

Hälsöfrämjande vid graviditetsdiabetes

**En teoretisk studie om hälsöfrämjande arbete hos
kvinnor med graviditetsdiabetes**

Ljungkvist Fanny

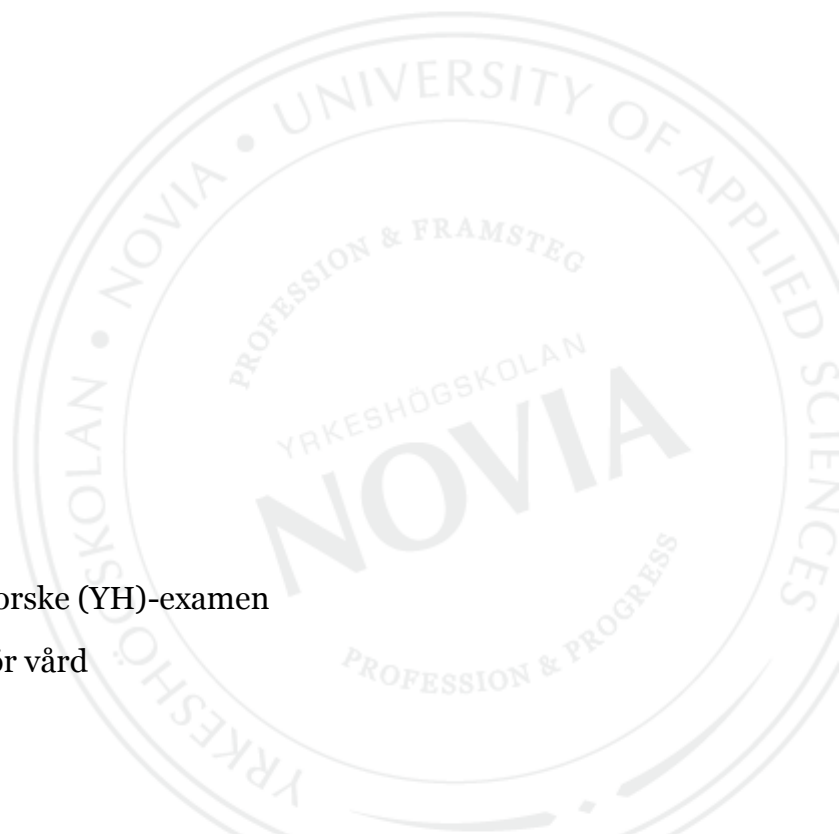
Mård Johanna

Nyström Heidi

Examensarbete för barnmorske (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Fanny Ljungkvist, Johanna Mård &

Heidi Nyström

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete

Handledare: Monika Koskinen

Titel: Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes

En teoretisk studie om hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes

Datum 16.04.2011

Sidantal 42

Bilagor 1

Sammanfattning

Syftet med denna teoretiska studie är att undersöka på vilket sätt barnmorskan kan främja hälsan hos mödrar som insjuknar i graviditetsdiabetes. Respondenterna vill att barnmorskan skall få kunskap om vad som är väsentligt vid hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes. Forskningsfrågorna lyder enligt följande: Vad främjar moderns hälsa vid graviditetsdiabetes? Hur kan barnmorskan främja hälsan hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes? Totalt samlades 30 vetenskapliga artiklar ihop. Som dataanalysmetod valdes resumé för att få en översikt av forskningarna. För att analysera resultatet användes innehållsanalys. Resultatet tolkades mot de teoretiska utgångspunkterna; Erikssons ontologiska värdelement ansa, leka och lära, Orems teori om egenvård samt Penders teori om hälsofrämjande.

Resultatet visar att livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, kost, BMI, viktminskning och socioekonomisk status påverkar insjuknande i graviditetsdiabetes. Vårdarens kunskap, sätt att ge information på samt vårdrelationen kan påverka främjandet av graviditetsdiabetes samt hjälpa patienten att sköta sin sjukdom. Patientens motivation, inställning och förmåga till egenvård har stor betydelse för livsstilsförändringar. Det är viktigt att patienten har kunskap som berör sjukdomen, en sund livsstil och hur egenvården skall utföras.

Språk: Svenska Nyckelord: graviditetsdiabetes, hälsofrämjande,

BACHELOR'S THESIS

Authors: Fanny Ljungkvist, Johanna Mård &
Heidi Nyström

Degree Programme: Health Care, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisors: Monika Koskinen

Title: Health promotion in gestational diabetes

A theoretical study about health promotion for women with gestational diabetes.

Date 16.04.2011

Number of pages 42

Appendices 1

Summary

The purpose of this theoretical study is to examine how midwives can promote the health of mothers diagnosed with gestational diabetes. The respondents want midwives to have more knowledge of what is essential for health promotion in women diagnosed with gestational diabetes. The research questions are: What promotes maternal health during pregnancy diabetes? How can the midwife promote the health of women diagnosed with gestational diabetes? A total of 30 scientific articles were found. As method of analysis, a review article was chosen to get an overview of the research. Content analysis was chosen to analyze the results. The results were interpreted according to the theoretical perspectives of Eriksson's ontological care elements cleanse, play and learn, Orem's theory of selfcare and Pender's theory of health promotion.

The results show that lifestyle factors like physical activity, diet, BMI, weight loss and socioeconomic status have an effect on the onset of gestational diabetes. Knowledge, the way information is given and building a good relationship with the patient, are things that are important for the nurse and which can have an effect in the case of gestational diabetes and may help the patient to take care of her disease. In order to make a change of lifestyle the patient's motivation, approach and selfcare capacity are of great significance. The patient needs to have knowledge about the illness, a healthy lifestyle and of how to execute selfcare.

Language: Swedish

Key words: gestational diabetes, health promotion

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Teoretiska utgångspunkter	3
3.1 Ontologiska värdelement.....	3
3.1.1 Ansa.....	3
3.1.2 Leka.....	4
3.1.3 Lära.....	5
3.2 Egenvård.....	5
3.3 Hälsöfrämjande	7
4 Teoretisk bakgrund.....	9
4.1 Graviditetsdiabetes	9
4.2 Mödrarådgivning	11
4.3 Hälsöfrämjande arbete.....	13
5 Undersökningens genomförande.....	14
5.1 Dokumentstudier	14
5.2 Resumé	16
5.3 Innehållsanalys	17
5.4 Undersökningens praktiska genomförande	18

6	Resultat.....	19
6.1	Livsstilsfaktorer.....	20
6.1.1	Fysisk aktivitet	20
6.1.2	Kost	21
6.1.3	BMI	23
6.1.4	Viktninskning.....	23
6.1.5	Socioekonomiska faktorer.....	23
6.2	Vårdpersonalens roll.....	24
6.2.1	Kunskap.....	24
6.2.2	Information.....	25
6.2.3	Motiverande samtal	28
6.2.4	Vårdrelationen	29
6.3	Patientens roll	30
6.3.1	Patientens inställning.....	31
6.3.2	Egenvård.....	31
7	Tolkning	32
7.1	Livsstilsfaktorer.....	32
7.2	Vårdpersonalens roll.....	33
7.3	Patientens roll	36
8	Kritisk granskning.....	38

9 Diskussion.....	40
-------------------	----

Litteratur

Bilaga

1 Inledning

I vårt samhälle idag finns det stora mängder information om hälsa, kost och motion. Det kommer ofta nya forskningsrön som berör olika livsmedel, vad man skall äta för att ha bästa möjliga hälsa och vad man helst skall undvika, hur man skall motionera o.s.v. Detta leder till att det är lätt att gå vilse i informationsdjungeln och svårt att veta hur man bäst sköter sin hälsa. Under graviditeten är det särskilt viktigt att man sköter sin hälsa, för den har stor betydelse för både mors och fosters välmående. En sjukdom som kan uppkomma under graviditeten av olika orsaker är graviditetsdiabetes.

Graviditetsdiabetes innebär att en kvinna får störningar i sockerbalansen under graviditeten. Under en graviditet ökar insulinresistensen normalt, vilket betyder att kroppen måste producera mera insulin. Hos kvinnor som drabbas av graviditetsdiabetes klarar inte kroppen av att producera den mängd mera insulin som kroppen behöver, vilket leder till att blodsockernivån stiger. Efter förlossningen sjunker blodsockervärdena vanligtvis till det normala igen. (Suomen Diabetesliitto ry, 2006, 4).

Hos ca var tionde gravid kvinna i Finland stiger blodsockernivån så högt att man kan konstatera graviditetsdiabetes. (Sydänliitto, 2009). Graviditetsdiabetes har ökat under de senaste åren i Finland. Fetma är en stor orsak till graviditetsdiabetes. Eftersom fetma även är ett växande problem i Finland, leder det till att graviditetsdiabetes ökar. (Suomen Kätilöliitto, 2009).

Det finns många risker för både mor och foster om man inte sköter sin graviditetsdiabetes. Modern kan få graviditetsdiabetes igen vid en ny graviditet och kan även senare insjukna i Diabetes mellitus typ 2. Fostret kan växa i onormal takt, vilket kan leda till att utvecklingen av andra vitala funktioner sker långsammare. Risken finns att barnet blir missbildat i början av graviditeten och att det kan dö i slutet av graviditeten. Därför är det mycket viktigt att sköta sin graviditetsdiabetes under

graviditeten samt att också tänka på hälsan efter förlossningen. (Suomen Diabetesliitto ry, 2006, 4-18; Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005, 65).

Syftet med studien är att undersöka på vilket sätt barnmorskan kan främja hälsan hos mödrar som insjuknar i graviditetsdiabetes. Studien görs för att barnmorskan skall få kunskap om vad som är väsentligt vid hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes. Hälsofrämjande inkluderar, enligt WHO:s Ottawa-deklaration, att främja en hälsosam livsstil, att skapa stödjande miljöer för hälsa, att stärka samhällets insatser för hälsa, ett omorganiserande av hälsojourer, samt att främja en hälsosam allmän politik. (WHO, 2006).

Det finns information om hur gravida skall äta och motionera för att undvika/sköta om graviditetsdiabetes, men det är inte alltid lätt för mammorna att tillämpa dem. Vi vill därför som blivande barnmorskor söka kunskap ur tidigare forskning för att få information om hur vi, och andra inom samma yrkesbransch, kan främja gravida kvinnors hälsa.

Respondenterna använder på flera ställen förkortningen GDM istället för graviditetsdiabetes.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna teoretiska studie är att undersöka på vilket sätt barnmorskan kan främja hälsan hos mödrar som insjuknar i graviditetsdiabetes. Studien görs för att barnmorskan skall få kunskap om vad som är väsentligt vid hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes.

Problemprecisering:

- Vad främjar moderns hälsa vid graviditetsdiabetes?
- Hur kan barnmorskan främja hälsan hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes?

3 Teoretiska utgångspunkter

Respondenterna tar i sin studie upp om hur moderns hälsa kan främjas vid graviditetsdiabetes. Hälsöfrämjande och egenvård, d.v.s. det som individen själv gör för att upprätthålla sin hälsa, har stor betydelse för att främjandet av moderns hälsa vid graviditetsdiabetes skall lyckas. De ontologiska värdelementen uttrycker vårdandets kärna och beskriver hur vårdrelationen på bästa sätt kan utvecklas, vilket är en grundläggande del av det hälsöfrämjande arbetet. Begreppen hälsöfrämjande och egenvård samt den ontologiska hälsomodellen är därför lämpliga för vår studie. Vi har valt att beskriva vad vårdteoretikerna Eriksson, Pender och Orem säger om begreppen.

3.1 Ontologiska värdelement

Vårdandets grundläggande substans, vårdandets kärna, utgörs av de ontologiska elementen ansa, leka och lära. Vårdandet baserar sig på två olika sidor, den konkreta kroppsliga ansningen samt den symboliska leken och lärandet. Ansningen tillför kroppsligt välbefinnande och renlighet. Leken tillför tillfredsställelse och tillit, samt ger uttryck för attraktion. Lärandet leder till individuell utveckling. Dessa tre element bildar en helhet som hela tiden påverkar varandra. (Eriksson, 2000, 20).

3.1.1 Ansa

Att ge värme, närhet och beröring är utmärkande för ansningen. Detta element motsvarar vårdandets konkreta handlingar, t.ex. att tillföra någon föda, att skydda någon eller att påverka olika kroppsfunktioner hos någon. Syftet med ansning är att inge kroppen välbehag, njutning och fulländad tillfredsställelse. Detta är nödvändigt för människans utveckling och växt. Människan upplever sig vara älskad och accepterad för den hon är, inte p.g.a. sina handlingar, vid den kravlösa ansningen. På detta sätt bekräftas människans identitet och individualitet. (Eriksson, 2000, 24).

Inom ansningen utgör beröring en viktig del. Beröring innefattar ögonkontakt, att stå nära en annan människa eller direkt vidröring. Montagu har blivit känd för sina

arbeten angående beröring och dess påverkan på olika varelser. Han påvisade hur djurens tvättningsceremoni är väsentlig för dess utveckling på ett normalt sätt. Han lyfter också fram sjukdomen marasmus, som innebär att tyna bort. Denna sjukdom orsakade stor barndödlighet på 1800-talet och orsakades av brist på omsorgsfull beröring av barnet. I Bibeln kan det också hittas många exempel på beröringens goda effekt på människan. (Eriksson, 2000, 24-25).

Inom vårdarbetet har ansningen under alla tider varit viktig. Till en av vårdarnas primära uppgifter hör att bevara patientens kroppsliga renhet samt hans välbefinnande. Man kan genom små handlingar ansa och visa att man verkligen bryr sig om en annan människa. Det kan vara att krama om någon, att borsta någons hår eller att hålla någons hand. Vårdteoretisk litteratur beskriver speciellt beröringens goda effekt på patienter som lider av ångest, oro, smärta etc. Massage är en behandlingsform där beröring förekommer centralt. (Eriksson, 2000, 25-26).

3.1.2 Leka

Leken hör allmänt ihop med barnets naturliga utveckling och därför har psykologer under de senaste decennierna intresserat sig framför allt för barnets lek. Olika teorier om lekandet har utvecklats inom barnpsykiatri där leken fungerar som en viktig behandlingsform. Leken är även ett viktigt element inom barnvården och barnsjukvården. De fullvuxnas lek samt leken inom vården har dock inte ägnats mycket intresse till. (Eriksson, 2000, 27).

Man kan urskilja fem grundformer av leken som är viktiga ur vårdandets synvinkel. Leken som assimilation innebär att individen anpassar utifrånkommande info så att den svarar mot egna individuella krav. I en vårdsituation kan denna form hjälpa patienten att anpassa ny info till egna krav. Vårdaren bör ge patienten nödvändigt med utrymme och tid. Den lustbetonade leken innebär lek där individen får ge uttryck för sin överskottsenergi. Leken uttrycker livslust och glädje. I en vårdsituation ger denna form av lek utrymme för rekreation och vila. Den skapande leken, innebär individens behov av fritt skapande. I en vårdsituation kräver denna form av lek en viss grad av hälsa hos patienten. Denna form av lek kan ske på ett abstrakt eller konkret plan, d.v.s. i tanken eller genom aktivt skapande.

Vårdarens uppgift blir att aktivera och delta i denna process samt förstå och acceptera den. Leken som uttryck för önskningar innebär att individen för en stund kan utestänga den tuffa verkligheten för att istället låta sina önskningar dominera. Denna lek ger individen en stund av vila samt ny energi för att återigen orka kliva in i verkligheten och lösa problem. På detta sätt kan individen börja se nya möjligheter och nya vägar. Vårdarens uppgift är att försöka förstå patientens önskningar utan att förvandla dem till krav. Leken som prövning och övning innebär att individen prövar sig fram till olika handlingsmöjligheter. Denna form av lek är trygg eftersom påföljden av prövningen inte är verklig, trots att själva prövandet är det. I leken kan individen finslipa, modifiera och förändra aktiviteter. (Eriksson, 2000, 27-28).

3.1.3 Lära

Lärande betyder utveckling och en beständig förändring hos individen. Lärande har olika innehåll, syften och mål. Det kan ske på olika nivåer och ha olika grad av intensitet. Då individen lär uppenbaras nya möjligheter och nya vägar för henne till högre integrationsnivåer. I dag är man inom modern pedagogik eniga om att allt lärande och all undervisning sker via en interaktiv process mellan lärare och elev och mellan andra och sig själv. För den enskilda individen är självförverkligande målet för lärande. (Eriksson, 2000, 30-31).

Lärande som del i vårdandet är något som länge av tradition funnits med och som igenkänns hos många vårdteoretiker. Eriksson påpekar att det naturliga lärandet är nära sammanbundet med leken och speciellt inom vården borde leken ingå mera i lärandet. Det naturliga lärandets motiv skall få växa fram ur individens egna behov. Vårdarens uppgift blir att underlätta och möjliggöra lärandet. Lärande innebär glädje, som ”en människas färd från en lägre till en högre fullkomning”. (Eriksson, 2000, 31-32).

3.2 Egenvård

Egenvård definieras enligt Orem (1991, 117-119, 122) som ”de aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull för att upprätthålla liv, hälsa och välmående”. Dessa hälsorelaterade aktiviteter har ett mönster och en

ordningsföljd och de är inlärd genom relationer och kommunikation mellan människor. Aktiviteterna har ett mål och ett syfte att tillgodose egenvårdsbehoven. För att egenvårdsbehoven skall tjäna som syfte för egenvården måste människan först bli medveten om dem.

Egenvårdsbehov är aktiviteter som bör utföras av eller för individer i syftet att kontrollera faktorer som påverkar människans funktion och utveckling. De är indelade i tre kategorier; universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov samt egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem. De universella egenvårdsbehoven är knutna till de åtgärder som måste utföras för att den mänskliga funktionen skall kunna upprätthållas, t.ex. vätske- och födointag. Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov hör samman med människans utveckling och med omständigheter och händelser under livets olika stadier samt händelser som kan påverka utvecklingen. De hälsoproblemrelaterade egenvårdsbehoven hör samman med sjukdom, skada, defekter eller funktionshinder. (Orem, 1991, 121-122, 125).

Egenvårdskrav är ett recept för att egenvårdsbehoven fortgående skall mötas med egenvårdsaktiviteter. Hur bra människan har förstått vilka behov hon har och på vilket sätt hon skall möta dem påverkar hur effektivt behoven blir tillgodosedda. Egenvårdskraven påverkas av hur människan lever, sociokulturella faktorer, familjeförhållanden och faktorer i den sociala omgivningen. (Orem, 1991, 124-125, 137).

När det gäller preventiv hälsovård är det viktigt att tillgodose de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven effektivt för att förebygga sjukdom och ohälsa. Tillgodoses de behov som är relaterade till hälsoproblem kan en sjukdom i ett tidigt stadium kontrolleras. Därmed upprätthålls mänsklig struktur och funktion och man bidrar till rehabilitering. (Orem, 1991, 125). Förmågan att tillgodose ens egna behov benämns med egenvårdskapacitet. Den är beroende av ålder, hälsotillstånd, kunskaper och utbildning, livserfarenhet, kulturmönster och resurser. För att kunna tolka egenvårdsbehoven och planera hur de skall tillgodoses behöver människan kunskap, motivation samt mentala och praktiska färdigheter. Egenvårdskapaciteten

utvecklas när man utför egenvård i vardagen och även genom instruktioner från andra. (Orem, 1991, 158-161).

Om kapaciteten till egenvård är mindre än egenvårdskraven uppstår egenvårdsbrist. Det som begränsar egenvårdskapaciteten är begränsade kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut samt begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat. Egenvårdsbristen leder till att människan kommer i behov av vård. Professionell vård behövs när varken personen själv eller hans anhöriga klarar av att möta egenvårdskraven. Inom den professionella vården använder man sig av fem olika hjälpmetoder; handla eller utföra för en annan person, vägledning, fysiskt eller psykiskt stödjande, skapande av en utvecklande miljö samt undervisning. Meningen med dessa metoder är att öka förmågan till egenvårdsaktiviteter hos den hjälpbehövande människan så att egenvårdskapaciteten igen tillgodoser egenvårdskraven. (Orem, 1991, 170, 173, 286).

3.3 Hälsöfrämjande

Hälsöfrämjande kan motiveras som en längtan att öka välbefinnandet och att förverkliga hälsöresurser hos människan. Hälsöfrämjandet kan även beskrivas med frågan ”Vilka är förhållandena som leder till optimal hälsa?”. Hälsöfrämjandets tillvägagångssätt är motivation. Vid hälsöfrämjande vill man utvidga positiva möjligheter till hälsa. (Pender, 1996, 8).

Nola J. Pender utvecklade på 1980-talet ”Health Promotion Model”, en modell för hälsöfrämjande. Orsaken till att hon utvecklade den var att hon observerat sjukskötare som vårdade hennes faster/moster, vilket fick henne att komma fram till att målet med vårdande var att hjälpa människor att kunna ta hand om sig själva. I hennes modell tar hon alltså upp betydelsen av att själv hjälpa till för att bli frisk. ”The Health Promotion Model” baserar sig på Albert Banduras teori, vilken betonar vikten av kognitiva processer vid ändrat beteende, samt på Fishbein’s teori om ”reasoned action”, att man gör något av en orsak, att beteendet är en personlig attityd. (Tomey & Alligood, 1998, 529-530) .

