroller samt ser till så att hon får i sig tillräcklig med energi, kalcium och vätska. Blodsockret bör även kontrolleras under natten i anslutning till amning. Justering av insulindoser behövs ofta direkt efter förlossningen samt i anslutning till att bröstmjölkproduktionen kommer igång. (Åberg, 2011, s. 139; Paananen m. Flera. 2015, s. 420; Klemetti m. Flera. 2018; Jendle & Fadl, 2018.)

#### 4.6 Välbefinnande under graviditeten

Marie Berg och Karolina Linden lyfter fram i sin studie ” *Well-Being and Diabetes Management in Early Pregnant Women with Type 1 Diabetes Mellitus* ” (2016). Som är gjord i Sverige att kvinnor med typ 1 diabetes glädjande nog mår bättre än förväntat under graviditeten. Nästan nio av tio kvinnor i studien upplevde att de hade bra, mycket bra eller utmärkt hälsa. Välbefinnandet skattades som medelhögt och förmågan att hantera sin diabetes i dagligt liv skattades som relativt högt. Den stressnivå som kan relateras till deras sjukdom var låg. Studien lyfter fram att tidigare forskning visar att kvinnor med typ 1 diabetes har en tuff graviditet med mycket oro, stress och ångest för det väntande barnet och att det är en ständig kamp att uppnå normala blodglukosvärden och därmed minimera riskerna. I denna studie framkom även det att kvinnorna var trötta och att det kräver mycket energi åt att ständigt sträva efter normala blodglukosvärden. En viktig aspekt i vården av

dessa kvinnor var ett stödande tillvägagångssätt av vårdpersonalen. Detta ökar möjligheten att kunna hantera blodsockret bättre och även bidra till en bibehållen hög grad av välbefinnande under graviditeten. Vårdpersonalen bör komma ihåg att deras inställning kan påverka kvinnans erfarenhet av graviditeten.

Liknande resultat kommer Jean M. Lawrence (2011) fram till i sin artikel *Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations*. Han lyfter tydligt fram hur viktig vårdpersonalens roll är i dessa fall. Idag ökar graviditeterna med graviditetsdiabetes och diabetes typ 1 och 2. Det är därför viktigt att vårdpersonalen är medveten om att psykologiska responsen och förväntningar kan påverkas under och efter graviditeten hos kvinnor med diabetes. Hur kvinnan kan reagera kan dock variera beroende på om de har graviditetsdiabetes eller diabetes typ 1 och 2, ålder, socialklass, etnicitet och tillgång till specialhälsovård. Kvinnans uppfattning om att ha diabetes påverkas även av erfarenhet under tidigare graviditeter, samspelet med vårdpersonalen och kunskapen om vikten av förebyggande vård. Detta kan påverka kvinnan med diabetes vid nästa graviditet att söka professionell vård i ett tidigt skede, t.ex. vid planering av graviditet. I studiens resultat framkommer även att kvinnorna vill ha en mer normaliserad graviditetserfarenhet med större fokus på barnen, eftersom man många gånger lägger större fokus på blodsockervärden hos gravida kvinnor med diabetes.

## 5 Metod

I följande kapitel beskrivs hur undersökningen genomförs. Studien har ett kvalitativt närmelsesätt. En kvalitativ studie har valts för att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning. Utgående från detta utforskas barnmorskans och andra vårdgivares roll i arbetet att stödja och stärka en typ 1 diabetiker under graviditeten och förlossningen.

Ny forskning har använts som datamaterial, bestående av vetenskapliga artiklar vilka sammanfattats i en resuméartikel. Datamaterialet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys.

## 5.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie ska uppfylla högre krav på tillförlitligheten än en översikt baserad på vad författaren känner till. Den ska vara systematisk med tydliga inklusions- och kvalitetskriterier. För att man skall kunna göra en systematisk litteraturstudie är det viktigt att man har tillräckligt med studier som innehåller god kvalitet och fokusera på aktuell forskning inom det valda området. För att studierna ska kunna användas som underlag för bedömningar och slutsatser. En systematisk litteraturstudie ska följa vissa riktlinjer. Dit hör: en preciserad fråga, en redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att få fram den relevanta litteraturen samt strategier för sökning och kvalitetsgranskning, systematisk sökning efter all adekvat litteratur för den fråga som används, en tabell från de studier som har inkluderats, en sammanvägning av resultaten och en bedömning av hur hållbara resultaten är. Dessa riktlinjer ska minimera riskerna för att slumpen eller godtyckligheten påverkar slutsatserna. En systematisk litteraturstudie som är bra gjord ger läsaren möjlighet att bedöma trovärdigheten i slutsatserna. (Rosén, 2012, s. 431–432; Forsberg & Wengström, 2015, s. 26–30)

### 5.1.1 Systematisk litteraturstudie – steg för steg

En systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteraturen inom det valda ämnet. I den första fasen är det viktigt att noggrant ange de väsentligaste frågorna. Formulera frågan så att den kan besvaras med data från adekvata studier. Vidare ska inklusions- och exklusionskriterier specificeras. Sökstrategin modifieras och upprepas i flera olika databaser för att få den bästa tänkbara sökningen och fånga in så många relevanta studier som möjligt. En titel- och abstraktslista används för litteratursökningen som utgör arbetsmaterialet för den första granskningen. Vid litteratursökningen väljs studier ut efter inklusions- och exklusionskriterier. De värderas och väljs ut i två steg, först görs en grovsällning med hjälp av abstrakt och sen väljer man ut relevanta studier för sitt arbete baserat på fulltextartiklar som bedöms kunna besvara syftet och frågeställningarna. Vidare bedöms de valda studierna i fulltext med avseende på inklusions- och exklusionskriterier. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30; Rosén, 2012, s. 434–437)

När studierna är utvalda sammanställs de först i en tabell. Därefter görs en syntes, texten skrivs och slutsatserna formuleras. Med hjälp av tabellerna blir det lättare för läsaren att kunna bedöma tillförlitligheten av slutsatserna och tabellerna ska även ge information om

referens, frågeställning, urval, metod, kvalitet och resultat. Vidare sammanställs och vägs resultaten ihop från de inkluderade kvalitativa studierna. (Rosén, 2012, s. 439)

## 5.2 Kvalitativ innehållsanalys

I en kvalitativ forskning kan beskrivningen, analysen och tolkningen vara en stor utmaning. Det betyder att man skall arbeta med stora mängder data som man måste minska volymen på och se det väsentligaste i och uppfatta lika mönster samt göra arbetet förståeligt. Efter att man sen organiserat upp all data skall man kunna presentera kärnan i resultatet. Grunden i en innehållsanalys kännetecknas av att man ordnar upp data stegvis och på ett systematiskt sätt för att man lättare skall kunna urskilja olika teman och mönster. Med detta strävar man till att beskriva speciella företeelser. Det är viktigt att skapa en meningsfull grundstruktur. Om man inte har en struktur i det arbetet och i slutresultatet blir litteraturstudiens resultat oförklarligt och otillförlitligt för läsaren. (Forsberg & Wengström, 2008, s. 149–150; Granskär & Höglund- Nielsen, 2008, s. 180–182).

Vid en studie med kvalitativ innehållsanalys krävs det ett syfte som inbegriper en fråga, ett mönster för studien och planering av alla steg i datainsamlingen och val av analysform. Inom innehållsanalys finns flera analysmetoder som kan användas. Analyserna kan göras induktivt genom att utgå från innehållet i texten eller så kan den göras deduktivt utifrån en bestämd teori eller modell (Hsieh & Shannon, 2006). Valet av metod är avgörande för valet av analysform. Vid kvalitativ innehållsanalys beskrivs eller tolkas innehållet mer djupgående. En analys som tolkas är också beskrivande, tolkningen av text i innehållsanalys kan göras på olika nivåer, djup och abstraktion. För att innehållsanalys som metod ska ha en hög tillförlitlighet krävs det av forskaren att redovisa stegen i analysen tydligt, som vidare ska gå att verifieras i framkomna resultat. Samt att forskaren är kritisk mot sig själv genom att tänka igenom sin egen utbildning och erfarenhet inom området samt i övrigt om sina kunskaper om kvalitativa metoder. (Danielson, 2012, s. 335–342)

I resultatet bör det finnas en beskrivning och ett belysande exempel för det syfte som studien avser. Resultatet bör även presenteras så att det följer en röd tråd så att man kan binda samman slutresultatet på ett rimligt sätt. Resultatet bör slutligen diskuteras, det kan göras mot lämplig teori för att öka djupet i studien. (Danielson, 2012, s. 340)

## 5.3 Praktiskt genomförande

Nedan beskrivs det praktiska utförandet av examensarbetet. Här beskrivs vägen från litteratursökningen till analys av litteraturen och sammanställning av ett resultat. När resultatet har sammanställts diskuteras det mot de teoretiska utgångspunkterna som har använts i arbetet.

