

Mammors upplevelser av graviditetsdiabetes

En kvalitativ intervjustudie

Emma Carlström

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Emma Carlström

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Ståhl-Levón

Titel: Mammors upplevelser av graviditetsdiabetes – En kvalitativ intervjustudie

Datum 7.5.2021

Sidantal 36

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes.

Detta är en kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Sammanlagt intervjuades fyra mammor som antingen hade eller hade haft graviditetsdiabetes. Mammorna var i åldrarna 24 – 39 vid insjuknandet. Intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt användes Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans.

I resultatet framkom både likheter och olikheter bland mammornas upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes. Alla mammor reagerade olika på diagnosbeskedet. De flesta mammor upplevde att de fick bra med information, men de hade ändå önskat få mera. Det fanns även missnöje med informationen. De flesta mammor upplevde att de fick bra stöd från antingen vårdpersonal, familj eller både och. Vården av graviditetsdiabetes var de flesta nöjda med och för en del mammor ändrades livsstilen. Blodsockermätningarna var mammorna neutrala till, nervösa över eller upplevde det jobbigt. Slutsatsen är att varje mammas upplevelse är hennes egen och det finns inget rätt eller fel svar, därför finns likheter men även olikheter i resultatet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Graviditetsdiabetes, upplevelser

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Emma Carlström

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa

Ohjaaja: Anita Ståhl-Levón

Nimike: Äitien kokemuksia raskausdiabeteksestä – Laadullinen haastattelu tutkimus

Päivämäärä 7.5.2021

Sivumäärä 36

Liitteet 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada enemmän tietoa ja ymmärrystä siitä, mitä ajatuksia ja tunteita syntyy, kun saa raskausdiabetesdiagnoosin, millaisia kokemuksia naisilla on saamastaan tiedosta ja tuesta sekä millaisia kokemuksia ja tuntemuksia heillä on raskausdiabeteksen hoidosta.

Tämä on laadullinen tutkimus, jossa puolistrukturoituja haastatteluja käytettiin tiedonkeruu menetelmänä. Yhteensä haastateltiin neljää äitiä, joilla joko oli tai oli ollut raskausdiabetes. Äidit olivat iältään 24 – 39 vuotta, kun he sairastuivat. Haastattelut analysoitiin laadullisen sisältöanalyysin kautta. Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Dorothea Oremin teoriaa itsehoidon tasapaino.

Tuloksessa tuli esiin sekä yhtäläisyyksiä että eroja äitien raskausdiabeteksen tuntemuksista ja kokemuksista. Kaikki äidit reagoivat eri tavalla diagnoosin saamiseen. Suurin osa äideistä koki saavansa hyvin tietoa, mutta he olivat kuitenkin toivoneet saavansa tietoa enemmän. Tiedonsaannissa oli myös tyytymättömyyttä. Suurin osa äideistä koki saavansa hyvää tukea joko hoitohenkilökunnalta, perheeltä tai molemmilta. Raskausdiabeteksen hoitoon suurin osa oli tyytyväisiä ja osa heistä muutti sen pohjalta elintapojaan. Verensokerimittauksiin äidit suhtautuivat neutraalisti, hermostuneesti tai kokivat ne raskaaksi. Johtopäätös on, että jokaisen äidin kokemus on hänen omansa ja että ei ole oikeaa tai väärää vastausta ja sen takia tuloksessa on sekä yhtäläisyyksiä, mutta myös eroja.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Raskausdiabetes, kokemuksia

BACHELOR'S THESIS

Author: Emma Carlström

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Anita Ståhl-Levón

Title: Mother's experiences of gestational diabetes – A qualitative interview study

Date 7.5.2021

Number of pages 36

Appendices 3

Abstract

The purpose of this thesis is to gain an increased knowledge and understanding of what thoughts and feelings arise when you are diagnosed with gestational diabetes, what experiences women have from the information and support they received in view of gestational diabetes, and what experiences and experiences they have of care in gestational diabetes.

This is a qualitative study in which semistructured interviews were used as a data collection method. In all, four mothers who either had or had had gestational diabetes were interviewed. The mothers were ages 24 — 39 at the time of sickness. The interviews were analyzed through a qualitative content analysis. As a theoretical starting point, Dorothea Orem's theory of self-care balance was used.

The result emerged both similarities and differences among mothers' experiences of gestational diabetes. All the moms reacted differently to the diagnosis message. Most moms experienced that they got good information, but they still wished to get more. There was also dissatisfaction with the information. Most moms experienced that they received good support from either health professionals, family or both. They were mostly satisfied with the care for gestational diabetes and for some mothers the lifestyle was changed. Regarding blood sugar measurements the mothers were neutral to, nervous about or experiencing them as difficult. The conclusion is that each mother's experience is her own and there is no right or wrong answer, therefore similarities but also differences exist in the outcome.

Language: Swedish

Key words: Gestational diabetes, experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Bakgrund	2
3.1	Diabetes mellitus	2
3.2	Graviditeten.....	3
3.3	Graviditetsdiabetes.....	4
3.3.1	Etiologi.....	4
3.3.2	Symtom och riskfaktorer	4
3.3.3	Diagnostisering.....	5
3.3.4	Behandling	6
3.4	Upplevelser av graviditetsdiabetes.....	8
3.4.1	Tankar och känslor vid diagnosbeskedet.....	8
3.4.2	Information och stöd.....	10
3.4.3	Vården och behandlingen.....	12
4	Teoretisk utgångspunkt.....	15
5	Metod	16
5.1	Urval av informanter.....	16
5.2	Datainsamling.....	16
5.3	Etiska överväganden.....	17
5.4	Dataanalysmetod.....	18
6	Resultat	19
6.1	Upplevelser av diagnosbeskedet.....	20
6.1.1	Första reaktionen	20
6.1.2	Tankar och känslor	20
6.2	Upplevelser av information och stöd.....	22
6.2.1	Positiva upplevelser av informationen	22
6.2.2	Negativa upplevelser av informationen.....	23
6.2.3	Önskvärd information.....	23
6.2.4	Stöd	24
6.3	Upplevelser av vården och behandlingen.....	25
6.3.1	Positiva upplevelser av vården	25
6.3.2	Negativa upplevelser av vården.....	26
6.3.3	Livsstilsförändringar	26
6.3.4	Blodsockermätning.....	27
7	Spegling mot bakgrund och vårdteori.....	28
8	Diskussion	31

8.1	Metoddiskussion.....	32
8.2	Resultatdiskussion.....	33
9	Avslutning.....	34
	Referenser	35

Bilageförteckning

Bilaga 1	Resultattabeller
Bilaga 2	Informationsbrev
Bilaga 3	Intervjufrågor

1 Inledning

Enligt diabetesförbundet i Finland finns idag ungefär en halv miljon människor i Finland som har diabetes. Av dem har ungefär 50 000 diabetes typ 1 och ungefär 400 000 diabetes typ 2, dessutom räknar man med att ungefär 50 000 – 100 000 har diabetes typ 2 utan att de vet om det. Årligen insjuknar också ungefär 10 000 gravida kvinnor i graviditetsdiabetes. (Diabetesliitto, 2021) Andelen graviditetsdiabetes ökar i Finland och enligt THL (2020) har graviditetsdiabetes på nio år ökat med 12,1 procent. Från att år 2010 vara 7,0 procent till att år 2019 vara 19,1 procent. (THL, 2020)

Graviditetsdiabetes är en störning i sockermetabolismen som uppträder för första gången under en graviditet och försvinner vanligtvis efter förlossningen. Hos ungefär var femte gravid kvinna stiger glukoshalten i den utsträckning att hon får diagnosen graviditetsdiabetes. Vanligtvis bryter graviditetsdiabetes ut redan under den första graviditeten och återkommer oftast vid efterföljande graviditeter. Ungefär hälften av gravida kvinnorna i Finland har riskfaktorer för graviditetsdiabetes. (Diabetesliitto, 2021)

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes.

Jag är intresserad av hälsofrämjande vård och har därför valt att i mitt examensarbete studera kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes. När man arbetar inom vården är det bra att få en ökad kunskap om hur människor upplever olika händelser för att få en bättre förståelse och därmed kunna ge bättre vård och stöd. Det är även bra för vårdpersonal att få kunskap om graviditetsdiabetes, eftersom det är något som ökar i Finland.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes.

Frågeställningar:

1. Vilka tankar och känslor väcktes hos de gravida kvinnorna när de fick diagnosen graviditetsdiabetes?
2. Vilka upplevelser har kvinnorna av den information och det stöd de fick med tanke på graviditetsdiabetes?
3. Hur har de gravida kvinnorna upplevt vården av graviditetsdiabetes?

3 Bakgrund

I bakgrunden kommer jag kort förklara vad diabetes mellitus är för sjukdom. Det kommer även beskrivas ned ”normala” graviditeten. Graviditetsdiabetes kommer att förklaras mera utförligt där etiologi, symtom och riskfaktorer, diagnostisering samt behandling tas upp. I bakgrunden kommer även tidigare forskning tas upp om vilka tankar och känslor som uppstår hos kvinnor i samband med diagnosen, vilka upplevelser kvinnor har av information och stöd som de fått och hur vården av graviditetsdiabetes har upplevts.

3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus är en sjukdom som har höga glukosnivåer som den gemensamma nämnaren. Sjukdomen beror på att produktionen av hormonet insulin har upphört, att utsöndringen av insulin är för liten eller insulinresistens, vilket betyder att insulinets effekt är nedsatt. (Diabetesförbundet, u.å.)

Enligt världshälsoorganisationen WHO delas diabetestyperna in i fyra olika kategorier. De två vanligaste diabetestyperna är diabetes typ 1 och diabetes typ 2. Vid typ 1 diabetes har betacellerna som producerar insulin förstörts till följd av en autoimmun inflammation. Typ 2 diabetes beror på insulinresistens, alltså att effekten av insulinet är nedsatt och/eller att insöndringen av insulinet är störd. Det finns även graviditetsdiabetes. Vid graviditetsdiabetes

ökar behovet av insulin till följd av hormonförändringar som sker i kroppen under en graviditet. Förutom dessa finns det andra diabetestyper som bland annat kan bero på rubbningar i hormonverksamheten, en inflammation i bukspottskörteln eller att bukspottskörteln opererats bort. (Diabetesförbundet, u.å.)

3.2 Graviditeten

Graviditeten varar från befruktning tills barnet föds. En graviditet varar i genomsnitt 38 veckor, eller 265 dagar. Man beräknar ändå att en graviditet varar i 40 veckor, alltså ungefär 280 dagar. Detta beror på att det kan vara svårt att säga exakt när en befruktning skett och därför räknas beräknat förlossningsdatum utifrån sista menstruationens första dag. (Risberg, 2016, s. 221)

En graviditet delas in i tre perioder, så kallade trimestrar. Varje trimester är tre månader lång. Under den första trimestern utvecklas anlag till organen. Organen och organsystemen färdigutvecklas under andra trimestern. Under tredje trimestern blir organsystemen funktionsdugliga och under denna period sker även fostertillväxten. (Risberg, 2016, s. 221)

Under en graviditet genomgår kvinnans kropp märkbara anatomiska och fysiologiska förändringar. Dessa förändringar sker för att stödja fostrets utveckling, förbereda kvinnan inför förlossningen samt förbereda hennes kropp för amning. (Risberg, 2016, s. 217)

Metabola förändringar

Under graviditeten ökar basala metabolismen med 15 – 20 procent och näringsbehovet ökar för att säkra fostrets tillväxt. Största förändringarna beror på kolhydrat och fett metabolismen. Hormonet insulin utsöndras normalt i två faser; några minuter efter ett födointag sker ett snabbt svar, efter det sker sedan ett sent svar. Glukosproduktionen i levern ökar 15 - 30 procent samtidigt som musklernas glukosupptag minskar med 40 - 60 procent. Redan under den första trimestern ökar det snabba insulinsvaret efter ett födointag, men klarar inte av att stoppa effekten av ett ökat glukosutsläpp från levern och det minskade glukosupptaget i musklerna. Från början av andra trimestern ökar insulinsekretionen från bukspottskörteln och mammans fasteblodsocker sjunker. Under den senare hälften av graviditeten försvagas kroppens förmåga att använda blodsockret på grund av hormonella skäl och till och med för en frisk mamma uppstår en lindrig insulinresistens och den är två till tre gånger högre än vanligt mot slutet av en graviditet. Efter en måltid stiger blodsockervärdena högre än hos en icke gravid, detta för att säkra fostrets energitillförsel.

(Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen, 2014, s. 50; Berg, Berntorp & Wennerholm, 2016, s. 359)

Vid undersökningar på rådgivningen ses samtidigt till följd av förändringar i njurarnas funktion ofta glukosuri, små mängder socker i urinen trots normala blodsockervärden. Urinprov används som screeningundersökning och som tilläggsundersökning krävs alltid blodsockermätning. Om insulinresistensen blir så stor att bukspottkörtelns ökning av insulinsekretionen inte räcker till att behålla en normal blodsockernivå. Så att säga en normal eller fysiologisk förändring kan under nuvarande överdriven energitillförsel leda till att graviditetsdiabetes utvecklas. (Sariola et al., 2014, s. 50 - 51)

3.3 Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes är diabetes som utvecklas eller för första gången upptäcks under en graviditet och beror på en störning i glukosmetabolismen och kännetecknas av en nedsatt glukostolerans som kan vara av varierande svårighetsgrad. Graviditetsdiabetes, benämns även gestationell diabetes mellitus (GDM). Diagnosen graviditetsdiabetes fås under en graviditet och försvinner vanligtvis efter förlossningen och då blir glukoshalten oftast normal igen. Graviditetsdiabetes bryter vanligen ut redan under första graviditeten, men kan även upptäckas första gången i en senare graviditet. (Berg et al., 2016, s. 358; Diabetesliitto, 2020; Duodecim Käypä hoito, 2013)

3.3.1 Etiologi

Under graviditeten ökar mängden graviditetshormoner i blodet och även kroppens fettmängd. Till följd av detta börjar insulinets effekt försvagas (insulinresistens) under andra trimestern. Vanligtvis klarar bukspottkörteln av att producera mera insulin enligt behov, så att glukoshalten i blodet inte blir för högt. Om insulinets mängd inte ökar enligt behov stiger glukoshalten, och graviditetsdiabetes har utvecklats. (Diabetesliitto, 2020)

3.3.2 Symtom och riskfaktorer

Det finns inte några specifika symtom som tyder på graviditetsdiabetes. Det beror på att glukostegringen vid graviditetsdiabetes är inte så ofta, eller till och med aldrig så pass hög att den ger symtom. Riskfaktorer för graviditetsdiabetes är: övervikt, benägenhet för diabetes i släkten, över 40 år, tidigare fött ett barn som vägt över 4,5 kilogram, graviditetsdiabetes i

tidigare graviditet, socker i morgonurin och polycystiskt ovarialsyndrom (PCO). (Hanson, 2014, s. 362; Diabetesliitto, 2020)

3.3.3 Diagnostisering

I dag görs i regel glukosbelastningstest på alla gravida kvinnor. Över hälften av finländarna som insjuknar i graviditetsdiabetes har inga riskfaktorer. I vissa undantagsfall behövs inte glukosbelastningstest göras. Det gäller om kvinnan är förstföderska och under 25 år samt normalviktig i början av graviditeten (BMI under 25) och om inte diabetes typ 2 förekommer hos någon av hennes nära släkting (mor-/farföräldrar, föräldrar eller syskon). Det behöver inte heller göras om kvinnan är under 40 år, normalviktig i början av graviditeten och omföderska som inte i tidigare graviditet haft graviditetsdiabetes eller fött ett barn med makrosomi (stort barn). (Duodecim Käypä hoito, 2013)

Graviditetsdiabetes diagnostiseras med ett två timmars glukosbelastningstest. Vanligtvis görs glukosbelastningstestet i graviditetsvecka 24 - 28. Om risken för att insjukna är speciellt stort kan testet göras redan i början av graviditeten, då görs det i graviditetsvecka 12 - 16. Detta gäller fall där riskfaktorer så som tidigare graviditetsdiabetes, BMI över 35 i början av graviditeten, glukosuria (glukos i urinen) i början av graviditeten, typ 2 diabetes hos mor-/farföräldrar, föräldrar, syskon eller barn förekommer, användning av kortikosteroid läkemedel oralt eller PCOS (polycystiskt ovarialsyndrom). Om glukosbelastningstest resultatet är normalt i början av graviditeten görs ett nytt test i graviditetsvecka 24 - 28. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

Glukosbelastningstestet påbörjas på morgonen mellan klockan åtta och tio efter en tolv timmars fasta över natten. Ett glas vatten är tillåtet att dricka på morgonen före testet. Undersökningen börjas med att ett venöst blodprov tas (klockslaget skrivs upp) efter det dricker den gravida under fem minuter 300 milliliter vatten dit 75 gram glukos har tillsatts. Blodprov tas igen en och två timmar efter man påbörjat drickandet. Under denna tid får man inte avlägsna sig från mödrarådgivningen. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

Diagnosen graviditetsdiabetes fastställs om ett av tre värden är avvikande i glukosbelastningstestet. Ifall två eller tre värden är avvikande är graviditetsdiabetes av en allvarligare svårighetsgrad och då behövs förutom kostbehandling insulin- eller oralläkemedelsbehandling som påbörjas under tredje trimestern. Diagnosen behålls fast senare blodglukosvärden skulle vara normala. Gränsvärden för diagnostisering är; faste

värde 5,3 mmol/l eller högre, värdet efter en timme är 10,0 mmol/l eller högre och värdet efter två timmar är 8,6 mmol/l eller högre. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

3.3.4 Behandling

Vid behandling av graviditetsdiabetes är målet att minimera risken för komplikationer hos mamman och barnet. Normoglykemi (normal glukoshalt i blodet) eftersträvas för att uppnå detta. Det är även viktigt att kvinnan får en så normal upplevelse som möjligt av graviditeten. Förutom en hälsosam livsstil och en strikt glukoskontroll krävs också professionellt stöd. Fostret ger ofta en ökad motivation hos den gravida kvinnan till livsstilsändringarna. (Berg et al., 2016, s. 364)

Egenmätning av plasmaglukos lägger grunden för styrningen av behandlingen vid graviditetsdiabetes. I första hand uppnås normaliseringen av glukosprofilen med hjälp av anpassad kost, daglig fysisk aktivitet och rökstopp i de fall där rökning förekommer. Övervikt och hos vissa en viktuppgång under graviditeten som är onormalt stor förekommer hos många kvinnor med graviditetsdiabetes. Ifall inte målvärdena för plasmaglukos uppnås trots livsstilsförändringar tyder det på att insulinbehandling behövs. Även en påvisad tilltagande fostertillväxt stärker indikationen för insulinbehandling. Resultatet från egenmätningen av plasmaglukos styr ifall insulin behöver sättas in och då används ofta både måltidsinsulin och basinsulin. Stora doser insulin kan behövas vid samtidig tydlig insulinresistens och övervikt, men förekomsten av hypoglykemier (lågt blodsocker) är trots detta ofta sällsynta samt lindriga. Läkemedelsbehandling med metformin kan övervägas, eftersom det inte visat sig ha negativa konsekvenser för mamman eller fostret. (Berg et al., 2016, s. 366)

Egenmätning av blodsockret

Egenmätning av blodsockret används för att kunna följa med glukoshalten. När diagnosen graviditetsdiabetes har fastställts, lär mödrarådgivningen ut åt den gravida kvinnan hur och när hon ska mäta sitt blodsocker. Målet för blodsockret är under 5,5 mmol/l före en måltid och en timme efter måltiden under 7,8 mmol/l. Blodsockret mäts före frukost och en timme efteråt samt vid behov även före huvudmåltiderna, sammanlagt fem till sju mätningar i dygnet. Vilka dagar blodsockret ska mätas bestäms individuellt på basen av blodsockervärdena. Med hjälp av egenmätning av blodsockret kan de graviditetsdiabetiker som behöver insulinbehandling under graviditeten hittas. Kvinnan lär sig också hur matvanorna och motionen inverkar på blodsockernivåerna. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

Kostbehandling

Målet med kostbehandlingen är att säkerställa ett lämpligt intag av energi och näringsämnen, behålla normoglykemi (normal glukoshalt i blodet) och minska på behovet av insulinbehandling. Målet är även att förebygga en för stor viktuppgång under graviditeten, förebygga att fostret inte blir för storväxt, förhindra återfall av graviditetsdiabetes vid efterföljande graviditeter och förhindra att mamman senare insjuknar i diabetes. Ännu ett mål med kostbehandlingen är att minska på barnets födelsevikt och risken för hjärt- och kärlsjukdomar. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

Vid graviditetsdiabetes följs allmänna graviditets näringsrekommendationer samt allmänna kostrekommendationer för diabetes. För mamman berättas om den rekommenderade kosten genom att ge råd gällande lämpliga livsmedel, matingredienser, val av preparat och matlagningmetoder. En regelbunden måltidsrytm och minst fyra måltider per dag (frukost, lunch, middag och kvällsmål) rekommenderas och vid behov en till två mellanmål under dagen. Till en mångsidig kost hör fullkornsprodukter, grönsaker, bär och frukt, mjölk- och köttprodukter som är fettfria eller innehåller låg fetthalt samt smör eller olja som innehåller mjukt fett. Vid måltider skulle det vara bra att äta kolhydrater, protein och fett samtidigt. Energimängden, alltså mängden mat ska hållas på en rimlig nivå, så inte vikten stiger för mycket och att blodsockret hålls på bästa möjliga nivå. Mängden mat som behövs är alltid individuell. (Duodecim Käypä hoito, 2013; Diabetesliitto, 2021)

Motion

Motion är också en effektiv behandlingsmetod vid graviditetsdiabetes, eftersom det sänker blodsockret och hjälper till med viktkontrollen. Motion med måttlig effekt rekommenderas om inte den gravida kvinnan har några andra graviditetskomplikationer, förutom diabetes. Redan vid det första besöket vid rådgivningen tas motionen upp och diskussionen om motion fortsätter under hela graviditeten. I början av motionsrådgivningen går man igenom kvinnans nuvarande motionsvanor och fördelarna med motion diskuteras även. Tillsammans med båda föräldrarna diskuteras mål, behov samt möjligheter att öka motionen. Slutligen görs en konkret motionsplan som är genomförbar. I samband med senare besök vid mödrarrådgivningen bedöms genomförandet av motionen och vid behov omformas motionsplanen. Rekommendationen är att motionera sammanlagt minst 150 minuter på en vecka. Det är viktigt att börja gradvis ifall den gravida kvinnan inte motionerat innan graviditeten, då kan man till exempel börja med tre dagar i veckan och 15 minuter åt gången. Därefter kan motionen utökas till att träna varje dag minst 30 minuter. Rask promenad,

stavgång, simning och skidning är exempel på lämpliga motionsformer. Två gånger i veckan är det även bra att träna muskelstyrkan, till exempel genom att gå på gym. När det går att prata under träningen och man blir aningen andfådd vet man att motionen har en lämplig effekt. De kvinnor som har motionerat aktivt och regelbundet innan graviditeten kan fortsätta med det även under graviditeten beroende på deras mående. Dock ska motionsformer där riktning byts snabbt, där det finns risk för att falla eller risk för slag undvikas. Exempel på sådana motionsformer är snabba bollspel, boxning och ishockey. (Diabetesliitto, 2021; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 53 - 55)

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling behövs i de fall där behandling med kost är otillräcklig för att behålla en så bra glukosbalans som möjligt. Om blodsockernivåerna efter kostråd och även striktare kostråd upprepade gånger är minst 5,5 mmol/l före frukost eller minst 7,8 mmol/l en timme efter måltid påbörjas läkemedelsbehandling. I första hand används insulin, men på mödravårdspolikliniken kan de i specialfall överväga användning av metformin (tabletter) eller en kombination av insulin och metformin. Vid sidan av läkemedelsbehandlingen behövs alltid också kostbehandling. Insulinbehandlingen görs upp individuellt för att uppnå normoglykemi (normal glukoshalt i blodet). Insulindosen justeras på basen av egenmätningarna av blodsockret. (Duodecim Käypä hoito, 2013)

3.4 Upplevelser av graviditetsdiabetes

Här presenteras tidigare forskning om upplevelser av graviditetsdiabetes. Vilka tankar och känslor diagnosbeskedet väcker hos gravida kvinnor, hur kvinnorna har upplevt informationen och stödet de fått under graviditeten och hur vården av graviditetsdiabetes har upplevts av kvinnorna.