Centrala begrepp och definitioner i Penders modell är *hälsans betydande*: människor som värderar hälsa högt söker hellre efter hälsan; *att begripa kontrollen av hälsa*: individens förståelse av sin egen förmåga att ändra sin hälsa kan motivera längtan efter hälsa; *tilltron till den egna förmågan*: individens starka tro på att ett beteende är möjligt kan öka beteendet; *definitionen av hälsa*: individens definition av vad hälsa innebär, från frånvaro av sjukdom till välfärd på hög nivå, kan ha betydelse för vilka beteendeförändringar som kan leda till misslyckande; *begripande av hälsotillstånd*: den nuvarande känslan av att må bra eller må dåligt kan avgöra sannolikheten för att ett hälsofrämjande beteende påbörjas; *begripande av beteendets nytta*: individen kan bli mera benägen att börja eller fortsätta med ett hälsofrämjande beteende ifall nyttan av ett sådant beteende anses stor; *begripande av gränser till hälsofrämjande beteende*: individens tro att en aktivitet eller ett beteende är svårt eller omöjligt kan påverka hans/hennes avsikt att ta till sig det. Ålder, yrke, kön, inkomst, vikt, familjeförhållanden kan även ha betydelse för beslutande av att ta hand om hälsan. (Tomey & Alligood, 1998, 533).

Den förnyade hälsofrämjande modellen tar även upp flera begrepp som är viktiga vid hälsofrämjande; att ett tidigare beteende påverkar indirekt eller direkt beteendet; aktivitetsrelaterad inverkan - individens positiva eller negativa känslor förknippade med ett speciellt beteende kan direkt påverka utförandet av beteendet och indirekt påverka beteendet genom att öka tilltron till den egna förmågan, engagemang till att planera en handling, konkurrens och rangordning förädlar idén om att se på fördelar och hinder som förekommer just före den avsedda handlingen. Med konkurrens menas konflikter där individen har sämre kontroll, t.ex. ett barn som gråter när det är träningstid. Då ”konkurrerar” barnet ut träningstiden. Rangordning är ett omväxlande beteende med hög personlig kontroll, t.ex. en person väljer glass istället för ett äpple som mellanmål eftersom glass är favoritsmaken. Personen rangordnar alltså vad som är godast, utan att tänka på vad som är det nyttigaste alternativet. (Tomey & Alligood, 1998, 533).

4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden framkommer vad graviditetsdiabetes innebär, vilka riskfaktorerna är och hur man kan förebygga graviditetsdiabetes. Statistik över graviditetsdiabetes i Finland tas upp för att läsaren skall få en bild över dagens läge och hur det har förändrats över tidens gång. Även mödrarådgivningen i Finland behandlas eftersom en stor del av det hälsofrämjande arbetet under graviditeten sker där.

4.1 Graviditetsdiabetes

Med graviditetsdiabetes, gestationsdiabetes, menas att man påträffar nedsatt glukostolerans eller manifest diabetes hos den gravida kvinnan. (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001, 266). Insulinresistensen ökar normalt under en graviditet, vilket leder till att kroppen måste börja producera mera insulin. I vanliga fall klarar kroppen av denna ökning. Vid graviditetsdiabetes klarar inte kroppen av att producera den mängd mera insulin som kroppen behöver, vilket leder till att blodsockernivån stiger. (Suomen Diabetesliitto ry, 2006, 4).

Graviditetsdiabetes uppträder oftast vid den första graviditeten. Hos många gravida ökar B-glukos efter intag av mat, medan faste B-glukos i sin tur har en tendens att sjunka. För att hålla blodsockervärdena i balans, speciellt efter en måltid, måste kroppen öka insulinproduktionen. Insulinproduktionsökningen är väldigt individuell och varierar från kvinna till kvinna. I början av den tredje trimestern når vanligen insulinproduktionen sin höjd och då påträffas ofta graviditetsdiabetes. (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001, 266).

Graviditetsdiabetes ter sig ofta väldigt varierande från person till person. Den gravida kan ha en lätt nedsatt glukostolerans, där behandling med en speciellt planerad kost är tillräcklig, eller också kan hon ha en manifest diabetes, vilken kräver insulinbehandling. (Faxelid m.fl., 2001, 266). Mödrar som har graviditetsdiabetes klassificeras enligt White från A-F. ”Klass A: Graviditetsdiabetes, klass AB:

Graviditetsdiabetes med insulinbehandling, klass B: Känd diabetes med duration < 10 år utan komplikationer, klass C: Känd diabetes med duration 10-19 år utan komplikationer, klass D: Känd diabetes med duration > 20 år eller debut före 10 års ålder utan komplikationer utöver eventuell simplexretinopati, klass F: Känd diabetes med njurpåverkan eller proliferativa ögonbottenförändringar”. (Diabeteshandboken, 2009).

På samma sätt som typ-2-diabetiker kan gå runt en längre tid med ökade B-glukosvärden utan några subjektiva symtom kan också kvinnor med graviditetsdiabetes ha förhöjda B-glukosvärden utan att själva veta om det. Ofta förekommer alltså inga varningssignaler förrän B-glukosvärdet är rejält förhöjt. (Faxelid m.fl., 2001, 266).

Graviditetsdiabetes utvecklas hos många gravida som en följd av sänkt glukostolerans och ostabila blodsockervärden. Risken att insjukna har konstaterats öka för gravida med ett BMI över 35 och som intar rikliga mängder mättade fetter. Stora, kolhydratrika måltider samt hög förbrukning av socker är därför att undvika för att inte insjukna. Låg fysisk aktivitet före graviditeten har också det påvisats ha ett samband med graviditetsdiabetes. (Gunderson, Rudra & Williams, m.fl., 2006). Riskfaktorer kan även vara om man tidigare fött ett barn över 4 500 g eller om man är över 40år (Terveysportti, 2009). Risken är även större för kvinnor som tidigare haft graviditetsdiabetes eller som har graviditetsdiabetes eller typ-2-diabetes inom den närmaste släkten. Kvinnor som lider av polycystisk ovariesyndrom (PCOS) och kvinnor som använder orala kortikosteroider har också högre risk att insjukna. (Gunderson m.fl., 2006).

Har den gravida kvinnan många av dessa riskfaktorer, bör hon ändra på sin livsstil och därmed reducera riskfaktorerna eller i varje fall förhindra att de förstärks. Genom att äta en sund kost samt motionera regelbundet håller man vikten stabil och förebygger insjuknande i graviditetsdiabetes. På detta vis hålls också blodtrycket, vikten, blodsockret och blodfetterna stabilare. Med tanke på hälsan bör därför överviktiga kvinnor gå ner i vikt före graviditet för att minska på risken att insjukna. (Diabetesförbundet, 2009; Duodecim terveyskirjasto, 2009).

Det kan vara farligt för både mor och foster vid insjuknande i graviditetsdiabetes. För modern finns en risk att senare insjukna i Diabetes mellitus 2. De förhöjda blodsockernivåerna påverkar både mor och foster. Eftersom glukos passerar moderkakan, får fostret samma blodglukosnivå som mamman. Obehandlad graviditetsdiabetes leder till att även fostret får förhöjda blodsockervärden, vilket ökar risken för att barnet blir missbildat eller att det dör i slutet av graviditeten. Barnen är även ofta stora när de föds, eftersom de tvingats producera mera insulin, som är en tillväxtfaktor. Risker när blodsockernivåerna är höga är även polyhydraminos samt preeclamsi. Graviditetsdiabetes försvinner vanligen efter förlossningen, men det är viktigt att följa med blodsockernivåerna hos modern och framför allt vid en ny graviditet. (Weström, Åberg, Andersson, Jönsson, 1997, 58-60).

Antalet som insjuknar i graviditetsdiabetes har ökat under de senaste åren i Finland. År 2006 var antalet som insjuknat i graviditetsdiabetes 8 % (Käypähoito, 2008). År 2009 konstateras att var tionde finländsk föderska insjuknar i graviditetsdiabetes (Sydänliitto, 2009). En orsak till att graviditetsdiabetes ökar, är att fetma hos de finländska föderskorna ökar. Var tredje föderska är överviktig eller har ett BMI över 25 redan före graviditeten. Ett BMI över 30 har var tionde föderska. Övervikt ökar risken att insjukna i graviditetsdiabetes. (Suomen Kätilöliitto, 2009).

4.2 Mödrarådgivning

Den viktigaste uppgiften som mödrarådgivningen har är att se till att modern, fostret, det nyfödda barnet och familjemedlemmarna har så god hälsa som möjligt. Inom rådgivningen har man som avsikt att förebygga graviditetskomplikationer och om de uppkommer, upptäcka och åtgärda dem så fort som möjligt. Vården som erbjuds skall vara effektiv och stödjande och den skall vara baserad på tillförlitlig kunskap. Rådgivningarnas arbetsformer består av hälsokontroller, screeningar, personlig rådgivning samt familjeförberedelse. Det rekommenderas att förstföderskor besöker rådgivningen 13-17 gånger och för omföderskor rekommenderas 9-13 rådgivningsbesök. (Viisainen, 1999, 9, 11).

På mödrarådgivningen tas urinprov där det kollas om det finns glukos i urinen. Glukosvärdet i urinen mäts vid varje rådgivningsbesök på alla mödrar. Om kvinnan i början av graviditeten har återkommande glukosuri eller om hon tidigare haft graviditetsdiabetes görs en glukosbelastning redan på ett tidigt stadium. Om värdet är normalt skall en glukosbelastning göras igen i graviditetsvecka 26-28. (Viisainen, 1999, 20).

För att konstatera graviditetsdiabetes görs en två timmars glukosbelastning. Man gör vanligtvis belastningen i graviditetsvecka 24-28 om man inte upptäcker riskfaktorer tidigare, ex. övervikt eller att kvinnan haft graviditetsdiabetes tidigare. Då görs testet redan i graviditetsveckorna 12-16. Man rekommenderar att sockerbelastning görs på de flesta kvinnor. Belastningen behövs dock inte göras om kvinnan är under 25 år och förstföderska samt är normalviktig (BMI 18,5-25), om det inte förekommit graviditetsdiabetes i hennes släkt. Sockerbelastning behövs inte heller göras om kvinnan är omföderska under 40 år och inte tidigare haft graviditetsdiabetes eller fött barn över 4500 g och vars BMI är under 25 i början av graviditeten.

Vid sockerbelastningen tas först ett blodprov på morgonen mellan klo 8-10 efter 12 timmars fasta under natten. Efter blodprovet får kvinnan efter 5 minuter dricka 300 ml sockervatten. Man tar ett blodprov på nytt efter en timme och på nytt två timmar efter att hon har druckit sockervattnet. Om fastevärdet är över 5,3 mmol/l, en timmes värdet är över 10 mmol/l eller om två timmars värdet över 8,6 mmol/l, så kan man konstatera att kvinnan har graviditetsdiabetes.

Vården består först och främst av att ändra matvanorna. Att sköta sina matvanor kan behövas för att kvinnan inte skall gå upp för mycket i vikt, att sockervärdena sjunker och att insulinvård inte behövs. Om BMI är över 30 i början av graviditeten, är målet att kvinnan inte går upp i vikt under de två första trimestrarna. Motion rekommenderas även som förebyggande vård. Kvinnan följer själv med sina sockervärden, vilka kontrolleras av mödravården ifall kvinnan behöver insulinvård. Om sockervärdet är 5,5 mmol/l eller högre på morgonen före morgonmålet eller om värdet är 7,8 mmol/l eller högre en timme efter en måltid, fastän matvanorna förändrats, påbörjas insulinvård på mödrapolikliniken fram till förlossningen. (Käypähoito, 2008).

4.3 Hälsöfrämjande arbete

När vi vill förbättra hälsan hos oss själva eller någon annan kan man tala om hälsofrämjande eller hälsopromotion. Vad vi själva kan göra för att främja vår hälsa beror mycket på vilken livsstil vi lever och vilka levnadsvanor vi har. Motivationen, viljan och kunskaperna hos människan avgör hur människans hälsofrämjande framskrider. I hälsofrämjande arbete vill man försöka ”skapa förutsättningar för att bibehålla eller förbättra hälsan”. Man försöker på olika sätt stimulera människan till goda levnadsvanor t.ex. på arbetsplatsen där han/hon arbetar. På så sätt vill man skapa stödjande miljöer. Att människan själv har möjlighet att påverka sitt hälsofrämjande anses som positivt. Därför är det viktigt att ta med personen och diskutera arbetet och målen med det hälsofrämjande arbetet. (Winroth & Rydqvist, 2008, 231-232).

Hälsofrämjande inkluderar, enligt WHO:s Ottawa-deklaration, att främja en hälsosam livsstil, att skapa stödjande miljöer för hälsa, att stärka samhällets insatser för hälsa, ett omorganiserande av hälso-tjänster samt att främja en hälsosam allmän politik. (WHO, 2006).

Hälsofrämjandet i Finland styrs allmänt av Social- och hälsovårdsministeriet och baserar sig på Folkhälsolagen. I Folkhälsolagen tar man upp människans levnadsvanor och miljö, bekämpning av smittosamma sjukdomar t.ex. med vaccin och minskad ojämlikhet i hälsa. Man följer även Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, ett hälsopolitiskt program som baserar sig på WHO:s program för alla. I kommunerna finns även skilda program för hälsofrämjande arbete. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009).

5 Undersökningens genomförande

Detta lärdomsprov är en teoretisk studie med kvalitativ ansats. Att ha en kvalitativ ansats innebär att man strävar efter en helhetsförståelse av ett fenomen för att få en så fullständig bild av en situation som möjligt. Man utgår från helheten av en företeelse istället för dess olika delar. (Olsson & Sörensen, 2007, 65). Syftet med en kvalitativ studie är att beskriva kvaliteter hos fenomen och finna betydelser och mening hos dessa. Man strävar till att tolka och förstå för att få en ny helhetssyn av fenomenet. (Nylén, 2005, 10).

Som datainsamlingsmetod har dokumentstudier använts. Datamaterialet består av forskningsartiklar och dessa har sammanfattats med hjälp av en resumé. Dataanalysen av forskningsartiklarnas resultat har utförts med induktiv innehållsanalys.

5.1 Dokumentstudier

Dokumentstudier är en datainsamlingsmetod där man använder sig av material som blivit tryckt eller nerskrivet. Idag klassas även t.ex. foton, filer, tidningar, brev, kassetter och filmer hit. Olika kategorier av dokumentstudier är bl.a. ”statistik och register, officiella handlingar, privata handlingar, litteratur, kortlivade dokument, bild-, samt ljudokument”. (Patel & Davidsson, 2003, 63-65). I denna studie kommer litteraturstudier att användas, där respondenterna forskar i vetenskapliga artiklar.

Materialet till dokumentstudier hittas både i offentliga och i privata arkiv. När materialet samlas in, bör man välja dokumenten så att man får en så bred bild som möjligt. (Patel & Davidsson, 2003, 63-65). Materialet i dokumentstudier är alltså fastlagt från början, vilket också kan anses som en svaghet, eftersom man sällan kan gå till upphovsmannen av dokumenten och fråga efter mera information.

(Andersen, 1990, 74).

Att använda dokumentstudier som datainsamlingsmetod och källa kan vara bra vid studier där man vill ha svar på ”faktiska förhållanden och faktiska skeenden”. Man

försöker på så vis ta fram det sannolika i det fakta som man undersöker. Man kan också använda dokumentstudier när man vill undersöka om mänskors upplevelser av något, för att fastställa den ”sannolika” upplevelsen. (Patel & Davidsson, 2003, 63-65).

Väljer man att använda sig av dokumentstudier i en forskning är det viktigt att förhålla sig kritiskt till dokumenten och noggrant granska dem. Man bör ta reda på när, var och varför studien har uppkommit, vilket syfte den har, upphovsmannen, under vilka omständigheter den har skrivits, upphovsmannen relation till studien m.m. Det är även viktigt att kontrollera om dokumenten är original eller förfalskningar. (Patel & Davidsson, 2003, 63-65).

När dokumenten är insamlade, skall man noggrant granska om källan är äkta och relevant för att sedan tolka källans innehåll. När man tolkar dokumenten/källorna skall man försöka förstå vad författaren har menat och försöka sätta sig in i situationen för att kunna tolka källan på rätt sätt. (Carlsson, 1991, 58-59).

Dokumentstudier väljs ofta p.g.a. att det är den enda metoden som passar för att göra studien då man ofta studerar i det förflutna. Trots att dokumentstudier är begränsade, så används de mest eftersom fördelarna ändå är många. Dokumentstudier tar inte så lång tid och är billiga, men de kan också vara de mest lämpliga för studien. (Andersen, 1990, 74).

Mängden material som man behöver till en dokumentstudie beror på vad man frågar efter och hur lång tid man har. Det som är viktigt är att man väljer ett brett material som inte enbart stöder ens egna åsikter. (Patel & Davidsson, 2003, 63-65).

5.2 Resumé

En resumé är en typ av översiktsartikel vars uppgift är att ge en kortfattad sammanfattning av innehållet i alla relevanta forskningsartiklar inom ett bestämt tema. Man gör en grundlig analys av litteraturen och sammanfogar de olika forskningsresultaten så att en ny och enhetlig förståelse för temat framkommer.

(Kirkevold, 1996, 103). Enligt Finfgeld (2003, 894) är en översiktsartikel ”att sammanfoga och bryta ner forskningsresultat, undersöka dem, upptäcka viktiga särdrag och på något vis kombinera fenomen till en helhet”. Målet är att skapa en ny tolkning som förenar resultat och som är mera självstående än resultat från enskilda undersökningar.

En god översiktsartikel skall enligt Kirkevold (1996, 104, 107; 1997, 980-981) inte bara svara på frågan om vad man vet om temat utan också vad man inte vet. Den bör innehålla information om forskningarnas syfte, metoder och resultat. Forskningarnas huvudelement skall genomgå på samma sätt och presenteras så att alla får lika mycket uppmärksamhet. På detta sätt får resumén en neutral framtoning. Forskningsartiklarna kan även kategoriseras enligt vad deras fokus är.

För att ett ämne eller tema skall lämpa sig för en översiktsartikel måste det finnas en betydlig mängd forskningslitteratur om ämnet. Ämnet behöver även vara avgränsat så att det är möjligt att hitta litteratur som klart behandlar ämnet som man är intresserad av. Det är även viktigt att forskningsartiklarna som man använder sig av är tillförlitliga. Därför är det viktigt med en kritisk analys av den vetenskapliga kvaliteten på artiklarna. (Kirkevold, 1996, 103-104).

Fördelarna med en resumé är att läsaren snabbt kan skapa sig en bild av innehållet i ett flertal forskningsartiklar som berör ett visst ämne. Läsaren har då en möjlighet att plocka ut de artiklar som är mest aktuella och fördjupa sig i dem. Resuméer är neutrala till formen, vilket ger läsaren möjlighet att själv bedöma vilka artiklar som är mest intressanta och betydelsefulla. Nackdelen med denna typ av översiktartikel är att mycket av analysen och värderingar av forskningen kvarstår. Det överläts således till läsaren, som inte utgående från sammandragen av forskningarna kan göra en kritisk värdering och analys. (Kirkevold, 1996, 109).

5.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en metod som ofta används inom vårdforskningen. Eriksson (1992, 280) beskriver metoden som ett tillvägagångssätt för att analysera ett material

eller dokument som är uttalat, skrivet eller symboliskt framställt. Kyngäs och Vanhanen (1999, 4) framhåller vidare att denna metod lämpar sig bäst för ostrukturerat material, d.v.s. tal, brev, artiklar, dialoger, dagböcker, böcker och rapporter.

Innehållsanalysen kan utföras induktivt eller deduktivt. Vid den induktiva metoden använder forskaren sig av det material som han har medan vid den deduktiva metoden utgår forskaren ifrån ett tidigare begreppssystem. Innan analysen får sin början skall forskaren bestämma sig för om han endast vill analysera det som klart framkommer i materialet eller om han också vill analysera gömda budskap i materialet. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 4).

Vid den induktiva metoden hämtas kategorier och begrepp från undersökningsmaterialet. Ämnet förenklas, grupperas och abstraheras. När ämnet förenklas/kodas betyder det att man kodar det som framställts, dvs. materialet bearbetas och kategoriseras. Vid grupperingen förenar forskarna de förenklade framställningarna som ser ut att höra ihop. Grupperingen vill lyfta fram olikheter och likheter. De som liknar varandra förs ihop under en kategori. Vid abstraheringen bildas genom allmän uppfattning en bild av studien. Vid abstraheringen fortsätter man att förena kategorierna så långt som möjligt. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5-6).

När forskaren startar innehållsanalysen utifrån sitt material är han först tvungen att göra ordning i "kaoset". Flera uttryck för samma påstående bildar genom denna reduktion en kategori med ett sammanfattande namn. Detta moment bildar själva grunden vid innehållsanalysen. Carlsson menar att forskaren under hela analysprocessen skall finna sig tankemässigt på flera abstraktionsnivåer, d.v.s. på samma gång som han analyserar sitt material skall han också tolka det. (Carlsson, 1991, 62).

Innehållsanalysen består i huvuddrag av följande fem stadier: forskningsuppdragets formulering, utväljande av kommunikationsinnehåll för analys, sammansättning av analysenheter eller kategorier, utförande av analysen samt rapportering. (Eriksson, 1992, 282-283).

Metodens tillförlitlighet baserar sig till stor del på hur omsorgsfullt forskaren utfört sitt arbete. Tillförlitligheten bygger också på att materialet är representativt för den helhet som det härstammar från men också på möjligheten att upprepa analysen. (Eriksson, 1992, 283).

5.4 Undersökningens praktiska genomförande

Denna studie är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral i Finland. Respondenterna har valt att göra en teoretisk studie om hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes. Syftet är att undersöka på vilket sätt barnmorskan kan främja hälsan hos mödrar som insjuknar i graviditetsdiabetes. Studien görs för att barnmorskan skall få kunskap om vad som är väsentligt vid hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes.

