

***“För dig som lever och växer och sparkar i min mage.
För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen.”***

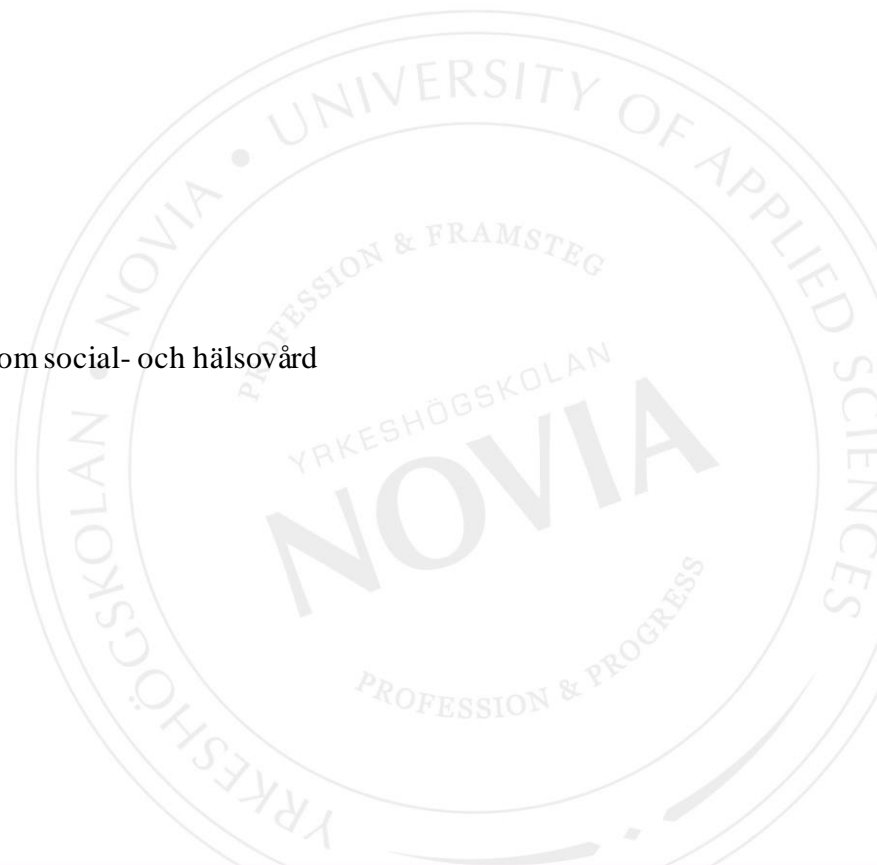
- En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten

Anni Sundström

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

Utbildningen Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Anni Sundström

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: *"För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen."* - En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten.

Datum Maj 2020

Sidantal 46

Bilagor 0

Abstrakt

Syftet med denna studie var att ge speciellt hälsovårdare fördjupad kunskap om T1D i samband med graviditet samt bättre förståelse för hur gravida kvinnor med diabetes upplever att sjukdomen påverkar graviditeten. Frågeställningen var: Hur upplever gravida kvinnor med typ 1 diabetes att sjukdomen påverkar graviditeten? Det är en kvalitativ studie och tre bloggar har fungerat som datamaterial. Som teoretisk utgångspunkt har Marie Bergs teori "Genuint vårdande av det genuina" använts. Resultatet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys och resultatet presenteras i en tabell. Resultatet av studien jämfördes sedan mot tidigare forskning, bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. I resultatet framkommer att kvinnorna upplevde att sjukdomen i stor omfattning påverkar graviditeten. Resultatet är indelat i tre teman; kamp, oro och dubbelt fokus. Kampen var en kamp mot hyper- och hypoglykemi, en kamp för sunda blodsockervärden. Oron låg nära till hands för alla tre kvinnor. De oroade sig mer eller mindre konstant för att blodsockret inte skulle hållas på önskade nivåer och kände en ännu större oro när blodsockret inte hölls inom önskade gränser. Oron bottnade i rädsla över att barnet skulle ta skada och tanken att kvinnorna själva skulle ha kunnat hindra skadan var svåröverkomlig. Att se graviditeten som prestation låg nära till hands för kvinnorna och de hade behövt mera stöd och uppmuntran än de fick för sitt slit. Detta speciellt från sjukvården, som borde vara en stöttande och trygg punkt under graviditeten. Temat dubbelt fokus syftar på kampen mellan det medicinska perspektivet och den normala graviditeten. Kvinnorna kämpade med att hålla sitt fokus på barnen och själva graviditeten, medan diabetes hade en tendens att konstant dra fokuset till sig.