3.4.1 Tankar och känslor vid diagnosbeskedet

I en studie gjord av Parsons, Sparrow, Ismail, Hunt, Rogers och Forbes (2018) undersöktes kvinnors erfarenheter av graviditetsdiabetes. I studien deltog 50 kvinnor från sydöstra Storbritannien och både fokusgrupper och intervjuer användes för att uppnå en mer omfattande förståelse av kvinnors erfarenheter av graviditetsdiabetes. I studien framkom att graviditetsdiabetes är en känslomässigt plågsam upplevelse för många kvinnor och diagnosen kunde leda till att kvinnorna kände att graviditeten var "förstörd". Diagnosen kom helt oväntat för många av kvinnorna. Kvinnorna blev chockade, panikartade och en del brast

ut i tårar i samband med diagnosen, samtidigt blev de rädda för de möjliga negativa effekterna som kunde drabba fostret. En tidigare varning om risken för graviditetsdiabetes skulle ha dämpat chocken, menar kvinnorna och det hade även gett dem en möjlighet att göra kostförändringar tidigare. En del av de kvinnor som deltog i studien upplevde inte diagnosen chockerande eller speciellt känsloladdat och vissa av kvinnorna trodde inte på att de fått diagnosen graviditetsdiabetes. (Parsons et al., 2018)

I en kvalitativ intervjustudie som gjorts i China deltog 62 kvinnor med graviditetsdiabetes och syftet var att utforska deras erfarenheter av graviditetsdiabetes. Det framkom att emotionella reaktioner upplevdes av kvinnorna när de informerades om graviditetsdiabetes, vilket ledde till att de kände att de drabbades av ett känslomässigt kaos. Kvinnorna blev chockade och överraskade och till en början kände de sig konstiga. De kunde inte acceptera diagnosen vilket ledde till tvivel och förnekelse av diagnosen. Rädsla och oro för de negativa effekterna på deras barn och sig själva uppstod. Kvinnorna reflekterade över orsaker som gjorde att de fick graviditetsdiabetes, de trodde att det berodde på vad de hade ätit, fetma och hög ålder. (Ge, Wikby & Rask, 2017)

I en studie gjord av Craig, Sims, Glasziou och Thomas (2020) framkom att i samband med diagnosen uppkom reaktioner som misslyckande, rädsla, sorg, oro och förvirring hos kvinnorna. Kvinnorna skyllde sig själva för att de fått diagnosen. Vissa kvinnor kände sig vilsna och osäkra på vad de ska göra. Ofta kände kvinnorna en överväldigande känsla av sårbarhet och skuld. I vissa fall togs diagnosbeskedet positivt och sågs som en möjlighet till livsstilsförbättringar. Vissa tog diagnosen som ett ”Wake up call” och var tacksamma för chansen att ingripa och potentiellt förhindra negativa resultat för sina barn och sig själva. Kvinnorna hade varierande grad av förståelse av graviditetsdiabetes och detta påverkade deras första reaktion på diagnosen. De som kunde förklara orsaken till graviditetsdiabetes kunde lättare processa och acceptera diagnosen än de som hade lite förståelse för graviditetsdiabetes eller var förvånade över hur de kunde ha fått graviditetsdiabetes. Vissa blev mycket överraskade av diagnosen, speciellt om de inte hade några symtom. En del kvinnor fann det svårt att komma till rätta med diagnosen. Majoriteten av de med en gränsdiagnos rapporterade att de inte var oroliga för diagnosen. (Craig et al., 2020)

Helmersen, Sørensen, Lukasse, Laine & Garnweidner-Holme (2021) har i deras studie intervjuat tolv norska gravida kvinnor med graviditetsdiabetes. Det framkom att diagnosen var svårare att acceptera för kvinnor som inte ansåg att de hade riskfaktorer för att utveckla

graviditetsdiabetes, jämfört med kvinnor som var medvetna om sin risk. Några skämdes och skyllde sig själva för att de utvecklade graviditetsdiabetes. (Helmersen et al., 2021)

I Danmark har en studie gjorts där elva kvinnor som hörde till en etnisk minoritet intervjuades. Det framkom att kvinnorna hade olika reaktioner på graviditetsdiabetes diagnosen. Alla kvinnor kände sig ledsna och oroliga av diagnosen. Majoriteten var bekymrade och fann det väldigt seriöst, medan vissa nästan var obekymrade. Kvinnornas uppfattning om graviditetsdiabetes diagnosen påverkades av olika faktorer. De kvinnor som drabbades mindre av diagnosen var de med sockerbelastningsresultatet nära gränsvärdet, de som inte upplevde diagnosen som så skadlig, likaså de som ansåg att det var ett graviditetsrelaterat tillstånd och de som inte hade några symtom. Fysiska symtom gjorde att diagnosen blev mera verklig, men ändå svår att acceptera. De kvinnor som kände sig mycket påverkade av att få diagnosen beskrev känslor som sorg, stress, osäkerhet och oro. Kvinnorna oroade sig för sin egen hälsa eller för sitt barns hälsa. (Dayyani, Terkildsen Maindal, Rowlands & Lou, 2019)

3.4.2 Information och stöd

I Ge et al. (2017) studie kom det fram att kvinnorna till en början inte fick tillräckligt med svar om graviditetsdiabetes från vårdpersonalen och de uppfattade informationen som ologisk/osammanhängande. Det visade sig att de kände att de lämnades ensamma för att kämpa med graviditetsdiabetes. Kvinnorna ansåg att stöd och uppmuntran från vårdpersonal och deras män var viktigt och kunde främja deras hälsobeteende. (Ge et al., 2017)

Craig et al. (2020) har i deras studie fått fram att generellt var erfarenheterna av kommunikationen med vårdpersonal blandad. En del kvinnor upplevde positiva och informativa möten, medan andra upplevde att mötena var korta med alltför tekniskt språk och icke stödjande konsultationer. De största problemen ansågs vara begränsad tid med vårdpersonal, brist på kontinuitet i vården och brist på förståelse av vårdpersonalens roll vid uppföljning. I vissa fall kände kvinnorna att graviditetsdiabetes var ett ämne som vårdpersonalen inte var angelägna att diskutera. Nivån och kvaliteten på den information som gavs var ofta motstridig, förvirrande eller otillräcklig. Områden för tvistefrågor var lämpliga livsmedel och kostförändringar som bör göras. Att få begränsad information ledde till att kvinnorna själv sökte information om effekterna och hanteringen av graviditetsdiabetes från till exempel internet. Vissa kvinnor upplevde att de inte hittade specifik information på internet eller upplevde informationen förvirrande. Socialt stöd från familj och vårdpersonal var en viktig aspekt för kvinnorna under deras erfarenhet av

gravitetsdiabetes. Kvinnorna som inte var i sitt hemland och utan familj upplevde sig isolerade och ensamma. Besvikelse och isolering uttrycktes av vissa kvinnor när de upplevde brist på stöd från hälso- och sjukvården. I vissa fall stigmatiserades kvinnorna av sina familjer och fick i några fall oönskade synpunkter på att de inte gjorde tillräckligt för att skydda sitt ofödda barn. De psykosociala konsekvenserna var vidsträckta och resulterade ofta i betydande social isolering med kvinnor som enbart delade sin diagnos med partnern. (Craig et al., 2020)

I Helmersen et al. (2021) studie framkom att gravida kvinnors behov av information om konsekvenserna och hanteringen av gravitetsdiabetes var högst omedelbart efter de fått diagnosen, eftersom de hade ingen eller lite kunskap om detta. Kvinnorna uppfattade att de fick mer individuellt anpassad information om kost och egenmätning av blodsocker i specialsjukvården jämfört med primärvården. Kvinnorna beskrev ofta barnmorskor i primärvården och sjukskötare i specialsjukvården som viktiga källor för kostråd relaterat till gravitetsdiabetes. De upplevde också bra struktur av kostråd mellan hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården och specialsjukvården, ändå använde flera andra källor för näringsrelaterad information, så som internet, familj och vänner. Anledningen till detta var att flera kvinnor hade frågor som inte besvarades under konsultationerna. Kvinnorna kände att deras allmänläkare hade lite kunskap om gravitetsdiabetes och vad man skulle äta och att de inte fick de svar de behövde. Det fanns inga svårigheter med att förstå kostråden, men de upplevde ändå att de inte fått tillräckligt med information. Kvinnorna uppgav ofta att vårdpersonal borde ha mera tid under konsultationerna för att ge dem mer individanpassade råd. En del kvinnor var nöjda med kostråd från sin barnmorska i primärvården andra kvinnor uppskattade att få mera individanpassade kostråd i specialsjukvården. Många kvinnor fick skriftligt material från barnmorskor i primärvården, det upplevdes som att inte tillräckligt med tid fanns för att förklara det direkt. Skriftliga informationen uppfattades inte som tillräckligt individanpassad enligt en del kvinnor. Kvinnorna var nöjda med hur de utbildades att själva övervaka sitt blodsocker och rapporterade inga svårigheter med utbildningen de fick. I både primärvården och specialsjukvården fick kvinnorna skriftlig och muntlig information om hur ofta och när de skulle mäta blodsockret. Kvinnorna uppgav att specialsjukvårdens personal var mera professionella och att informationen därifrån var mer individanpassad och detaljerad. Kvinnorna skulle ha önskat mer specifik information om hur blodsockret kan påverkas av olika livsmedel. En del kvinnor kände att samarbetet mellan läkare och barnmorskor inom primärvården inte var bra, vilket ledde till att en del kunde få informationen två gånger medan andra inte fick någon information alls. (Helmersen et al., 2021)

I Dayyani et al. (2019) studie framkom att den sjukhusbaserade informationen utvärderades positivt men i vissa fall var informationen missförstådd. Kvinnorna var i allmänhet nöjda med den sjukhusbaserade informationen. Kvinnorna informerades om diagnosen via e-post och de flesta kvinnorna upplevde dagarna från de fick diagnosen till att gå på patientutbildningskursen på sjukhuset som en period med rädsla och osäkerhet om vilka beteende förändringar de bör förbereda sig för och engagera sig i. Vid hinder för fysisk aktivitet beskrev kvinnorna att de inte fick några specifika instruktioner om andra typer av fysisk aktivitet som kunde passa dem. Alla kvinnor beskrev hur deras man eller familj stödde och/eller indirekt komplicerade hälsobeteendeförändringarna. Kvinnornas mammor var ofta ett emotionellt stöd. Några av makarna medgav att de ville stödja sin hustrus nya hälsobeteende, men att de inte själva var villiga att göra beteende förändringar. En av kvinnornas man sökte från första dagen efter diabetesvänliga recept och inspiration att ändra deras vanliga måltider. I allmänhet bedömde kvinnorna informationen om graviditetsdiabetes och instruktionerna från sjukhuset som bra och viktiga och de beskrev hur det kompensterade bristen på informationen de kände direkt efter att ha fått diagnosen. Trots uppskattningen av informationen och vägledning från sjukhuset, missförstod kvinnorna i vissa fall informationen, dåliga språkkunskaper kunde leda till missförstånd. Gruppsessionerna utvärderas positivt eftersom kvinnorna fick inspiration från andra deltagare och uppskattade insikten att de inte var ensamma med graviditetsdiabetes. Trots den övergripande tillfredsställelsen visade intervjuerna att några av kvinnorna upplevde att den gruppbaseade undervisningen inte var individanpassad. Det fanns en tydlig mångfald i kvinnornas behov av kunskap och de resurser de hade för att söka efter ytterligare information, vissa sökte efter ytterligare information medan andra inte gjorde det. Kvinnornas sociala nätverk var betydande för att göra beteendeförändringarna. De flesta kvinnor i denna studie var mycket ensamma med ansvaret att genomföra livsstilsrekommendationerna. Alla kvinnor saknade socialt stöd för ökad fysisk aktivitet. (Dayyani et al., 2019)