### 5.3.1 Datainsamling

De frågeställningar som examensarbetet ska försöka besvara är hur beskrivs stödet för den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen enligt ny forskning? Och hur kan kvinnors egna upplevelser av diabetes och graviditet bidra till förbättringar i vården? Utifrån detta har lämpliga forskningar sökts. Forskningarna har söktes i databaserna i CINAHL with full text (EBSCO), PubMed samt Terveysportti i augusti - oktober 2018. Sökorden som användes i databaserna var: Type 1 diabetes, diabetes type 1, diabetes 1, diabetes, pregnancy, raskaus, delivery, childbirth, labour, intrapartum, management, peripartum, care, healthcare, information, midwife, midwife's role, Terese Bondas, Marie Berg, Christina Furskog Risa. Bilaga (bilaga 1) hittas i examensarbetet över hur litteratursökningen genomförts.

Studierna har valts på basen av relevanta studier som bedöms kunna besvara syftet och frågeställningarna. Abstrakten i studierna lästes under litteratursökningen och studierna vars abstrakt ansågs vara relevanta lästes i full-text. Av dessa valdes 9 studier ut utgående från inklusions- och exklusionskriterier. I bilaga 2 i examensarbete hittas en resumé där materialet har sammanställts.

### 5.3.2 Kriterier vid valet av studier

Nedan anges de inklusions- och exklusionskriterierna som använts vid val av artiklar som ingår i studien.

Inklusionskriterierna i litteratursökningen var att studierna först och främst skulle innehålla material som berör frågeställningarna och på det viset kunna ge svar på mina frågeställningar i examensarbetet. Alla studier skulle finnas åtkomliga i full-text och vara förhandsgranskade. Språket skulle vara svenska, finska eller engelska och forskningarna skulle vara publicerade mellan 2008 - 2018. En studie från år 2000 togs med i arbetet. Forskningsmaterialet som inkluderas är gjort i olika länder.

Exklusionskriterierna i litteratursökningen var att studier inte innehöll tillräckligt med givande material för frågeställningarna eller som inte alls berörde frågeställningarna. Språket var något annat än svenska, finska eller engelska. Artiklarna fanns inte åtkomliga i full-text och var inte förhandsgranskade. Forskningar som var publicerade före år 2008 togs inte med.

### 5.3.3 Tillvägagång vid analys av studierna

För att få en så trovärdig studie som möjligt bör analysprocessen beskrivas noggrant och stegen ska redovisas tydligt i analysen. Vilka sedan ska gå att verifiera i framkomna resultat. (Danielson, 2012, s. 334 - 336). I detta arbete används en induktiv ansats i analysen genom att utgå från innehållet i texten. Sammantaget ska hela analysen besvara det syfte som studien har.

Efter att relevanta artiklar valts ut utgående från inklusions- och exklusionskriterierna påbörjades analysen. Artiklarna lästes flera gånger och väsentliga data som framkommer i resultat- och diskussionsdelen markerades och plockades ur. Data med liknande innebörd samlades ihop och kategoriserades. Kategorier skapades först som beskriver innebörden i resultatet. Efter detta skapades underkategorier av data med liknande innebörd.

Kategorierna är: Kvinnors upplevelse av sitt mående, kunskap, stöd till kvinnan och hantering av livssituation. Sedan sammanställdes resultatet (se kapitel 6).

## 5.4 Forskningsetik

Forskningsetik är etiska överväganden som görs före och under utförandet av ett vetenskapligt arbete.

Alla forskningsfrågor och ämnen har etiska konsekvenser. För att man skall kunna kalla sitt arbete för etiskt måste man ta hänsyn till några synpunkter: Studien skall handla om väsentliga frågor, den skall ha god vetenskaplig kvalitet samt att arbetet skall genomföras på ett etiskt sätt. Syftet och forskningsfrågan skall kunna åstadkomma mer kunskap till samhället, professionen eller till en viss individ. Därför är det viktigt att studera något som har betydelse och är till nytta för samhället, som kan komma till godo och ge fina resultat för någon grupp. (Kjellström, 2012, s. 70 - 77)

Innan man gör en systematisk litteraturstudie bör alltid etiska överväganden göras. Fusk och ohederlighet får inte förekomma när man forskar. Med fusk avses stöld eller plagiat av data, förvrängning av forskningsprocessen, fabricering av data eller ohederlighet mot anslagsgivare. Det är viktigt att alla artiklar som är med i studien redovisas och att alla

resultat presenteras, även fast de inte stöder teorin. Det är oetiskt att bara välja ut de artiklar som stöder skribentens egna åsikter. (Forsberg & Wengström, 2008, s. 77)

I detta examensarbete kommer trovärdiga artiklar användas. Vidare kommer ett etiskt förhållningssätt att eftersträvas. Skribenten har stor kunskap och erfarenhet av diabetes men kommer förhålla sig opartisk och ta med resultat som stöder teorin samt resultat som inte stöder teorin för att få ett resultat som förhoppningsvis kan komma till nytta för barnmorskor. Skrivanvisningar samt noggrann källhänvisning kommer att följas.

## 6 Resultat

Nedan presenteras resultatet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet presenteras i kategorier och underkategorier. Kategorierna är: **Kvinnors upplevelse av sitt mående** med underkategorierna: *Välbefinnande och illabefinnande*. **Kunskap** med underkategorierna: *kvinnans kunskap och professionellas kunskap*. **Stöd till kvinnan** med underkategorierna: *det professionella stödet, lekmannastödet och amningsstöd*. **Hantering av livssituation** med underkategorierna: *psykisk påverkan och fysisk påverkan*. Underkategorierna är markerade med fet och kursiv stil i resultatet.

### 6.1 Kvinnors upplevelse av sitt mående

I den litteratur som granskats verkar kvinnors mående vara relaterat till vårdpersonalens inställning och stöd. Det framkommer både positiva och negativa upplevelser beroende på olika aspekter i vårdpersonalens bemötande, professionalism och stöd. Vidare verkar kvinnornas egna upplevelser av sin diabetes och sin graviditet variera avsevärt. Detta verkar dels kunna härröra från mötet och bemötandet mellan patient och vårdgivare, samt dels kunna bero på vetskapen om riskerna vid diabetesgraviditet hos modern.

Processen att bli mamma kännetecknas av överväldigande förändringar, konstant lärande och en återuppbyggnad av sig själv, inklusive känslor av förlust och ensamhet. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

Kvinnor med typ 1 diabetes upplever en graviditetstid som liknar den normala graviditetsresan, men dessa kvinnor möter även på utmaningar och större risker både fysiskt och för den mentala hälsan. (Edwards m.fl. 2016) Resultaten visar att mödrar med typ 1-diabetes är mycket utsatta på grund av utmaningarna av deras diabetes och livsförvandlingsprocessen att bli mamma. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

Bland många negativa erfarenheter och upplevelser under förlossningen beskrev även kvinnorna positiva upplevelser. Detta var när smärtlindringen var tillräcklig, när stödet var stort både från barnmorskan och partnern, när man i förlossningssalen fick ett rum och en säng. ” *A sense that the birth was progressing provided energy. “It [the bearing down] was the best phase of the whole delivery because then something was happening... it was an act that I could do myself.”* (Nilsson m.fl. 2010)

### **6.1.1 Välbefinnande**

Mentala hälsan och känslomässigt välbefinnande lyfts starkt fram i flera studier. Att bli gravid och ha typ 1 diabetes är för de flesta kvinnor en stor omställning i livet. Det skapade många gånger känslor som oro från början av graviditeten som ökade ytterligare efter förlossningen. (Edwards m.fl.2016)

*“The fun aspects I suppose of being pregnant. Yes I’m diabetic, but I’m also just a normal person having their first experience of pregnancy. And I don’t know how to change a nappy or breast-feed just like every- one else...”* (Woolley m.fl. s. 16)

Linden m.fl. (2016) beskriver i sin studie att majoriteten av kvinnorna upplevde välbefinnandet utmärkt eller bra under graviditeten. Förmågan att självförsörja sig i diabetesvården var positivt korrelerad med den självupplevda hälsan och välbefinnandet. Kvinnorna upplevde uttalad trötthet och minskad energi utöver de vanliga graviditetssymtomen. Detta kan förklaras av att ständigt sträva efter utmärkt glukosnivå. Kraven på den stränga diabeteshantering kunde kompenseras av glädjen att vara gravid.