Teoretisk studie valdes eftersom mängden material inom detta ämne är omfattande och respondenterna ville få en bild av vad tidigare forskning kommit fram till. Datamaterialet består av vetenskapligt godkända forskningsartiklar. Datainsamlingen påbörjades i november 2009 och avslutades i december 2010. Forskningsartiklar har sökts i databaserna EBSCO Academic Search Elite, Medline, Cinahl, Cochraine och Google scholar. Manuellt har respondenterna sökt i vetenskapliga tidskriften *Journal of Midwifery* (årgång 2000-2010). Som sökord har använts kombinationer av följande ord: gestational, diabetes, health, health care, pregnancy, physical activity, nutrition, midwife, counseling, motivating, promotion, exercise, conversation. Sammanlagt hittades 30 forskningar som var relevanta för studien. Flera forskningar valdes bort eftersom de inte svarade på forskningsfrågorna.

Elva av forskningarna behandlar livsstilsfaktorer som påverkar insjuknande i graviditetsdiabetes. Mycket forskning har gjorts inom just detta område. De resterande behandlar vad vårdpersonalen och patienten själv skall göra för att främja hälsan vid graviditetsdiabetes. Inom detta område har mycket mindre forskning gjorts. Forskningarna sammanställs i en resuméartikel (se bilaga), där det mest väsentliga ur varje forskningsartikel framkommer så att läsaren snabbt får överblick över ämnet. Forskningsartiklarnas resultat analyseras med hjälp av induktiv

innehållsanalys och respondenterna lyfter fram det som svarar på forskningsfrågorna. Därefter bildas kategorier och underkategorier av materialet.

Resultatet av analysen tolkas mot de teoretiska utgångspunkterna. Respondenterna har valt att använda sig av Erikssons ontologiska värdelement ansa, leka och lära, Orems teori om egenvård samt Penders teori om hälsofrämjande. Till slut görs en kritisk granskning av studien på basen av Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Kriterierna som valts är intern logik, struktur samt konsistens.

6 Resultat

Här kommer respondenterna att presentera resultatet av de utvalda artiklarna. Med hjälp av innehållsanalys av artiklarna indelades resultatet i tre kategorier, som skrivs med **fet stil**: **livsstilsfaktorer**, **vårdarens roll** och **patientens roll**. Under **livsstilsfaktorer** skapades följande underkategorier: *fysisk aktivitet*, *kost*, *BMI*, *viktminskning* och *socioekonomisk status*. Under **vårdarens roll** skapades följande underkategorier: *kunskap*, *information*, *motiverande samtal* och *vårdrelationen*. Under **patientens roll** skapades två underkategorier: *patientens inställning* och *egenvård*. Underkategorierna skrivs med *kursiv stil*.

6.1 Livsstilsfaktorer

Graviditetsdiabetes har ökat i takt med att vi har ändrat vår livsstil. Under denna rubrik kommer respondenterna att ta upp några faktorer som har visat sig påverka insjuknande i graviditetsdiabetes. *Fysisk aktivitet*, *kost*, *BMI*, *viktminskning* och *socioekonomisk status* berättar vi mera kring samt beskriver dess samband med graviditetsdiabetes.

6.1.1 *Fysisk aktivitet*

Fysisk aktivitet och stillasittande beteende före graviditet har visat sig ha samband med risk för graviditetsdiabetes. Ansträngande fysisk aktivitet reducerar risken för

insjuknande. Även raska promenader minskar risken. Kvinnor som promenerar fyra timmar eller mer per vecka (ca 30 min/dag) i rask eller mycket rask takt löper lägre risk att insjukna i graviditetsdiabetes i jämförelse med kvinnor som promenerar mindre än fyra timmar per vecka i sakta takt (Zhang, Solomon, Manson & Hu, 2006). Dempsey, Sorensen, Williams, Lee, Miller, Dashow & Luthy (2003) kommer i sin studie fram till att kvinnor ett år före graviditet motionerar i genomsnitt ca 4,2 timmar per vecka. Deras resultat kunde också påvisa att kvinnor som motionerar före graviditet löper 66 % mindre risk att insjukna i graviditetsdiabetes. Kvinnor som motionerar mer än 4,2 timmar per vecka löper 76 % mindre risk att insjukna i graviditetsdiabetes. Under graviditeten utövar 67,7 % av kvinnor fysisk aktivitet. Vid jämförelse av aktiva och inaktiva kvinnor kunde det påvisas att de aktiva kvinnorna löpte 31 % mindre risk för insjuknande i graviditetsdiabetes. Fysisk aktivitet över 6 timmar per vecka medförde 10 % mindre risk för att insjukna. Kvinnorna som utförde fysisk aktivitet både före och under graviditeten reducerar risken att insjukna i graviditetsdiabetes med 69 %. Zhang, Solomon, Manson & Hu (2006) tar upp stillasittande beteende och dess påverkan på insjuknande i graviditetsdiabetes. Kvinnor som tittar på tv 20 timmar eller mer per vecka samt inte utför någon ansträngande fysisk aktivitet har betydligt högre risk för graviditetsdiabetes än kvinnor som tittar på tv mindre än 2 timmar per vecka och är fysiskt aktiva.

Dye, Knox, Artal, Aubry & Wojtowycz (1997) tar i sin studie upp relationen mellan fysisk aktivitet, BMI samt risken att insjukna i graviditetsdiabetes. De menar att kvinnor med ett BMI på ≤ 30 kg/m² som är fysiskt aktiva och kvinnor med ett BMI ≤ 30 kg/m² som inte är fysiskt aktiva löper samma risk att insjukna i graviditetsdiabetes. Däremot löper kvinnor med ett BMI på > 30 kg/m² som är fysiskt aktiva under graviditeten mindre risk att insjukna i graviditetsdiabetes än kvinnor med ett BMI på > 30 kg/m² som inte är fysiskt aktiva under graviditeten. Fysisk aktivitet skulle därför endast reducera risken för insjuknande hos kvinnor med ett BMI på över 30 kg/m².

Förutom fysisk aktivitet är också rätt kost en viktig faktor för kvinnor som insjuknat i graviditetsdiabetes. När man har jämfört kvinnor med graviditetsdiabetes som både har följt en diet samt varit fysiskt aktiva med kvinnor med graviditetsdiabetes som

endast har följt en diet men inte varit fysiskt aktiva har man funnit ett antal skillnader. Viktökningen per vecka var betydelsefullt lägre i gruppen som både följde en diet och motionerade. Hos de kvinnor som både följde en diet samt var fysiskt aktiva ökade 53,8 % i vikt, hos de kvinnor som endast följde en diet ökade däremot 78,9 % i vikt. Den genomsnittliga viktökningen per vecka var $0,1 \pm 0,4$ kg/vecka hos de som följde en diet och motionerade och $0,3 \pm 0,4$ kg/vecka hos de som endast följde en diet.

(Artal, Catanzaro, Gavard, Mostello & Friganza, 2007).

6.1.2 *Kost*

Zhang, Liu, Solomon & Hu (2006) tar i sin studie upp kostvanor före graviditet och risken för insjuknande i graviditetsdiabetes. De kunde påvisa att fibrer, speciellt från spannmål och frukt, reducerar risken för insjuknande i graviditetsdiabetes. Kvinnans totala fiberintag samt specifika kostfibrer har noga analyserats. Varje 10 g/dag ökning av totala fiberintaget var associerat med 26 % reducerad risk, varje 5 g/dag ökning av spannmålsfibrer var associerat med 23 % reducerad risk och varje 5 g/dag ökning av fruktfiber var associerat med 26 % reducerad risk. Det fanns dock inget samband mellan vegetabiliska fibrer och risk för graviditetsdiabetes. Kvinnor vars kost består av lite fibrer och mycket socker är mer benägna att insjukna i graviditetsdiabetes. Iqbal, Rafique, Badruddin, Qureshi, Cue & Gray-Donald (2007) poängterar att risken för att insjukna i graviditetsdiabetes ökar för kvinnor med högre ålder samt högre fettprocent. Deras studie visade att proteiner i kosten reducerar risken för att insjukna. Kolhydrater, fetter och fibrer kunde däremot inte associeras med risk för graviditetsdiabetes. BMI före graviditet hade större betydelse än kosten under graviditeten för insjuknande i graviditetsdiabetes.

Radesky, Oken, Rifas-Shiman, Kleinman, Rich-Edwards & Gillman (2008) har i sin studie undersökt sambandet mellan kosten under den första trimestern och risk för graviditetsdiabetes. Två helt olika dieter samt dess samband med IGT (nedsatt glukostolerans) och GDM testades. Den första dieten var rik på grönsaker, frukt, baljväxter, fisk, fågel, ägg, sallads dressing och fullkorn. Den andra dieten innehöll rött kött, sötade drycker, pommes frites, produkter med hög fetthalt, efterrätter och smör. Här visade det sig också att ingen av dieterna var associerad med risk för IGT

eller GDM. Det enda näringsämnet som var associerat med ökad risk för graviditetsdiabetes var omega 3- fett. Mest påverkade av detta är kvinnor med ett BMI <25 kg/m².

När kvinnan insjuknat i graviditetsdiabetes blir dock rätt kost en viktig del av behandlingen. Den optimala dieten inkluderar regelbundna måltider och mellanmål innehållande långsamma kolhydrater. Dieten skall inte endast begränsas till graviditeten utan fortgå också efteråt för att reducera risken för mamman att insjukna i diabetes senare i livet. American Diabetic Association och American College of Obstetrician and Gynaecologist rekommenderar en viktökning på 7 kg för obesa (BMI > 29 kg/m²) kvinnor. Man kan påvisa att en kaloribegränsning för obesa kvinnor från 24 graviditetsveckan resulterar i mindre LGA (Large for Gestational Age)-barn. The American Diabetic Associations nuvarande riktlinjer förespråkar en begränsning av kolhydrater i kosten med 40 % samt en ökning av fettprocenten i kosten med 40 %. De menar att det är typen och inte mängden kolhydrater och fett som ger den metaboliska responsen (Dornhorst & Frost, 2002). Wolff, Legarth, Vangsgaard, Toubro & Astrup (2008) tar upp vikten av kostkonsultation för obesa gravida kvinnor för att de inte skall öka för mycket i vikt under sin graviditet. De är i behov av kostrekommendationer för att minska sitt energiintag. När man har jämfört obesa gravida som har fått kostkonsultation med obesa gravida som inte har fått kostkonsultation kunde man se att de som har fått kostrekommendationer endast ökade 6,6 kg i vikt jämfört med kontrollgruppen som ökade 13,3 kg i vikt. De som hade fått kostrekommendationer reducerade även risken för försämring av glukosmetabolismen jämfört med kontrollgruppen.

6.1.3 BMI

Före graviditet beräknas gränsvärdet för BMI som en riskfaktor vara 22,85 kg/m². I alla BMI-klasser, förutom undervikt, har man kunnat finna betydande samband mellan BMI före graviditeten och graviditetsdiabetes. Även normalviktiga kvinnor löper därför risk. En studie påvisar att 68 % av kvinnorna med graviditetsdiabetes hade normal vikt. När det kommer till insulinbehandlad graviditetsdiabetes har BMI visat sig vara den största riskfaktorn. Risken för att insjukna i graviditetsdiabetes

ökar även hos normalviktiga kvinnor om BMI ökar före graviditeten. (Ogonowski, Miazgowski, Kvczyńska, Krzyzanowska-Swiniarska & Celewicz, 2009).

Kvinnor med ett BMI på ≤ 30 kg/m² som är fysiskt aktiva och kvinnor med ett BMI på ≤ 30 kg/m² som inte var fysiskt aktiva har ungefär samma risk att insjukna. Kvinnor med ett BMI >30 kg/m² som är fysiskt aktiva under graviditeten har mindre risk att insjukna än kvinnor med samma BMI som inte är fysiskt aktiva. Fysisk aktivitet reducerar endast risken för insjuknande om kvinnan har ett BMI på över 33 kg/m². (Dye, Knox, Artal, Aubry & Wojtowycz,)

6.1.4 Viktminskning

Artal, Catanzaro, Gavard, Mostello & Friganza (2007) framhåller att viktminskning hos kvinnor med graviditetsdiabetes fungerar bäst genom att kombinera diet med motion. Viktminskning är betydande för kvinnor med graviditetsdiabetes för att inte få LGA (Large for Gestational Age)-barn. I deras studie var den genomsnittliga viktökningen per vecka $0,1 \pm 0,4$ kg/vecka för de kvinnor som följde en diet och dessutom motionerade. Den genomsnittliga viktökningen per vecka var $0,3 \pm 0,4$ kg/vecka för de kvinnor som endast följde en diet.

6.1.5 Socioekonomiska faktorer

I två artiklar framkom det att kvinnornas socioekonomiska status hade betydelse för vilken kunskap och hurudant beteende de hade i förhållande till hälsa och graviditet. Enligt Friedling, Elmadfa och Gall (2006) hade kvinnor med högre utbildning ett högre intag av kostfiber, folat, betakaroten och kalcium medan intaget av fett var lägre. BMI före graviditeten var högre hos lägre utbildade kvinnor, men de var mer intresserade av att delta i strukturerade fysiska aktiviteter än de högre utbildade kvinnorna. I den andra studien fann man också att kvinnor med högre utbildning och inkomst hade större kunskap om hälsa och graviditet. Att klassas som vit och vara äldre än 22 år associerades positivt med kunskap om graviditet och hälsosamma kostvanor. (Jones, Housman & McAleese, 2010).

6.2 Vårdpersonalens roll

Under följande kategori tar respondenterna upp saker som kan ha betydelse för vårdarens roll vid vården av kvinnor med graviditetsdiabetes. Vårdarens *kunskap*, *informationens betydelse*, *motiverande samtal* samt *vårdrelationen* behandlas.

6.2.1 Kunskap

När vårdaren sköter kvinnor under graviditeten är det hennes uppgift att övervaka och vara uppmärksam på kvinnan för att tidigt upptäcka problem som uppstår. Vårdaren behöver ha kunskap kring det normala och onormala, behöver kunna ge en fokuserad hälsoundervisning, kunna ge handledning och rådgivning. (Brooten, Youngblut, Donahue, Hamilton, Hannan & Felber Neff, 2007).

Vårdaren måste även vara medveten om skillnader i hur hälsosamtal upplevs samt möjliga konsekvenser för livssituationen. För att kunna skola patienter med diabetes krävs mycket av vårdpersonalen; specialskolning, pedagogiska kunskaper, goda kommunikationsfärdigheter samt att kunna stöda och lyssna på patienten. Patientens motivation till att få ny kunskap och att genomgå en behandling är väldigt individuell och påverkar mycket. Det är viktigt att vårdaren ser patientens behov och vilken motivationsnivå patienten är på. För att uppnå en livsstilsförändring krävs mera än bara information och skolning om ämnet till patienten. (Knight, Durnant, & Bundy, 2005; Persson, Friberg, 2009).

Johansson, Weinwhall & Emmelin (2009) har forskat i vårdarens förståelse av hälsa och hälsofrämjande samt hur vårdaren bör vara. Att utföra hälsofrämjande kräver en viss attityd. Det handlar inte bara om att säga och ge information utan också om hur man ger informationen. Vårdaren bör ha en helhetssyn på människan, vara delaktig, engagerad och hängiven, ha tillit, oro, ge bekräftelse, uppmuntran och stöd. I deras studie framkommer att det finns tre olika slags vårdartyper; avgränsaren, förenaren, och främjaren. Avgränsaren anser att hälsofrämjande inte alls hör till deras område, att de inte har kompetens eller möjlighet att utföra hälsofrämjande arbete. Vårdaren skall enligt avgränsaren sköta sjukdomen. Förenaren förenar hälsofrämjande arbete

med vårdarens arbete och ser det som självklart att hälsofrämjandet hör till hälso- och sjukvården. Det hälsofrämjande synsättet skall finnas sida vid sida med det medicinska synsättet vid alla vårdformer. Förearen fokuserar på att stödja den friska potentialen hos patienten, vilket kan ge förstärkning av kroppen och sinnet och ge mening och livslust. Främjaren fokuserar främst på möjligheter och faktorer som håller människor friska. Målet för främjaren är att skapa förutsättningar för patienten att ta kontroll över sin egen hälsa, kunna upprätthålla eller förbättra den.

Casey (2007) tar även upp i sin studie om att det förekommer många olika uppfattningar om hälsofrämjande samt att vårdpersonal har svårt att beskriva vad det innebär. Vårdare ansåg att hälsofrämjandet främst handlar som livsstilsfaktorer men, efter viss tveksamhet, att det handlar om att skapa medvetenhet om en hälsosam livsstil, att leva hälsosamt och att främja fysisk, mental och andlig hälsa. Vårdarna visste att det är deras ansvarsområde, men att det sällan användes eller fanns någon tid för det. De hade nog viss kunskap hur de skulle använda hälsofrämjande vård. Vissa ansåg att det skulle vara ekonomiskt mera nyttigt att använda mera hälsofrämjande i praktiken, medan andra inte riktigt förstod effekten av hälsofrämjande. Fem faktorer som hindrade att de utförde hälsofrämjande vård var brist på befogenheter/makt, vårdorganisationen, brist på träning och färdigheter, tung arbetsbörda, brist på tid och att arbetet var så på rutin. Hälften ansåg att de saknade utbildning, träning och färdigheter att använda hälsofrämjande. Majoriteten ansåg att de hade för lite personal och tid. Alla ansåg att det skulle vara mycket lättare att ta i bruk och fullfölja hälsofrämjandet om det blev en bestämmelse på att ha en utbildning i hälsofrämjande. Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja (2007) visar även i sin studie att många vårdare ansåg att de inte hade tillräckliga färdigheter i livsstilsrådgivning samt att patientens ovillighet många gånger är ett hinder för en livsstilsförändring. Vårdare måste förstå att hälsofrämjande är ett brett koncept, som inte enbart fokuserar på individen och livsstilsfaktorer. Vårdare måste få utbildning för att upptäcka hur hälsofrämjandet kan användas i akuta situationer, men även hur man planerar och ger hälsofrämjande vård så att det integreras i praktiken. Chefer på olika avdelningar har en viktig roll i att uppmuntra vårdpersonalen, att skapa en kultur där hälsofrämjandet finns och att ge mera befogenheter åt vårdarna. (Casey, 2007).

Vårdpersonal behöver mera kunskap om bl.a. fysisk aktivitet och kost för att kunna ge en god livsstilskonsultation samt kunna skicka vidare patienten till professionella inom området. De behöver ha tålamod och motivation själv att ta upp informationen flera gånger. Att kunna lyssna, känna empati och bry sig om patienten samt inte ställa för höga krav är viktigt. Vårdaren borde få mera färdigheter att konsultera i livsstilsförändringar. (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2010; Roumen, Blaak, & Corpeleijn, 2009).

Genom att vara medveten om sin egen livsstil och ha en hälsosam livsstil, kan vårdpersonalen i vården hjälpa andra i livsstilsförändringar. Ben-Arye, Lear, Hermoni & Stashefsky Margalit (2007) gjorde ett utbildningsprogram och en studie bland vårdpersonal över deras egen livsstil för att se om det påverkade personalens engagemang att diskutera livsstilsförändringar med patienter. Resultatet visade att vårdpersonalen blev mer medveten om sin egen hälsa och att de flesta hade mycket lättare efteråt att ta upp livsstilsförändringar med patienten samt att förstå svårigheter med förändringarna.

6.2.2 *Information*

För att ändra på livsstilen krävs mycket av individen men också av vårdpersonal. För en hållbar livsstilsförändring bör individen vara medveten om sin sjukdom och livsstil. Vårdpersonalen kan bidra med information och motivationshöjande samtal. För att förebygga typ 2 diabetes och upptäcka högriskpatienter finns en tre stegs plan att följa; identifiera vem som är i riskzonen, riskgränsvärden och ingripande för att förhindra utveckling av typ 2 diabetes. För att identifiera detta tas information upp av patienten ex. ålder, BMI, kost, vikt, fysisk aktivitet m.m. Det är viktigt här att kunna ge goda råd samt uppmuntran åt högriskpatienten. För att få en hållbar livsstilsförändring måste man först få patienten att bli uppmärksam på den höga risken att insjukna och på hans/hennes livsstil. (Roumen, Blaak, & Corpeleijn, 2009).

Att ge information är en central roll i livsstils rådgivning, men för att lyckas måste även patienten ta till sig informationen. Särskilt vid typ 2 diabetes har det förekommit missförstånd hos patienter, så där har information om sjukdom och

behandling visat sig vara viktigt och kunnat förbättra kunskapen och kontrollen av sjukdomen hos patienten. (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007).

Persson och Friberg (2009) fann i sin studie, över hur patienter som ligger i riskzonen för att insjukna i kardiovaskulär sjukdom upplever hälsovårdssamtal, att det är viktigt för patienterna att kunna ställa frågor och få ärliga svar vid samtalet. Det var viktigt att bli sedd som en unik person och att dialogen skulle vara mellan två vuxna människor på samma nivå. Själva dialogen upplevdes vara viktigare än att få broschyrer om livsstilsförändringar. Vårdpersonalen skulle ta hänsyn till patientens utgångspunkt när de skulle ge information.

I Hjelm, Bard, Nyberg & Apelqvists (2005) studie framkommer det att det är viktigt att ge ordentlig information om sjukdomen allra först, vilka konsekvenser den har för mor och barn och först sedan ge information om kost och fysisk aktivitet, men ändå att i tidigt skede förklara hur de kan sköta sjukdomen. Kvinnorna ville ha informationen i en logisk ordning. Broschyrer skall ha bra information, vara lättlästa och inte vara skrämmande. Samarbete mellan olika yrkesgrupper, så att all information fås och kommer i rätt ordning anses också vara viktigt. I en annan studie där man har undersökt om sättet information om hälsa ges på, med betoning på antingen emotionella, neutrala eller framtidsorienterade mål, har någon betydelse för hur individer bedömer, kommer ihåg och blir övertygade om informationen, fann man att det för unga vuxna (18-36 år) inte hade någon betydelse vilken typ av mål som betonades. (Zhang, Fung & Ching, 2008).