3.4.3 Vården och behandlingen

I Parsons et al. (2018) studie framkommer att kvinnornas erfarenheter av vården vid graviditetsdiabetes och deras interaktion med vårdgivaren ofta var en komplex kombination av att känna sig väl omhändertagen men samtidigt övergranskade. Många kvinnor fann detta som betryggande, men det upplevdes även som negativt. Sjukvårdspersonalens intensiva oro för barnets välfärd ledde till att kvinnorna kände en ökad press på sig, vilket i sin tur ledde till att många kände sig ängsliga och rädda. Kvinnorna i studien beskrev också att de kunde

känna att de blev utskällda av vårdpersonalen ifall de inte gjorde som de hade blivit tillsagda. Att följa de krav som hälso- och sjukvårdspersonalen satte upp för kvinnorna gällande kost- och behandlingsprogram upplevdes stressigt för många. Medan några kvinnor inte alls upplevde det stressigt. Flera av kvinnorna kände ångest av att behöva mäta blodsockret. De som deltog i studien upplevde ofta att hälso- och sjukvården inte förstod dem, vilket ledde till känslor av utanförskap, förlust av förtroende och opålitliga handlingar. (Parsons et al., 2018)

I Ge et al. (2017) studie kom det fram att kvinnorna i China uppfattade att vården från vårdpersonal var otillräcklig och ovårdad. De gravida kvinnorna med graviditetsdiabetes önskade få omsorgsfull omvårdnad. Kvinnorna kände sig nedstämda på grund av att de begränsades från att njuta av mat och smärtan orsakad av nålstick vid självkontroll av blodsocker. (Ge et al., 2017)

I Craig et al. (2020) studie rapporterade kvinnorna ofta att de inte hade något val i behandlingen, vilket resulterade i att de kände sig hotade och frustrerade. Kvinnorna rapporterade också utmaningar i att anta nya vanor i samband med graviditetsdiabetes. Förståelse för livsmedel och näringsvärden i livsmedel upplevdes även utmanande och detta krävde ofta att testa sig fram och misslyckas för att lära sig. Kvinnorna kände frustration om att fokus låg på risker för barnet och mindre på dem. Kosthanteringsrelaterad stress rapporterades ofta bland kvinnorna och upplevdes av både de som använde insulin och de som inte använde. Stress och frustration uppkom ofta som en följd av ett oväntat onormalt glukosvärde trots strikt efterlevnad av kostråd. Att upprätthålla ett stabilt glukosvärde var en pågående kamp för kvinnorna. Insulinanvändare beskrev processen som en berg och dalbana samt det emotionella och fysiska obehaget av att injicera. Icke insulinanvändarna blev ofta besatta av en välkontrollerad diet och vissa kvinnor såg detta som ett sätt att undvika insulin. Omvänt kände vissa kvinnor en lättnad när de övergick till insulin eftersom det minskade behovet av kostbegränsningar. Majoriteten av kvinnorna ansåg att livsstilsförändringarna var stränga och restriktiva och för vissa krävdes omfattande omstrukturering av deras kost och dagliga rutiner för att införa motion. Att inte följa livsstilsförändringarna resulterade ofta i skuld känslor hos kvinnorna. Andra graviditetsbesvär och behovet att ta hand om andra barn störde förmågan att göra nödvändiga ändringar. Kulturrelaterad kost gjorde det svårare att följa kostrekommendationerna. Övervakning och behandling av graviditetsdiabetes satte bördan på kvinnornas dagliga rutiner och de flesta kvinnor var överens om att ta glukosmätningar var tidskrävande och störande. Det fanns ett konstant behov av att klokt planera måltider och samordna närvaron vid extra sjukhusmöten, allt detta betraktades

tidskrävande. Kvinnorna nämnde den ekonomiska bördan av att köpa hälsosammare mat. Fysisk börda av graviditetsdiabetes var trötthet och biverkningar av behandlingen. Huvudmotivationen för att göra nödvändiga livsstilsförändringar trots de svårigheter som förknippades med dem, var att minimera risker för fostret. Kvinnorna prioriterade barnets hälsa framför sin egen och var villiga att göra allt för att se till att deras barns hälsa inte äventyras. Med tiden blev skötseln av graviditetsdiabetes en del av deras normala rutin för många kvinnor. (Craig et al., 2020)

I Helmersen et al. (2021) studie var kvinnorna generellt nöjda med den vård de hade fått i hanteringen av sin graviditetsdiabetes. Kvinnorna rapporterade ofta att självkontroll av deras blodsocker påverkade deras dagliga liv, eftersom de var tvungna att planera när och var de skulle mäta och var tvungna att äta enligt de uppmätta värdena. De flesta kvinnor blev förvånade över att de behövde börja mäta blodsockret, medan vissa uppfattade de som en logisk följd av deras diagnos. En del kvinnor tyckte inte om tanken att behöva börja mäta blodsockret och ansåg att det var en börda. Men många av kvinnorna upplevde att blodsockermätningen gick smidigt efter en tid och de var motiverade att övervaka blodsockret till förmån för deras barn. (Helmersen et al., 2021)

I Dayyani et al. (2019) studie framkom att kvinnorna kämpade med att genomföra de rekommenderade beteendeförändringarna. Barnet var den mest motiverande faktorn att göra beteendeförändringar. Alla kvinnors vardag påverkades av graviditetsdiabetes och behovet av livsstilsförändringar. Att behöva anpassa sig till den nya livsstilen var en extra ansträngning för kvinnorna. Diagnosen störde kvinnornas tidigare vardagliga rutiner gällande matinköp, matlagning samt ätande och praktisk planering gällande kosten krävdes. Kvinnorna kunde uppleva det tidskrävande när de behövde göra två uppsättningar måltider, om deras familj ville ha deras vanliga mat. Rekommendationen om täta små måltider vid vissa tidpunkter var utmanande för många kvinnor. De kände sig hungriga på grund av små måltider vilket ledde till att de behövde mat vid olämpliga tider. Kvinnorna upplevde det svårt att förneka frestande mat eller omöjligt att få diabetesvänlig mat på sammankomster. Glukosmätningarna hade en viktig inverkan på att minska ångesten eftersom det fungerade som ett bevis på ett bra eller dåligt hälsotillstånd. Att mäta blodsockret gjorde att kvinnorna kände sig säkrare på hur kosten påverkar blodsockret. Alla kvinnor var medvetna om vikten av fysisk aktivitet under graviditetsdiabetes, men endast två kvinnor följde den nivå på fysisk aktivitet som förslagits. Kvinnorna beskrev sjukvårdspersonalen som trevliga och hjälpsamma och att de kunde använda deras instruktioner för att göra ändringar. (Dayyani et al., 2019)

4 Teoretisk utgångspunkt

I denna studie har Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans använts som teoretisk utgångspunkt. De grundläggande begreppen i Orems teori om egenvårdsbalans är; egenvård, egenvårdskapacitet, egenvårdskrav samt egenvårdsbrist och dessa är bundna till patienten och hans eller hennes närstående. Omvårdnadskapacitet och omvårdnadssystem hör till sjuksköterskan som professionell vårdare. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s.168)

Egenvård är något som människan gör för sig själv. Det är en målinriktad och medveten handling. Orem beskriver egenvård som ”aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. Med egenvårdskapacitet menar Orem att människan har kapacitet att skaffa sig kunskaper och förmågor som krävs för att uppnå och bevara motivationen för att på bästa sätt kunna vårda sig själv och sina närmaste. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 168 - 169)

Egenvårdskrav beskrivs av Orem som de krav på handling som olika egenvårdsbehov utvecklar. Egenvårdsbehoven relaterar till människans hälsoprocesser och är olika till sin karaktär. Egenvårdsbehov är behov som vuxna, friska människor klarar av att tillgodose på sitt eget sätt, det finns alltså variation mellan hur olika personer tillgodoser dessa behov, men inget rätt eller fel. Människan kan uppleva hälsa när hon har förmågan att tillgodose egenvårdsbehoven. Vid hälsoavvikelse, så som sjukdom kan egenvårdsbehoven se annorlunda ut. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 170 – 172)

Egenvårdsbrist uppstår när egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose kraven på egenomsorg som situationen kräver. Egenvårdsbrist bildas av glappet mellan kraven och förmågan att uppfylla dem. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 173)

Omvårdnadskapacitet utgör grunden för sjuksköterskans professionella omvårdnad. Det handlar om kunskaper och förmågor som en person anskaffat sig genom både teoretiska studier och praktiska erfarenheter. Varierande omvårdnadssystem byggs upp av handlingar som utförs av patient, närstående och sjuksköterska. Systemet består av medvetna handlingar som leder en närmare målet som är att behålla eller återställa egenvårdsbalans. Det finns tre varianter av omvårdnadssystem, vilka är fullständigt kompenserande system, delvis kompenserande system och stödjande/undervisande system. I det första systemet fungerar inte patientens egenvårdande förmåga för stunden och den byggs upp genom sjuksköterskans åtgärder. I det andra systemet tillgodoses behoven som patienten inte klarar av själv med hjälp av att sjuksköterskan och patienten samt de närstående samarbetar. I det

stödjande/undervisande systemet behöver patienten stöd från sjukskötaren för att utveckla deras förmåga, men fysiskt klarar de av att utföra egenvårdande aktiviteter. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 173 - 174)

5 Metod

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes. Kvalitativ metod har valts för studien och den ämnar studera människors levda erfarenheter av en viss händelse. Därför anses detta som en lämplig metod med tanke på studiens syfte. När erfarenheter studeras finns det inget som är fel men det finns heller ingen absolut sanning. (Henricson & Billhult, 2012, s. 130) Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod och materialet från intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

5.1 Urval av informanter

Vid en kvalitativ studie väljs inte deltagarna ut slumpmässigt, utan i stället tillfrågas personer som har erfarenhet av det ämne som kommer studeras. I den kvalitativa studien deltar vanligen ett mindre antal informanter och det anses viktigast att hitta personer med olika erfarenheter och upplevelser för att få en så värdefull beskrivning av ämnet som möjligt. (Henricson & Billhult, 2012, s. 134)

Informanter till studien hittades via sociala media, ett inlägg publicerades på Facebook. I inlägget framkom vad studien handlar om och att kvinnor som antingen har eller har haft graviditetsdiabetes, och kunde tänka sig ställa upp på en intervju skulle ta kontakt för mera information. Alla informanter som tog kontakt medverkade i studien, eftersom de ansågs lämpliga för studien, en av kvinnorna hade graviditetsdiabetes och de andra kvinnorna hade haft graviditetsdiabetes. Sammanlagt intervjuades fyra kvinnor.