Kvinnorna uppskattade att bli behandlade både som en vanlig gravid kvinna och som en moder med behov av specifik diabetesrelaterad kompetens. (Berg & Sparud-Lundin, 2009)

### **6.1.2 Illabefinnande**

Hur kvinnorna upplevde måendet under graviditeten uttrycktes olika. Kvinnorna kände negativa känslor som stress, oro för framtiden och ångest för barnets hälsa. Dessa negativa känslor utgjordes bland annat av oro för ökad fostertillväxt och neonatala komplikationer. Kombinationen av förändringar i sin diabeteshantering, brist på förståelse, graviditetsbesvär och trötthet bidrog till ett dåligt humör för många av de gravida kvinnorna med diabetes. (Edwards m.fl. 2016; Berg & Sparud-Lundin, 2009) Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen glömde bort att de var gravida eftersom all fokus låg på diabetes. De uttryckte känslan av att de var diabetiker som hade blivit mammor, snarare än mammor med diabetes. Detta speglade



en självbild av att vara annorlunda och med andra behov än mammor utan diabetes. Att ha det medicinska tillståndet av diabetes och även vara gravid kan vara en skrämmande och oroande tid för kvinnan och för hennes familj. En stark önskan för de flesta kvinnor var en önskan om en normal graviditet och ett friskt barn. De önskade att de också kunde uppleva den ”normala graviditeten” och få uppleva den som en trevlig tid i livet. (Woolley m.fl. 2014) Att ha en stark önskan om en ”vanlig” förlossning där kvinnan inte behövde oroa sig och tvivla på sina förmågor att föda barn beskriver även kvinnor med förlossningsrädsla. (Nilsson m.fl. 2010)

Efter förlossningen upplevdes känslor som misslyckande och sorg hos kvinnorna om de inte kunde amma. Eller efter en tid tog beslutet att sluta amma på grund av sina egna hälsoskäl, det ansågs vara ett nederlag eftersom de flesta kvinnorna faktiskt ville amma och försökte få det att fungera. (Carlsson m.fl. 2017)

Ofullständiga förlossningsupplevelser samt känslor av tomhet och ensamhet uttryckte även kvinnorna med förlossningsrädsla. De upplevde att de inte var viktiga i processen och ansåg att deras kropp var icke-funktionell och att den gav upp. Detta kan associeras med de psykologiska begreppen trauma och dissociation. (Nilsson m.fl. 2010)

Att inte ha kontroll över situationen, att vara beroende av teknisk utrustning och känslan av att barnmorskan inte tog hänsyn till kvinnans individuella behov, gjorde att kvinnorna kände sig förvirrade, osäkra och ”uteslutna från förlossningen”. De kände att de blev offer för smärta, trötthet och ångest. De höll andan och kämpade mot sammandragningar. *”I was too exhausted, was lacking in nourishment and sleep and had severe pain all the time, which made it impossible to rest or eat anything and ev- erything was so confused. . . stressful.”* (Nilsson m.fl. 2010. s. 303). Att vara i stort behov av hjälp men inte veta vad man ska göra för att få hjälp, beskrivs som en väldigt ensam upplevelse av kvinnorna. Dessa tidigare negativa förlossningsupplevelser lämnade kvar som ärr i deras sinnen, vilket utspelade sig i form av rädsla, ångest över barnet, ensamhet, sorg och misstro för barnomsorg. (Nilsson m.fl. 2010)

## 6.2 Kunskap

Professionell kompetens var avgörande för att hantera diabetes vid graviditet och förlossning. I allmänhet uppskattades denna kompetens även om uppmärksamheten o fokuset ibland riktades på endast en specifik sak. (Berg & Sparud-Lundin, 2009)

*"All the other stuff is important and it's got to be discussed and monitored but to just have a bit more of a balance." - 'I've lived with dia-betes for 20 odd years. I know it ... whereas I've never been pregnant before...' (Woolley m.fl. 2014, s. 16)*

### **6.2.1 Kvinnans kunskap**

Människor med typ 1 diabetes är experter på sin sjukdom och att hantera den. De är ofta så kallade "kontrollfreaks" som känner ett behov av att själv övervaka blodsockernivån och kontrollera insulinjusteringar eftersom det ger dem en känsla av kontroll och säkerhet. Detta resulterar i olika åsikter vid förlossningen. Vissa kvinnor vill själv ansvara för blodsockernivån och insulinet eftersom det ger dem en känsla av kontroll medan andra känner sig övergivna och vill koncentrera sig på förlossningsprocessen genom att vara befriad från att själv ha ansvar för sin diabetes. (Linden m.fl. 2016; Berg & Sparud-Lundin, 2009)

*"I'm a bit of a control freak so I'd rather do it myself and know what's going on. To check my level and know what it means instead of having to explain to a lot of people and all that kerfuffle" (Berg & Sparud-Lundin, 2009. s. 5)*

En del av kvinnorna upplevde att de själva förstod sin diabetes bäst och kände att de inte behövde få råd och hjälp om diabetes under graviditeten av vårdpersonal. Detta upplevdes dock av kvinnorna som att det inte accepterades från vårdpersonalens sida. Användning av existerande kunskap och sökandet av ny kunskap var högst under graviditeten bland kvinnorna. De ville veta vad som händer i deras kropp och få ny kunskap om diabetes och hantering av den under graviditeten. En av studierna indikerade att kvinnorna hellre sökte informell pre-graviditetrådgivning från andra källor än från vårdpersonal på grund av tidigare negativa erfarenheter och uppfattningar om hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa källor kunde vara andra gravida kvinnor i liknande situationer. (Edwards m.fl. 2016)

Woolley m.fl. (2014) beskriver i sin studie att kvinnorna upplevde att kunskapen och informationen från de professionella inte alltid var tydlig. Detta resulterade i att en del av kvinnorna använde sig av internet som informationskälla. Barnmorskorna upplevdes ibland som att de var frånvarande vilket ledde till att kvinnorna kände att vården var dålig eller obefintlig.

*" And you notice real quickly, whether it's at the delivery ward or in some other health care situation, when they give you that kind of answer. Then you give up, you don't ask any more questions, you work it out yourself. " (Sparud-Lundin & Berg, 2011. s. 6)*

Kvinnorna uttryckte brist på kunskap om hur amning påverkade diabetes och diabeteshantering. De hade gärna varit mer förberedda för amningssituationen efter förlossningen, särskilt när de fick sitt första barn. (Carlsson m.fl. 2017)

*” The first time I nursed, my blood sugar dropped really low. I didn’t know about that—no one had told me that it takes so much energy that you get low blood sugar. I was, like, living on bananas to get my blood sugar up, all the time. ”* (Carlsson m.fl. 2017. s. 5)

### **6.2.1 Professionellas kunskap**

Kvinnor med typ 1 diabetes i fertil ålder bör informeras om de ökade riskerna i samband med graviditet. Tidig rådgivning, graviditetsplanering, god glukoskontroll och ett mångsidigt tillvägagångssätt före och under graviditeten kan förbättra graviditetsresultaten för kvinnor med typ 1 diabetes. (Feldman & Brown, 2016)

Gravida kvinnor med typ 1 diabetes kräver ett team som bör omfatta diabetesläkare, obstetriker, barnmorska, neonatolog/barnläkare, dietist, diabetessjuksköterska och kvinnans partner för sin vård. (Feldman & Brown, 2016)

Vården och informationen kvinnorna får om diabetes och graviditet varierar mycket både före och under graviditeten. Även hur man har fått informationen och hur vårdpersonalen har poängterat vikten av god glukoskontroll och en planerad graviditet påverkade kvinnorna. (Berg & Sparud-Lundin, 2009)

Målet med förebyggande behandling för kvinnor med diabetes är att uppnå en stabil och god nivå av blodsockret som förhindrar fostrets missbildningar tidigt under graviditeten. Vårdpersonalen i teamet bör ge information och vägledning till kvinnan och kvinnor med diabetes måste övervakas och förses med utbildning och stöd för att främja optimal glukosnivå. I det stora hela är det ändå kvinnan som måste ta ansvaret för sin hälsa för att uppnå ett bra resultat. Bra samarbete bland alla i teamet lyfts fram i studien och man bör tillsammans sätta upp en plan för fortsatt diet- och blodglukoskontroll, öka fostrets övervakning med hjälp av ultraljud och senare bestämma tidpunkt för förlossning. (Avery, 200) Kvinnorna ansåg ändå att det var barnmorskan som var mittpunkten som länkade samman olika specialiteter. (Woolley m.fl. 2014)

Eftersom kvinnorna var väl förtroga med hanteringen av sin diabetes, gav det dem mod att ta initiativ eller att uttrycka missnöje med vården vid eventuella brister. Detta verkade stödjäs av deras erfarenhet av intensivt, kontinuerligt och professionellt stöd under graviditeten. Många kvinnorna hade noterat en generellt hög kompetens om diabetes bland

vårdpersonalen. Men det fanns även de kvinnor som hade upplevt otillräcklig yrkeskompetens, felaktig hantering eller ingen vård alls. Det kunde t.ex. handla om att inte få svar på sina frågor, vilket leder till att kvinnan måste fungera som sin egen expert. Vidare hade några kvinnor dragit den slutsatsen att det inte fanns några riktlinjer för behandling av gravida kvinnor med diabetes. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Berg & Sparud-Lundin, 2009)

Vårdpersonal bör bedöma kvinnas potentiella hinder för amning och ge stöd för att öka möjligheten att amma hos dessa kvinnor. Vårdpersonalen bör även hindra onödigt separation mellan mor och barn om det inte är nödvändigt pga. medicinsk behandling. Detta kan förbättra amningen inklusive förlänga tiden vid tidig hudkontakt. (Feldman & Brown, 2016).