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes typ 1, graviditet, upplevelser

BACHELOR'S THESIS

Author: Anni Sundström

Degree Programme: Public Health Nursing

Supervisor: Marie Hjortell

Title: *"For you who live and grow and kick in my womb. For you, I take all the blood sugar battles in the world."* - A qualitative study of how pregnant women with type 1 diabetes experience the disease affecting pregnancy.

Date Maj 2020

Number of pages 46

Appendices 0

Abstract

The purpose of this study was to provide the knowledge about T1D associated to pregnancy and give especially public health nurses better understanding of how pregnant women with diabetes experiences that the disease affects their pregnancy. The question was: How do pregnant women with type 1 diabetes experiences that the disease affects their pregnancy? It is a qualitative study and three blogs have served as data material. As a theoretical starting point, Marie Berg's theory "Genuine care of the genuine" has been used. The result was analyzed through a qualitative content analysis and the result is presented in a table. The result of the study was then compared against previous research, the background and the theoretical starting point. The result shows that the women felt that the disease affects pregnancy a lot. The result is divided into three themes; fight, worry and double focus. The fight was a fight against hyper- and hypoglycemia, a fight for healthy blood sugar levels. All three women were worried. They worried almost constantly that blood sugar would not be kept at the desired levels and felt an even greater concern when blood sugar was not kept within desired limits. The concern was based on fear that the child would be harmed and the idea that the women themselves could have prevented the injury was difficult to overcome. To see pregnancy as an achievement was close at hand for the women and they needed more support and encouragement than they received for their struggling. This is especially from the health care system, which should be a supportive and safe point during pregnancy. The theme of double focus refers to the struggle between the medical perspective and normal pregnancy. The women struggled to keep their focus on the baby and the pregnancy itself, while diabetes tended to constantly steal the focus.

Language: Swedish

Key words: Diabetes type 1, pregnancy, experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretiska utgångspunkter	2
4	Teoretisk bakgrund	4
4.1	T1D.....	5
4.2	T2D.....	6
4.3	Graviditetsdiabetes	7
4.4	Diabetes och graviditetskomplikationer	8
4.5	Graviditet och T1D.....	10
4.6	Tidigare forskning.....	11
5	Genomförande och metod	13
5.1	Kvalitativ metod.....	13
5.2	Datainsamling	14
5.2.1	Datainsamlingsmetod	14
5.2.2	Urval.....	14
5.3	Analysmetoder	15
5.4	Etiska överväganden	16
6	Resultat.....	17
6.1	Kamp	19
6.1.1	Hyperglykemi	19
6.1.2	Hypoglykemi	20
6.1.3	Blodsockerkamp.....	21
6.1.4	Försvårande faktorer i diabetesvården	23
6.1.5	Problem relaterat till mat	25
6.1.6	Ändringar i insulinbehovet	28
6.2	Oro.....	29
6.2.1	Indirekta besvär av diabetes	29
6.2.2	Egen prestation	32
6.3	Dubbelt fokus	34
6.3.1	Sjukdomen tar fokus från graviditeten	34
6.3.2	Fokus på resultatet.....	36
7	Diskussion	37
7.1	Metoddiskussion.....	37
7.2	Resultatdiskussion.....	39
8	Slutsats.....	42
	Källförteckning	

1 Inledning

Diabetes är en sjukdom med ett kraftigt ökande sjukdomsantal och Finland ligger i ett globalt perspektiv i topp när det gäller diabetes typ 1 (T1D). Till följd av den stigande prevalensen krävs det mer kunskap om och förståelse för sjukdomen från omgivningen. I detta examensarbete kommer jag att fundera över graviditet hos typ 1-diabetiker. Jag vill gräva djupare i hur T1D inverkar på graviditeten.