I en studie framkom det att det går att begränsa viktökning under graviditeten hos överviktiga kvinnor genom att ge kostkonsultation. De kvinnor som fick kostkonsultation av en dietist minskade energiintaget och begränsade sin viktökning under graviditeten jämfört med en kontrollgrupp som hade mycket större viktökning. (Wolff, Legarth, Vagnsgaard, Toubro & Astrup, 2008).

Att kommunikationen fungerar är viktigt när man ger information åt en patient. En förbättrad kommunikation bland vårdare, ex. genom att ge utbildning i motiverande

samtal, kunde förbättra vårdarens försök att ingripa. (Brooten, Youngblut, Donahue, Hamilton, Hannan & Felber Neff, 2007; Roumen, Blaak & Corpeleijn, 2009).

6.2.3 *Motiverande samtal*

Patienten kan efter att ha fått information om sjukdomen eventuellt delta i motiverande samtal med vårdaren för att få en positiv attityd till förändringarna i livsstilen. Det är även viktigt att vårdpersonal känner till betydelsen av att förändra livsstilen för att förebygga typ 2 diabetes. (Roumen, Blaak & Corpeleijn, 2009).

Genom motiverande samtal bland tonåringar med diabetes har det visat sig att kombinationen av motiverande samtal och behandling har en positiv effekt på sänkningen av S-HbA1c (blodsockerkontroll) samt att rädslan för hypoglykemi minskat och att det har blivit lättare att leva med sjukdomen. De flesta av tonåringarna hade även gjort en eller flera positiva förändringar i sin egenvård under ingripandeperioden. (Channon, Smith & Gregory, 2003).

Rubak, Sandbæk, Lauritzen och Christensen (2004) visar även i sin studie att motiverande samtal kan ha en betydande effekt när det användes i kombination för BMI, totala kolesterolhalten i blodet, systoliska blodtrycket, totala alkohol-koncentrationen i blodet och den normala etanolhalten, medan effekten för cigaretter och för HbA1c inte har visat sig vara så stor. Motiverande samtal har haft betydelse både för psykiska och fysiska sjukdomar och inte visat ha någon negativ effekt eller vara skadligt. Motiverande samtal på 60 minuter visade 81 % effekt, samtal på 20 minuter visade 64 % effekt. Motiverande samtal har även visat en viss effekt vid korta möten på 15minuter. Motiverande samtal hade en effekt på 72 % i behandlingen av fysiska problem, som viktminskning, minskning av kolesterolhalten, att öka den fysiska aktiviteten, diabetes, astma och minskning av rökning.

Att använda motiverande samtal vid behandling av överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes kan även ha en positiv effekt. I en studie där en grupp kvinnor deltog i motiverande samtal i samband med ett viktkontrollprogram och en grupp kvinnor som enbart deltog i viktkontrollprogrammet, gick gruppen som deltog i motiverande samtal betydligt mer ner i vikt och förbättrade den glykemiska kontrollen (A1c).

Kvinnorna var också mycket mer engagerade och hade mer närvaro än gruppen som inte deltog i motiverande samtal. Afrikansk-amerikanska kvinnor gick dock mindre i vikt än vita kvinnor överlag och tycktes ha mindre nytta av tillägget av motiverande samtal. (West, DiLillo, Bursac, Gore & Greene, 2007).

6.2.4 *Vårdrelationen*

För att skapa en förtroendefull relation vid hälsorådgivning av hypertension och vid andra livsstilssjukdomar som t.ex. diabetes, är det viktigt att vårdrelationen fungerar för att uppnå livsstilsförändringar. För att skapa en förtroendefull relation mellan vårdare och patient så har kommunikation och den pedagogiska kompetensen en betydande roll för vårdaren. Hälsorådgivning inkluderar bl.a. att motivera patienten att ändra sin livsstil. Att få förtroende för någon kan ha en betydande roll för att kunna göra en livsstilsförändring. Vårdarna måste vara medvetena om betydelsen av hur de uttrycker sig själva, både verbalt och icke verbalt. Att känna sin egen sinnesstämning kan hjälpa att bygga ett förtroendefullt förhållande, att hon är medveten om att hon kan överföra sina känslor på patienten. (Eriksson & Nilsson, 2008).

En förutsättning för en bra dialog är att patienten känner sig välkommen och viktig för mötet. För att underlätta detta kan vårdaren skapa en så lugn omgivning som möjligt, utan något som distraherar. För att förstärka sättet att uttrycka sig kan vårdaren försöka komma nära patienten och t.ex. använda sig av beröring, vilket kan ha en lugnande effekt. Hur vårdaren presenterar informationen har en betydande roll för att känna sig trygg. Här krävs pedagogisk kompetens av vårdaren. Ibland är det t.ex. bäst att inte ge alltför mycket information eftersom patienten inte kan ta in allt. Att inte vara kritisk, dömande eller lägga skulden på patienten är även viktigt för att bilda en förtroendefull relation. Vårdaren måste kunna identifiera patientens mentala kapacitet för att kunna förändra livsstilen. För att motivera till en livsstilsförändring måste vårdaren förstå huruvida patienten har i vardagen och försöka identifiera vilka motiv som bör ändras. (Eriksson & Nilsson, 2008).

Dialog och konversation används för att skapa närhet under mötena och försäkra patients deltagande. Detta kan få patienten att bli intresserad av behandlingen.

Erfarenhet av hälsorådgivning gör det lättare för vårdaren att få patienten att delta i deras egenvård. Att hon har en pedagogisk kompetens inkluderar även att hennes kunskap är uppdaterad. Trovärdighet är viktigt för att patienten skall uppleva mötena som trygga. Det är viktigt att vårdaren känner igen, är intresserad av och engagerad i patienten, vet vilka problem de har och eventuella mediciner. Det här kan vårdaren sköta på så sätt att hon alltid läser in sig i patientens uppgifter och är förberedd innan mötet. Att vårdaren ger tid för varje möte är också en viktig del. Särskilt det första mötet är viktigt. Att tala med respekt har även stor betydelse för en förtroendefull relation. Vårdaren måste lyssna på patienten och vara kapabel att möta patienten på dennes nivå. (Eriksson & Nilsson, 2008).

Vårdaren bör vara medveten om att det finns kulturella skillnader i hur man uppfattar vården. Hjelm, Bard, Nyberg & Apelqvist (2005) visar i sin studie hur olika svenska kvinnor jämfört med kvinnor från Mellanöstern, som alla hade graviditetsdiabetes, uppfattade vården på en diabetesklinik i Sverige. Kvinnorna från Mellanöstern kände sig väl omhändertagna och att de fick den information som de ville ha, medan svenska kvinnor tyckte att de fick för lite information och hade bristfälligt förtroende för personalen. Idealvårdaren beskrevs av kvinnorna från Mellanöstern som en god lyssnare, informerare, lugn, trevlig, hjälpande och stödjande. Kvinnorna från Sverige nämnde kunskap och kompetens som det viktigaste för en vårdare, följt av en positiv attityd samt att bli behandlad som en människa. Kvinnorna önskade även att få delta i gruppsamlingar med andra som har graviditetsdiabetes.

6.3 Patientens roll

I flera av artiklarna framkom att patientens motivation, inställning och förmåga till egenvård har stor betydelse för att en livsstilsförändring skall vara möjlig. Det är viktigt att patienterna har kunskap som berör deras sjukdom och en sund livsstil samt hur de skall utföra egenvården. Resultat som hittades angående patientens roll indelades i två underkategorier; *patientens inställning* och *egenvård*.

6.3.1 *Patientens inställning*

Enligt en studie om livsstilsförändring hos människor med nedsatt glukostolerans och diabetes typ 2 krävs det mycket av individen för att ändra på sina livsvanor. Det är viktigt att individen är medveten om sin sjukdom och livsstil för att förändringen skall vara bestående. (Roumen, Blaak & Corpelejin, 2009).

Betydelsen av patientens motivation att vilja ändra sina vanor framkom i två studier. Enligt Knight, Dornant och Bundy (2006) är motivationen mycket individuell och den har stor betydelse för att patienten skall ta in ny kunskap och genomgå en behandling, d.v.s. få till stånd en livsstilsförändring. I en annan studie, där man undersökte vilka hinder sjukskötare träffar på vid hälsorådgivning för patienter med diabetes typ 2, ansågs ett problem vara att patienterna saknade motivation för att ändra sin livsstil (Jansink, m.fl., 2010).

I en studie, där man undersökt om individer med typ 2 diabetes självständigt kan åstadkomma en livsstilsförändring, hittade man tre olika attityder till förmågan att fullfölja och upprätthålla livsstilsförändringar. Hopplöshet uttryckte de som upplevt att livsstilsförändringen var mycket svår att fullfölja. Kampattityd beskrevs av både de som ändrat livsstil och de som inte kunnat det. Man kämpade mot yttre frestelser och egna svagheter. De som lyckats med livsstilsförändringen och ansåg att de själva var ansvariga för sin hälsa använde attityden ”den självständiga individen” för att beskriva hur den hälsosamma livsstilen blivit en del av vardagen. (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008).

6.3.2 *Egenvård*

I en studie där man undersökte vilka problem människor med typ 2 diabetes upplevde med egenvård framkom det att brist på vårdtjänster i samhället gjorde att de kände sig utelämnade och utan stöd. Det framkom att stöd från familj och släkt var viktigt för egenvård, speciellt stöd från partnern. Problem med att leva hälsosamt uppkom främst i samband med måltider, där deltagarna i studien upplevde att deras diet påverkade familjerelationer. De kände sig ofta dömda p.g.a. de val av mat som

de gjorde och upplevde att familj och vänner inte var medvetna om deras sjukdom och diet. (Wellard, Rennie & King, 2008).

I en studie, där man har undersökt vilka hinder som vårdpersonal möter vid hälso-
rådgivning, framkommer att begränsad kunskap om hälsosamma livsvanor och
oförmågan att granska eget beteende hos patienterna är ett hinder för att uppehålla en
hälsosam livsstil. (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Att
otillräcklig kunskap är ett hinder för en livsstilsförändring framkommer även i en
studie av Jallinoja m.fl. (2007). Speciellt hos patienter med diabetes typ 2 är detta ett
problem. Ett annat hinder för en livsstilsförändring är patientens ovillighet att ändra
sina vanor.

I en annan studie av Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) fann man att stöd från
professionella är viktigt vid livsstilsförändring, men att individens egen kapacitet till
egenvård måste respekteras och beaktas. Deltagarna i studien ansåg att de själva var
ansvariga för sin livsstilsförändring, men när de inte klarade av detta ansvar behövde
de hjälp och stöd utifrån.

7 Tolkning

I detta kapitel tolkar respondenterna resultatet genom att använda sig av de teoretiska
utgångspunkterna. De teoretiska utgångspunkterna som respondenterna använder sig
av är Erikssons (2000) ontologiska värdelement, Orems (1991) teori om egenvård
samt Penders (1998) teori om hälsofrämjande.

7.1 Livsstilsfaktorer

I resultatet av denna teoretiska studie framkommer att kosten har betydelse före
graviditeten, bl.a. kost innehållande mycket proteiner och fibrer har visat sig
reducera risken för insjuknande. Mycket socker i kosten och omega 3-fett för
normalviktiga kvinnor anses däremot höja risken för insjuknande. (Zhang m.fl,

2006.; Iqbal m.fl., 2007). Hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes är kosten en viktig del vid behandlingen. Regelbundna måltider med mellanmål innehållande långsamma kolhydrater är den bästa dieten. För att reducera risken för insjuknande i diabetes typ 2 senare i livet är det viktigt att dieten fortsätter även efter förlossningen. (Dornhorst & Frost, 2002). Att kosten har stor betydelse framkommer även i Orem's (1991, 121) teori om egenvård. Vätske- och födointag är enligt hennes teori exempel på universella egenvårdsbehov. Dessa egenvårdsbehov är åtgärder som människan behöver utföra för att upprätthålla kroppens funktion.

För att förebygga sjukdom och ohälsa är det viktigt att tillgodose de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven (Orem, 1991, 125). Enligt resultatet har regelbunden fysisk aktivitet före graviditeten samband med minskad risk för graviditetsdiabetes. Enbart fysisk aktivitet under graviditet har ingen betydelse för risken för insjuknande. (Zhang m.fl., 2006; Dempsey m.fl., 2003) Däremot hos obesa anses fysisk aktivitet under graviditeten reducera risken att insjukna i graviditetsdiabetes (Dye m.fl., 1997).

Egenvårdskrav påverkas av hur människan lever, sociokulturella faktorer, familjeförhållanden och faktorer i den sociala omgivningen (Orem, 1991, 137). Det framkommer även i resultatet att skillnader i utbildning och ekonomi, ålder och kulturell bakgrund påverkar kunskap och beteende i relation till graviditet och hälsa (Friedling, Elmadfa & Gall, 2006; Jones, Housman & McAleese, 2010). Detta understöds även av Penders teori i vilken hon påpekar att ålder, yrke, kön, inkomst, vikt och familjeförhållande har betydelse för beslutstagande att sköta sin hälsa. (Tomey & Alligood, 1998, 533).

7.2 Vårdpersonalens roll

Enligt Eriksson (2000) utgörs vårdandets kärna av att ansa, leka och lära. Utmärkande för ansningen är att ge värme, närhet och beröring. Beröring innefattar ögonkontakt, att stå nära en annan människa eller direkt vidröring. Detta understöder resultatet i vår studie där det framkommer att beröring kan ha en lugnande effekt på patienten och kan förstärka en bra dialog. För att bilda en förtroendefull relation

mellan vårdare och patient skall vårdaren inte heller vara kritiskt dömande eller lägga skulden på patienten. (Eriksson & Nilsson, 2008). Den här delen av resultatet styrks av Erikssons teori (2000) i vilken det framgår att den kravlösa ansningen gör att människan upplever sig vara älskad och accepterad för den hon är och inte p.g.a. sina handlingar.

För att kunna ge en god livsstilskonsultation behöver vårdaren kunna lyssna, känna empati och bry sig om patienten samt inte ställa för höga krav. Att ge patienten tid och uppmärksamhet är också viktigt för att kunna ge bra hälsorådgivning. (Jansink m.fl., 2010; Eriksson & Nilsson, 2008). Även i Erikssons teori lyfts det fram att vårdaren bör ge patienten nödvändigt med utrymme och tid samt ge information så att den svarar mot individens krav. Vårdarens uppgift är att försöka förstå patientens önskningar utan att förvandla dem till krav. (Eriksson, 2000, 27-28).

Enligt den moderna pedagogiken är allt lärande och all undervisning en interaktiv process mellan lärare och elev. Vårdaren skall hjälpa patienten att återfå sin självständighet, vilket förutsätter en undervisande hållning från hennes sida. Det naturliga lärandets motiv skall få växa fram ur individens egna behov. (Eriksson, 2000, 30-32). I resultatet framkommer det att hälsosamtal kräver förberedelse och medvetenhet om pedagogiken samt att kunna uppfatta patientens behov och avgöra på vilken motivationsnivå han/hon är (Persson & Friberg, 2000). För att motivera till en livsstilsförändring måste vårdaren förstå vilket liv patienten har i vardagen och försöka identifiera vilka motiv som bör ändras. (Eriksson & Nilsson, 2008).

Enligt Pender (1996, 8) är grunden till hälsofrämjande motivation. Vid hälsofrämjande vill man utvidga positiva möjligheter till hälsa. I studiens resultat framkommer att motiverande samtal som vårdmetod har haft positiv effekt på olika livsstilsförändringar. Motiverande samtal har haft betydelse för både fysiska och psykiska sjukdomar bl.a. diabetes, kardiovaskulära sjukdomar och obesitet. (Channon, Smith & Gregory, 2003; Rubak m.fl., 2004; West m.fl., 2007). För att patienten skall få en positiv attityd till livsstilsförändringar kan vårdaren bidra med motivationshöjande samtal. Detta kan hjälpa patienten att upprätthålla en hållbar livsstilsförändring. (Roumen, Blaak & Corpeleijn, 2009).

För att egenvårdsbehoven skall tjäna som syfte för egenvården måste människan först bli medveten om dem. Med egenvårdsbehov avses aktiviteter som bör utföras av eller för individer i syftet att kontrollera faktorer som påverkar människans funktion och utveckling. (Orem, 1991, 122). Denna teori stöder resultatet, vilket visar att vårdare anser att hälsofrämjande handlar om att skapa medvetenhet om en hälsosam livsstil, leva hälsosamt och främja fysisk, mental och andlig hälsa. (Casey, 2007). För en hållbar livsstilsförändring bör individen vara medveten om sin sjukdom och livsstil. Vårdpersonalen måste få patienten medveten om den höga risken att insjukna och hans/hennes livsstil. (Roumen, Blaak & Corpeleijn, 2009). Genom att själv vara medveten om sin egen livsstil och leva ett hälsosamt liv kan för vårdpersonalen vara till nytta i hälsorådgivningssituationer. Om vårdaren är medveten om sin egen hälsa kan det vara lättare att ta upp livsstilsförändringar med patienten samt att förstå svårigheter med förändringarna. (Ben-Arye m.fl., 2007).

Resultatet tar upp förenaren som en vårdartyp. Förenaren förenar den medicinska vården med hälsofrämjande. Förenaren fokuserar på stödandet av den friska potentialen hos patienten. (Johansson, Weinwhall & Emmelin, 2009). Detta stöds av Pender (1996, 8) som anser att hälsofrämjande innebär att förverkliga hälsoresurser hos människan och en strävan efter att utvidga positiva möjligheter till hälsa. Pender beskriver begreppet ”att begripa kontrollen av hälsa”. Detta innebär individens förståelse av sin egen förmåga till hälsoförändring, vilket kan motivera längtan efter hälsa. (Tomey & Alligood, 1998, 533). Enligt resultatet fokuserar vårdartypen främjaren främst på möjligheter och faktorer som håller människor friska. Målet är att skapa förutsättningar för patienten att ta kontroll över sin egen hälsa, att kunna upprätthålla eller att förbättra den. (Johansson, Weinwhall & Emmelin, 2009). Detta understöds av Orem's teori (1991, 286) som också tar upp att vårdaren skall öka patientens förmåga till egenvårdsaktiviteter så att egenvårdskapaciteten på nytt tillgodoser egenvårdskraven.

Människan behöver kunskap, motivation samt mentala och praktiska färdigheter för att kunna tolka egenvårdsbehoven och planera hur de skall tillgodoses. Denna egenvårdskapacitet utvecklas när man utför egenvård i vardagen och även genom instruktioner från andra. (Orem, 1991, 160-161). Resultatet visar att kvinnor som har

fått vård för graviditetsdiabetes på specialkliniker upplevde stress och frustration om de fick dålig information. Det är viktigt att information fås och kommer i rätt ordning; först ges information om sjukdomen, vilka konsekvenser det har för mor och barn och först efter detta ges information om kost och fysisk aktivitet. Detta fordrar samarbete mellan olika yrkesgrupper. (Hjelm m.fl., 2005).

7.3 Patientens roll

Som tidigare nämnts är det viktigt för individen att vara medveten om sin sjukdom och livsstil för att en förändring skall vara bestående (Roumen, Blaak & Corpeleijn, 2009). Penders begrepp begripande av hälsotillstånd förklarar hon med att patientens känsla av att må bra eller dåligt kan avgöra sannolikheten för att ett hälsofrämjande beteende påbörjas. (Tomey & Alligood, 1998, 533). Orem (1991, 124-125) påpekar även att hur behoven blir tillgodosedda påverkas av hur bra människan förstått vilka behov hon har och på vilket sätt hon skall möta dem.

Pender (1996, 8) betonar vikten av patientens motivation för hälsofrämjande beteende. I resultatet framkommer att motivationen är mycket individuell och har stor betydelse för att patienten skall kunna ta in ny kunskap och förändra sina vanor. (Knight, Dornant & Bundy, 2006; Jansink, m.fl., 2010).

Patientens inställning påverkar förmågan att fullfölja och upprätthålla livsstilsförändringar. Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) tar upp tre olika slags inställningar; hopplöshet, kampattityd och den självständiga individen. Hopplöshet uttryckte de som hade upplevt att en livsstilsförändring var mycket svår att fullfölja. Enligt Pender påverkar individens tro, att en aktivitet eller ett beteende är svårt eller omöjligt, hans förmåga att ta till sig beteendet (Tomey & Alligood, 1998, 533).

Den andra inställningen som Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) tar upp är kampattityd, vilken beskrivs både av patienter som har ändrat livsstil och av de som inte har klarat av det. Båda grupperna kämpade mot yttre frestelser och egna svagheter. Penders begrepp ”tilltron till den egna förmågan” beskriver detta. Individens starka tro att ett beteende är möjligt kan öka beteendet (Tomey &

Alligood, 1998, 533). Den tredje inställningen som framkom i artikeln (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008) fanns hos de som hade lyckats med livsstilsförändring och ansåg att de själva var ansvariga för sin hälsa. De använde attityden den självständiga individen för att beskriva hur den hälsosamma livsstilen blivit en del av vardagen. Detta stöds av Pender som tar upp att ett tidigare beteende påverkar det nuvarande beteendet direkt eller indirekt. Individens positiva eller negativa känslor till ett speciellt beteende kan påverka beteendet. (Tomey & Alligood, 1998, 533).

Egenvårdskapaciteten utvecklas när man utför egenvård i vardagen och även genom instruktioner från andra (Orem, 1991, 158-161). Wellard, Rennie och King (2008) tar i sin studie upp att stöd från familj och släkt var viktigt för egenvården, speciellt stödet från partnern ansågs viktigt för patienter med typ 2 diabetes.