5.2 Datainsamling

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka

erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes. Därför anses kvalitativa forskningsintervjuer som lämplig datainsamlingsmetod. Vid en intervju får informanterna berätta med egna ord om sina upplevelser och erfarenheter av ett specifikt ämne, detta ger intervjuaren möjlighet att förstå informanternas upplevelser och erfarenheter. Det finns olika former av intervjuer, men jag har valt att använda en semistrukturerad intervju. Öppna frågor används som stöd under intervjun och eventuella följdfrågor kan ställas. Vid semistrukturerade intervjuer behöver inte alla öppna frågor tas i samma ordning, utan intervjuaren kan anpassa sig till vad informanterna berättar. Före intervjuerna utförs ska en eller flera provintervjuer göras, detta för att se om frågorna svarar på studiens syfte och frågeställningar, för att se hur länge det tar att utföra intervjun och för att intervjuaren ska få testa den tekniska utrustningen. (Danielson, 2012, s. 165 - 169)

Intervjufrågorna gjordes utifrån studiens syfte och frågeställningar. Jag började med bakgrundsfrågor för att få en bild av deras situation och för att börja intervjun lätt före jag gick in på själva intervjufrågorna. Före intervjuerna utfördes gjordes en provintervju för att se om frågorna svarar på studiens syfte och frågeställningar, för att se hur länge intervjun tar och för att testa den tekniska utrustningen. Provintervjun resulterade i några små ändringar som att formulera några frågor ännu tydligare. Intervjuerna utfördes via Teams och informanterna fick själva välja en lämplig tidpunkt. Med informanternas samtycke spelades intervjuerna in. Längden på intervjuerna varierade mellan 14 och 44 minuter. Efteråt transkriberades intervjuerna för att underlätta analysen av dem.

5.3 Etiska överväganden

När ett examensarbete genomförs görs etiska överväganden både inför och under studiens gång. I ett examensarbete som handlar om människor ska man undvika att deltagarna utnyttjas, såras eller skadas. Med hjälp av etiska principer kan välbefinnande, säkerhet samt rättigheter med större sannolikhet garanteras hos deltagarna. Deltagarna ska få tillräckligt med information om vad studien går ut på och att det är frivilligt att delta samt att de har rätt att när som helst avbryta. Informationen borde vara både muntlig och skriftlig. När en intervjustudie görs är det viktigt att de insamlade uppgifterna behandlas konfidentiellt. Vilket betyder att de insamlade uppgifterna förvaras på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av materialet, men även att det redovisas så att det inte går att känna igen en enskild person. (Kjellström, 2012, s. 70 – 72, 83 - 87) I alla skeden av examensarbetet har jag strävat efter att vara noggrann och sanningsenlig. Jag har även strävat efter att inte misstolka intervjuerna eller förvränga sanningen.

Informanterna fick på förhand ta del av ett skriftligt informationsbrev (se bilaga 2) där framkom både information om mig och studiens syfte. I informationsbrevet framkom även att det är frivilligt att delta i studien och att de har rätt att när som helst avbryta. De fick också veta att informationen behandlas konfidentiellt. I informationsbrevet stod det att jag kommer plocka med citat till mitt arbete, citat där det inte framkommer personliga detaljer. Så informanterna är anonyma. De fick vetskap om att intervjuerna kommer spelas in med deras samtycke och att intervjuerna raderas efter att jag transkriberat dem. I informationsbrevet framkom också hur lång tid de skulle räkna att intervjun tar och att de skulle ta kontakt vid eventuella frågor. Jag informerade dem om var de kan läsa examensarbetet när det är klart. När jag skickade ut informationsbrevet skickade jag även ut intervjufrågorna (se bilaga 3) så att informanterna kunde förbereda sig om de ville. I samband med intervjun fick informanterna även denna information muntligt.

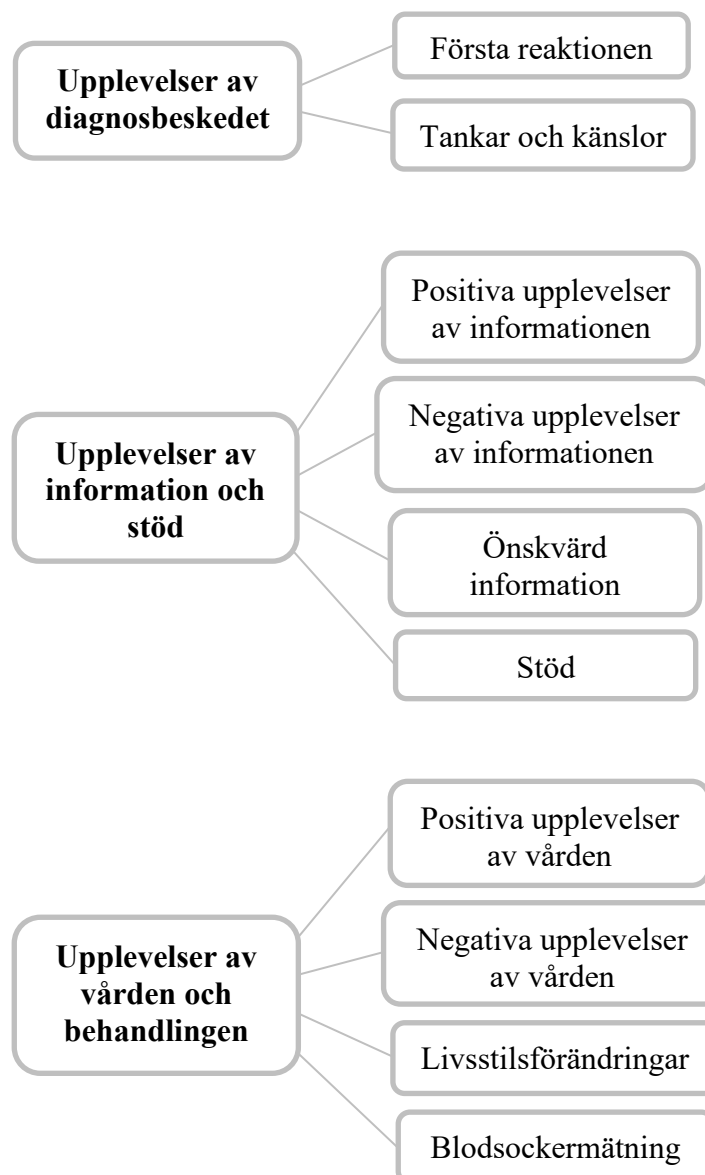
5.4 Dataanalysmetod

Kvalitativ innehållsanalys används som dataanalysmetod eftersom den anses som en lämplig metod när mindre datamängd ska analyseras, i detta fall ett antal intervjuer. När denna metod används fås en mer djupgående beskrivning eller tolkning av innehållet från intervjuerna. När intervjutexter analyseras kan en tabell användas som stöd. I allmänhet transkriberas intervjuerna i sin helhet och därefter läses texterna igenom. Sedan plockas meningenheter ut, alltså text från materialet som svarar på studiens frågeställningar. Dessa meningenheter kodas och formas därefter till olika teman eller kategorier. (Danielson, 2012, s. 335 – 336; Henricson & Billhult, 2012, s. 135)

Analysen började med att transkribera intervjuerna, under processen lyssnade jag igenom inspelningarna flera gånger och spolade även tillbaka för att höra exakt vad som sades. Transkriberingen resulterade i 25 A4 sidor med text. Materialet printades ut i pappersform och därefter lästes allt material igenom för att få en helhetsbild av materialet som ska tolkas. I analysen utgick jag utifrån studiens frågeställningar och plockade ut material som svarade på dem. Detta gjordes genom att färglägga meningar och stycken som hörde ihop med olika frågeställningar med olika färger, på det viset fick man en struktur och kategorisering av materialet. Därefter gjordes en resultattabell (se bilaga 1) så att resultatet blev mera överskådligt. I tabellerna är huvudkategorierna formade utifrån studiens frågeställningar, sedan formades underkategorier och koder.

6 Resultat

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes. Fyra kvinnor intervjuades, en av dem hade graviditetsdiabetes och de tre andra hade haft graviditetsdiabetes. Kvinnorna var mellan 24 och 39 år när de fick diagnosen. Tre av kvinnorna fick diagnosen i sin första graviditet och en av kvinnorna fick diagnosen i sin andra graviditet. Diagnoserna fick de i graviditetsveckorna 13, 25 och 26. Resultatet beskrivs med hjälp av huvudkategorier och underkategorier. Huvudkategorierna är formade utifrån studiens tre frågeställningar och sedan har underkategorier till dem bildats. Här nedan ses en överblick av huvudkategorierna och underkategorierna.



6.1 Upplevelser av diagnosbeskedet

Under denna rubrik presenteras två underrubriker; *Första reaktionen och Tankar och känslor*. Vilka beskriver mammornas upplevelser av diagnosbeskedet. Både likheter och olikheter kunde hittas i intervjuerna.

6.1.1 Första reaktionen

Mammornas första reaktion på diagnosen var olika för alla kvinnor som intervjuades. En av mammorna blev förvånad då hon fick diagnosbeskedet och en annan av mammorna hade svårt att acceptera diagnosen till en början.

”Nå först va jag ganska så där förvånad för jag visste nu inte riktigt heller som vad graviditetsdiabetes är eller vad det innebär.”

”Men första tanken va nog så där att nää men de här är inte diabetes att de ju så bra värden men.”

En av mammorna kände att det var typiskt att värdet från sockerbelastningen var så lite över gränsen. En av de andra mammorna upplevde inte att diagnosen kom som en överraskning, utan var lite förberedd att hon eventuellt skulle få diagnosen.

”Nå först minns jag att jag tänkte att bara oj suck de va ju som så lite över gränsen då de va 10,3 och de ska va under 10. Så de kändes som bara åh, va som typiskt att de va så lite.”

”... jag va ju inte nå förvånad egentligen, att jag nästan hade nu som räkna med de genom att jag alltid har kämpat med vikten och som sagt jag hör ju till den äldre skaran eller vad man ska säga så.”

6.1.2 Tankar och känslor

Diagnosbeskedet förde med sig tankar och känslor hos alla mammor. Två av mammorna kände oro och rädsla för vad som skulle hända i framtiden. En av mammorna kände oro och rädsla för vad som skulle hända med graviditeten, förlossningen och babyen. Andra mamman beskrev mera oro för sin egen hälsa.

”... klart att man blev lite rädd och började som tänka på vad som skulle hända i framtiden då med graviditeten och förlossningen och bebisen och allt det där då. Jaa och oro för baby'n förstås också.”

”Så kanske mest den där oron för vad som kommer efteråt, den finns och den finns ju nog ännu att... fast jag som har frågat mycket då jag har varit på kontroller både på mödrarådgivningen och mödrapolikliniken så och dom säger att nää men att jag ska som inte behöva känna på de viset att de ska som gå över då bebisen kommer då. Nog tänker jag på de nog.”

En av mammorna kände skuld känslor och funderade på om hon gjort något fel, ätit något fel eller på något sätt skadat fostret.

”Nå först kanske man tänkte så där att har jag gjort nå som fel eller har jag typ skada fostret på något sätt nu eller har jag ätit någonting fel så de har hänt så här eller. Kanske så där skuld känslor.”

Att bli behandlad som en diabetespatient kändes jobbigt för en av mammorna eftersom hon inte kände sig som en typisk diabetespatient. Men innerst inne visste hon att det fanns en risk att hon skulle få diagnosen eftersom det är så starkt genetiskt diabetes typ 2 som finns i släkten. En annan mamma tyckte diagnosen kändes onödig på grund av snäva gränser medan en tredje tänkte att det blev en omställning att få diagnosen och mera jobb en hon räknat med, vilket kom som största chocken för henne i samband med diagnosen.

”Att man blir ju som behandlad som jaa en diabetespatient då. Så jag tror att jag tyckte de va som nå lite jobbigt nog, för jag kände ju mig som inte som en typisk sån, jag va ju som normalviktig och inte nå högt BMI.”