Jag fick själv diagnosen Diabetes Mellitus typ 1 när jag var 4 år gammal och har därmed levt med sjukdomen så länge jag kan minnas. Jag bär därför också på ett stort intresse kring sjukdomen och mitt utbildningsområde leder mig till fördjupning i graviditet och T1D. Jag har i hela mitt liv mött på en massa fördomar, missuppfattningar och okunskap kring den sjukdom som jag är tvungen att kalla min. Det väcker i mig en stark vilja att sprida kunskap och arbeta bort de missförstånd som råder kring T1D. Framförallt ser jag det viktigt att sjukvårdspersonal och inte minst hälsovårdare har denna kunskap. Graviditeter är ofta känsloladdade och den gravida är ofta mer instabil och känslig än i vanliga fall, så också naturligtvis gravida kvinnor med T1D. Är då inte det minsta man kan kräva av hälsovårdaren att hon/han har kunskap om sjukdomen och vet hur hon/han kan ge kvinnan det stöd hon behöver?

Graviditet hos en typ 1-diabetiker medför mycket fler risker än hos en frisk gravid kvinna och en sådan graviditet klassas som högriskgraviditet. Det krävs täta blodsockerkontroller för att hålla nivån jämn och inom strikta gränser. Dessutom behöver man under graviditet ofta öka sitt insulinintag markant, ibland till och med tredubbelt. Det blir en hård press för den gravida och det är vanligt att känna rädsla. Kvinnan ansvarar nu inte längre bara för sig själv, utan inuti henne ligger ett foster som lätt tar skada både av hyper- och hypoglykemi.

I mitt examensarbete vill jag gräva djupare i hur den gravida kvinnan upplever sin graviditet i samband med T1D. Mitt fokus är graviditet där diabetes ligger som ett hinder på vägen mot förlossningen. Jag vill ta reda på hur kvinnor tacklar hindret och hurdan upplevelsen är. Jag ser min tidigare kunskap om diabetes som en positiv faktor men samtidigt vill jag i mitt arbete vara så objektiv som möjligt. Men hjälp av en kvalitativ studie hoppas jag att kunna medföra bättre förståelse för den gravida kvinnan med T1D och på detta sätt också hjälpa hälsovårdare att stödja den gravida på bästa sätt under hennes resa till moderskap.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att få reda på hur gravida kvinnor med T1D upplever att sjukdomen påverkar graviditeten. Det finns en massa orosmoment i detta och kvinnan behöver stöd såväl professionellt som från sin partner och sina närstående. Sjukdomen kräver en massa extra arbete under en graviditet men samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det är en vanlig kvinna som är gravid med sitt barn och sjukdomen får inte ta fokus från det. Skribenten vill i detta examensarbete fokusera på kvinnans upplevelser och arbetet är riktat ur patientperspektiv.

Målet är att sprida större kunskap om och förståelse för sjukdomen främst hos hälsovårdare men också hos barnmorskor. Eftersom alla typer av diabetes ökar i antal är det relevant för hälsovårdare att vara kunnig i området. De som planerar att jobba med gravida kvinnor kommer säkert att stöta på kvinnor med T1D. Skribenten vill med detta arbete ge dessa mer kött på benen för att de ska kunna vårda på bästa sätt.

Frågeställningen lyder:

Hur upplever gravida kvinnor med T1D att sjukdomen påverkar graviditeten?