Ett hinder för egenvården kan vara begränsad kunskap om hälsosamma livsvanor samt oförmåga att granska eget beteende. Ett annat hinder för livsstilsförändring är patientens ovillighet att ändra sina vanor. (Jansink m.fl., 2010; Jallinoja m.fl., 2007). Detta framkommer även i Orem's (1991, 170) teori om egenvård, där hon förklarar att begränsade kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut samt begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat påverkar egenvårdskapaciteten negativt. Individens definition av vad hälsa innebär, från frånvaro av sjukdom till välfärd på hög nivå, kan även enligt Pender ha betydelse för patientens beteendeförändringar (Tomey & Alligood, 1998, 533).

För att uppnå en livsstilsförändring är stöd från professionella viktigt. Dock måste individens kapacitet till egenvård respekteras och beaktas. (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008). Enligt Erikssons teori (2000, 31-32) skall vårdaren hjälpa patienten att återfå sin självständighet vilket förutsätter en undervisande hållning från vårdarens sida. Motivet till lärandet skall få växa fram ur individens egna behov.

8 Kritisk granskning

Den kritiska granskningen utgår från Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Respondenterna valde att använda sig av intern logik, vilket lyfter fram kvaliteter i framställningen som helhet, struktur som fokuserar på resultatets kvalitet samt validitetskriteriet konsistens som fokuserar på resultatets validitet.

Intern logik beskrivs av Larsson (1994, 168) som en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Forskningsfrågorna skall styra hur data insamlas och vilken analysteknik som används. Forskningsfrågorna i denna studie var: Vad främjar moderns hälsa vid graviditetsdiabetes samt hur kan barnmorskan främja hälsan hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes? Respondenterna hade redan från början tänkt utföra en teoretisk studie eftersom vi visste att materialet inom detta ämne var omfattande, så det finns en risk att datainsamlingsmetoden valdes redan innan frågorna var färdigt utformade. Dock var ju ämnet för studien valt innan metoderna valdes. Respondenterna anser att dokumentstudier som valdes till datainsamlingsmetod passar väl till forskningsfrågorna. Vi fick svar på våra forskningsfrågor och anser att metodvalen harmoniserar med frågorna. Det har redan gjorts mycket forskning inom ämnet och vi ville få en bild av vad man i tidigare forskning kommit fram till, vilket innehållsanalysen lämpade sig mycket väl för. Vi anser att andra metoder inte skulle passa lika bra till vår studie.

Valet av analysmetod gjordes nog mer utgående från det omfattande material som dokumentstudierna bidrog med än forskningsfrågorna. En resumé gjordes för att få en bättre överblick över materialet och utgående från resumén gjordes sedan en innehållsanalys för att sammanfoga kunskap från tidigare forskning till en ny och mer överskådlig helhet. Respondenterna anser att valet av metoder för datainsamling och analys var de mest lämpliga för denna studie och de forskningsfrågor som ställts, fastän de inte valdes helt utgående från forskningsfrågorna. Även Larsson framhåller att det kan vara komplicerat att endast utgå från forskningsfrågorna vid valet av metoder. Problemet som man vill studera blir en utgångspunkt vid sidan av andra och metoderna väljs för att man föredrar en viss metod framför andra. Dock är den

ursprungliga idén med den interna logiken att det skall finnas en helhet som alla delar kan relateras till, kvalitetskriteriet är att det skall finnas en harmoni mellan del och helhet, vilket respondenterna anser att det finns i denna studie. (Larsson, 1994, 169-170).

Resultatkriteriet struktur ställer krav på att resultatet skall vara överskådligt och så enkelt framställt som möjligt. Tolkningen av rådata skall gestaltas exakt vilket innebär att alla kategorier skall hittas i rådata. Det skall finnas en röd tråd i resonemanget och resultaten skall ha en så enkel och klar struktur som möjligt. (Larsson, 1994, 173-275). Resumén av forskningsartiklarna är mycket tydlig och framhäver det viktigaste i alla artiklar. Kategorierna, som skapades med hjälp av innehållsanalys och vilka utgör studiens resultat, är alla hämtade från de forskningsartiklar som analyserats. Respondenterna har försökt framställa resultatet så tydligt som möjligt genom att indela resultatet i kategorier och underkategorier samt lyfta fram det som ansågs som väsentligast med tanke på forskningsfrågorna, vilket utgör den röda tråden i resultatframställningen.

Larsson beskriver konsistens som en tolkning som byggs upp mellan del och helhet. Med olika delar så byggs helheten upp. De första delarna är vår tidigare förståelse av saken, därefter fylls det på med delar och bildar till slut en helhet. (Larsson, 1994, 183). Respondenterna hade i början av studien en kunskap om att vården av graviditetsdiabetes grundar sig på kost och motion. I resultatet framkommer även den tidigare kunskapen, men under studiens gång och i resultatet framkom flera delar till, bl.a. vårdarens roll samt patientens roll. Enligt resultatet bildar dessa alla en helhet som många gånger behövs för att vården av graviditetsdiabetes skall lyckas. Respondenterna anser därför att Larssons beskrivning av konsistens passar in på studien, eftersom många delar bygger upp helheten av resultatet samt de forskningsfrågor som vi har ställt.

Larsson säger även att det ibland kan vara problem med att få empirisk förankring på konsistenskriteriet samt att man i vissa situationer kanske bortser från vissa omständigheter för att de inte passar in i samma helhet. (Larsson, 1994, 184). Respondenterna har försökt beakta allt som har framkommit i de artiklar som har

hittats. Vissa artiklar och vissa detaljer har ibland lämnats bort om de inte har ansetts höra till ämnet eller ha betydelse för vår studie. Respondenterna är även medvetna om att varje del för sig säkert kan vara till hjälp för någon, t.ex. en patient med graviditetsdiabetes kanske själv har en bra inställning och kan sköta sin sjukdom med kost och motion utan att vårdarens roll påverkar.

9 Diskussion

Syftet med detta lärdomsprov var att undersöka på vilket sätt barnmorskan kan främja hälsan hos mödrar som har insjuknat i graviditetsdiabetes. Vi vill ge barnmorskor kunskap om vad som är det väsentliga vid hälsofrämjande arbete med dessa kvinnor. Mycket forskning har gjorts kring livsstilsfaktorer som bl.a. fysisk aktivitet och kost samt dess samband till insjuknande i graviditetsdiabetes. Man vet idag hur kvinnan skall leva för att undvika denna sjukdom samt hur den gravida kvinnan som redan blivit diagnostiserad borde leva. Livsstilsfaktorerna har därför endast utgjort en mindre del i detta lärdomsprov. Det vi nu blev ivriga på att ta reda på var hur man som barnmorska skall gå till väga för att främja hälsan hos gravida kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes. Inom detta område har forskningen bara börjat, men respondenterna anser att de har fått svar på problempreciseringarna: vad främjar moderns hälsa vid graviditetsdiabetes samt hur kan barnmorskan främja hälsan hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes?

I resultatet framkom flera livsstilsfaktorer som påverkade insjuknande i graviditetsdiabetes. Det framkom att kvinnans utgångs-BMI före graviditeten hade störst påverkan på insjuknande i graviditetsdiabetes. Fysisk aktivitet och rätt kost före graviditet håller BMI på en normal nivå och reducerar därför risken för insjuknande. Fysisk aktivitet under graviditet reducerade endast risken för insjuknande hos kvinnor med ett BMI på över 33 kg/m². När kvinnan har insjuknat blir dock kombinationen rätt kost och fysisk aktivitet viktiga i behandlingen. Regelbundna måltider samt mellanmål innehållande långsamma kolhydrater och regelbunden fysisk aktivitet håller blodsockret i balans. I resultatet kunde även påvisas att

socioekonomiska faktorer hade betydelse för insjuknande. Kvinnor med högre utbildning hade lägre BMI samt högre intag av kostfiber, folat, betakaroten och kalcium medan intaget av fett var lägre. Kvinnor med högre utbildning och inkomst hade dessutom större kunskap om hälsa och graviditet. Att klassas som vit och vara äldre än 22 år associerades positivt med kunskap om graviditet och hälsosamma kostvanor.

Vårdarens roll kan ha stor betydelse i främjandet av graviditetsdiabetes. Att vårdaren har kunskap om sjukdomen, om kost och motion samt kunskap om informationens betydelse och eventuellt kan erbjuda motiverande samtal kan bidra till att vårdaren kan ge en god handledning och rådgivning.

Att känna till vad hälsofrämjande arbete innebär i praktiken och att ta sig tid till hälsofrämjande arbete visade sig vara en bristfällighet i vården, så mera kunskap om hälsofrämjande kunde förbättra den hälsofrämjande vården av bl.a. graviditetsdiabetes. I resultatet framkom även att det är viktigt att vårdaren har kunskap om pedagogiken så att hon lär sig kommunicera på ett enkelt sätt och ett sätt som får patienten att bli uppmärksam. Vårdrelationen har även en betydande roll vid vårdande av olika sjukdomar. Att patienten blir sedd, att kunna lyssna till deras problem och att bry sig om dem samt visa trovärdighet är viktigt för att patienten bättre skall ta till sig information samt få motivation att följa råden.

Att patienten hade en stor roll när det kommer till livsstilsförändringar framkom tydligt i resultatet. Motivation, inställning och förmåga att utföra egenvård hade stor betydelse för att patienten skulle få till stånd en livsstilsförändring. Det är även viktigt att patienten har kunskap om sin sjukdom och om hur en sund livsstil ser ut för att kunna ändra sina vanor. Patientens egen vilja till förändring är en stor fördel för att möjliggöra livsstilsförändringar. Det framkom även att det är viktigt att man som vårdare respekterar individens egen förmåga och det är viktigt att ge stöd om patienten upplever att det är svårt att självständigt göra ändringar i levnadsvanorna.

Respondenterna valde att göra en dokumentstudie för att samla in så mycket material som möjligt för att klargöra de problempreciseringar som vi har ställt.

Respondenterna hade dock svårt i början att hitta tillräckligt med artiklar som berörde våra frågor. Det fanns många artiklar kring graviditetsdiabetes, men inte många artiklar om hur barnmorskan konkret kan främja hälsan hos de som insjuknat i graviditetsdiabetes. Forskningen är ännu inte så långt gången kring ämnet. Därför anser respondenterna att de hade önskat mera information kring den andra problempreciseringen; hur kan barnmorskan främja hälsan hos kvinnor som har insjuknat i graviditetsdiabetes? I framtiden finns säkert flera forskningar kring ämnet att studera. Det skulle även vara intressant att intervjua patienter med graviditetsdiabetes för att höra vad som har fungerat och inte har fungerat för dem.

Att vårdpersonal verkade ha bristfällig kunskap om vad hälsofrämjande är och inte hade tid med det, anser respondenterna att borde förändras. Arbetsplatserna borde planera in tid också för hälsofrämjande arbete samt skolningar kring ämnet. Respondenterna anser även att man eventuellt kunde mera konkret undervisa kring hälsofrämjande vård i utbildningar för vårdpersonal så att det skulle bli en naturlig sak som följer med vårdaren i hennes/hans arbete.

Att göra denna studie var varit både intressant och lärorikt. Vi har fått ta del av den nyaste forskningen som har gjorts inom ämnet graviditetsdiabetes. Detta har gett oss en förkunskap samt ny förståelse för mödrar som har insjuknat i graviditetsdiabetes, vilket vi hoppas ha nytta av i framtiden vid möten med dessa kvinnor. Vi hoppas att vi med studien också kan ge annan vårdpersonal ökad beredskap för att bemöta kvinnor diagnostiserade med graviditetsdiabetes.

Litteratur

Andersen, H. (1990). *Vetenskapsteori och metodlära "en introduktion"*, Lund: Studentlitteratur.

Artal, R., Catanzaro, R.B., Gavard, J.A., Mostello, D.J. & Friganza, J.C. (2007). A lifestyle intervention of weight-gain restriction: diet and exercise in obese women with gestational diabetes mellitus. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 32, 596-601.

Ben-Arye, E., Lear, A., Hermoni, D. & Stashefsky Margalit, R. (2007). Promoting lifestyle self-awareness among the medical team by the use of an integrated teaching approach: a primary care experience. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 13 (4), 461-469.

Brooten, D., Youngblut, J.M., Donahue, D., Hamilton, M., Hannan, J. & Felber Neff, D. (2007). Women with high-risk pregnancies, problems and APN interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (4), 349-357.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder, för medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell.

Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039-1049.

Channon, S., Smith, V. J. & Gregory J.W. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch Dis Child*, 88, 680-683.

Dempsey, J.C., Sorensen T.K., Williams, M.A., Lee, I-M., Miller, R.S., Dashow E.E. & Luthy, D.A. (2003). Prospective Study of Gestational Diabetes Mellitus Risk in Relation to Maternal Recreational Physical Activity before and during Pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 159 (7).

Diabetesförbundet (2009). *Kan diabetes förebyggas?* [Online] http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=998 (hämtat 03.02.2010).

Diabeteshandboken (2008). 32 *Diabetes under graviditet* [Online] http://diabeteshandboken.se/001_kapitel_1-37/320_graviditet.html (hämtat 02.03.2010).

Dornhorst, A. & Frost, G. (2002). The principles of dietary management of gestational diabetes: reflection on current evidence. *The British Dietetic Association*, 15, 145-156.

Duodecim terveyskirjasto. (2009). *Raskausdiabetes.* [Online] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00076&p_teos=khp&p_osio=109&p_selaus= (hämtat 23.11.2009)

Dye, T.D., Knox, K.L., Artal, R., Aubry, R.H. & Wojtowycz, M.A. (1997). Physical Activity, Obesity, and Diabetes in Pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 146 (11), 961-965.

Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Precondition needed for establishing a trusting relationship during health counseling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359.

Eriksson, K. (1992). *Broar*. Vasa: Åbo Akademi.

Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idéé*. Stockholm: Elanders GOTAB.

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Fingeld, D.L. (2003). Metasynthesis: The State of the Art – So Far. *Qualitative health research*, 13 (7), 893-904.

Freisling, H., Elmadfa, I. & Gall, I. (2006). The effect of socioeconomic status on dietary intake, physical activity and Body Mass Index in Austrian pregnant women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19, 437-445.

Gunderson, E.P., Rudra, C.P. & Williams, M.A. m.fl. (2006). *Raskausdiabetes*. [Online]
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068> (hämtat 23.11.2009)..

Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2006). Management of gestational diabetes from the patients perspective – a comparison of Swedish and Middle-Eastern born women. *Journal of Clinical Nursing*, 168-178.

Iqbal, R., Rafique, G., Badruddin, S., Qureshi, R., Que, R. & Gray-Donald, K. (2007). Increased body fat percentage and physical inactivity are independent predictors of gestational diabetes mellitus in South Asian women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 736-742.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249

Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008) Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 455-462.

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counselling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11 (41).

Johansson, H., Weinehall, L. & Emmelin, M. (2009). "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC Health Service Research*, 191 (9), 1-12.

Jones, J., Housman, J. & McAleese, W. (2010). *Exercise, nutrition, and weight management during pregnancy*. *American Journal of Health Studies*, 25(3), 120-128.

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 977-984.

Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Ingår i: Bjerkheim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (red.). *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Knight, K.M., Dornan, T. & Bundy, C. (2005). The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behavior. *Diabetic Medicine*, 23, 485-501.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-12.

Käypähoito (2007). *Graviditetsdiabetes*. [Online]

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=gvr00001#s26> (hämtat 6.11)

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50068#s18>

(hämtat 22.11.2009).

Käypähoito, (2007) *Raskausdiabetes* [Online]

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00079> (hämtat

4.2.2010)

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

New, N. (2010). Teaching so they hear: Using a co-created diabetes self-management education approach. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 316-325.

Nylén, U. (2005). *Att presentera kvalitativa data. Framställningsstrategier för empiriredovisning*. Malmö: Liber.

Ogonowski, J., Miazgowski, T., Kuczynska, M., Krzyzanowska-Swiniarska, B. & Celewicz Z. (2009). Pregravid body mass index as a predictor of gestational diabetes mellitus, *British Journal of Diabetic Medicine*, 2009, 334-338.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th ed.). St.Louis: Mosby-Year Book.

Patel, R. & Davidsson, B. (2003) *Forskningsmetodikens grunder "att planera, genomföra och rapportera en undersökning"*. Lund: Studentlitteratur.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3. ed.). New Jersey: Appleton & Lange.

Persson, M. & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528.

Radesky, J.S., Oken, E., Rifas-Shiman, S.L., Kleinman, K.P., Rich-Edwards, J.W. & Gillman, M.W. (2008). Diet during early pregnancy and development of gestational diabetes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22, 47-59.

Roumen, C., Blaak, E.E. & Corpeleijn, E. (2009). Lifestyle intervention for prevention of diabetes: determinants of success for future implementation. *Nutrition Reviews*, 67 (3), 132-146.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2004). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

Smith West, D., DiLillo, V. & Bursac, Z. (2007). Motivational interviewing improves Weight loss in Woman with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (5).

Social- och hälsovårdsministeriet (2009). [Online]

<http://www.stm.fi/sv/valfard/halsoframjande> (hämtat 9.2.2010).

Suomen Diabetesliitto ry. (2006). *Raskausdiabetes -pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi*. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Suomen Kättilöliitto. (2009). [Online]

www.suomenkättilöliitto.fi/meddelande_april_09.pdf (hämtat 6.11.2010)

Suomen kättilöliitto. (2009). *Pressmeddelande 15.4.2009* [Online]

http://www.suomenkättilöliitto.fi/meddelande_april_09.pdf (hämtat 4.2.2010).

Sydänliiton verkkolehti. (2009). *Graviditetsdiabetes hotar barnets och mammans hjärthälsa* [Online]

http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_4_09/hjartsidor_4_09/fi_FI/graviditetsdiabetes/ (hämtat 4.2.2010).

Symons Downs, D. & Ulbrecht, J.S. (2006). Understanding exercise beliefs and behaviours in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes care*, 29 (2), 236-240.

Terveysportti. (2009). *Tietoa potilaalle: Raskausdiabetes*. [Online]

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=raskausdiabetes

http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=raskausdiabetes (hämtat 2.3.2010).

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (1998). *Nursing Theorists and their work*. Mosby-Year Book, Inc.

Viisainen, K. (red.). (1999). *Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården. Rekommendationer 1999*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wellard, S.J., Rennie, S. & King, R. (2008). Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse*, 29, 218-226.

Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. (2005). *Obstetrik och Gynekologi*, Lund: Studentlitteratur.

Weström, L., Åberg, A., Andersson, U-B. & Jönsson, E.(1997) *Obstetrik och gynekologi*. Studentlitteratur, Lund.

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

WHO (2006). [Online] http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_swedish.pdf (hämtat 21.11.2009).

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

Zhang, C., Solomon, C.G., Manson, J.E. & Hu, F.B. (2006). A Prospective Study of Pregravid Physical Activity and Sedentary Behaviors in Relation to the Risk for Gestational Diabetes Mellitus. *American Medical Association*, 166, 543-548.

Zhang, C., Liu, S., Solomon, C.G. & Hu, F.B. (2006). Dietary Fiber Intake, Dietary Glycemic Load, and the Risk for Gestational Diabetes Mellitus. *American Diabetes Association*, 29 (10), 2223-2230.