”... jag visste ju nog lite innerst inne att de finns en risk att jag skulle kunna få det.”

”Alltså jag tyckte ju faktiskt att de va nå lite onödigt eller vad man ska säga, för de va så snäva gränser.”

”Men man tänkte ju nog blev de en omställning så.”

6.2 Upplevelser av information och stöd

Under denna rubrik presenteras fyra underrubriker; *Positiva upplevelser av informationen*, *Negativa upplevelser av informationen*, *Önskvärd information och Stöd*. Dessa beskriver hur mammorna upplevt den information och de stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes.

6.2.1 Positiva upplevelser av informationen

Två av mammorna var över lag nöjda med den information de fick. Informationen upplevdes som jättebra, noggrann och den förklarades bra så att det var lätt att förstå informationen. En annan mamma beskrev att hon fick bra förklaring om blodsockermätning.

”Men jag tyckte att det va jättebra info överlag alltså dom informerade nog jättenoggrant så man förstod nog.”

”... jättebra på att berätta faktiskt på mödrarådgivningen liksom att och just på mödrapolikliniken har dom varit bra på att berätta...”

”Över lag är jag nog nöjd”

”... de förklarade hon nog som bra åt mig hur jag skulle göra och hur jag använder den där maskinen och hur jag fyller sedan i.”

En av mammorna upplevde informationen som individanpassad, vilket uppskattades. Hon upplevde att dom var bra att berätta just utgående från hennes fall. De gav idéer på när och vad hon kunde äta för att få ner blodsockret. Hon upplevde även det var bra att de informerades om vad de planerar till nästa besök och att de också kunde fundera tillsammans.

”... morgon faste värdet, alltså de där som jag tog på morgonen då jag vaknade, så de va de som va för högt. Då berättade dom mycket vad jag kunde göra för att få ner just de...”

”... vad som dom planerar till följande gång att dom berättar och att vi kan fundera tillsammans också.”

En annan mamma upplevde att informationen endast var bra i början, i samband med diagnosbeskedet.

”Då när jag fick diagnosen tycker jag rådgivningstanten nog förklarade bra, då handlade de dock mest om dom där hemmamätningarna, snabbt något om kost och så vidare...”

6.2.2 Negativa upplevelser av informationen

Två av mammorna hade negativa upplevelser av informationen. Den ena beskrev att hon egentligen inte fick någon information om graviditetsdiabetes och att hon som jobbade på rådgivningen tog förgivet att hon visste allt eftersom hon själv är vårdutbildad. Därför kände hon sig lite missnöjd med mödrarådgivningen.

”Så genom hela graviditeten var jag som lite missnöjd med som rådgivningstanten vår, bara för att hon som tog förgivet och visste att jag vet allting, och visst jag visste ju allting. Men iallafall i den där situationen vill man ju va, man är ju som en gravid då man är ju som en patient...”

Den andra mamman upplevde att hon i början i samband med diagnosen nog fick bra med information men att det var på något vis kort, men sedan lämnade de och hon fick ingen mera information. Så den information som hon inte fick så googlade hon fram själv.

”... jag kände kanske så där att i början fick jag mycket info, men sedan lämnade som hela saken där.”

”Men sen just då jag hade lämnat tillbaka dom där provsvaren då jag hade pickat där hemma så sedan prata vi egentligen inte om de nå mera. Så de lämna ju.”

6.2.3 Önskvärd information

Tre av mammorna hade önskat sig mera information. Mamman som inte egentligen fick någon information om graviditetsdiabetes för att rådgivningen tog förgivet att hon visste allt hade trots att hon visste allt ändå önskat att hon fått information och blivit behandlad som alla andra gravida. En annan mamma var över lag nöjd med informationen, men hade önskat få mera information om komplikationer. En av mammorna berättar att hon inte fick någon information om hur diagnosen påverkar förlossningen och framtida graviditeter och så vidare och upplever att de på rådgivningen skulle kanske ha kunnat berätta mera om det.

”... ja nog skulle jag ha velat ha infon fast jag nu visste det... Men inte menar jag att hon skulle ha behövt visa mig hur jag ska mäta blodsockret och så där, det skulle ju ha varit kanske överkurs, men kanske lite mera info.”

”... dom skulle ha fått berätta mera liksom om komplikationer och liksom på de viset.”

”Att då man tänker så här i efterhand så kanske de skulle ha varit bra att dom skulle ha berättat ännu lite mera om de, så inte man sedan far hem själv och googlar vad det är och sånt.”

6.2.4 Stöd

Två av mammorna upplevde stödet från vårdpersonalen som jättebra och dom kände sig trygga som gravida med graviditetsdiabetes. Den ena mamman känner sig väl omhändertagen från mödrapolikliniken då de har haft telefontid och frågat upp hur det går.

”Alltså jag tyckte de va jättebra stöd.”

”... man kände nog som sig väldigt trygg som gravid med graviditetsdiabetes...”

”Dom har ringt då från som mödrapoli, har dom brukat ha telefontid att dom har ringt upp och kollat då just med det här insulinet hur de har fungerat och så där.”

Medan två av mammorna inte fick något stöd, men de upplevde också att de inte hade så stort behov av stöd från vårdpersonal. Men en av mammorna tycker ändå att de på rådgivningen skulle kunnat diskutera om graviditetsdiabetes också på de andra besöken på rådgivningen.

”... jag har väl kanske inte behövt nå stöd.”

”... eftersom de lämnade som på dom här rådgivningsbesöken också så där att vi sen inte tala om de nå mera så, så inte vet jag då om jag fick så mycket stöd. Men jag vet inte heller om jag behövde så mycket för jag hade så mycket annat jag funderade på där så de kanske lämnade lite.”

”... tycker kanske hon skulle ha kunnat ta upp de på dom där andra besöken också och lite som fråga och se som mina åsikter och tankar och känslor kring de då.”

En av mammorna berättade att hon inte på det sättet hade någon att dela tankar och erfarenheter om graviditetsdiabetes med eftersom hon inte kände någon som har haft graviditetsdiabetes.

”För jag kände som ingen som har haft graviditetsdiabetes och jag hade som ingen jag kunde på de sättet dela tankar eller erfarenheter med...”

Tre av mammorna nämner att de fått stöd från familjen och en av dem nämner även att hon fått stöd från en kollega. Det stöd de fått av dem har mammorna upplevt som bra.

”Men nog har jag fått de stöd jag behövt nog av dem.”

”Jaa alltså från mina föräldrar då så dom tycker jag nog har varit bra... vi diskuterar och funderar och så där.”

”... sambon min han har faktiskt varit bra på de viset att han har faktiskt varit omtänksam eller hur man ska säga. Han har liksom fast det vill gå till överdrift emellanåt för att nästan allting jag har velat äta så har han ifrågasatt att får du faktiskt.”

”De va väl de jag försökte få nå lite stöd som från sambon då att vi skulle försöka tillsammans kanske inte då äta så mycket onyttigt just då.”

”Jag har en kollega som också ska få barn... vi har stödd varandra eller liksom hur man ska säga.”

6.3 Upplevelser av vården och behandlingen

Under denna rubrik presenteras fyra underrubriker; *Positiva upplevelser av vården*, *Negativa upplevelser av vården*, *Livsstilsförändringar* och *Blodsockermätning*. Dessa beskriver hur mammorna upplevt den vård de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt hur de upplevt behandlingen av graviditetsdiabetes.

6.3.1 Positiva upplevelser av vården

Två av mammorna upplever vården som bra och de är nöjda med den vård de fått och de upplever att det varit noggranna kontroller från första början. En av mammorna beskriver att det var bra uppföljning även efter graviditeten.

”... väldigt noggrann, detaljerad och noggrann... Jaa och de va ju bra uppföljning efteråt också och så där. Så jag tyckte de va bra, bra vård.”

”Så dom sköter nog om oss, tycker nu jag. Att dom kollar att både mamman och bebisen ska må bra.”

”Så jag måste nog säga att jag känner mig nog jätte väl omhändertagen...”

En annan mamma beskriver att hon inte har något att klaga på om vården, förutom hur hon själv blev behandlad från rådgivningen. Men hon upplever att hur det fungerar i praktiken nog fungerar bra och att hon fått vara på extra kontroller till sjukhuset.

”Men som själva hur det fungerar i praktiken och så där så har ju som nog varit bra.”

6.3.2 Negativa upplevelser av vården

Två av mammorna nämner att de efter graviditeten inte fått någon kallelse till en ny sockerbelastning. En av mammorna berättar att de sade åt henne att det skulle vara bra att ta en ny sockerbelastning, men att hon inte fått någon kallelse så de har som lämnat. Den andra mamman tror att det blivit bortglömt och att hon skulle behöva ta kontakt själv och fråga om de glömt bort henne.

”... någonting som har fallera inom vården, att det heter ju att ett år efter förlossningen så ska man ju på en ny sockerbelastning och att jag skulle få kallelse till de då... Men jag har ännu inte fått någon kallelse, så jag tror ju att de bortglömt.”

”Men jag fick sedan aldrig någon tid att fara och ta de.”

6.3.3 Livsstilsförändringar

Två av mammorna berättade att de hade bra kost och motionsvanor redan innan graviditeten, så diagnosen medförde inte direkt några livsstilsförändringar annat än att de försökte att inte äta så mycket sötsaker. Men annars levde de nog som vanligt.

”Ska jag säga som det var så ändra jag egentligen inte som så mycket livsstilen... Klart att jag försökte hålla bort som sötsakerna och så där, men jag va ju gravid över sommaren så nog åt jag glass och som levde som vanligt nog. Jag är nu som annars inte någon som äter så jättemycket sött och gott heller så.”

”Jag drog som nog jumpa kursen ända tills jag, va jag i straxt över vecka 30 eller nå då jag drog jumpa kurser och så där.”

”... jag hade nog som redan före jag fick den där diagnosen så hade jag också som bra kostvanor och rörde på mig och försökte som leva hälsosamt... Men nog hade man som så där i bakhuvudet att man tänkte lite att hur man äter och försökte att inte äta så mycket sötsaker och socker och sånt.”

En av mammorna upplevde att det var mest positivt med livsstilsförändringarna och att det lett till att man blivit mera medveten i valen man gör, även efter graviditeten. Det hon upplevde jobbigt var att hela tiden behöva tänka på vad man äter för att inte blodsockret skulle stiga för högt.

”Så positivt tycker jag som de har varit att man har ju ändå som, man har börjat göra bättre val helt enkelt. Försökt göra mera medvetna val som så där positiva kost val.”

”Att de va väl de som va lite mera jobbigt va väl nog mera de där att tänka hela tiden att om jag äter de här nu så kanske de blir högre tills jag ska mäta.”

För en av mammorna kom livsstilsförändringarna som största chocken och var inte förberedd på att det skulle vara så mycket jobb med det. Att alltid behöva tänka och planera vad som ska handlas, kokas och att ha regelbundna måltider samt att försöka motionera. Detta har hon jobbat hårt med sedan diagnosbeskedet. Hon upplever att allt detta är lättare då hon är mammaledig än då hon jobbade.

”Nu fungerar de ganska bra för sedan jag blev mammaledig då jag bara är hemma på dagarna så man kan koka till vissa tidpunkter och man orkar gå ut på kvällarna. De va som då jag arbetade skift medan jag jobbade så blev de nå lite si och så med måltider och de där motionerandet...”

6.3.4 Blodsockermätning

Två av mammorna upplevde att det gick bra att mäta blodsockret och de upplevde inte att det var jobbigt, omständigt eller något problem att mäta och följa med blodsockret.

”Jaa, de hade jag ju inte nå problem med.”

”... alltså som de där själva att mäta sockret och picka sig så de va inte tyckte jag nu så omständigt och jobbigt inte.”