3 Teoretiska utgångspunkter

Teorin, som på svenska benämns "Genuint vårdande av det genuina", är skapad av Marie Berg och har använts som teoretisk utgångspunkt i detta examensarbete. Teorin är tredelad och de olika delarna är följande:

- 1) *En värdighetsbevarande relation: Ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro*
- 2) *En förkroppsligad kunskap: äkthet, teoretisk kunskap, praktisk kunskap, intuitiv kunskap och reflektiv kunskap*
- 3) *En balansering av det naturliga och det medicinska perspektivet. (Berg, M. 2004)*

Motivet för formande av teorin utgår från Bergs uppfattning om att gravida kvinnor med hög risk är mer sårbara och utsatta samt mer ångestfulla och oroliga under graviditeten än kvinnor vars graviditet inte är en riskgraviditet. Större risk under graviditeten korrelerar

med lägre själveffektivitet vilket i sin tur har en negativ effekt på riskbedömning och känslor. Känslor av misslyckande och otillräcklighet hos dessa kvinnor gör att behovet av stöd från andra, speciellt vårdpersonal, ökas. Marie Berg ville skapa en modell för barnmorskor om vårdande av gravida kvinnor med hög risk. I syfte att utforma en sådan teori gjorde Berg tre kvalitativa undersökningar. (Berg, M. 2005)

I den första studien, en fenomenologisk studie, intervjuades 10 kvinnor med någon form av komplicerad förlossning om deras upplevelse av förlossning. I den andra studien, en hermeneutisk fenomenologisk studie, genomförde forskarna 44 intervjuer med 14 kvinnor under deras högriskgraviditet. Syftet med denna studie var att söka efter den väsentliga kärnan i dessa kvinnors upplevelser. I den tredje studien, en fenomenologisk studie, intervjuade forskarna 10 barnmorskor från fyra svenska sjukhus som vårdade gravida kvinnor med hög risk. Alla tre studierna fokuserade på vardagliga erfarenheter (dvs. livsupplevelser) utan att tillämpa det på någon teori. (Berg, M. 2005)

Bergs teori är en mödravårdsmodell som ger riktlinjer för hur man på bästa sätt ska vårda gravida/födande kvinnor med hög risk. Genuint vårdande har ett innerligt djup, enligt Berg, där barnmorskan använder sig av intuition och naturlighet i arbetet. Att ta hand om varje kvinna i hennes äkthet skyddar värdigheten, vilket är motivet för barnmorskeomsorg för kvinnor med hög risk och deras familjer. Teorin fokuserar på att se kvinnornas värde som människor, men speciellt som blivande mödrar. (Berg, M. 2005)

Ordet *genuin* ingår i teorin och det definieras som äkta, naturlig och sann. *Ömsesidighet* benämns också som något man bör sträva till i en vårdrelation. Total ömsesidighet kan dock aldrig uppnås i en relation mellan vårdgivare och vårdtagare. Det beror delvis på att vårdgivaren har större ansvar, medan patienten ses som en lidande människa och delvis på att den innehåller ett möte mellan två olika personer. Ömsesidighet ska ändå strävas till genom att vårdaren och vårdtagaren bekräftar varandra när de möts och samarbetar (Berg, M., 2004, s. 142). Det betonas också att det är viktigt att komma ihåg att den gravida kvinnan, även om hon är i risksituation, inte bara är en *lidande* människa utan även kraftfull. (Berg, M. 2005)

En annan central del i teorin är ömsesidig *tillit*. Den gravida kvinnan behöver känna tillit till barnmorskan samtidigt som barnmorskan behöver få känna att den gravida kvinnan och hennes partner litar på henne. *Närvaro* är ett annat begrepp som ingår. Här ingår fysisk, psykisk, andlig och känslomässig dimension av närvaro. Barnmorskan behöver utveckla självmedvetenhet och kunna ta avstånd från sig själv och på så sätt vara

närvarande för den gravida kvinnan. *Genuin dialog* är också ett begrepp som framkommer. Med det menas att den gravida alltid är delaktig och behöver få veta vad som händer och hur planerna är. *Delat ansvarstagande* uttrycker att gravida kvinnor med hög risk vill vara delaktiga och ha kontroll även om de behöver specialistvård under sin graviditet. (Berg, M. 2004, 141 – 142)