Zhang, X., Fung, H. & Ho-hong Ching, B. (2009). Age differences in goals: Implications for health promotion. *Aging and mental health*, 13 (3), 336-348.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Artal, R., Catanzaro, R.B., Gavard, J.A., Mostello, D.J. & Friganza, J.C. (2007)	Undersöka ifall ett viktminskningsprogram, med eller utan träning, kan inverka på blodsockerkontroller, utgången på graviditeten samt den totala viktuppgången under graviditeten hos obesa kvinnor med GDM.	96 kvinnor med GDM delades upp i två självvalda grupper; 39 följde diet och motionerade, 57 följde enbart diet. Kvinnorna erbjöds måltidsplan och instruerades i att själva kontrollera blodsocker.	Viktökningen per vecka var betydelsefullt lägre i gruppen som både följde diet och motionerade. De kvinnor som ökade i vikt hade en högre andel av makrosoma barn än de som inte gick upp i vikt eller gick ned i vikt. Kaloribegränsning och motion resulterar i begränsad viktökning hos obesa kvinnor med GDM, färre nyfödda med makrosomi och inga skadliga graviditetsutgångar.
Ben-Arye, E., Lear, A., Hermoni, D. & Stashefsky Margalit, R. (2007)	Ett utbildningsprogram för hälsovårdspersonal med målet att främja medvetenheten om personernas egen livsstil och undersöka om ökad medvetenhet om livsstilen ökar personalens vilja att engagera sig i diskussioner om livsstilsförändringar med patienter.	Två hälsovårdskliniker i tätorter i norra Israel deltog i programmet. Undervisningen bestod av kunskapsbaserat och experimentellt lärande. För utvärdering användes enkäter; i slutet av programmet och ett år senare.	35 personer deltog. 13 av 20 deltagare rapporterade en attitydförändring angående matvanor efter programmet. Vid uppföljning ett år senare uppgav 24 av 27 svaranden att de var mer medvetna om sina matvanor och sin fysiska aktivitet än före kursen. 23 av 27 svaranden uppgav att de efter programmet var bättre förberedda att diskutera med sina patienter om livsstilsförändringar.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>Brooten, D., Youngblut, J.M., Donahue, D., Hamilton, M., Hannan, J. & Felber, Neff D.</p> <p>(2007)</p>	<p>Att beskriva problem kvinnor har under graviditeten och efter förlossningen och vilka ingripanden specialjukskötare (advanced practice nurses, APN) gör. Man ville även fastställa om problem och specialjukskötarnas ingripanden varierade beroende på kvinnornas diagnoser (diabetes, hypertension, för tidig förlossning).</p>	<p>Ett randomiserat kliniskt försök gjordes. Hälften av vården som utfördes av läkare under prenatala perioden ersattes med att specialjukskötare besökte kvinnorna i deras hem. Specialjukskötarna dokumenterade interaktionen som de hade med kvinnorna. Man gjorde innehållsanalys på dessa dokument och klassade kvinnornas problem och specialjukskötarnas interventioner m.h.a. Omaha Classification System.</p>	<p>Kvinnornas problem varierade inte så mycket mellan de olika diagnoserna. Interventionerna bestod av allt från att bedöma moderns och fostrets hälsotillstånd till undervisning, att lära ut egenvård samt att hjälpa till med transport och hushållsarbete.</p>

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Casey, D. (2007)	Redovisa hur sjukskötare uppfattar och förstår hälsofrämjande i en akut situation.	En kvalitativ fallstudie där 8 st sjukskötare deltog. Sjukskötarna observerades i praktiken och intervjuades därefter genom semistrukturerade one-to-one-intervjuer. Därefter gjordes en kvalitativ dataanalys.	Ett huvudtema identifierades; hälsofrämjandet i praktiken bland sjukskötare. Sjukskötarna hade svårt att beskriva samt förstå vad hälsofrämjande är, de hade även svårt med att beskriva hur de skulle sköta hälsofrämjande i praktiken. Hälsofrämjandet var något sjukskötarna gjorde om de hade tid. Bl.a. utbildning, organisation och ledning var faktorer som påverkade och förhindrade hälsofrämjandet.
Channon, S., Smith, V. J., Gregory, J.W. (2003)	Att få information om vilken effekt motiverande samtal/intervjuer har på glykemisk kontroll, välmående samt egenvård bland tonåringar med diabetes.	22 personer i åldern 14-18 år deltog under 6 månader i motiverande intervjuer. Effekterna av ingripandet på HbA1c-värden samt på frekvensen av psykiska faktorer analyserades.	Under studien sjönk HbA1c från 10,8 % till 9,7 % och visade sig vara märkbart lägre efter studien. Rädslan för hypoglykemi minskade och diabetes upplevdes lättare att leva med. På de psykiska faktorerna syntes ingen märkbar skillnad. Som jämförelse skedde ingen sänkning av HbA1c i en grupp som inte deltog i motiverande intervjuer.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Dempsey, J.C., Sorensen, T.K., Williams, M.A., Lee, I-M., Miller, R. S., Dashow, E.E., Luthy, D.A. (2004)	Undersöka om fysisk aktivitet på fritiden före och under graviditeten har påverkan på risken att insjukna i graviditetsdiabetes.	Man valde deltagarna från en annan studie som undersökte risken för preeklampsi (OMEGA). Studien gjordes under åren 1996-2000 med 901 kvinnor som inte hade diabetes. Kvinnorna deltog i mödravården i Svenska Medical Center samt Tacoma Genital hospital i Seattle och Tacoma, Washington. Kvinnorna som deltog hade börjat mödravården före graviditetsvecka 16. Kvinnorna intervjuades i tidig graviditet om aktivitetsvanorna under året före graviditeten samt 7 dagar före intervjun under graviditeten. Kvinnornas journaler granskades efter 7-9 månader. Kvinnorna delades in i två grupper; en aktiv och en icke aktiv.	Kvinnorna som hade utövat fysisk aktivitet ett år före graviditeten jämfört med de inaktiva upplevde en 56 % reducerad risk. Kvinnor som var utövade fysisk aktivitet $\geq 4,2$ h/vecka upplevde en 76 % reducerad risk för graviditetsdiabetes. De som lag ner $\geq 21,1$ metaboliskt motsvarande timmar/vecka reducerade risken med 74 % i jämförelse med de icke aktiva. Fysisk aktivitet under graviditeten reducerade även risken för graviditetsdiabetes. Kvinnorna som utförde fysisk aktivitet både före och under graviditeten reducerade risken att insjukna i graviditetsdiabetes med 69 %.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Dornhorst, A. & Frost, G. (2002)	Att undersöka vetenskapliga belägg för optimal nutrition vid behandling av graviditetsdiabetes.	En sökning på Medline gjordes av alla engelska artiklar mellan åren 1995-2001 som behandlat graviditetsdiabetes och nutrition.	Rätt kost är en viktig del vid behandling av graviditetsdiabetes. Den optimala dieten inkluderar regelbundna måltider och mellanmål innehållande långsamma kolhydrater. Dieten skall inte endast begränsas till graviditeten utan fortgå också efteråt för att reducera risken för mamman att insjukna i diabetes senare i livet.
Dye, T., Knox, K., Artal, R., Aubry, R. & Wojtowycz, M. (1997)	Att undersöka om fysisk aktivitet och BMI påverkar insjuknande i graviditetsdiabetes.	Totalt 12 799 kvinnor bosatta i New York och som fött ett levande barn mellan den 1 oktober år 1995 och den 31 juli år 1996 deltog. Information samlades in från intervjuer och patientjournaler.	Förekomsten av GDM varierade kraftigt mellan åldrar, paritet, graviditets-BMI, viktökning under graviditeten och försäkringsskydd. Kvinnor med ett BMI \leq 30 som var fysiskt aktiva och kvinnor med ett BMI \leq 30 som inte var fysiskt aktiva hade ungefär samma risk att insjukna. Kvinnor med ett BMI $>$ 30 som var fysiskt aktiva under graviditeten hade mindre risk att insjukna än kvinnor med samma BMI som inte var fysiskt aktiva. Fysisk aktivitet visade sig endast reducera sjukdomsriskerna för kvinnor med ett BMI över 33.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008)	Att undersöka nödvändiga förutsättningar som behövs för distrikt- sjuksköterskor, för att bilda en förtroendefull relation vid hälsorådgivning av patienter med hypertension.	En kvalitativ studie genom öppna-slutna intervjuer av 10st distriktsjukskötare från primärhälsovårdsdistriktet i västra Sverige. Alla sjuksötare arbetade med hälsorådgivning åt patienter med hypertension. En dold innehållsanalys utfördes med kodning av teman från innehållet i intervjuerna	Två teman bildades; ”sjukskötarens kompetens” och ”mötet med patienten”. ”Sjukskötarens kompetens” beskrev sjukskötarens medvetenhet om vilken metod de använde sig av för att uttrycka sig, både verbalt och icke verbalt, samt deras pedagogiska kompetens och förmåga att vara pålitliga i deras yrke. ”Mötet med patienten” beskrev kontinuiteten i patient mötet och skapandet av en respektfull kommunikation.
Freisling, H., Elmadfa, I. & Gall, I. (2006)	Att undersöka sambanden mellan socioekonomisk status och kostintag och hälsorelaterade faktorer hos gravida kvinnor.	261 gravida kvinnor som besökte mödrarådgivningen i Österrike deltog. Beskrivande tvärsnittsundersökning genom självifyllda frågeformulär i kombination med en intervju för att bedöma kostintaget (under 24h).	Kvinnor med högre utbildning hade ett högre intag av kostfiber, folat, betakaroten och kalcium, medan intaget av fett totalt var lägre. Genomsnitts-BMI före graviditeten var märkbart högre bland de lägre utbildade kvinnorna än de kvinnor med en mellan-högutbildning. De högre utbildade kvinnorna var mer än fyra gånger mindre intresserade av att delta i strukturerade fysiska aktiviteter än de som hade lägre utbildning.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2005)	Att undersöka vad gravida kvinnor med graviditetsdiabetes, födda i Sverige och Mellanöstern, hade för upplevelser av specialkliniker inriktade på vården av graviditetsdiabetes.	13 gravida födda i Sverige samt 14 gravida födda i Mellanöstern, alla insjuknade i graviditetsdiabetes, intervjuades individuellt.	Vården för gravida med graviditetsdiabetes på specialkliniker fungerade mestadels av tiden bra. De svenska kvinnorna upplevde frustration och stress om de fick dålig information samt om de hade bristfälligt förtroende för sjukvårdspersonalen. Kvinnorna från mellanöstern kände sig omhändertagna och de upplevde att de hade fått all nödvändig information.
Iqbal, R., Rafique, G., Badruddin, S., Qureshi, R., Cue, R. & Gray-Donald, K. (2007)	Att undersöka hur livsstilen för sydasiatiska gravida kvinnor kan påverka insjuknande i graviditetsdiabetes.	Kvinnorna började med att svara på frågor om deras kostvanor, fysiska aktivitet och allmänhälsa. Deras vikt, längd samt kroppssammansättning togs också i beaktande. I detta skede krävdes att kvinnorna var i tidigt skede av graviditeten (under h 18) samt att de inte hade diagnosen diabetes typ 1. Senare i graviditeten, h 29,8 ± 2,6, utförde kvinnorna en glukosbelastning.	Risken för att insjukna i graviditetsdiabetes ökade för de kvinnor med högre ålder samt högre fettprocent. Risken att insjukna var också högre för de kvinnor som var mindre fysiskt aktiva. Mycket proteiner i kosten visade på mindre risk för att insjukna.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K.</p> <p>(2007)</p>	<p>Att undersöka läkares och sjukskötares syn på vårdarens och patientens roll i handledningen vid livsstilsrelaterade sjukdomar och riskfaktorer till dem. Syftet är att få förståelse för vilka hinder som finns vid behandlingen av livsstilsrelaterade sjukdomar, för patientens skyldigheter till egenvård, besvär med att ingripa bland obesa och rökande, få förståelse för stressiga tidtabeller samt förståelse för hälsovårdspersonalens roll och egen kompetens i livsstilsrådgivning.</p>	<p>En enkätstudie med fokus på vuxenfetma, högt kolesterolvärde, högt blodtryck, typ 2 diabetes och rökning bland hälsovårdscentraler i Päijät-Häme sjukhusdistrikt, Finland, undersöktes.</p>	<p>Majoriteten tyckte att ett huvudsakligt hinder för livsstilsförändring är patientens ovillighet att ändra sina vanor. Patientens otillräckliga kunskap kunde även vara ett hinder, särskilt bland patienter med typ 2 diabetes. Fast majoriteten av vårdpersonalen höll med om att det även var en del av deras uppgift att ge förebyggande information samt motivera och stöda patienterna i deras livsstilsförändring, så tyckte enbart hälften att de hade tillräckliga färdigheter i livsstilsrådgivning. 2/3 rapporterade att de kunnat hjälpa patienter att förändra sin livsstil.</p>

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008)</p>	<p>Att undersöka om individen anses vara kapabel att självständigt försöka få en hälsosammare livsstil eller om individen är beroende av kontroller och stöd utifrån.</p>	<p>Analys av deltagarnas redogörelse av deras upplevelser av livsstilsförändring under och efter ingripandet att förebygga typ 2 diabetes. Studien bygger på data från intervjuer i fokusgrupper bland de ingripna som gjorts under 1½ år sedan ingripandet. De som lyckats med viktnedskningen och de vars vikt har gått upp efter ingripandet indelades och intervjuades i skilda grupper.</p>	<p>Tre olika attityder om individens förmåga att fullfölja och upprätthålla livsstilsförändringarna hittades. Hopplöshetsattityden användes främst av de som hade gått upp i vikt för att beskriva upplevelsen av att livsstilsförändringen var mycket svår. Kampattityden användes ofta, speciellt av de som hade ökat i vikt men även av de som hade gått ner i vikt, för att beskriva kampen mot yttre frestelser och sina svagheter. Attityden ”den självständiga individen” användes ofta av de som hade gått ner i vikt för att beskriva hur den nya, hälsosammare livsstilen hade blivit en rutin och där de ansåg sig själva som ansvarig för sin situation.</p>

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010)	Att undersöka de barriärer som sjukskötare träffar på när det kommer till hälsorådgivning åt patienter med diabetes typ 2 samt på basen av denna information utveckla en ny strategi för att uppnå beteendeförändringar.	Tolv sjukskötare som arbetar inom diabetesvården intervjuades. Speciella problem vid rådgivning för patienter med typ 2 diabetes gällande kostvanor, fysisk aktivitet och rökning togs upp. Sjukskötarna reflekterade kring hinder hos patienten men granskade också deras egen roll som rådgivare.	Sjukskötarna upplevde mest problem när det kom till patienten. De upplevde att patienterna hade begränsade kunskaper kring en hälsosam livsstil. De ansåg att patienterna inte hade förmåga att granska sitt eget beteende samt att de saknade motivation för att ändra på sin livsstil. Vidare beskrev sjuksköterskorna brist på rådgivningskunskaper och ont om tid som andra hinder för en effektiv rådgivning.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Johansson, H., Weinwhall, L. & Emmelin, M. (2009)	Att förstå hur professionella inom hälsovården kommunicerar angående hälsa och hälsofrämjande med betoning på innebörden för praktiken.	Diskussioner i fokusgrupper bestående av professionella inom hälsovården i Västerbotten, Sverige.	Tre kategorier framkom angående informanternas förståelse av hälsa; ”ett multifacetterat begrepp” beskrev den generella förståelsen, ”en subjektiv bedömning” beskrev vad hälsa betyder för dem personligen samt ”hälsa handlar om livet, hela livet” beskriver deras förståelse av hälsa som ett resultat av ett flertal skilda faktorer. Tre olika typer av roller i det hälsofrämjande arbetet framkom; avgränsaren, förenaren och främjaren. Dessa beskriver de olika strategierna för hur man handskas med sin roll som hälsofrämjare i praktiken.
Jones, J., Housman, J. & McAleese, W. (2010)	Undersöka kunskap och beteende relaterat till graviditet bland ett urval av gravida kvinnor.	Enkät som mätte kunskap om motion, näring, vikthållning samt beteende i förhållande till dessa under graviditet. 83 gravida kvinnor i sydvästra Idaho deltog.	Deltagarna hade adekvat kunskap gällande vikthållning och motion under graviditeten, men saknade kunskap om rekommenderat näringsintag under graviditeten. Deltagare med hög utbildningsnivå och inkomst hade större kunskap. Att klassas som vit och vara äldre än 22 år associerades med kunskap angående graviditet och beteende i förhållande till näringsintag.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>Knight, K. M., Durnant, T. & Bundy, C.</p> <p>(2005)</p>	<p>Information och skolning kring diabetes åt patienter har inte bidragit till att många har gjort livsstilsförändringar. Syftet var att undersöka detta från ett psykologiskt perspektiv.</p>	<p>Med hjälp av sökorden diabetes, review, education, intervention söktes artiklar på PubMed, Ovid, Embase, Cinahl och andra databaser för åren 2000-2003.</p>	<p>För att kunna skola patienter med diabetes krävs mycket av vårdpersonalen: specialskolning, pedagogiska kunskaper, goda kommunikationsfärdigheter samt att kunna stöda och lyssna på patienten. Patientens egna motivation till att få ny kunskap och att genomgå en behandling är väldigt individuell och påverkar mycket. För att uppnå en livsstilsförändring krävs mera än bara information och skolning om ämnet till patienten.</p>
<p>Ogonowski, J., Miazgowski, T., Kvczyńska, M., Krzyżanowska-Swiniarska, B. & Celewicz, Z.</p> <p>(2009)</p>	<p>Att bedöma risk för GDM hos kvinnor som är normal- eller underviktiga enligt BMI före graviditeten.</p>	<p>Journaler över 1 121 kvinnor med GDM analyserades. Kvinnorna fick vård på en poliklinik i nordvästra Polen mellan januari 2001 och december 2005. Kontrollgruppen bestod av 1 011 friska gravida kvinnor.</p>	<p>Gränsvärdet för BMI som en riskfaktor var 22,85 kg/m². I alla BMI-klasser, förutom undervikt, hittade man betydande samband mellan BMI före graviditeten och GDM. BMI var den största riskfaktorn för insulinbehandlad GDM. Andelen kvinnor som behövde insulinbehandling ökade betydelsefullt när BMI ökade i alla BMI-kategorier i studien. Risken att insjukna i GDM ökar även hos normalviktiga kvinnor om BMI ökar före graviditeten.</p>

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Persson, M. & Friberg, F. (2009)	Undersöka hur patienter upplever hälsovårdssamtal, där patienten blir informerad att han/hon ligger i riskzonen för att insjukna i kardiovaskulär hjärtsjukdom. Studien görs för att sjukskötaren bättre skall kunna bemöta dessa patienter.	Narrativ studie användes för hälsovårdssamtalen, därefter intervjuades deltagarna med öppna-slutna frågor. En fenomenologisk analys användes för att beskriva deltagarnas upplevelser och för att visualisera den nya informationen från mötet.	Tre teman identifierades; ”det oundvikliga budskapet”, ”reflektion av innehållet i samtalet”, ”det pedagogiska mötet”. Underkategorier visade variationer beroende på deltagarnas tidigare livserfarenheter.
Radesky, J.S., Oken, E., Rifas-Shiman, S.L., Kleinman, K.P., Rich-Edwards, J.W. & Gillman, M.W. (2008)	Undersöka sambandet mellan en diet bestående av föda med högt GI, högt intag av mättat fett, transfetter och rött kött eller köttprodukter samt lågt intag av omega 3-fett, fiber och fullkorn och risken för IGT (nedsatt glukostolerans) och GDM.	Informanter var 1 733 gravida kvinnor, som deltog i en graviditets- och förlossningsstudie i östra Massachusetts. Man undersökte samband mellan diet under första trimestern och resultat av glukostoleranstest i graviditetsveckorna 26-28.	91 kvinnor utvecklade GDM och 206 kvinnor hade IGT. BMI \geq 30 kg/m ² före graviditeten ökade risken för GDM. Intag av omega 3-fett associerades med ökad risk för GDM, men inte för IGT. Man hittade inga samband mellan övriga födo- och näringsämnen och ökad GDM-risk. Troligen har BMI före graviditeten större betydelse för utveckling av GDM än diet under graviditeten.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Roumen, C., Blaak, E. & Corpeleijn, E. (2009)	Att undersöka hur en förändrad livsstil kan påverka människor med nedsatt glukostolerans och diabetes typ 2 samt att undersöka vilka faktorer som bidrar till denna livsstilsförändring.	Personer med nedsatt glukostolerans svarade på frågor om sin livsstil (fetma, fysisk aktivitet, kostvanor, genetiska variationer). De genomförde en livsstilsförändring och man iakttog de kort- och långsiktiga effekterna av denna (förändringar i glukostolerans och diabetesincidens).	Förändring av kroppsvikt, fysisk aktivitet och kostvanor ger alla effekt på personer med nedsatt glukostolerans. För att ändra på sin livsstil krävs mycket av individen men också av vårdpersonal. För en hållbar livsstilsförändring bör individen vara medveten om sin sjukdom och livsstil. Vårdpersonalen kan bidra med information och motivationshöjande samtal.
Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2004)	Att undersöka hur motiverande intervjuer påverkar behandlingen av olika sjukdomar samt att undersöka faktorerna som påverkar.	En systematisk undersökning och metaanalys av slumpmässigt kontrollerade test där motiverande intervjuer användes. Efter urvalskriteriet gjordes en systematisk litteraturstudie från 16 olika databaser av vilka 72 slumpmässiga försök publicerade fr.o.m. år 1991. En kvalitativ analys gjordes med en validerad skala.	Resultatet visade att motiverande intervjuer hade en betydande effekt när de användes i kombination för BMI, totala kolesterolhalten i blodet, systoliska blodtrycket, totala alkoholkoncentrationen i blodet och den normala etanolhalten, medan effekten för cigaretter och för HbA1c inte var så stor. I tre av fyra studier hade motiverande intervjuer betydelse både på psykiska och fysiska sjukdomar.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Smith West, D., DiLillo, V. & Bursac, Z. (2007)	Undersöka om motiverande intervjuer påverkar viktnedgången och blodsockerkontrollen hos överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes i samband med ett ”beteendeviktkontroll”- program.	En slumpmässigt kontrollerad klinik användes för experimentet. Alla deltagare genomgick en 18månaders fetma-beteendebehandling i grupp och blev sedan slumpmässigt utvalda till individuella tillfällen med motiverande intervjuer eller uppmärksamhetskontroller som tillägg till viktkontrollprogrammet. Överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes som behandlades med orala mediciner och som kunde träna genom att gå, utvaldes.	Totalt 217 överviktiga kvinnor deltog. Kvinnorna som deltog i motiverande intervjuer gick betydligt mer ner i vikt på 6 månader och 18 mån. En ökad viktnedgång med motiverande intervjuer som tillägg ledde till att de bättre följde viktkontrollprogrammet. Afrikansk-amerikanska kvinnor gick mindre ner i vikt än vita kvinnor överlag och tycktes ha mindre nytta av tillägget av motiverande samtal.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>Symons Downs, D. & Ulbrecht, J.S. (2009)</p>	<p>Att undersöka vad kvinnor som har haft GDM anser om motion och om hur deras motionsvanor ser ut.</p>	<p>Undersökningen gjordes inom 6 månader efter förlossningen. Kvinnor som har haft GDM utförde en enkät per post angående vad de anser om motion (fördelar, hinder och viktiga sociala influenser) samt deras motionsbeteende.</p>	<p>Största fördelarna med motion under graviditeten ansågs vara blodglukoskontroll, postpartum var största fördelen viktkontroll. Vanligaste hindret för motion under graviditeten var trötthet, postpartum var det tidsbrist. Kvinnans man/partner hade störst inflytande på motionsvanorna både under graviditeten och postpartum. Kvinnorna motionerade mer postpartum än före och under graviditeten. Antalet fördelar med motion var positivt associerade med motionsvanorna. Slutsatser som dragits av detta är att professionella inom hälsovården bör använda sig av kvinnornas situation angående motion (fördelar, sociala influenser och hinder) som en utgångspunkt när diabetesbehandling och preventionsprogram utformas. Med den utgångspunkten kan kvinnornas motionsvanor förbättras.</p>

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Wellard, S. J., Rennie, S. & King, R. (2008)	Att undersöka vilka problem människor med typ 2 diabetes upplevde med egenvård samt vad de ansåg om tillgången till tjänster i samhället för vården.	Genom en kvalitativ tolknings design samlades information från 4 deltagare. Deltagarna intervjuades om sin uppfattning av kontaktpersoner, hinder och problem som de hade stött på i sin diabetesvård i sin region.	Deltagarna upplevde svårigheter med att få tillgång till tjänster av god kvalitet i regionen. Deltagarna tyckte även att valet av livsmedel påverkade deras familjerelationer samt sociala stigma. Dessa problem påverkade deras egenvård.
Wolff, S., Legarth, J., Vangsgaard, K., Toubro, S. & Astrup, A.	Undersöka om kostkonsultation kan begränsa viktökning under graviditeten hos överviktiga kvinnor samt om viktbegränsningen har någon betydelse för glukosmetabolismen.	En slumpmässigt kontrollerad undersökning av 50 st. kaukasiska överviktiga kvinnor som inte rökte eller hade diabetes. Man begränsade viktökningen under graviditeten till 6-7 kg. Gruppen fick 10 st en timmes lektioner i kostkonsultation av en dietist och blev instruerade att äta hälsosamt enligt danska kostrekommendationer. En kontrollgrupp deltog även, som inte fick några kostrekommendationer och inte fick några begränsningar gällande kosten.	Gruppen följde kostrekommendationerna och minskade sitt energiintag. Gruppen begränsade sin viktökning under graviditeten till 6,6 kg jämfört med kontrollgruppen som gick upp 13,3 kg. Gruppen reducerade även risken för försämring av glukosmetabolismen jämfört med kontrollgruppen.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Zhang, C., Solomon, C.G., Manson, J.E. & Hu, F. B. (2006)	Att undersöka om mängd, typ och intensitet av fysisk aktivitet och stillasittande beteende före graviditeten har något samband med risk för GDM.	21 765 kvinnor, som hade varit gravida någon gång mellan åren 1990 och 1998, fyllde i frågeformulär angående fysisk aktivitet och stillasittande beteende.	1 428 kvinnor hade utvecklat GDM. Man hittade betydande samband mellan ansträngande fysisk aktivitet och minskad risk för GDM. Även raska promenader minskade risken för GDM. Kvinnor som tittade på tv 20 h eller mer per vecka och inte utförde ansträngande fysisk aktivitet hade betydligt högre risk för GDM än kvinnor som tittade på tv mindre än 2 h per vecka och var fysiskt aktiva. Regelbunden fysisk aktivitet före graviditeten har starkt samband med minskad risk för GDM.
Zhang, C., Liu, S., Solomon, C. G. & Hu, F. B. (2006)	Undersöka om kostvanor före graviditeten hade något samband med graviditetsdiabetes.	13 110 kvinnor som hade varit gravida minst en gång under åren 1992-1998 fyllde i enkäter gällande deras kostvanor.	Kostvanor före graviditet kan vara associerat med risk för graviditetsdiabetes. Kvinnor vars kost bestod av lite fibrer och mycket socker var mer benägna att insjukna i graviditetsdiabetes.