I flera studier framkommer det att kvinnorna upplevde bristande kommunikationen mellan de olika specialiteterna under graviditeten och efter förlossningen. Kvinnorna uttryckte att det var ofta oklart vem som var ansvarig för vad. Detta resulterade i att kvinnorna fick fungera som budbärare mellan instanserna. De fick rapportera om uppföljning och behandling som hade utförts eller planerats. Detta gav ofta gravida kvinnorna mera frågor än svar. (Woolley, m.fl. 2014, Sparud-Lundin & Berg, 2011; Berg & Sparud-Lundin, 2009)

*” Telling my story ... I think was a big thing. Every time I met a new professional I had to explain. An’ it irritated me after a while, ’cos I thought “Read the notes before you walk into the room to see me” (Woolley m.fl. 2014 s. 16)*

*“It was like you had to run around with a lot of papers. And like I, with no training in any health care profession, was expected to know which tests were to be taken at which week. That isn't easy.” (Berg & Sparud-Lundin, 2009. s. 5)*

## 6.3 Stöd till kvinnan

Kvinnorna ansåg att de genom utbildning och stöd av professionell vårdpersonal var beredda för sin graviditet och de kände sig mer säkra och mindre stressade. Det är många gånger en fysisk och psykisk börda för kvinnor med diabetes att komma överens med deras tillstånd och kan därför behöva mer psykologiskt och emotionellt stöd under graviditetsresan. (Woolley m.fl. 2014)

### 6.3.1 Det professionella stödet

I flera studier beskriver kvinnorna med typ 1 diabetes att de är i behov av ett större professionellt stöd under graviditeten. Vårdpersonalens inställning påverkade i viss mån

kvinnans erfarenhet av graviditeten. Ett stödjande tillvägagångssätt kan hjälpa kvinnorna att underlätta en positiv övergång till moderskap. (Linden m.fl. 2016)

Kvinnorna förväntade sig och accepterade i hög utsträckning läkemedelsbehandling under graviditeten. Framförallt uppskattades undersökningar av fostrets hälsotillstånd. Vid förlossningen accepterade de även stödet och vården de fick men kvinnorna var oroliga att inte kunna ha kontroll över sin hälsa under förlossningen. Många av kvinnorna var ute efter bekräftelse, försäkran och normalisering av tidigare erfarenheter. Stödet från professionella vårdgivare under graviditeten och tidigt moderskap behöver balansera riskinformation med redogörelser för positiva erfarenheter. För att minska oro och ångest hos de gravida typ 1 diabetikerna bör professionella se till att kvinnans egna erfarenhet och historia i förhållande till deras diabetes är respekterad. (Edwards m.fl.2016)

Kvinnorna uppskattade stöd, individualiserad vård, vårdpersonal som var lättillgängliga när frågor och problem uppstod under graviditeten. Aktiva barnmorskor som gav tydlig information, peppade, motiverade, hjälpte till med andningen, gav råd om olika kroppsställningar och lämplig smärtlindring uppskattades under förlossningen. Det gav kvinnorna energi, välbefinnande och möjligheten att delta och vila en stund. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Woolley m.fl. 2014; Nilsson m.fl. 2010).

I Berg & Sparud-Lundins (2009) studie kände sig kvinnorna prioriterade av vårdgivarna under graviditeten jämfört med vanlig diabetesvård, både när det gäller tillgång, kompetens och uppmärksamhet. Ett professionellt stöd innebar ett etablerat, pålitligt förhållande mellan båda parter. Dock upplevde mödrarna emellertid misstro till vården, en otillräcklig och ibland frånvarande diabetesvård efter förlossningen. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Woolley m.fl. 2014; Berg & Sparud-Lundin, 2009)

Nilsson m.fl. (2010) beskriver i sin studie liknande känslor och upplevelser hos kvinnor med förlossningsrädsla. Där uttryckte kvinnorna negativa erfarenheter av förlossningen och en känsla av att barnmorskan inte var närvarande. Att vara närvarande innebar för kvinnorna att ha en barnmorska som var stödjande, tillgänglig, hade tro på kvinnans förmåga att föda barn och som fanns där för henne. Kvinnorna kände att de inte fick det stöd de behövde t.ex. engagemang och uppmuntran. Istället kände de att de blev offer för smärta, trötthet och ångest. De höll andan och kämpade mot sammandragningarna. (Nilsson m.fl. 2010)

*” My body didn't know what to do, although you've constantly been told that you only have to follow your body's cues, the body knows how to give birth, the baby knows what will happen, the body*

*knows what to do . . . This was something not completely normal or natural*". (Nilsson m.fl. 2010. s. 303)

Woolley m.fl. (2014) lyfter fram i sin studie att vårdpersonalen borde ompröva tillvägagångssättet att vårda hos dessa kvinnor. De borde utnyttja varje enskild kvinnas färdigheter till full styrka och potential och hjälpa till att tillhandahålla en positiv, balanserad vård för att försöka normalisera graviditeten och upplevelsen så långt som möjligt.

### **6.3.2 Lekmannastödet**

I vissa fall upplevde kvinnorna att deras partner inte kunde förstå vad de gick igenom under denna tid. Kontakt och samvaro med andra i liknande situationer inklusive partnern, vänner, familjen och barnet var betydelsefulla för kvinnorna. (Edwards m.fl. 2016; Sparud-Lundin & Berg, 2011.)

*"I don't know what is going on. I feel very depressed, crying a lot. I just feel I have no-one to talk to or understand. My husband is there but I feel he can't really understand what it's like to know that this isn't going away ever "* (Edwards m.fl. 2016, s. 197)

Stöd från barnets far / partnern som var tvungen att i stor utsträckning anpassa sig till livet enligt kvinnans diabetes var mycket avgörande för att hantera det dagliga livet med en nyfödd, diabetes och amningsproblem. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

Kvinnorna uttryckte en ständig känsla av att vara annorlunda än andra mammor. Ingen förstod deras speciella situation. Att dela erfarenheter och ha kontakt med personer i liknande situationer ansågs vara viktigt och betydelsefullt för kvinnorna. Man fick diskutera och lösa diabetesrelaterade problem, t.ex. hur man hanterar blodsockernivåer, insulindoser, trötthet samt att stödja och hjälpa varandra i tidigt moderskap. Det underlättade och förbättrade kvinnornas förmåga att utföra diabeteshantering. De kände igen sig i andras vardagliga problem och bekymmer och de fick bekräftat att det var normalt att uppleva och känna så. De fick även bekräftat att de inte var ensamma. De kände sig inkluderade som en av många andra som delade samma erfarenhet. (Carlsson m.fl. 2017; Berg & Sparud-Lundin, 2009)

### **6.3.3 Amningsstöd**

Amningen tycktes vara en kamp. Mödrarna var medvetna om behovet av tidig matning för att undvika hypoglykemi hos barnet. I vissa fall började problemen strax efter födseln och var relaterade till att de flesta barn behövde extra matning och ibland intravenöst

glukosdropp. Detta kunde påverka barnets förmåga att suga. Att inte kunna etablera amning eller inte ha bröstmjolk gav kvinnorna känslor av skuld, otillräcklighet och ökad stress. Mödrarna önskade ett mer individuellt amningsstöd av vårdpersonalen eftersom de upplevde att amningsstödet är otillräckligt. Utöver detta önskades mer kommunikation om amningen mellan professionella i olika miljöer som t.ex. BB och neonatalavdelningen. (Sparud-Ludin & Berg, 2011; Carlsson m.fl. 2017)

Amningen var även relaterad till frekventa episoder av hypoglykemi hos modern. En mamma uttryckte sig att hon inte trodde det var värt att kämpa med amningen och att hon upplevde att hon ”fick sitt liv tillbaka” när hon gav upp amningen.

För andra kunde förmågan att amma vara en positiv erfarenhet. Detta inkluderade uttryck av tacksamhet och ibland förvåning över hur bra amningen i slutändan fungerade efter att ha kämpat ett tag. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

*” The midwives at the maternity ward are wonderful, because I had no problem with them kind of grab- bing hold of my breast and showing me. I thought their take-charge attitude was great, because I wanted some real help ”* (Sparud-Lundin & Berg, s.6)

För många av kvinnorna var amningen väldigt viktig. Trots instabila glukosvärden, ökad insulinkänslighet, viktminskning och andra hinder efter födseln, var amningen självklar för kvinnorna och deras drivkraft var stor. De kämpade för att få det att fungera trots de hinder de stod inför. Detta kunde vara ett sätt att balansera skulden för att ibland vara tvungen att ta hand om sina egna behov före barnets. Minskad stress och bättre humör identifierades när amningen fungerade. Tiden för hur länge man ammade sitt barn var kortare hos kvinnor med typ 1 diabetes som troligen beror på komplikationer hos både mor och barn efter födseln. Det var ibland svårt för kvinnorna att prioritera sin egen hälsa och välbefinnande i förhållande till kraven på amningen vilket i vissa fall kunde vara orsaken till att amning avslutades. Kvinnorna med diabetes behöver utan tvekan mer omfattande stöd och uppmuntran från vårdpersonal och anhöriga för att initiera och bibehålla amningen. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Feldman & Brown, 2016; Avery, 2000; Carlsson m.fl. 2017.)