Berg påstår att gravida kvinnor med hög risk är extra sårbara. Sårbarheten blir uppenbar när man använder sig av en individuell förlossningsplan och negativa känslor är vanligare hos kvinnor med hög risk än hos kvinnor med normal graviditet och förlossning. Under graviditeten känner kvinnorna en anknytning till barnet men samtidigt ett överdrivet stort ansvar över barnet. Under komplicerade förlossningar känns det viktigt för kvinnor med hög risk att bli sedda som enskilda personer. Liksom kvinnor med normal graviditet och förlossning behöver också gravida diabetiker en känslomässig, närvarande barnmorska som ser, ger förtroende och stödjer. Barnafödande är naturligt men kräver medicinska åtgärder. Barnmorskans uppgift är att bevara det naturliga i balans med det medicinska och ha ett värdighetsskyddande och omtänksamt förhållande till den födande kvinnan. (Berg, M. 2002)

Den gravida kvinnan med hög risk känner sig ofta otillräcklig både i att bära ett barn under graviditeten och att bli mamma. Barnmorskans uppgift är då att bekräfta den gravida kvinnans behov samt att stärka hennes identitet som nybliven mor. En enorm, inneboende makt finns i moderskap, som barnmorskor bör främja även bland utsatta kvinnor. (Berg, M. 2005)

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel är bakgrund för ämnet beskrivet. Här beskrivs kort de tre vanligaste typerna av diabetes; T1D och T2D samt graviditetsdiabetes. Främst ligger fokuset på T1D. I materialet fördjupas man också i komplikationer hos fostret till en mamma med diabetes. Som datamaterial har vetenskapliga artiklar, böcker och internetsidor använts. All litteratur som har använts i arbetet är finländsk eller svensk, då vården är mycket liknande i Finland och Sverige.

4.1 T1D

T1D är en autoimmun sjukdom som oftast uppkommer hos yngre personer och barn. I Finland finns det ungefär 50 000 personer med T1D (Diabetesförbundet i Finland u.å.a), vilket är lika högt som antalet i Sverige trots att de har större befolkning (Diabetesförbundet 2017). Processen vid insjuknande går till så att de insulinproducerande betacellerna i bukspottskörteln av okänd anledning attackeras och förstörs av kroppens eget immunförsvar. Detta leder till att insulinproduktionen minskar och glukoshalten i blodet stiger. På sikt förstörs alla betaceller och den drabbade är resten av livet beroende av insulin. När 70 – 80 % av alla insulinproducerande celler har förstörts uppkommer symtom. De första symtomen som brukar uppkomma vid insjuknande i T1D är att man ständigt är kissnödig, trött, törstig och ibland också ofrivilligt tappar vikt. (Käypähoito 2018a, Diabetesförbundet 2017)

Insulin är den enda behandlingen för typ 1-diabetiker. T1D är en kronisk sjukdom men med hjälp av insulin kan man leva ett relativt normalt liv. Insulin kan fås antingen med injektioner eller med insulinpump. Om man använder injektioner behöver man ta både långverkande insulin (en eller två gånger per dygn beroende på insulintyp) samt kortverkande insulin vid måltider. Vid insulinpumpsbehandling används bara kortverkande insulin. Insulinpumpen sitter fast med en kanyl som har en liten plastslang (vilken kan liknas vid en tunn kateter), som går in i underhudsfettet. På det sättet kan insulin ges kontinuerligt och automatiskt istället för långverkande insulin. Vid måltider behöver man själv räkna ut den insulin dos man behöver (Käypähoito 2018b, Diabetesförbundet 2016b).

Idag finns det många olika sensoralternativ till de traditionella fingersticken och detta underlättar diabetikerns vardag. Feig, D. et al. gjorde år 2016 en studie kring huruvida monitorering av blodsockret (med RT-CGM) hos typ 1-diabetiker som var gravida eller planerade att bli gravida förbättrade blodsockerbalansen eller ej. 324 kvinnor deltog i studien. Dessa var i åldern 18 – 40 år och hade haft diabetes i åtminstone 1 år. Alla deltagare var antingen gravida eller planerade graviditet. Slumpmässigt delades CGM ut åt en del av deltagarna för att sedan kunna jämföra resultatet. Resultatet av studien var att blodsockerkontrollen hos kvinnor som planerar att bli gravida förbättrades med hjälp av monitorering, medan det hos gravida inte kunde dras någon slutsats på grund av motstridiga resultat. (Feig, D red. 2016)