En av mammorna var till en början nervös över att behöva picka sig själv eftersom hon varken gillar nålar eller blod. Så hon funderade hur hon skulle klara av att picka sig själv. Hon berättade att hon till en början hade sambon att göra det, men att sedan mätte hon nog blodsockret själv också och upplevde att det gick bra. Hon upplevde att det inte var några problem med att komma ihåg att mäta.

”Jag tycker ju inte om blod och jag tycker inte om nålar så jag va ganska nervös över de, att kommer jag som klara av de där att picka mig själv.”

”Gick ju som ganska bra här hemma att komma ihåg...”

En annan mamma upplevde att det var besvärligt, tog mycket energi och var jobbigt att mäta och följa med blodsockret. Det var hon inte beredd på. Hon har ställt in alarm på telefonen för att komma ihåg att mäta blodsockret. Hon upplever att man ställer om sig för att kolla blodsockret och att det kräver mycket planeras under dagen. Hon upplevde att det var besvärligare att kolla blodsockret på jobbet.

”... för då jag fick då... diagnosen så då behövde jag alla dagar då mäta fyra gånger per dag och de va ju som på vissa klockslag så de va nog besvärligt.”

”... att kom ihåg de, men nu är de så bra jag har alarm på telefon nu så att jag kollar de.”

”Men nog va de mycket kanske på jobbet att bära med sig den där sockermätaren hela tiden... och att alltid parera de då man va på jobbet, så de va nog besvärligt.”

7 Spegling mot bakgrund och vårdteori

I detta kapitel kommer studiens resultat speglas mot bakgrunden och vårdteorin. Den teoretiska utgångspunkten som använts är Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans. Vid spegling av resultatet mot bakgrunden har tolkningen gjorts utifrån resultatets huvudrubriker. Jag har även valt att strukturera upp detta kapitel utifrån resultatets tre huvudrubriker samt den teoretiska utgångspunkten, egenvårdsbalans.

Upplevelser av diagnosbeskedet

I resultatet framkommer att mammornas första reaktion på diagnosen inte var lika, utan de reagerade på lite olika sätt. Första reaktion eller tanke då de fick diagnosen var hos en mamma förnekelse, en annan mamma blev förvånad, en mamma var förberedd på att hon skulle få diagnosen och en mamma tyckte det kändes typiskt att värdet från glukosbelastningen var så lite över gränsen. Detta med förnekelse i samband med diagnosbeskedet nämner även Parsons et al. (2018) och Ge et al. (2017) i deras studier. Att mammorna kunde bli förvånade av diagnosbeskedet nämner Ge et al. (2017) och Craig et al. (2020). Andra tankar och känslor som diagnosbeskedet förde med sig hos två av mammorna var oro och rädsla för babyns hälsa och deras egen hälsa. I Parsons et al. (2018), Ge et al.

(2017), Craig et al. (2020) och Dayyani et al. (2019) studier beskrivs att rädsla och oro förekom hos kvinnorna. En av mammorna beskriver skuldkänslor och att hon funderade på om hon gjort något fel eller ätit något fel eller på något sätt skadat fostret. Ge et al. (2017) nämner att mammorna kunde reflektera över saker som gjort att de fått diagnosen och Craig et al. (2020) nämner detta med skuld.

Det som inte framkom i den tidigare forskning som använts men som framkom i min studie när det gällde tankar och känslor i samband med diagnosbeskedet var att en mamma tänkte att det kändes jobbigt att bli behandlad som en diabetespatient, en mamma tänkte att diagnosen var onödig på grund av snäva gränser och en tredje mamma tänkte att det blev en omställning.

Upplevelser av information och stöd

I resultatet framkommer att det finns både likheter och olikheter i mammornas upplevelser av informationen, detta kommer även fram i Craig et al. (2020) studie. Två av mammorna var över lag nöjda med den information de fått och en av mammorna var nöjd med den information hon fick vid diagnosbeskedet. Dayyani et al. (2019) nämner även att kvinnorna i allmänhet var nöjda med informationen. Två av mammorna nämnde att informationen de fick var noggrann och en av mammorna upplevde även att informationen var individanpassad, detta nämner även Helmersen et al. (2021). En av mammorna berättade att eftersom informationen som hon fick var begränsad ledde till att hon sedan googlade fram svar på det hon inte fick svar på vid rådgivningen. Craig et al. (2020) och Helmersen et al. (2021) nämner även detta, om frågor som fanns inte besvarades och begränsad information gjorde att kvinnorna sökte fram information på egenhand. En av mammorna beskrev att hon fick bra information och idéer från vården om när och vad hon kunde äta för att få ner blodsockret. I Helmersen et al. (2021) studie kommer det också fram att vårdpersonalen var viktiga källor när det gällde kostråd. En av mammorna upplevde att hon fick bra förklaring om blodsockermätning, i Helmersen et al. (2021) studie framkommer också att kvinnorna var nöjda med utbildningen av egenmätning av blodsocker. De flesta mammor hade önskat sig mera information om bland annat komplikationer, hur diagnosen påverkar förlossningen och framtida graviditeter samt allmänt bara information om graviditetsdiabetes eftersom en av mammorna egentligen inte fick någon information. Craig et al. (2020) och Helmersen et al. (2021) nämner också att kvinnorna kunde uppleva informationen som otillräcklig. Behovet av stöd var olika för mammorna men de flesta upplevde att de fick det stöd de

behövde antingen från vårdpersonalen, familjen eller både och. Craig et al. (2020) nämner att socialt stöd från familj och vårdpersonal var viktigt för kvinnorna.

Det som framkom i mitt resultat gällande information och stöd men som inte kom fram i de tidigare forskningarna som använts. Det var att en av mammorna upplevde det positivt att vårdpersonalen informerade om följande besök och att de kunde fundera tillsammans. En annan mamma berättade att hon inte egentligen fick någon information om graviditetsdiabetes eftersom rådgivningen tog för givet att hon redan vet allt. Vad det gäller stöd så framkom inte så mycket om stöd från vårdpersonal i de tidigare forskningarna. I min studie framkom att några mammor upplevde att de kände sig trygga som gravid med graviditetsdiabetes eftersom de fick bra stöd från vårdpersonal. En mamma nämner att vården hade telefontid för att höra hur det fungerade med användningen av insulin. Medan en av mammorna upplevde att stödet från rådgivningen kunde varit bättre och att de kunde frågat om hennes tankar, känslor och åsikter.

Upplevelser av vården och behandlingen

De flesta mammor var över lag nöjda med den vård de fått vid graviditetsdiabetes. Helmersen et al. (2021) nämner även att mammorna generellt var nöjda med den vård de fått. En av mammorna nämnde att det var jobbigt att hela tiden fundera på vad man äter så inte blodsockret skulle stiga för högt och en annan mamma upplevde att det var mycket jobb att hela tiden tänka och planera vad som ska handlas och kokas samt att försöka hålla regelbundna mattider. Craig et al. (2020) och Dayyani et al. (2019) nämner detta att det konstant behövdes praktisk planering gällande måltider. En av mammorna har jobbat hårt med livsstilsförändringarna sedan hon fick diagnosen. Dayyani et al. (2019) och Craig et al. (2020) nämner också detta, att kvinnorna kämpade och hade utmaningar med de rekommenderade beteendeförändringarna. En mamma var till en början nervös och funderade hur hon skulle klara av att mäta blodsockret, men upplevde att det gick bra sedan. Helmersen et al. (2021) tar också upp att en del kvinnor kände på det här viset. En av mammorna berättade att det var jobbigt, besvärligt och energikrävande att mäta och följa med blodsockret samt att man ställer om sig för att kontrollera blodsockret. Liknande upplevelser framkommer också i Craig et al. (2020) och Helmersen et al. (2021) studier.

Här nedan nämner jag saker som framkom i mitt resultat, men som inte kom fram i tidigare forskning som använts. I resultatet framkom att två av mammorna inte hade egentligen några upplevelser av livsstilsförändringar eftersom diagnosen inte medförde några livsstilsförändringar för dem, utan de levde i stort sett som tidigare. En mamma beskrev att

diagnosen ledde till mera medvetna val gällande kost och upplevde livsstilsförändringarna som mest positiva. Två av mammorna upplevde inte att det var jobbigt att mäta och följa med blodsockret, utan tyckte att det gick bra. En mamma nämnde att hon inte hade några problem med att komma ihåg att mäta blodsockret och en annan mamma berättade att hon hade alarm på telefonen för att komma ihåg att mäta blodsockret. En mamma nämnde att det var svårare och jobbigare att mäta blodsockret då hon var på jobbet. Två av mammorna berättade att något som fallerat inom vården är att de inte fått någon kallelse till en ny sockerbelastning, fast det heter att man ska göra ett nytt sockerbelastningstest ett år efter förlossningen.

Egenvårdsbalans

Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans har valts för denna studie. Teorin om egenvårdsbalans beskrivs med hjälp av flera grundläggande begrepp. Egenvård är ett av begreppen och Orem beskriver det som ”aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande” och därför ansågs denna teori som lämplig eftersom graviditetsdiabetes handlar mycket om egenvård. Ett annat begrepp är egenvårdskrav och detta kan förklaras med att det är olika handlingar som egenvårdsbehoven utvecklar. Vid graviditetsdiabetes behöver man kanske göra livsstilsförändringar. I resultatet framkom att man behövde planera och tänka på vad man åt för att inte blodsockret skulle stiga för högt. Ett tredje begrepp är omvårdnadssystem och kan delas in i tre varianter, den som passar in i denna studie är det stödjande/undervisande systemet. Där klarar patienten fysiskt av att utföra egenvårdande aktiviteter, men får stöd från vårdpersonalen för att utveckla förmågan att klara av detta. Mammorna fick information, råd och stöd från vårdpersonalen, men att ändra på kost och motionsvanor behövde de själva göra. De behövde även själv följa med blodsockret. (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012)

8 Diskussion

Under denna rubrik diskuteras studiens trovärdighet, styrkor och svagheter. Även forskningsprocessen diskuteras, hur jag konkret gått till väga med arbetet. Resultatet sammanfattas och granskas för att se att det svarar på studiens syfte och frågeställningar.

8.1 Metoddiskussion

I alla skeden av examensarbetsprocessen har jag strävat efter att vara noggrann och sanningsenlig. Jag bestämde mig för att studiens syfte och frågeställningar skulle vara i början av texten, så jag valde att ha dem direkt efter inledningen. Detta så att läsaren i ett tidigt skede skulle få en inblick i vad syftet med studien är. För att få en tydlig struktur i bakgrunden använde jag mig av både huvudrubriker och underrubriker. I bakgrunden har jag försökt få med mycket om graviditetsdiabetes, detta för att läsaren ska få en bra inblick i vad graviditetsdiabetes är för något. Även tidigare forskning om mammors upplevelser av graviditetsdiabetes finns med i bakgrunden. Allt detta har hjälpt mig att få kunskap och förståelse om diagnosen. Till bakgrunden använde jag mig av böcker, internetsidor och vetenskapliga artiklar. De vetenskapliga artiklarna har sökts via databaserna PubMed och Cinahl (EBSCO). Artiklarna som användes var referentgranskade och inte äldre än fem år. Det var tidskrävande att söka efter de vetenskapliga artiklarna och eftersom de var på engelska var det även tidskrävande samt en utmaning att förstå artiklarnas innebörd.