#### 6.4 Hantering av livssituation

Kvinnorna måste anpassa sig till moderskapet som även omfattade hantering och problemlösning i det nya livet som en mamma och anpassning av diabeteshantering i den nya livssituationen. Det upplevdes som en komplicerad period som innehöll både psykisk och fysisk påfrestning, i form av kroppsförändringar, problem med amning och hantering av

blodsockernivåer. Man fick vara känslig för nya kroppsliga tecken samt lära känna kroppen igen. Kroppsförändringen var förvirrande och ledde till att diabetes upplevdes som okänd. (Carlsson m.fl. 2017)

#### **6.4.1 Psykisk påverkan**

Kvinnorna upplevde det som en kamp att balansera diabeteshantering mot andra aspekter som livet, arbete, familj, socialt liv och senare det egna barnet och dess behov. Att ta hand om sig själv och att prioritera diabeteshantering varierade väsentligt under graviditeten och straxt efter förlossningen. (Edwards, m.fl. 2016; Carlsson m.fl. 2017)

Det fanns även kvinnor som uttryckte att graviditeten blev en vändpunkt i deras liv. Livsstilen förändrades och man började ta bättre hand om sig, sköta om sin diabetes och leva hälsosamt. De var tvungna att acceptera sin diabetes. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Carlsson m.fl. 2017)

*” I didn’t take care of it, diabetes at all. But once I had children, it became very important, because it wasn’t just about me, anymore. ”* (Carlsson m.fl. 2017. s. 3)

Hur väl kvinnorna hanterade sin diabetes påverkades hur de kände under graviditeten och tidigare erfarenheter. För att förbereda sig för en eventuell graviditet ville en del av kvinnorna arbeta med sin känsla av personlig kontroll. Under planeringen och graviditeten prioriterades diabetes och att uppnå en god vårdbalans medan man i postnatalfasen inte prioriterade sin diabetes så högt. Trots att man ständigt ville övervaka blodsockret efter förlossningen för att inte äventyra förmågan att ta hand om barnet upplevde kvinnorna även brist på motivation för att upprätthålla den strikta glukoskontrollen som utövades under graviditeten. Kvinnorna kände att de äntligen fick lite avkoppling. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Edwards m.fl. 2016)

*”You’ve been so obsessed with your blood sugar levels during those nine months, so when the baby is born you just think, oh, I’ll just check my sugar for the sake of checking but I don’t really care what the darn meter says....and then it takes a while before you can take it in, what does the little display really say? So you don’t really give a damn about it.”* (Sparud-Lundin & Berg, 2011. s. 6)

Vidare kunde vårdpersonal på förlossningsavdelningen bidra till känslor av sårbarhet hos kvinnan om hennes diabetes inte uppmärksammades, utan allt fokus lades på barnets behov. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

*”You’re both a new mom and you have diabetes too. You’re lonely, vulnerable and fragile, just like any new mom. And then you have this disease, so you need another type of, more intense support*



*from someone who knows about both diabetes and being a new mom.” (Sparud-Lundin & Berg, s. 4)*

#### **6.4.2 Fysisk påverkan**

Under graviditeten är det täta glukoskontroller som gäller och det är viktigt att försöka hålla en så stabil nivå som möjligt. Insulindoserna varierar under graviditeten, i början av graviditeten är många tvungen att öka insulindoserna medan man i andra trimestern kan få minska på doserna och igen i slutet av graviditeten öka insulindoserna. (Feldman & Brown, 2016) Även fast graviditeten upplevdes olika och var utmanande och det ständigt krävdes täta glukoskontroller och justering av insulindoser var drivkraften för att orka och kämpa ändå barnets välbefinnande. (Berg & Sparud-Lundin, 2009)

Hypoglykemi, speciellt efter förlossningen tas upp som en viktig faktor i många studier. Kvinnorna var oroliga och rädda över att få hypoglykemi och förmågan att kunna ta hand om sitt barn. I värsta fall kan hypoglykemi orsaka medvetlöshet och riskera både den egna och barnets hälsa. (Edwards m.fl. 2016; Carlsson m.fl. 2017) Stora kroppsliga förändringar med oväntade fysiska reaktioner och en känsla av osäkerhet i det dagliga livet blev aktuella. Glukosvärden upplevdes vara i obalans och kunde gå från mycket höga till extremt låga nivåer. Detta ledde till minskad energi, känslor av ett oförutsägbart och osäkert dagligt liv när man var ensam med barnet. (Sparud-Lundin & Berg, 2011)

*” But after having my baby the wheels fell off and my control went a bit crazy. I was either hypoing or having highs ” (Edwards m.fl. 2016. s. 196)*

Olika strategier för att hantera situationen beskrevs. T.ex. minskning av mängden insulin som var den vanligaste åtgärden medan andra kunde vara tvungen att öka dosen. Det var en stor justering för kvinnorna eftersom man under graviditeten måste öka så mycket på insulinet och vid förlossningen och efteråt sänka dosen ordentligt. Detta gjorde att blodsockernivåerna fluktuerade snabbt. På sjukhuset upplevde kvinnorna att det var svårt med kolhydraträkningen och tvingades många gånger gissa innehållet i sina måltider, vilket gjorde det svårt med insulinjusteringen. (Sparud-Lundin & Berg 2011; Woolley m.fl. 2014; Carlsson m.fl. 2017).

Trots att planering av det dagliga livet i enlighet med diabetes var en självklarhet så var det en ny erfarenhet att behöva förbereda sig för amningstillfällen för att undvika hypoglykemi. Man placerade ut sötsaker och juice på lämpliga ställen för att snabbt få i sig socker under amningen. Flera av mammorna kände starkt behov av att ständigt övervaka och kontrollera

blodsockret för att inte äventyra förmågan att ta hand om barnet. Ibland kände kvinnorna att de måste prioritera sina egna diabetesrelaterade behov före barnets behov. Att ständigt planera och prioritera saker och ting var relaterade till känslor av ständiga krav och dålig självkänsla. Det var även väldigt tids- och energiförbrukande för många av kvinnorna. (Sparud-Lundin & Berg, 2011; Carlsson m.fl. 2017)

## 7 Diskussion

Nedan presenteras metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen granskas trovärdigheten av arbetet. Skribenten kommer att diskutera hur studien har utförts och arbetets styrkor och svagheter.

I resultatdiskussionen diskuteras resultatet som jämförs mot tidigare forskning och bakgrunden och speglas mot teoretiska utgångspunkter.

### 7.1 Metoddiskussion

Till följande görs en kritisk granskning av arbetet. Nedan granskar skribenten trovärdigheten av urval, datainsamling och dataanalys i sitt arbete. Skribenten kommer att vara självkritisk och reflektera över styrkor och brister som finns i examensarbetet och föreslå vad som kunde ha gjorts annorlunda i arbetet. Henricsons bok om vetenskaplig teori och metod (2012) används som stöd i processen.

Trovärdighet innebär att författaren ska övertyga läsaren om att skapad kunskap är rimlig och att resultatet äger giltighet. Ett examensarbetets trovärdighet ökar när det finns en tydlig forskningsanknytning, problemformulering och ett tydligt syfte som kan besvaras med vald metod. Det är viktigt att påpeka att litteraturen som bearbetas ska vara vetenskapligt publicerade texter, eftersom ett examensarbete som har forskningsanknytning ofta bedöms vara av god kvalitet. Att vara påläst inom ämnet kan bli ett problem vid analysen. Det betyder att det kan finnas en risk att tanke, minne och öga söker sig till sådant som redan är bekant. Fenomenet som studeras i arbetet bör ändå vara väldefinierat för forskaren eftersom det ökar trovärdigheten och pålitligheten i arbetet. För att tydliggöra och bedöma i vilken utsträckning forskarens egna tankar och erfarenheter kan ha påverkat tolkningen av resultatet kan ”peer debriefing” användas. Detta betyder att forskaren reflekterar resultatet tillsammans med kollega eller att en kollega läser materialet. Detta kan stärka trovärdighet och pålitlighet. För att öka bekräftelsebarheten i examensarbetet är det väsentligt att redogöra för vilka urvalskriterier som har använts. Inklusions- och exklusionskriterier ska redovisas på ett

tydligt sätt. En viktig faktor för att bedöma en studies trovärdighet är att ställa sig frågan om lämplig metod är vald för att ge svar på studiens syfte och frågeställningar. För att öka möjligheten att senare överföra resultatet till andra grupper eller situationer är det viktigt att beskriva analysprocessen noggrant. Ett långvarigt engagemang är många gånger en förutsättning för att forskaren ska förstå sammanhanget och därmed framkommer en djup och trovärdig information. (Wallengren & Henricson, 2012, s. 487 - 492; Petersson & Lindskov, 2012. s. 298 - 299)

Syftet med studien var att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning. Utifrån detta utforska hur barnmorskan kan och bör stödja den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen, för att den gravida skall få den bästa vården som ny forskning beskriver. Studiens frågeställningar lyder: Hur beskrivs stödet för den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen enligt ny forskning? Hur kan kvinnors egna upplevelser av diabetes och graviditet bidra till förbättringar i vården?

Ämnet i studien valdes p.g.a. intresse och för att skribenten själv har typ 1 diabetes samt att jag själv ville ha mera kunskap och förståelse om gravida med diabetes. Syftet och frågeställningarna har ändrats under studiens gång. Initialt var frågeställningen: ”Hur barnmorskan kan och bör stödja en typ 1 diabetiker under graviditeten och förlossningen?” De artiklar som ingick i denna litteraturstudie behandlade dock inte rutiner och föreskrifter hur barnmorskor bör arbeta och stödja diabetiker. Dock gav artiklarna insyn i mödrarnas perspektiv och upplevelser, och såldes ändrades utgångspunkten till att utforska dessa. Fakta om diabetes och graviditet, kända komplikationer och behandlingsföreskrifter presenteras i bakgrunden som anses vara relevant och kan relateras till syftet. Informationen i bakgrunden ger även läsaren en djupare kunskap och bättre förståelse om diabetes och graviditet.