Hypoglykemi och hyperglykemi

Hypoglykemi (dvs. lågt blodsocker) förekommer mer eller mindre hos alla insulinbehandlade diabetiker. Hur ofta och hur allvarligt tillståndet är beror på flera faktorer. Symtomen vid hypoglykemi är varierande hos olika personer och från fall till fall. Hur lågt blodsockret behöver sjunka innan symtom uppkommer varierar också men Agardh anger ändå ett plasmaglukosvärde på 3.3 mmol/l som gräns för tidiga symtom. (Agardh 2009, 221,224) Vanliga symtom vid hypoglykemi är trötthet, aggressivitet, hunger, svettningar, koncentrationssvårigheter, darrningar, svaghetskänsla, oro och hjärtklappningar. Botemedlet mot hypoglykemi är socker, vilket kan tas exempelvis genom druvsockertabletter, honung eller saft. (Käypähoito 2018b, Diabetesförbundet 2016c)

Hyperglykemi eller högt blodsocker uppkommer när insulinmängden man fått är för liten i förhållande till matmängden eller om man är mer stillasittande än vanligt (Diabetesförbundet 2016). Det finns även andra faktorer som kan höja blodsockernivån, exempelvis stress, infektioner och en del läkemedel. Symtom vid hyperglykemi är trötthet, törst, ökade urinmängder samt illamående, ibland följt av kräkningar. (Käypähoito 2018b, Diabetesförbundet 2016a, Diabetesförbundet i Finland 2011)

4.2 T2D

I Finland har uppskattningsvis 400 000 människor T2D, men det är svårt att veta exakt antal eftersom det finns många odiagnostiserade typ 2-diabetiker. Vid diabetes typ 2 (T2D) produceras insulin till skillnad från vid T1D. Problemet är antingen att insulinproduktionen inte räcker till eller att kroppens förmåga att ta upp insulinet har blivit nedsatt (insulinresistens). Båda fallen orsakar förhöjda blodsockernivåer som i sin tur kräver behandling. Symtomen som kan uppkomma vid insjuknande är de samma som vid hyperglykemi samt klåda i underlivet. T2D är starkt beroende av kost och motion. I vissa fall krävs ingen annan behandling av sjukdomen är hälsosam kost och regelbunden motion. Den vanligaste behandlingen vid T2D är diabetesmedicin i tablettform, men så småningom behöver de flesta typ 2-diabetiker också insulinbehandling. (Käypähoito 2018c)

Gravida kvinnor kan få tillfälligt höga blodsockervärden som kräver behandling. Detta är en form av T2D som oftast går över efter graviditeten och kallas därför graviditetsdiabetes. Om man har T2D och vill bli gravid är det viktigt att planera sin graviditet så att man har bra blodsockerbalans när man blir gravid. Höga blodsockervärden under de tre första månaderna av graviditeten utgör störst risk för fosterskador. (Käypähoito 2018c)

4.3 Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes är en form av T2D som upptäcks under graviditet och försvinner vanligtvis efteråt. En kvinna som har haft graviditetsdiabetes har större risk att senare i livet få T2D. (Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2015) Graviditetsdiabetes (GDM) diagnostiseras med hjälp av sockerbelastningstest där ett avvikande värde räcker för att ge diagnos (Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2015). För att graviditetsdiabetes ska kunna uteslutas ska fasteblodsockervärdet ska vara lägre än 5,3 mmol/l, en timme efter måltid ska blodsockret vara lägre än 10,0 mmol/l samt efter två timmar ska blodsockret ligga under 8,6 mmol/l. GDM förekommer vid 10 - 12 % av alla graviditeter i Finland. (Käypähoito 2018a)