FÖRFATTARE (ÅRTAL)	SYFTE	METOD	RESULTAT
Zhang, X., Fung, H. & Ching, B.H. (2008)	Att undersöka hur yngre (ålder 18-36) och äldre (ålder 62-86) vuxna bedömer, minns information från och blir övertygade om hälsomeddelanden och om detta styrker påståendet att äldre människor prioriterar mål som är emotionellt meningsfulla.	Deltagarna blev slumpvis utvalda att läsa hälsobroschyrer med identisk fakta men med olika betoning; antingen betonades emotionella, neutrala eller framtidsorienterade mål.	Äldre vuxna kom bättre ihåg hälsomeddelanden som betonade emotionella mål än framtidsorienterade eller neutrala mål. Meddelandena med emotionella mål blev mer positivt bedömda och det ledde till större beteendeförändringar hos äldre vuxna. För yngre vuxna hade det ingen betydelse vilken typ av mål som betonades.

Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes

Föreläsning för barnmorskestuderande

Ljungkvist Fanny

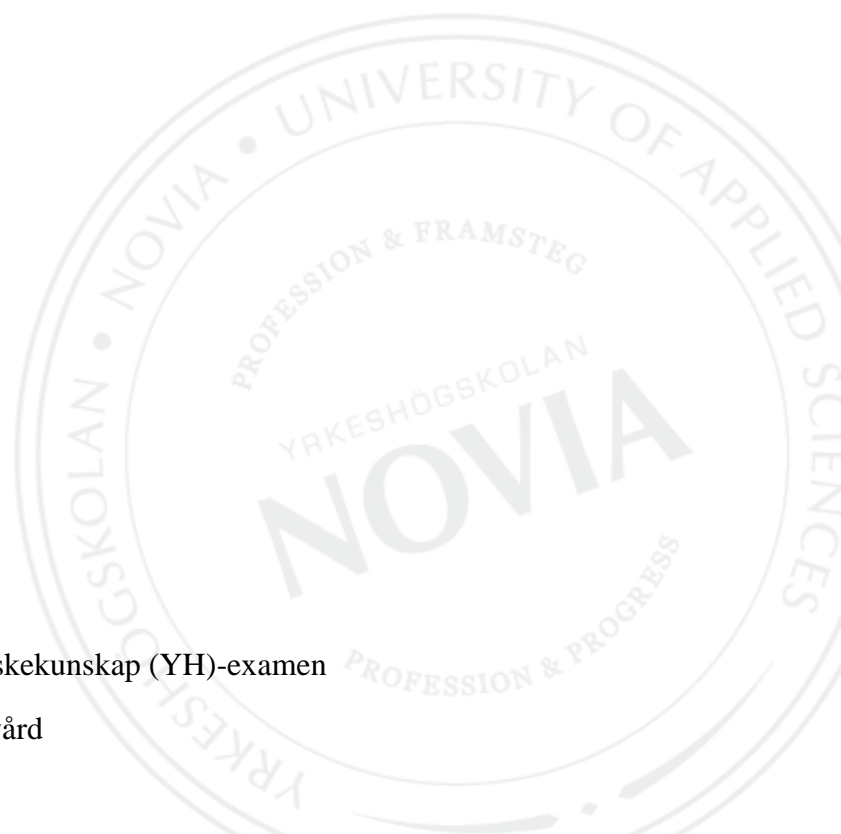
Mård Johanna

Nyström Heidi

Utvecklingsarbete i barnmorskekunskap (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



UTVECKLINGSARBETE I BARNMORSKEKUNSKAP

Författare: Fanny Ljungkvist, Johanna Mård &
Heidi Nyström

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningalternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete

Handledare: Monika Koskinen, Lillemor Nylund

Titel: Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes – Föreläsning för
barnmorskestuderanden

Datum 10.11.2011 Sidantal 11 Bilagor 3

Sammanfattning

Syftet med detta utvecklingsarbete är att förmedla vidare den kunskap vi fått från vårt lärdomsprov *Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes* åt andra barnmorskestuderanden för att de skall få en bredare kunskap om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete. Problempreciseringen lyder: Vilken information om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete behöver barnmorskestuderandena?

För att förmedla denna kunskap valdes föreläsning som metod. I utvecklingsarbetet beskriver respondenterna hur en föreläsning skall planeras, konsten att föreläsa samt vad man som föreläsare bör tänka på. Respondenterna har beskrivit hur de planerat samt förberett sig själva inför föreläsningen. Målgruppen har tagits i beaktande och en edukandanalys har gjorts. Efter föreläsningen har respondenterna beskrivit genomförandet av föreläsningen samt gjort en kritisk granskning.

Språk: Svenska Nyckelord: graviditetsdiabetes, hälsofrämjande, föreläsa

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket Tritonia, Seriegatan

EXPERT KNOWLEDGE IN MIDWIFERY

Authors: Fanny Ljungkvist, Johanna Mård & Heidi Nyström

Degree Programme: Health Care, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisor: Monika Koskinen, Lillemor Nylund

Title: Health promotion in gestational diabetes – A lecture for midwife students

Date 10.11.2011

Number of pages 11

Appendices 3

Summary

The purpose of this expert knowledge project is to pass on the knowledge we have gained from our theoretical study *Health promotion in gestational diabetes* to other midwife students so that they can get a greater understanding of gestational diabetes and health promotion. The research question is: What kind of knowledge about gestational diabetes and health promotion do midwife students need?

To pass on this knowledge, a lecture was chosen as method. In this expert knowledge project the respondents describe how to plan a lecture, the art of lecturing and what the lecturer should keep in mind. The respondents have described how they planned and prepared themselves for the lecture. The target group has been considered and analyzed. The respondents have after the lecture described the implementation of the lecture and made a critical review.

Language: Swedish Key words: gestational diabetes, health promotion, lecture

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library Tritonia, Seriegatan.

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Föreläsning	2
3.1 Planera	2
3.2 Målgrupp och edukandanalys	3
3.3 Konsten att föreläsa	4
4 Resultat	6
4.1 Planering och föreberedelse	6
4.2 Genomförande	7
5 Kritisk granskning och diskussion	8

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Graviditetsdiabetes är ett växande problem i vårt samhälle idag, trots att det finns mycket information om hur sjukdomen kan undvikas. För vårdpersonal som arbetar inom mödrarådgivningen och på bb-avdelningar kan det vara svårt att veta hur kvinnor med graviditetsdiabetes skall bemötas och vårdas.

Vi har gjort en teoretisk studie om hälsofrämjande arbete vid graviditetsdiabetes, där vi, i olika vetenskapliga studier, undersökte vad som främjar hälsan vid graviditetsdiabetes och vad barnmorskan kan göra för att främja hälsan hos kvinnor som insjuknat i graviditetsdiabetes. I flera studier framkom att vårdpersonal har liten kunskap om vad hälsofrämjande arbete är och hur hälsofrämjande arbete skall utföras i praktiken. Hälsofrämjande arbete var även något som vårdarna upplevde att de inte hade tid eller resurser till. (Ljungkvist, Mård & Nyström, 2011, 25). Vi upplever även själva att vi inte fått tillräckligt med kunskap om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete i vår utbildning.

Vi vill därför ge djupare information om graviditetsdiabetes samt om hälsofrämjande arbete åt andra barnmorskestuderande som i framtiden kommer att möta dessa kvinnor med graviditetsdiabetes. På det sättet skulle barnmorskorna sedan i sitt arbete bättre känna till och kunna bemöta dessa patienter. De skulle även få med sig det hälsofrämjande arbetet från början och på ett naturligt sätt kunna använda sig av kunskapen sida vid sida med de andra uppgifterna. Syftet med detta utvecklingsarbete är alltså att förmedla vidare den kunskap vi fått från vårt lärdomsprov Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes åt andra barnmorskestuderande för att de skall få en bredare kunskap om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete.

Vi kommer att hålla en två timmars undervisning om graviditetsdiabetes och vad som kan hjälpa barnmorskan i hennes arbete med kvinnor som insjuknat i graviditetsdiabetes. Lektionen kommer att byggas upp utifrån bakgrunden och resultatet av vårt lärdomsprov.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta utvecklingsarbete är att förmedla vidare den kunskap vi fått från vårt lärdomsprov ”Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes” åt andra barnmorskestuderande för att de skall få en bredare kunskap om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete.

Problemprecisering:

Vilken information om graviditetsdiabetes och hälsofrämjande arbete behöver barnmorskestuderandena?

3 Föreläsning

För att förmedla kunskapen vidare har vi valt att hålla en föreläsning eftersom det är en passande metod för att framföra den nya kunskapen. För att planera och forma föreläsningen fördjupade vi oss i vad som är viktigt vid planeringen av en föreläsning, hur en edukandanalys görs samt vad som är viktigt att tänka på för att göra en föreläsning intressant.

3.1 Planera

För att presentationen skall bli lyckad krävs god planering. Detta moment kräver tid, ofta längre än man tror. Den tid som läggs ner på förberedelserna står i proportion till resultatet av presentationen. I planeringen bör målgruppen hållas i åtanke. Det är stor skillnad mellan att fånga intresset hos personer som är väl insatta inom ämnet, och att hålla presentation för en grupp som inte känner till ämnet. Det kan alltid ske något som rubbar presentationen fast förberedelserna är väl gjorda. Om föreläsaren är väl förberedd kan han också hantera oförutsedda händelser bättre. (Holmqvist, 1997, 25-27, 30)

Planeringen kan delas in i sex faser: målsättning, faktainsamling, disposition, hjälpmedel, manuskript och repetition. Det första som behöver klargöras är målet. De resterande faserna går enklare att planera om detta först klargjorts. Därefter kan faktainsamlingen påbörjas. Genom disposition väljer föreläsaren vilka fakta han vill ta med samt i vilken ordning fakta skall tas upp. Materialet skall ha en sådan struktur att det passar åt målgruppen. Nästa steg blir att fundera på vilka hjälpmedel som skall användas. Med hjälp av olika hjälpmedel kan budskapet förstärkas. Hjälpmedel som föreläsaren kan använda sig av är bl.a. overheadprojektor och overheadbilder, whiteboardtavla, datorpresentation samt film. Följande steg blir att skapa ett manuskript. Detta kan läggas upp i punktform på skrivkort. Att göra ett manuskript kan kräva en hel del tid. Till sist i planeringen kommer repetitionen. I detta skede skall det ses över hur lång tid presentationen tar, vilket är speciellt viktigt om föreläsaren har en begränsad tid till sitt förfogande. Repetitionen skall utföras med hjälpmedlen. När presentationen sedan genomförs för målgruppen är materialet bekant. Repetitionen skall utföras högt. Detta för att höra sig själv samt för att det tar längre tid. (Holmqvist, 1997, 27-28, 102)

3.2 Målgrupp och edukandanalys

Vi kommer att hålla en föreläsning för barnmorskestuderande kring ämnet graviditetsdiabetes och barnmorskans roll vid vården av dessa kvinnor. I resultatet i lärdomsprovet "Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes" framkom att vårdare anser sig ha fått för lite undervisning i hälsofrämjande arbete. Detta är en orsak till att det ofta inte tillämpas inom vårdarbetet. (Ljungkvist, Mård & Nyström, 2011)

Den mentala förberedelsen stärks när föreläsaren vet så mycket som möjligt om den grupp han skall tala till. Medvetet eller omedvetet hålls målgruppen i tankarna under planeringen. Ju mer föreläsaren vet om åhörarna, desto bättre kan han anpassa sitt material så att det blir intressant för just dem. Det är bra ta reda på vilken sorts kategori åhörarna hör till samt hur många de är. Är de kvinnor eller män, eller en blandning? I vilken ålder befinner de sig, ungdomar eller pensionärer? Förstår alla svenska? Det är också bra att veta vad gruppen har för förkunskaper om ämnet. Är de specialister som är väl insatta i ämnet eller är de lekmän som inte har några förkunskaper alls? Föreläsaren bör ta reda på varför åhörarna kommer samt vilka

förväntningar de har. Deltar de frivilligt eller är de tvungna att delta? Detta ger en bild av hur motiverade de är. Det är även bra att fundera på vad de kan komma med för frågor. (Holmqvist, 1997, 23)

3.3 Konsten att föreläsa

Vad är viktigt att tänka på för en föreläsare? Hur skall föreläsningen byggas upp för att fånga åhörarnas intresse och få dem att vilja lyssna ända till slutet?

Enligt Hedin (2003, 13-21, 24-25) byggs en föreläsning upp av fem delar: start, inledning, informationsdel, sammanfattning och avslutning. Med starten ges åhörarna ett första intryck. Starten är det första som föreläsaren säger eller gör och meningen är att väcka intresset hos åhörarna. I inledningen presenterar föreläsaren sig och ger en klar bild av innehållet i föreläsningen och vad som är målsättningen. För att åstadkomma en lyckad inledning är det bra att involvera lyssnarna och få dem att känna att föreläsningen är viktig för just dem. I informationsdelen behandlas den fakta som föreläsaren valt ut att framföra, det som är väsentligt för åhörarna att veta. En bra regel är att begränsa materialet till tre delar, eftersom åhörarna då har lättare att komma ihåg det som sagts. Ett sätt att bygga upp innehållet är att sätta rubriker på de olika delarna som skall framföras. Rubriken skall spegla innehållet och lyfta intresset. Att använda sig av rubriker är en lämplig metod om föreläsaren har flera separata delar han önskar ta upp. Tydligheten skall inte heller glömmas. En föreläsare skall våga vara enkel och kortfattad. Sammanfattningen ger åhörarna möjlighet att smälta informationen och kunskapen som togs upp i informationsdelen. Det gäller även här att vara kortfattad och att begränsa: ta upp det mest väsentliga och svara på eventuella frågor som kommer. Avslutningen skall gärna anknyta till starten och skall inte räcka längre än tjugo sekunder. Den skall vara tydlig och tala om att föreläsningen är slut.

Saker som är viktiga att tänka på när man föreläser är hur rösten används, kroppsspråket, hur åhörarna kan engageras och hur deras intresse kan väckas, användningen av olika hjälpmedel samt tidsdispositionen.

Rune Nilsson (2001, 69-71) ger tips om hur man ska använda sin röst när man föreläser. Först och främst är det viktigt att tala högt och tydligt så att alla hör. Talar man tydligt behöver man inte heller tala långsamt utan kan hålla ett snabbare tempo, vilket är mindre sövande. För att inte rösten skall bli för monoton, kan man variera både tonläge och tempo samt använda sig av pauser, allt detta gör det lättare att orka lyssna. Framför allt är det bra att visa sitt engagemang och det kan man göra m.h.a. sin röst, sina gester och mimiken. Kroppsspråket kan användas för att framhäva intresse och engagemang för ämnet.

För att ytterligare förstärka budskapet och för att undvika koncentrationssvackor kan olika hjälpmedel användas. Det som skall tänkas på vad gäller visuella hjälpmedel är att de är till först och främst för åhörarna, de skall hjälpa åhörarna att hänga med i resonemanget. Hjälpmedlen belyser, förstärker och ger bekräftelse på det som framförs. Hjälpmedlet bör inte vara en text som föreläsaren läser innantill ifrån. Det skall heller inte ha för mycket text, för att undvika att hjälpmedlet tar överhanden i föreläsningen. (Bernstein, 1989, 123-126). Föreläsaren skall komma ihåg att stå vänd mot åhörarna och inte tala för skärmen. Han skall inte heller skymma skärmen för åhörarna. (Rollof, 1999, 110)

Att hålla tiden är att visa respekt för åhörarna. Med hjälp av en bra disposition samt god förberedelse är det lättare att hålla tiden. Föreläsaren bör börja i tid, berätta när eventuella pauser skall hållas och sträva efter att avsluta några minuter före utsatt tid. En föreläsare skall inte tala längre än 45 minuter i sträck, ingen orkar vara koncentrerad längre än så. (Hedin, 2003, 43-45)

För att väcka intresse hos åhörarna ska föreläsaren vara sig själv. Då uppfattas han som naturlig och bekväm av åhörarna. Föreläsaren kan med fördel tala med inlevelse och känsla, ha ett öppet kroppsspråk, röra på sig och ha ögonkontakt med åhörarna. Genom att ställa frågor och diskutera håller föreläsaren åhörarna alerta. Om föreläsningen har en röd tråd som är lätt att följa, underlättar det både för föreläsaren och för åhörarna. Föreläsningen skall mer vara som en dialog mellan föreläsaren och åhörarna än en monolog hållen av föreläsaren. (Hedin, 2003, 64)

4 Resultat

I resultatet tas upp hur föreläsningen förbereddes, planerades och sedan genomfördes.

4.1 Planering och förberedelse

Vi funderade före föreläsningen på målet med föreläsningen samt på målgruppen. Målet vi hade med föreläsningen var att ge barnmorskestuderandena en djupare och bredare bild av vad graviditetsdiabetes är samt vad som är viktigt i det hälsofrämjande arbetet vid graviditetsdiabetes utgående från lärdomsprovet "Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes". Målgruppen var 11 st barnmorskestuderanden som påbörjat utbildningen året efter respondenterna. De började utbildningen för tre år sedan till sjukskötare- barnmorska. Inriktningen till barnmorska inleddes vårterminen 2011, för ca ett halvt år sedan. Barnmorskestuderandena har läst grunderna i gynekologi, graviditet och förlossning som ingår i utbildningen och har nu i höst påbörjat sin första praktik inom området. Den kunskap de tidigare fått om graviditetsdiabetes var enbart grunderna om sjukdomen, resten har de fått läsa in själva.

Vi ville hålla en lärarcentrerad metod, där föreläsningen består i undervisning åt gruppen samt gemensamma övningar där eleverna utför uppgifter, för att få dem mera delaktiga och intresserade. Vi ville försöka göra lektionen så intressant som möjligt och lätt att lyssna till och följa med i, och valde hjälpmedel som powerpoint-presentation, videoklipp samt broschyrer. En plan för hur lektionerna skulle se ut gjordes (Bilaga 1) och stoff till innehållsdelen samlades ihop.

Tidsplanen var att hålla två 45 minuters lektioner med en paus mellan. I den första lektionen ville vi ge information om graviditetsdiabetes för att repetera och för att komplettera till den kunskap de redan fått medan vi i den andra lektionen ville ta upp hälsofrämjande arbete vid bl.a. graviditetsdiabetes som respondenterna i sitt lärdomsprov kommit fram till och som inte framkommit i barnmorskeutbildningen.

Utrymmet var i ett av skolans klassrum och på så vis bekant. Vi valde att sitta under föreläsningen, eftersom vi anser att en lektion blir mera avslappnad då.