Begränsningar i studien utgjordes av brist på forskning utförd på finländska kvinnor. Således kan resultatet ej helt och hållet generaliseras på denna grupp. Dock var flera studier gjorda i Sverige och man kan således anta att vården ser hyfsat lika ut. Eftersom de huvudsakliga inklusionskriterierna var att använda sig av kvalitativa artiklar publicerade mellan år 2008–2018, var antalet existerande artiklar begränsat. Merparten av forskningen på området är av kvantitativ typ. Således kan resultatdelen tyckas något tunn, eftersom de inkluderade artiklarna är relativt få. Därmed gjordes ett avsteg från inklusionskriterierna där en studie publicerade år 2000 inkluderades. Denna studie tangerade ämnet och bedömdes relevant för resultatet. Dock kan trovärdigheten till följd av detta, i viss mån ifrågasättas.

Vidare har kvalitativa studier givetvis sina inneboende begränsningar, Enkät- och intervjubaserade studier har sina begränsningar då resultaten ej kan bedömas objektivt, utan ger en subjektiv bild av den undersökta upplevelser. Detta gör det svårt att dra några slutsatser av kvalitativ forskning då det kan finnas många påverkande faktorer som ej undersöks överhuvudtaget. Som teori- och hypotesbildande är dock kvalitativa studier ett visst värde.

En systematisk litteraturstudie har gjorts. Vetenskapliga artiklar har använts vid datainsamling och en induktiv ansats har använts som metod vid analysprocessen. Valet av metod ansågs vara ett bra val p.g.a. att kategorier och underkategorier var enkla att lyfta fram med hjälp av analysmetoden. Metoden passade även mitt arbete eftersom litteraturmaterialet inte var så stort och med hjälp av analysmetoden fick skribenten fram det viktigaste och väsentligaste ur artiklarna. Detta genomfördes på ett så opartiskt sätt som möjligt, för att utforska den hela bilden som kvinnornas upplevelser gav.

Vidare valdes några citat ut för att konkretisera budskapen som sammantaget kunde extraheras från de granskade studierna. Citaten kunde bidra till att kvinnornas upplevelser känns personliga och därmed bidra till ökad förståelse för de studerade upplevelserna.

Skribenten anser att valet av teoretiker var lämpligt. I Marie Bergs teori, som är en modell för barnmorskans vård av kvinnor med ökade risker. Poängterar hon hur viktigt det är att skapa en god relation mellan barnmorskan och kvinnan, visa kontinuerlig närvaro och hitta en balans mellan det naturliga och medicinska perspektivet även vid riskgraviditeter och därmed stödja och främja det naturliga. Detta var även något som kvinnorna specifikt upplevde, kände och poängterade i artiklarna.

## 7.2 Resultatdiskussion

Nedan tolkas resultatet i arbetet mot bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. Som teoretisk utgångspunkt används en modell som benämns ”Genuint vårdande av det genuina” av Marie Berg.

Syftet med studien var att söka förståelse och ny kunskap om kvinnliga diabetikers upplevelser av graviditet och förlossning. Utifrån detta utforska hur barnmorskan kan och bör stödja den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen, för att den gravida skall få den bästa möjliga vård och få njuta av sin graviditet. Frågeställningarna var följande: *Hur beskrivs stödet för den gravida kvinnan med typ 1*

*diabetes under graviditeten och förlossningen enligt ny forskning? Hur kan kvinnors egna upplevelser av diabetes och graviditet bidra till förbättringar i vården?*

Teorin som valts till arbetet är en modell av vårdteoretikern Marie Berg som benämns *Genuint vårdande av genuina*. Modellen består av tre delar: *Värdighetsbevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet och förkroppsligad kunskap*.

Modellen handlar om att ge barnmorskor redskap att utveckla ett vårdande av god kvalitet. Teorin beskriver hur viktigt det är med tillit och ömsesidighet vid det första mötet mellan kvinnan och barnmorskan för att bygga upp en vårdrelation. Barnmorskan bör ha en god teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet, det ger en professionell säkerhet som får kvinnan att känna sig trygg och delaktig i vården. I ett värdigt vårdande krävs närvaro uttrycker sig Berg i sin teori. Det finns inte möjlighet till ständig fysisk närvaro av barnmorskan men kvinnan ska få känna känslomässig närvaro. Barnmorskan bör även våga möta kvinnan i en obekvämlig situation när något inte är normalt och kunna sköta kvinnan enligt det. Vilket betyder att barnmorskan ska hitta en balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet. Att stödja och främja det som är normalt och naturligt samtidigt som man måste se när det är nödvändigt med medicinsk behandling. Som barnmorska ska man stödja kvinnan att växa in i moderskapet oavsett hur situationen ser ut. Hos gravida kvinnor med typ 1 diabetes kan detta vara en stor utmaning. (Berg, 2010, s. 150–156). Denna teori syftar på barnmorskans roll och hur barnmorskan kan och bör stödja kvinnan även vid riskgraviditeter. Detta kan relateras till mitt syfte och frågeställningarna i arbetet och därmed anser skribenten att teorin är passande till arbetet. I resultatet framkom det både positiva och negativa upplevelser hos kvinnorna under graviditeten och förlossningen, beroende på olika aspekter i vårdpersonalens bemötande, professionalism, kunskap och stöd. Bemötandet och relationen mellan kvinnan och vårdgivaren utgör sannolikt delvis förklaringen till dessa delade upplevelser.

I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde det som en kamp att balansera diabeteshanteringen mot andra aspekter som livet, arbete, familj, socialt liv och senare det egna barnet och dess behov. Det upplevdes som en stor omställning i livet att bli gravid och ha diabetes.

Trots att graviditeten upplevdes olika såg en del graviditeten som en vändpunkt i livet p.g.a. att livsstilen ändrade och man började ta hand om sig själv på ett bättre sätt. I det stora hela ansågs ändå graviditeten vara utmanande p.g.a. täta glukoskontroller och att ständigt försöka

uppnå en normal glukosnivå, justering av insulindoser och brist på förståelse både från anhöriga och vårdgivare. Amningen upplevdes som en viktig del hos kvinnorna även fast den var relaterad till frekventa episoder av hypoglykemi hos modern. Amningsstödet upplevdes som otillräckligt av vårdgivare och ett mer individuellt amningsstöd önskades hos mödrarna. Man såg även att tiden för hur länge de ammade sitt barn var kortare hos dessa kvinnor. Detta indikerar att kvinnor med diabetes behöver ett mer omfattande stöd och uppmuntran från vårdgivare för att initiera och bibehålla amningen. Enligt Jendle & Fadl (2018) är det viktigt att kvinnorna får bra hjälp och stöd vid amning och planering av kosten p.g.a. ökad risk för hypoglykemi under amningen. Därför är det också viktigt att fortsätta med de täta blodglukoskontrollerna. Justering av insulindoser behövs ofta direkt efter förlossningen.

Vidare framkom det att professionell kompetens är avgörande i dessa situationer och kvinnorna uppskattar kompetens och kunskap hos vårdgivare. Det som dock kan leda till problem är då kvinnan anses vara expert på sin sjukdom och hantering av densamma, vilket oftast är fallet. Detta kan i värsta fall leda till att kvinnan upplever nonchalans från vårdgivaren eftersom ”hon ju sköter sin diabetes själv”. Som det framkommer i resultatet vill dessa kvinnor få information och ny kunskap om diabetes och hantering av den under graviditeten. Dock har ju kvinnan i många fall lärt känna sin kropp, sina signaler och är väl förtrogen med sin diabetes. Detta ger kvinnorna mod att ta initiativ eller att uttrycka missnöje med vården vid eventuella brister.

Vården och informationen kvinnorna får varierar mycket och på vilket sätt man har fått informationen påverkar kvinnorna avsevärt ser man. Kvinnorna upplever kunskapen och informationen från de professionella väldigt tudelad en del upplever den som otydlig och obefintlig och att tidigare negativa erfarenheter och uppfattningar om hälso- och sjukvårdspersonal spelar in. Detta bidrar till att man söker informationen och kunskapen på andra ställen, t.ex. gravida i liknande situationer och på internet. Andra kvinnor upplevde hög kompetens om diabetes bland vårdgivare och hade goda erfarenheter av intensivt, kontinuerligt och professionellt stöd under graviditeten. Enligt Jean M. Lawrence (2011) kan kvinnan reagera olika beroende på diabetestyp, ålder, socialklass och tillgång till specialhälsovård. Kvinnan påverkas också av tidigare erfarenhet t.ex. tidigare graviditeter, bemötande av vårdgivare och kunskapen om vikten av förebyggande vård. Detta kan därmed påverka att man inte söker professionell rådgivning vid planering av graviditet. Linden & Berg (2016) poängterar även ett stödjande tillvägagångssätt från vårdgivarnas sida eftersom

detta kan bidra till en högre grad av välbefinnande under graviditeten. Vårdgivarna bör även komma ihåg att deras inställning kan påverka kvinnans erfarenhet av graviditeten.