Jag valde att göra en kvalitativ studie eftersom jag ville få reda på mammors upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes. Det stod mellan att göra en enkätstudie eller intervjustudie, men rätt tidigt valde jag ändå att använda mig av en intervjustudie. Detta för att jag ansåg att jag skulle få utförligare svar och hade då även möjlighet att ställa följdfrågor och eventuellt förtydliga frågorna om så behövdes. Semistrukturerade intervjuer ansågs lämpligt eftersom jag då utgick från färdiga intervjufrågor, men ordningsföljden på frågorna kunde anpassas till vad informanterna berättade och följdfrågor kunde ställas. I samband med analysen av intervjuerna märktes att en del intervjufrågor inte var relevanta med tanke på studiens syfte och frågeställningar. Då man tänker så här i efterhand skulle man i stället kunnat ha färre frågor, men frågor som verkligen skulle ha svarat på studiens frågeställningar och flera följdfrågor kunde i stället ha ställts för att få djupare svar. Urvalet av informanter kan ses som en svaghet i studien eftersom tre av fyra mammor var vårdutbildade men å andra sidan har ju de också likt alla andra upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes.

Materialet har tolkats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och denna ansågs lämplig eftersom en mindre mängd data skulle analyseras. Analysprocessen började med att transkribera intervjuerna. Vid transkriberingarna lyssnade jag igenom intervjuerna flera gånger och spolade tillbaka för att höra exakt vad som sades. Jag har strävat efter att inte misstolka intervjuerna eller förvränga sanningen. Vid tolkningen av materialet utgick jag från studiens frågeställningar och resultatet sammanställdes i tabeller (se bilaga 1) på så sätt

fick man en helhetsbild av resultatet. Tolkningarna från intervjuerna har skrivits med både allmäntext och citat. Citaten har tagits med för att förstärka trovärdigheten av texten i resultatredovisningen. Eftersom studien handlade om upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes betyder det att det inte finns några rätt eller fel svar och resultatet är en tolkning av intervjuerna. När resultatet speglades mot tidigare forskning inom ämnet kunde både likheter och olikheter ses, detta kan förklaras med att alla är vi olika och har därmed olika upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes. Studiens frågeställningar lyder: Vilka tankar och känslor väcktes hos de gravida kvinnorna när de fick diagnosen graviditetsdiabetes? Vilka upplevelser har kvinnorna av den information och det stöd de fick med tanke på graviditetsdiabetes? och Hur har de gravida kvinnorna upplevt vården av graviditetsdiabetes?

Jag anser att resultatet svarar på studiens syfte och frågeställningar, man får svar på vilka mammornas reaktioner på diagnosbeskedet är, hur de upplevt informationen, stödet och vården av graviditetsdiabetes. Det framkommer både likheter och olikheter i mammornas upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes. Alla mammors första reaktion vid diagnosbeskedet var olika. Andra tankar och känslor som uppstod hos mammorna i samband med diagnosen, där fanns både likheter och olikheter. Vad gäller informationen fanns både positiva och negativa upplevelser men bland mammorna fanns även information som de önskat sig. Mammornas behov av stöd var olika men de flesta upplevde att de fick det stöd som behövdes antingen från vårdpersonal, familj eller från både vårdpersonalen och familjen. De flesta mammor var nöjda med den vård de fått med tanke på graviditetsdiabetes. Negativt upplevdes av några mammor vården efter förlossningen, alltså att de inte fått någon kallelse till ny sockerbelastning. Mammornas inställning och upplevelser av livsstilsförändringarna var neutrala, positiva och negativa, det fanns alltså både likheter och olikheter. Samma gäller även upplevelserna av blodsockermätning där fanns också både likheter och olikheter mellan mammorna. Några upplevde det inte som problematiskt, en var nervös och en tyckte det var jobbigt.

Resultatet visar att det fanns både likheter och olikheter i mammornas upplevelser och erfarenheter av graviditetsdiabetes. Eftersom studien ämnade studera just upplevelser och erfarenheter finns inget rätt eller fel svar, utan var och en har unika upplevelser, även fast likheter kunde ses. Alla är vi olika och därför har man också olika upplevelser och erfarenheter av samma sak.

9 Avslutning

Det har varit både intressant och lärorikt att göra denna studie men även tidskrävande. Eftersom andelen graviditetsdiabetes ökar i Finland anser jag att det är bra för vårdpersonal men även för andra att få en ökad kunskap och förståelse för mammors upplevelser av att ha diagnosen. Resultatet kunde användas för att utveckla och förbättra vården av graviditetsdiabetes.

När tidigare forskning söktes hittades en hel del olika forskningar om graviditetsdiabetes. Det som jag upplevde var svårare att hitta var upplevelser om information och stöd, därför kunde det vara ett ämne för vidare studier. Vidare studier inom ämnet kunde även vara att fördjupa sig på någon av de två andra frågeställningarna och undersöka det mera på djupet.

Referenser

Berg, M., Berntorp, K., & Wennerholm, U. (2016). Diabetes och graviditet. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A.-K. (red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB. ss. 357 - 368

Craig, L., Sims, R., Glasziou, P. & Thomas, R. (2020). Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: A systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 76.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 163 - 174

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 329 - 343

Dayyani, I., Terkildsen Maindal, H., Rowlands, G. & Lou, S. (2019). A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 621 - 631.

Diabetesförbundet (u.å.) *Allmänt om diabetes*. [Online]
https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/allmant_om_diabetes
 [Hämtad 5.11.2020]

Diabetesförbundet (u.å.). *Om diabetes*. [Online]
https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes [Hämtat 5.11.2020]

Diabetesliitto (2020). *Raskausdiabetes*. [Online]
<https://www.diabetes.fi/diabetes/raskausdiabetes> [Hämtad 13.11.2020]

Diabetesliitto (2021). *Raskausdiabetes*. [Online]
<https://www.diabetes.fi/diabetes/raskausdiabetes> [Hämtat 02.03.2021]

Diabetesliitto (2021). *Yleistä diabeteksesta*. [Online]
https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta [Hämtat 25.02.2021]

Duodecim Käypä hoito (2013). *Raskausdiabetes*. [Online]
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50068#readmore> [Hämtad 13.11.2020]

Ge, L., Wikby, K. & Rask, M. (2017). Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China: A qualitative interview study. *BMJ open*, 7(11),

Hanson, U. (2014). Diabetes och graviditet. I Hagberg, H., Maršál, K. & Westgren, M. (red.) *Obstetrik*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB. ss. 353 - 366

Helmersen, M., Sørensen, M., Lukasse, M., Laine, H. K. & Garnweidner-Holme, L. (2021). Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 39(1), 44 - 50.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 129 - 137

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 69 - 92

Klemetti, R., Hakulinen-Viitanen, T. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen: Nationell rekommendation*. Institutet för hälsa och välfärd.

Parsons, J., Sparrow, K., Ismail, K., Hunt, K., Rogers, H., & Forbes, A. (2018). Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 25.

Risberg, A. (2016). Anatomi och fysiologi. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB. ss. 217 - 237

Sariola, A.-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. (red.) (2014) *Odottavan äidin käsikirja*. (1. p.). Helsinki: Duodecim.

THL (2020). *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2019* [Online] https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140702/Tr48_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Hämtad 19.11.2020]

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (1. utg.). Natur & Kultur.

Tabell 1

Upplevelser av diagnosbeskedet	Första reaktionen	<ul style="list-style-type: none"> - Förberedd - Förvånad - Förnekelse, svårt att acceptera till en början - Typiskt att de var så lite över gränsen
	Tankar och känslor	<ul style="list-style-type: none"> - Oro - Rädsla - Skuld känslor - Jobbigt att bli behandlad som en diabetespatient - Kändes onödigt pga. snäva gränser

Tabell 2

Upplevelser av information och stöd	Positiva upplevelser av informationen	<ul style="list-style-type: none"> - Bra - Individanpassad - Noggrann - Förklarade bra - Information om följande besök - Funderar tillsammans - Bra förklaring om blodsockermätning
	Negativa upplevelser av informationen	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen information - Tog förgivet att man vet allting - Missnöjd - Kort - Lämnade, fick ingen mera information - Ingen info om vad det innebär för förlossningen, framtida graviditeter osv.
	Önskvärd information	<ul style="list-style-type: none"> - Mera information - Mera om komplikationer - Hur det påverkar en framtida graviditet
	Stöd	<ul style="list-style-type: none"> - Inget behov - Jättenöjd - Jättebra - Telefontid - Trygg - Ta upp det på andra besök - Fått den stöd som behövts - Diskuterar och funderar - Omtänksam - Gått till överdrift ibland - Diskuterat med kollega - Hälsosammare kost

Tabell 3

Upplevelser av vården och behandlingen	Positiva upplevelser av vården	<ul style="list-style-type: none"> - Hur det fungerar i praktiken har varit bra - Väl omhändertagen - Jättenöjd - Proffsig vård - Noggranna kontroller - Ser till att bebisen och mamman mår bra - Detaljerad och noggrann - Bra uppföljning efteråt
	Negativa upplevelser av vården	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen kallelse till ny sockerbelastning
	Livsstilsförändringar	<ul style="list-style-type: none"> - Ändra inte så mycket - Mycket jobb - Kräver energi och planering - Besvärligt - Största chocken - Positiv inställning - Jobbigt att tänka på kosten - Försökte undvika sötsaker
	Blodsockermätning	<ul style="list-style-type: none"> - Inget problem - Besvärligt - Mycket jobb och planering - Tar mycket energi - Att komma ihåg det - Ställer om sig - Svårare på jobbet - Nervös

Hej!

Jag heter Emma Carlström och studerar tredje året till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia och håller för tillfället på med mitt examensarbete som handlar om graviditetsdiabetes. Syftet med mitt examensarbete är att få en ökad kunskap och förståelse för vilka tankar och känslor som uppstår när man får diagnosen graviditetsdiabetes, vilka upplevelser kvinnorna har av den information och det stöd de fått med tanke på graviditetsdiabetes samt vilka erfarenheter och upplevelser de har av vården vid graviditetsdiabetes.

Jag kommer att samla in information genom intervjuer. Informationen som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt. Från intervjuerna kommer jag att plocka med citat till mitt arbete, citat där det inte framkommer personliga detaljer så att det går att koppla till er. Så ni är anonyma. Med ert samtycke kommer intervjuerna att spelas in, detta för att underlätta analysen av materialet. Intervjuerna kommer att transkriberas och materialet förstörs efteråt.

Det är frivilligt att delta i min studie och ni har rätt att när som helst avbryta. Jag har tänkt ha intervjuerna via Teams. Ni får själv välja en lämplig tidpunkt som passar er. Reservera åtminstone 30 minuter för intervjun. Jag bifogar även intervjufrågorna, så att ni kan förbereda er om ni vill. Ifall ni har frågor får ni gärna kontakta mig. Examensarbetet kommer att presenteras i maj och kommer att kunna läsas på Theseus.fi.

Sjukskötarstuderande: Emma Carlström 044 0809155 emma.carlstrom@edu.novia.fi

Handledande lärare: Anita Ståhl-Levón anita.stahl-levon@novia.fi

BAKGRUNDSFAKTA

- Har du fått diagnosen en eller flera gånger?
- I vilken graviditetsvecka fick du diagnosen?
- Ålder vid insjuknandet?
- Hade du någon kunskap om diabetes innan insjuknandet?
- Finns diabetes i släkten?

INTERVJUFRÅGOR

1. Vad tänkte du när du fick diagnosen?
2. Vilka känslor väcktes hos dig när du fick diagnosen?
3. Hur påverkade diagnosen din syn på graviditeten?
4. När och hur gavs informationen om graviditetsdiabetes?
5. Vad fick du för information gällande graviditetsdiabetes och hur upplevde du informationen du fick?
6. Vad har du fått för stöd med tanke på graviditetsdiabetes och vad har du för upplevelser av det stöd du fick?
7. Hur behandlar/behandlade du graviditetsdiabetes?
8. Hur upplever/upplevde du vården av graviditetsdiabetes?
9. Upplevelser av de livsstilsförändringar som diagnosen förde med sig?
10. Vad har du för upplevelser av att mäta och följa med blodsockret?
11. Hur upplever du det är/var att ha graviditetsdiabetes?
12. Påverkade diagnosen dig på något sätt? Hur?
13. Är det något mera du vill tillägga?