4.2 Genomförande

Föreläsningen hölls 23.9.2011 kl 13.15-14.45. I lektionen deltog målgruppen på 11 st barnmorskeelever och en lärare. Vi inledde lektionen med att presentera oss inför gruppen samt att berätta vad föreläsningen kommer att innehålla och varför ämnet valdes. Vi valde ett fall från praktiken för att få en bra inledning och väcka intresse för ämnet.

Föreläsningen fortsatte med att vi informerade om graviditetsdiabetes utgående från lärdomsprovet "Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes" bakgrund och resultat. För att göra det lättare att följa med för åhörarna användes powerpoint (Bilaga 2) som hjälpmedel. I informationen togs bl.a. upp statistik, orsaker, klassifikation, följder, riskfaktorer, förebyggande, vad som sker på rådgivningen, vården före och efter förlossning vid graviditetsdiabetes. Vi berättade mellan informationen även fall ur praktiken från förlossnings-, neonatal- och prenatal-praktiken som vi själva varit med om, för att göra informationen mera konkret och intressant. Därefter skickades broschyrer om graviditetsdiabetes och kost som finns på rådgivningar idag runt i klassen. I slutet av lektionen ställde vi en diskussionsfråga till gruppen för att avsluta den första lektionen och ge tankar inför den kommande lektionen. Vi frågade vad man kunde göra för att få den här informationen att gå fram till gravida eftersom det trots mycket information är ett växande problem idag. Efteråt delades ett kort sammandrag om det viktigaste kring graviditetsdiabetes ut åt gruppen (Bilaga 3). Den första lektionen räckte ca 35 minuter.

Efter en kort paus fortsatte följande lektion, där vi berättade om hälsofrämjande arbete. Lektionen började med att vi berättade att vi i lärdomsprovet forskat i vad som kunde göras för att förebygga och främja graviditetsdiabetes. Först togs upp vad som menas med hälsofrämjande arbete och sedan berättades om det resultat respondenterna fått i sitt lärdomsprov, nämligen vilken roll vårdaren har och vilken roll patienten har. Denna information presenterades även på powerpoint. Om vårdarens roll berättades om betydelsen av kunskap, information, vårdrelationen samt motiverande samtal. Till informationen om motiverande samtal hade vi även sökt mera information ur boken *Mi-Motiverande samtal* av Barbro Holm-Ivarsson.

Vi ville även göra MI-samtalets förlopp mer konkret genom att visa ett videoklipp från youtube.com om hur ett motiverande samtal kan se ut. Videon ”The Effective Physician: Motivational Interviewing Demonstration” var på engelska och 6 min. och 33 sek. lång och visade en demonstration på hur ett motiverande samtal kan se ut (Youtube, 2009).

Efter att vi gett information om hälsofrämjande arbete delades gruppen in i 4 grupper för att diskutera olika case som skrivits ner på lappar (Bilaga 4). Grupperna fick diskutera hur de skulle lösa problemet. Efteråt fick alla berätta hur de skulle göra för att lösa problemen. Diskussionen tog ca 15 min totalt. Efter diskussionen avslutades lektionen med att vi undrade om de hade några frågor. Vi delade även ut feedbacklappar där alla i gruppen fick skriva vad de tyckte om lektionens framställning och om de lärt sig något nytt.

Vi pratade turvis under lektionerna för att få variation och göra föreläsningen lättare att lyssna till.

5 Kritisk granskning och diskussion

Planeringen av föreläsningen och själva framförandet granskas utgående från informationen som framkommer i kapitel 3 ovan.

Vid planeringen inför en föreläsning är det viktigt att ha ett mål uppsatt och även att tänka på målgruppen (Holmqvist, 1997, 27). Vi satte upp ett mål för föreläsningen vi skulle hålla och när vi planerade föreläsningen hade vi hela tiden målgruppen i åtanke, det var rätt enkelt att sätta sig in vad de skulle kunna behöva för kunskap eftersom vi var i samma sits för ca ett år sedan. Vi ville ge en klar och enkel bild av graviditetsdiabetes och väcka intresset för och betona vikten av hälsofrämjande arbete bland gravida kvinnor. Målgruppen för föreläsningen valdes dels eftersom vi visste att de blivande barnmorskorna hade endast baskunskaper om ämnet och enligt studier har vårdpersonal mycket kunskap om sjukdomar men skulle önska mer kunskap om hälsofrämjande arbete, dels valdes gruppen p.g.a. bekvämlighetsskäl;

det var enklare att boka in en föreläsning med studeranden och så var utrymmena redan bekanta för oss.

Informationsdelen i föreläsningen delades upp med hjälp av rubriker som klart berättade om vad som skulle tas upp under varje del. Detta är enligt Hedin (2001, 24) ett bra sätt att bygga upp en föreläsning om man har olika saker man vill ta upp, rubrikerna skapar den röda tråden i föreläsningen. För att göra det ännu lättare för åhörarna att följa med valde vi att använda oss av powerpoint-presentation och för att få variation visade vi även ett filmklipp. Hjälpmedlen skall enligt Bernstein (1989, 123-126) belysa och förstärka det som sägs under föreläsningen och skall främst vara till för åhörarna. Vi lyckades bra med detta, powerpoint-presentationen var kortfattad och tog upp huvudpunkterna i det som sades, vilket fungerade som stöd för åhörarna samt visade vår tankegång. Filmklippet gav exempel på hur ett motiverande samtal går till efter att informationen om detta behandlats.

Vi valde att föreläsa sittande för att skapa en avslappnad stämning, vi tänkte på hur vi placerade oss så att vi inte skymde skärmen där powerpoint-presentationen visades vilket enligt Rollof (1999, 110) är viktigt att tänka på när man använder sig av hjälpmedel. Det vi inte tänkte på var att de åhörare som satt längre bak skulle ha svårt att höra vad vi sa när vi satt ner, vilket vi också fick feedback om samt även att åhörarna tyckte att det blev lite stelt när vi alla satt medan vi föreläste. Vi hade dock stor fördel av att vi var tre som föreläste, det blev variation på rösterna och vi undvek därmed att föreläsningen blev för monoton. Vi skulle eventuellt ännu mer kunnat tänka på hur vi använde oss av rösten och kroppsspråket, något som enligt Nilsson (2001, 69-71) har stor betydelse för att åhörarna skall hållas alerta och intresserade under föreläsningen.

Vi relaterade under föreläsningens gång tillbaka till vad vi själva varit med om i praktiken för att belysa vikten av den information vi delade samt för att göra föreläsningen mer levande och intressant. Vi fick även som feedback att föreläsningen varit intressant men att vi skulle ha kunnat berätta om ännu flera fall från vår praktik speciellt under andra lektionen, som behandlade hälsofrämjande arbete, för att konkretisera informationen och göra den mera lättgriplig. Vi kunde

även ännu tydligare förklarat mekanismerna bakom graviditetsdiabetes och varför följderna av sjukdomen uppstår.

Enligt Hedin (2001, 23) skall man sammanfatta i slutet av föreläsningen och ge åhörarna chansen att smälta informationen som tagits upp. Vi gav i slutet av första lektionen ett sammandrag till pappers av det viktigaste vi tagit upp om graviditetsdiabetes. Casen som åhörarna fick diskutera i slutet av andra lektionen blev en bra sammanfattning av det vi tagit upp om hälsofrämjande arbete. Det gav oss även feedback att de verkligen hade lyssnat och tagit till sig informationen och kunde tillämpa kunskapen.

Användningen av tiden är enligt Hedin (2001, 43-45) viktigt att tänka på för att visa respekt för åhörarna. Man skall inte tala längre än 45 minuter i sträck. Vi höll vår tidsplan hyfsat; första lektionen blev kortare än vi tänkt från början medan andra lektionen drog ut på tiden. Dock blev helhetstiden inte längre än planerat, d.v.s. 90 min med 10 minuters paus. Vi kom överens med åhörarna när vi skulle hålla paus och hur länge den skulle vara. Vi bröt av föreläsningen i lämpliga snuttar; vi blandade prat, filmvisning och gruppdiskussioner till en lättsmält helhet och lyckades ganska bra med att hålla åhörarna alerta och intresserade.

Överlag lyckades vi bra med vårt mål att ge barnmorskestuderandena en bredare bild av graviditetsdiabetes och att väcka intresset och förståelsen för hälsofrämjande arbete och vikten av det. Flera av studerandena gav oss feedback att föreläsningen varit nyttig och att den väckte ett intresse för hälsofrämjande arbete.

Målet överlag med detta utvecklingsarbete var att föra vidare kunskapen vi fått under arbetet med vårt lärdomsprov "Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes". Vi funderade även på att göra en broschyr om graviditetsdiabetes, men kom fram till att liknande informationsmaterial redan finns och att målgruppen då skulle blivit kvinnorna istället för vårdpersonalen, vilket inte skulle tjäna vårt syfte. Därför valde vi att ge en föreläsning. Vi lyckades väl med själva utförandet, men planeringen kunde ha varit ännu mer genomtänkt. Vi borde även ha haft en repetition innan vi gav föreläsningen. Det blev ändå som vi tänkt oss och vi är nöjda med vår prestation. Vi fick även själva mycket ut av att hålla en föreläsning eftersom vi själva lärde oss

nya saker under faktainsamlandet inför föreläsningen och fick en repetition av kunskapen. Dessutom fick vi nöjet att träffa blivande kolleger och inspireras av deras kunskapstörst och ivrighet.

Litteratur

Bernstein, D. (1989). *Formulera och presentera*. Svenska dagbladets förlag.

Hedin, A. (2003). *Presentationsteknik. En handbok i framgång*. Lund: Studentlitteratur.

Holm-Ivarsson, B. (2009) *MI- Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm, Gothia förlag AB.

Ljungkvist, F., Mård, J. & Nyström, H. (2011) Opublicerad avhandling. *Hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes – en teoretisk studie om hälsofrämjande arbete hos kvinnor med graviditetsdiabetes*. Vasa, Yrkeshögskolan Novia.

Nilsson, R. (2001). *Effektiv presentationsteknik*. Johanneshov: Bokförlaget Robert Larsson AB

Rollof, J. (1999). *Effektivare presentationer*. Lund: Studentlitteratur

Youtube (2009). *The Effective Physician: Motivational Interviewing Demonstration*. [Online] <http://www.youtube.com/watch?v=URiKA7CKtfc&feature=related> (hämtat 16.9.2011)

Struktur	Mål	Metod	Media
Lektion 1			
Inledning	Ge information om vad som skall behandlas under lektionen och väcka intresset. Berätta varför vi är intresserade av detta ämne och varför studerande behöver kunskap om detta.	Föreläsning	
Graviditetsdiabetes <ul style="list-style-type: none"> - definition och statistik från Finland - patogenes - följder av sjukdomen - riskfaktorer - förebyggande åtgärder - rådgivningen: hur ställa diagnos, uppföljning, info som ges - - vård före och efter partus 	Att repetera och fördjupa studerandes kunskap om graviditetsdiabetes	Föreläsning	Powerpointpresentation (se bilaga 2) Dela ut broschyrer från rådgivningen som exempel på info som ges
Sammanfattning av lektion 1	Ge en sammanfattning och väcka tankar om nästa lektion	Diskussion; vad kan man göra för att nå fram med denna information till blivande gravida/mödrar	Dela ut minneslista om det viktigaste kring graviditetsdiabetes (se bilaga 3)
Lektion 2			
Inledning	Väcka tankar om vad man kan göra åt problemet	Föreläsning. Berätta våra funderingar, samt fall vi sett under vår praktik	

<p>Hälsofrämjande arbete :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definition - Vårdpersonalens kunskap - Informationens betydelse - Motiverande samtal - Vårdrelationen - Patientens roll (motivation, hinder och möjligheter för egenvård) 	<p>Väcka intresset för hälsofrämjande arbete och få studerande att inse vikten av hälsofrämjande vid graviditetsdiabetes.</p>	<p>Föreläsning. Behandla det som är viktigt vid hälsofrämjande arbete</p>	<p>Powerpoint-presentation (se bilaga 2) Filmsnutt om motiverande samtal</p>
<p>Sammanfattning av lektion 2</p>	<p>Få studerande att tillämpa kunskapen</p>	<p>Diskussion kring case i grupper</p>	<p>Caselappar (se bilaga 4)</p>
<p>Avslutning</p>	<p>Ge uppmuntran. Ta reda på om studerande fått något ut av föreläsningen</p>	<p>Svara på ev. frågor. Be studerande ge skriftlig feedback</p>	<p>Feedbackfrågor på powerpoint (se bilaga 2)</p>

Graviditetsdiabetes

Statistik

2006;

8,4% avvikande sockerbelastning

2,4% insulinbehandling

Patogenes

Utveckling av graviditetsdiabetes påverkas av två huvudfaktorer

- Insulinresistens
- Bukspottskörteln producerar mindre insulin

Insulinresistensen ökar i slutet av graviditeten

- Ökning av mängden kroppsfett
- Hormoner under graviditeten

Störning i produktionen av beta-celler hos bukspottskörteln

- Bristande insulinutsöndring (vanligaste orsaken, 80% av fallen)

Klassifikation

- White A: Dietbehandlad graviditetsdiabetes
- White AB: Insulinbehandlad graviditetsdiabetes
- White C: Sjukdomsduration 10-19 år
- White D: Sjukdomsduration över 20 år, eller insjuknande före 10 års ålder
- White F: Proliferativ diabetesretinopati och/eller nefropati

Följder

■ Kvinnan

- Diabetes mellitus typ 2
- Polyhydramnios
- Preeklampsi

■ Foster och nyfödd

- Makrosomi
- Missbildningar
- Dör i slutet av graviditeten
- Hypoglycemi
- Hypokalcemi och hypomagnesemi
- Hyperbilirubinemi 6-23%
- Andningssvårigheter 5-30%



Riskfaktorer

- BMI > 25
- >40 år
- Diabetes i familjen
- Fött barn >4500g
- Tidigare haft graviditetsdiabetes
- PCOS

Förebyggande

- Överlag hälsosam livsstil
- Mångsidig och hälsosam kost
 - Motion
 - Gå ner i vikt om överviktig

Rådgivningen

Glukosbelastning

- Vem?
- När?
- Hur?

Normalvärden

- Fastevärde < 5,3 mmol/l
- En timme < 10,0 mmol/l
- Två timmar < 8,6 mmol/l

Uppföljning

- Egen blodsockeruppföljning hemma
- Före frukost samt en timme efter måltider, 4-6 mätningar/dag
 - Normalvärden
- Före frukost < 5,5 mmol/l
- En timme efter måltid < 7,8 mmol/l

Vård

Före partus

- Dietbehandling
- Insulinbehandling

Efter partus

- Uppföljning 1-3 dygn efter förlossning

Hälsofrämjande arbete

- "Längtan att öka välbefinnandet samt förverkliga hälsoresurser hos människan"
- "Hälsofrämjandets tillvägagångssätt = motivation" (N.J.Pender)
- Inkluderar enligt WHO: "att främja en hälsosam livsstil, att skapa stödjande miljöer för hälsa, att stärka samhällets insatser för hälsa, omorganisering av hälsojourer samt att främja en hälsosam allmän politik"

Vårdarens roll vid hälsofrämjande arbete

Kunskap

- Skolningar och färdigheter.
- Kunskap om det som är normalt och onormalt gällande hälsan.
- Kunskap om upplevelsen av hälsosamtal.

-
- Kunskap om hur arbetet bäst utförs, hur en vårdare skall vara för att få bästa resultat i vården.
 - Kunskap/medvetenhet om egen livsstil.

Information

- Central roll
- Viktigt att patienten får ställa frågor och få svar.
- Viktigt att patienten blir sedd som unik och att man ger henne tid.
- Att kommunikationen fungerar, kommer i rätt ordning och inte är skrämmande.

Motiverande Samtal (eng. mot. Interviewing, MI)

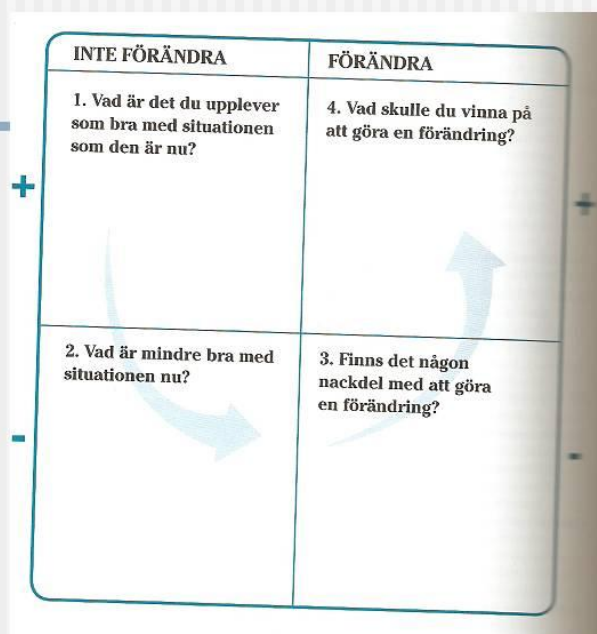
- Positiv effekt vid graviditetsdiabetes men också vid andra livsstilssjukdomar.
- Viktigt att vårdaren kan tillämpa eller konsultera vidare för motiverande samtal.

-
- "Motiverande samtal kommunicerar inte 'Jag har vad du behöver' utan istället 'Du har vad du behöver, och tillsammans skall vi finna det'" (Hetteima, 2005)
 - Passar om bra i alla situationer där man vill försöka få en annan person att ändra sitt beteende och vid samtal om livsstilsförändringar.
 - Målet är att ge personcentrerad, målinriktad rådgivning för att försöka locka fram och stärka personens egen motivation att förändras.

-
- Förhållningssättet och det reflektiva lyssnandet är en grund i MI. Rådgivaren använder det reflektiva lyssnandet till att framkalla tal om förändring och stöda patientens självtillit.

-
- Förhållningssätt: visa empati, utveckla känsla av "att allt inte är som de borde vara" och borde förändras, stöda patientens självtillit, rulla med motstånd.

- Reflektivt lyssnande; Bekräftelse, Öppna frågor, Reflektioner, Sammanfattningar.
- MI: samtalets förlopp:
 1. Inled samtalet och bestäm samtalsämnet
 2. Utforska patientens syn på saken
 3. Fokusera på förändring.
 4. Avsluta och försöka få fram ett åtagande,
 5. Försöka att följa upp hur det lyckats.



-
- <http://www.youtube.com/watch?v=URiKA7CKtfc&feature=related>

Vårdrelationen

- Viktigt att fungerar för att uppnå livsstilsförändring.
- Viktigt att vårdaren är medveten om sitt sätt att uttrycka sig verbalt och icke verbalt.
- Viktigt att patienten känner sig välkommen

-
- Viktigt att inte skuldbelägga patienten.
 - Hälsosamtalet sker genom konversation och dialog.
 - Trovärdighet.
 - Kulturella skillnader.

Patientens roll

- Motivation
- Stöd

-
- Gå gärna och läs mer om kommunikation, motiverande samtal, vårdrelationer på nätet och i böcker m.m.

Feedback

- Vad tyckte DU om innehållet? Lärde du dig något nytt?
- Hur framställdes lektionen?

-
- TACK för att ni tog er tid och lyssnade! :)
 - Frågor??

-
- KÄLLOR:
 - Hälsöfrämjande vid graviditetsdiabetes, 2011 (Ljungkvist, Mård och Nyström)
 - MI-motiverande samtal (Holm Ivarsson, B. 2009)
 - Kätilötyö (Paananen m.fl., 2009)
 - Käypähoito, 2011

Graviditetsdiabetes

Riskgrupper:

BMI>25
Över 40år
Förstföderska
Diabetes i släkten
Fött barn över 4,5kg
**Tidigare haft grav.
diabetes**

Olika typer av GDM

Dietbehandlad GDM
Insulinbehandlad GDM

Diagnostisering

Glukosbelastning
(gränsvärden faste 5,3 1h
10,0 2h 8,6)

Följder baby:

Makrosomi
Missbildningar
Kan dö i slutet av grav.
Hypoglukemi
Hypokalcemi
Hypomagnesemi
Hyperbilirubinemi
Andningssvårigheter

Följder mor:

Diabetes typ 2
Polyhydraminos
Preeklampsi

Åtgärder:

Kost
Motion
Ev. Insulin

Viktigt i vården av GDM

**Patients egenvård och
motivation**
**Vårdarens kunskap,
information, motiverande
samtal, vårdrelationen**

Case:

- 1 Du sköter en mamma på BB och ser i hennes journal att hon har haft graviditetsdiabetes under denna graviditet och följt upp sockervärdena. Sin graviditetsdiabetes har hon skött enbart med att ändra sin diet. Förlossningen har gått bra och babyn mår bra. Vad ger du som barnmorska för information åt mamman om fortsättningen?**

- 2 Du arbetar på mödrarådgivningen och sköter en kvinna med övervikt.(BMI>25) Du märker att SF-måttet är över "kurvan" några gånger. Vad gör du som barnmorska/hälsovårdare? Vilken information ger du åt kvinnan?**

- 3 Du tar emot en förstföderska i h 28+4 på rådgivningen. Kvinnan har haft ett patologiskt värde i glukosbelastningen och blivit uppmanad att mäta blodsockret regelbundet hemma. Du märker att kvinnan struntat många gånger att mäta blodsockret och i samtalet med henne märker du att hon inte påtagligt bryr sig om detta. Hur får du kvinnan att tänka om och ta hand om sin hälsa?**

- 4 Du arbetar på rådgivningen och tar emot en omföderska i h 26+2. Kvinnan har just varit på glukosbelastning och haft ett patologiskt fastesocker. Vilken information ger du kvinnan?**