Kvinnorna upplevde blandade känslor under sin graviditet, de negativa känslorna var ofta: stress, ångest för barnets hälsa och oro både under graviditeten och för framtiden. En del av kvinnorna upplevde att vårdpersonalen glömde bort att de var gravida eftersom all fokus var riktat på diabetes. Detta fick dem att känna sig annorlunda och med andra behov än mödrar utan diabetes. Det framkom att kvinnorna uppskattade att bli behandlade som en vanlig gravid kvinna med behov av specifik diabetesrelaterad kompetens. En stor önskan för de flesta kvinnorna var att få uppleva en ”normal graviditet”, ett friskt barn och att få njuta under sin graviditet. Kvinnorna var ofta ute efter bekräftelse, försäkran och normalisering av tidigare erfarenheter. Behov av ett större professionellt stöd under graviditeten samt att vårdpersonalens inställning påverkar kvinnans erfarenhet av graviditeten, ses i resultatet. Enligt Jean M. Lawrence (2011) önskar kvinnorna en mera normaliserad graviditesupplevelse med större fokus på babyn. De upplever att det största fokuset läggs på deras diabetes under graviditeten.

Under graviditeten lyfts det starkt fram att kvinnorna kände att vårdgivarna i stort sett endast fokuserade på diabetes hos kvinnorna och att de fick dem att känna sig annorlunda än vanliga gravida kvinnor. Däremot upplevde många av kvinnorna en otillräcklig och ibland frånvarande diabetesvård efter förlossningen och på BB avdelningen. Vårdgivarna kunde till och med bidra till känslor av sårbarhet hos kvinnorna om de inte uppmärksammade deras diabetes utan all fokus sattes på barnet.

Av vad som framkommit verkar det centrala vara att försöka normalisera graviditetsupplevelsen för diabetiker samt att stödja och visa känslomässig närvaro hos den gravida diabeteskvinnan. Marie Berg har en poäng i sin teori om ”*genuint vårdande av det genuina*”. Som barnmorska borde man hitta en balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet. Man bör stödja och främja det som är normalt och samtidigt se när något inte är normalt och där det är nödvändigt med medicinsk behandling. Även vid barnafödande ska vårdgivare se och stödja det normala hos kvinnor med riskgraviditet.

Båda parterna, vårdgivarna och kvinnan måste vara öppna för varandra. Tillit till varandra och förtroende är väldigt viktigt i dessa situationer. Barnmorskan bör visa professionell kompetens, känna sig trygg i sin yrkesroll och ha kunskap inom ämnet. Då tror även jag att kvinnan vågar öppna sig och berätta vad hon känner och vill. Att kunna diskutera sinsemellan och att samarbeta med varandra måste fungera. Även kvinnan med diabetes och

ökade risker under graviditeten måste kunna förstå detta och kunna dela ansvaret med de professionella i vården när hon är i behov av specialistvård. Detta betyder att stödet och informationen från vårdgivare bör vara tydlig och innehålla både riskinformation men också positiva erfarenheter. Barnmorska ska även se det naturliga och normala i graviditeten och balansera detta mot risker och komplikationer.

## 8 Slutledning

Syftet med detta examensarbete var att utforska hur barnmorskan kan och bör stödja den gravida kvinnan med typ 1 diabetes under graviditeten och förlossningen för att den gravida skall få bästa möjliga vårdupplevelse och få njuta under sin graviditet. Målsättningen var att examensarbetet ska kunna sprida kunskap åt i första hand barnmorskor, om diabetes typ 1 och graviditet.

Jag ville få en bredare förståelse för kvinnliga diabetikers behov av stöd och information under graviditeten och hur de upplever sin graviditet trots typ 1 diabetes. Jag upplever att jag, både som vårdgivare och som eventuell patient kommer att dra nytta av dessa insikter. Detta arbete har medfört en djupare insikt i hur komplicerad diabetes är i förhållande till graviditet. Mödrarnas upplevelser kan ses som indikatorer på detta. Vidare belyser arbetet behovet av professionellt och empatiskt bemötande för att säkerställa den bästa möjliga upplevelsen hos kvinnan. Betoning bör läggas på normalisering av graviditeten hos den diabetesdrabbade kvinnan så att hon får känna sig som en normal gravid som bara råkar ha diabetes. Jag tror att resultatet kan användas till att vårdgivare kan ompröva och vidareutveckla tillvägagångssättet i vården under graviditeten och förlossningen hos dessa kvinnor. Jag tror även resultatet i arbetet kan ge vårdgivarna en tankeställare kring hur de stöder, bemöter och informerar dessa kvinnor. Som förslag till utvecklingsmöjligheter eller vidare studier inom ämnet lyfter jag fram två olika teman:

- Hur upplever gravida kvinnor med typ 1 diabetes stödet och vården i Finland under graviditeten och förlossningen? Finns det skillnader mot resultatet i de granskade artiklarna?
- Hur upplever barnmorskor i förlossningssalen och på BB avdelningen att vårda diabetesmödrar? Upplevs det komplicerat och finns det kunskapsbrist?



## Källförteckning

Avery, MD. 2000. Diabetes in pregnancy: the midwifery role in management. *J Midwifery Womens Health*. 2000 Nov-Dec;45(6):472-80.

Berg, M. 2010. Vårdande vid barnafödande med ökade risker. Ingår i: M. Berg & I. Lundgren, red., *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2: uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Berg, M., Sparud-Lundin, C. 2009. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 Jul 3;9:27. doi: 10.1186/1471-2393-9-27.

Carlsson, IM., Berg, M., Adolfsson, A., Sparud-Lundin, C. 2017. Reprioritizing life: a conceptual model of how women with type 1 diabetes deal with main concern in early motherhood. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 12(sup2):1394147. doi: 10.1080/17482631.2017.1394147.

Danielson, E. 2012. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: Henricson, M., red. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Uppl. 1:1). Lund: Studentlitteratur.

Diabetesförbundet., 2016. *Att leva med diabetes*. [online]  
<https://www.diabetes.se/diabetes/leva/> [Hämtat: 25.1.2017]

Diabetesförbundet i Finland., (u.å.). *Typ 1-diabetes*. [online]  
[http://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet\\_i\\_finland/om\\_diabetes/typ\\_1-diabetes](http://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/typ_1-diabetes)  
 [hämtat: 25.1.2017]

Edwards H, Speight J, Bridgman H, Skinner TC. 2016. The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model from contemplation to motherhood. *Practical Diabetes*. 33(6):194. doi:10.1002/pdi.2036.

Feldman, AZ., Brown, FM. 2016. Management of Type 1 Diabetes in Pregnancy. *Curr Diab Rep*. 2016 Aug;16(8):76. doi: 10.1007/s11892-016-0765-z.

Forsberg, C., Wengström, Y. 2008. Att göra systematiska litteraturstudier. (2 uppl.) Stockholm: Natur&Kultur

Forsberg, C. Wengström, Y. 2015. Att göra systematiska litteraturstudier. (4 uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Granskär, M., Hölund-Nielsen, B. 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Hungary: Reálszisztéma Dabas Printing House.

Handisurya, A., Bancher-Todesca, D., Schober, E., Klein, K., Tobler, K., Schneider, B., & Kautzky-Willer, A. (2011). Risk Factor Profile and Pregnancy Outcome in Women with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 20(2), 263-271

Hanson, U. 2008. Diabetes och graviditet. Ingår i: H. Hagberg, K. Marsál, M. Westgren, red., *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Hansson, U. 2009. Diabetes och graviditet. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, I. Lundgren, red. 2009. *Lärobok för barnmorskor*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. 2012. Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. Ingår i: Henricson, M., red. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Uppl. 1:1). Lund: Studentlitteratur.

Jendle, J. Fadl, H. 2018. Typ 1 – och typ 2-diabetes, graviditet. *Internetmedicin.se*  
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5801>

Kjellström, S. 2012. Forskningsetik. Ingår i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Klemetti, M. Gordin, D. Tikkanen, M. Nuutila, M. Teramo, K. 2018. Tyypin 1 diabeetikon raskauden erityispiirteet. *Suomen Lääkärilehti (2018; 73(21): 1351-1356*.

Kondelin, H. 2015. Diabetes ja raskaus. Ingår i: Paananen, U, K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A-M. *Kätilötyö Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Keuruu: Otava OY

Lawrence, J, M. 2011. Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 25(2011) 15-24.

Linden, K., Sparud-Lundin, C., Adolfsson, AS., Berg M. 2016. Well-Being and Diabetes Management in Early Pregnant Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 13(8): 836.

Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. 2010. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 39(3):298-309. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x.

Rosén, M. 2012. Systematisk litteraturoversikt. Ingår i : M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad*. (Uppl: 1:1). Lund: studentlitteratur.

Sparud-Lundin, C., Berg, M. 2011. Extraordinary exposed in early motherhood – a qualitative study exploring experiences of mothers with type 1 diabetes. *BMC Womens Health*. 2011 Apr 7 ;11 :10. doi: 10.1186/1472-6874-11-10.

Stefanovic, V. & Tikkanen, M. 2012. Diabeetikon raskauden pitäisi olla ennalta suunniteltu. *Terveysportti/Duodecimlehti*.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/14/duo10382>

Tarnanen, K., Groop, L., Laine, M., Puurunen, M., Isomaa, B., 2016. Diabetes och dess undertyper. *Käypähoito*. [online]

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=D197AE08AC065046CDFC2A134CA0A2F7?id=khr00065> [hämtat: 25.1.2017]

Tiitinen, A. 2017. Raskausdiabetes. *Terveysportti/Duodecimlehti*. [online]

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00168](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00168)

Woolley M, Jones C, Davies J, et al. 2015. Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women's first experiences. *Practical Diabetes*. 32(1):13-18. doi:10.1002/pdi.1914.

Åberg, A., 2011. Diabetes. Ingår i: K. Marsál, L. Grennert, red., *Obstetrisk öppenvård*. Stockholm: Liber.

Bilaga 1.

Databas	Tidpunkt	Sökord	Träffar	Valda
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND pregnancy	25	2
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND management AND intrapartum	2	0
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND childbirth	4	0
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND pregnancy AND delivery	7	0
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND labour	2	0
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND healthcare AND pregnancy	6	1
Cinahl (Ebsco)	Augusti- september - 18	Type 1 diabetes AND pregnancy AND care	12	0

Terveysportti	Augusti- september - 18	Diabetes 1 ja raskaus	5	0
PubMed	Augusti- september - 18	Management of type 1 diabetes in pregnancy	210	1
PubMed	Augusti- september - 18	Peripartum AND diabetes type 1	4	0
PubMed	Augusti- september - 18	Diabetes type 1 in pregnancy Midwifery role	3	1
PubMed	Oktober - 18	Terese Bondas Pregnancy	6	1
PubMed	Oktober - 18	Marie Berg Diabetes	14	3
PubMed	Oktober - 18	Christina Furuskog Risa	2	0

Författare och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
H. Edwards, J. Speight, H. Bridgman, T. C. Skinner. (2016)	<b>The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model from contemplation to motherhood.</b>	Syftet med denna studie är att beskriva och utveckla en modell av graviditetsresan för kvinnor med typ 1 diabetes.	En tematisk analys av skriftliga interaktioner med en online-rådgivningstjänst från 93 kvinnor med typ 1 diabetes.	Kvinnor med typ 1 diabetes upplever sju olika faser av graviditetsresan som varierar mycket. Under graviditeten var social identitet och ömsesidigt stöd och målinriktad bedömning viktigast. Negativa känslor under graviditeten i samband med diabetes centrerades också på det ofödda barnet.
Marie Berg & Carina Sparud-Lundin (2009)	<b>Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes</b>	Syftet med studien var att undersöka behovet av professionellt stöd under graviditet och förlossning bland kvinnor med typ 1- diabetes.	Studien är en livsvärldsforskning. Sex fokusgrupper och fyra individuella intervjuer genomfördes med 23 kvinnor, 6-24 månader efter förlossningen.	Kvinnorna kände sig oroliga för barnets hälsa och det blev ibland värre av vårdpersonalens brist på kompetens och stöd. Kvinnorna upplevde även att de fick fungera som budbärare mellan olika organisationer och vårdpersonal.
Carina Sparud-Lundin, Marie Berg (2011)	<b>Extraordinary exposed in early motherhood-a qualitative study exploring experiences of mothers with type 1 diabetes</b>	Syftet med studien var att utforska erfarenheter om amning, glukoskontroll, stöd och välbefinnande hos typ 1 diabetiker efter födseln	En hermeneutisk livsvärldsforskningsmetod användes i denna kvalitativa studie. Uppgifterna samlades in genom ljudinspelade gruppdiskussioner och individuella intervjuer med 23 kvinnor med typ 1 diabetes efter födseln.	Erfarenheter av extraordinär exponering utmanade kvinnorna med typ 1 diabetes vid övergången till tidigt moderskap. Exponeringen innebar en kamp med amning, att vara bortkopplad från professionell vård. Det dagliga livet blev osäkert och oförutsägbarhet i samband med den

				egna instabila glukoskontrollen.
K, Linden. C, Sparud-Lundin. AS, Adolfsson. M, Berg. (2016)	<b>Well-Being and Diabetes Management in Early pregnant women with type 1 diabetes mellitus</b>	Syftet var att undersöka sammanslutningar mellan välbefinnande, diabetesvården och amning hos mödrar med typ 1 diabetes upp till sex månader postpartum.	En analys av självrapporterade frågeformulär användes. I dessa tog man upp välbefinnande, känsla av sammanhållning, självförbättrad diabetesbehandling och erfarenhet av diabeteshantering under amningen. 155 mödrar med typ 1 diabetes deltog.	Majoriteten av mödrarna hade ganska höga nivåer av generellt välbefinnande och diabeteshanteringen. De med lägre betyg av välbefinnande och känslor av samstämmighet hade ett högre behov av professionellt stöd än vad de erbjöds, för att hantera deras diabetes

M. Woolley, C. Jones, J. Davies, U. Rao, D. Ewins, S. Nair, F. Joseph. (2015)	<b>Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women's first experiences</b>	Syftet med studien var att utforska kvinnors uppfattningar och erfarenheter av att vara gravid och ha diabetes typ 1. Samt att bedöma deras fysiska, sociala, psykologiska och emotionella behov under övergången till moderskapet.	En kvalitativ studie. Sju förstföderskor deltog i intervjuer under graviditetsveckorna 15-20 och 32-36. Samt 6-8 veckor efter förlossningen.	De flesta kvinnorna med typ 1 diabetes vet att en graviditet medför risker. Men de skulle ändå vilja uppleva en "normal och positiv graviditet". Denna erfarenhet som dessa kvinnor har av vården under graviditeten kan motivera vårdpersonal att se över sina vårdinriktningar. För att kunna stöda och tillhandahålla ett positivt, balanserat och neutralt tillvägagångssätt under graviditeten.
---	---	---	--	--



<p>Anna Z. Feldman, Florence M. Brown (2016)</p>	<p><b>Management of type 1 diabetes in pregnancy</b></p>	<p>Kvinnor med typ 1 diabetes har unika behov under graviditet och postpartumperioder. Därför är det viktigt att sätta upp ett koncept tidigt för kvinnor med typ 1 diabetes för att minimera graviditetsriskerna.</p>	<p>I denna artikel diskuteras vården av gravida patienter med typ 1 diabetes.</p>	<p>Målen för förebyggande vård bör vara en stabil glukosnivå. Optimal kontroll av retinopati, blodtryck och nefropati bör uppnås och mediciner bör bedömas före befruktning. Under och efter förlossning måste insulindoser och glukosnivåer övervakas noggrant. Amning rekommenderas och bör uppmuntras.</p>
<p>I-M, Carlsson. M, Berg. AS, Adolfsson. C, Sparud-Lundin. (2017)</p>	<p><b>Reprioritizing life: a conceptual model of how women with type 1 diabetes deal with main concerns in early motherhood</b></p>	<p>Syftet med studien var att utforska de viktigaste problemen i det dagliga livet i tidigt moderskap hos kvinnor med typ 1 diabetes och hur de hanterar dessa problem.</p>	<p>En grundad teoriundersökning. 14 kvinnor med typ 1 diabetes intervjuades individuellt 7 – 17 månader efter förlossningen.</p>	<p>Att bli mamma var en vändpunkt. En ökad kunskap och acceptans att prioritera sin diabetes, hälsa och därmed livet. De upplevde att det fanns en lucka för annat än diabetesvård efter födseln och i tidigt moderskap jämfört med under graviditeten.</p>
<p>C, Nilsson. T, Bondas. I, Lundgren (2010)</p>	<p><b>Previous birth experience in women with intense fear of childbirth</b></p>	<p>Syftet med studien var att beskriva betydelsen av tidigare upplevelser vid förlossning hos gravida kvinnor med förlossningsrädsla som påverkar deras dagliga liv.</p>	<p>En beskrivande fenomenologisk studie. 9 kvinnor deltog med rädsla för förlossning som upplevde sin tidigare förlossning negativ. Intervjuer användes som transkriberades och analyserades med en reflekterande livsverksamhet.</p>	<p>Känslor som framkom var att barnmorskan inte var närvarande i rummet. Kvinnorna kände att de inte kunde ta sin plats i rummet och att de inte fick tillräckligt med stöd av barnmorskan. Detta gav upphov till känslor av rädsla, ensamhet och bristande tro på att föda barn.</p>

<p>Melissa Avery (2000)</p>	<p>D. <b>Diabetes in pregnancy: The midwifery role in management</b></p>	<p>Syftet med artikeln är att se över typer av diabetes, konsekvenser för graviditetsvård, förändrade rekommendationer i förhållande till diabetes vid graviditet.</p>	<p>En specifik fallstudie. I samarbete med annan vårdpersonal och i enlighet med filosofin och normer för American College of Nurse-Midwives.</p>	<p>Lyfta fram barnmorskans roll med övergripande inriktning på medicinsk konsultation, samarbete och remittering, samt klientens engagemang i planering av vården.</p>
-----------------------------	--	--	---	--