Risken för GDM är ökad om modern är överviktig, har polycystiskt ovariesyndrom, om tidigare födda barn haft en födelsevikt på mer än 4500 g, om kvinnan haft GDM i tidigare graviditeter, om det finns T2D i släkten eller om modern är över 40 år. Vid graviditet ökar kroppens insulinbehov radikalt. Det vanligaste scenariot hos graviditetsdiabetiker är att kroppens insulinbehov är större än mängden producerad insulin. Höga blodsockerhalter och insulin överförs till fostret vilket leder till att makrosomi är vanligt hos dessa barn. (Med makrosomi menas ett fullgånget foster vars vikt överstiger 4500 g). (Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T., 2015, Käypähoito 2014)

Risken för komplikationer hos barn till mammor med graviditetsdiabetes är högre än hos barn till icke-diabetiker. Ju sämre blodsockerbalans den gravida har, desto större risk utgörs för fostret. Dålig blodsockerbalans hos mamman gör att lungorna hos fostret utvecklas långsammare och då behöver barnet ofta specialistsjukvård efter födseln. Det innebär också högre risk för fostret att insjukna i metabolt syndrom. GDM utgör även ökad risk för preeklampsi och förhöjt blodtryck hos modern. (Käypähoito 2014)

Behandlingen vid graviditetsdiabetes är i första hand hälsosam kost och regelbunden motion. Den gravida behöver följa med sitt blodsocker och om dessa, trots god kost och motion, är för höga får den gravida vidare hjälp för behandling av sjukdomen. 15 % av alla kvinnor med GDM behöver läkemedelsbehandling, såsom tabletter eller insulininjektioner eller både och. Med hjälp av en reducerad viktökning under graviditeten kan man förebygga att behandling för sjukdomen krävs. Målet hos kvinnor med GDM är att uppnå samma blodsockernivå och -kontroll som hos icke-diabetiker för att minska risken för komplikationer. (Käypähoito 2014, Hälsobyn u.å.a)

4.4 Diabetes och graviditetskomplikationer

Det finns en hel del graviditetskomplikationer för vilka diabetes utgör en högre risk. I början av graviditeten är det extra viktigt att ha en god blodsockerbalans och kontroll för att förebygga komplikationer så väl som möjligt (Berne & Persson 2009, 288 – 289). Akuta komplikationer som kräver sjukhusvård utvecklas av cirka 30 % av alla gravida diabetiker och därmed understryks betydelsen av kvalificerad övervakning hos fostret (Berne & Persson 2009, 298).

Embryopati (spontanabort och fostermissbildningar)

Embryopati i tidig graviditet är kopplat till hyperglykemi, vilket gör att risken för denna komplikation är större om man har odiagnostiserad diabetes eller om man har dålig blodsockerkontroll. Korrelationen med spontanaborter är däremot inte högre vid T1D än vid andra typer av diabetes, visar en svensk studie. Inte heller i *the Diabetes Control and Complications Trial* visar resultatet på skillnader mellan frekvens av spontanaborter vid insulinbehandlad diabetes och annan typ av diabetes. Antalet fostermissbildningar har under 2000-talet minskat mycket, men frekvensen för dessa är fortfarande högre hos barn till kvinnor med insulinbehandlad diabetes, där det procentuellt är 3,7 i jämförelse med 1,6 hos icke-diabetiker. Hos foster till kvinnor med GDM är risken för missbildningar inte högre än för icke-diabetiker. Under fasen för organutveckling, som sker i de första graviditetsveckorna, utgör hyperglykemi störst risk för missbildningar. I tidig graviditet finns det ett direkt samband mellan högre HbA1c-värden och ökad risk för missbildningar. Enligt en finsk studie är risken högre redan vid lätt förhöjt HbA1c och vid ett värde på över 10 % är risken för såväl missbildningar som spontanabort 20 %. Vid ett HbA1c-värde på under 6 är risken för missbildningar nästan lika låg som hos icke-diabetiker. (Berne & Persson 2009, 288 - 289)

Metabola förändringar (Makrosomi)

När HbA1c-nivån vid en graviditet är förhöjd och den gravida kräver insulinbehandling, orsakar det höga nivåer av glukos och aminosyror hos fostret. Eftersom insulinhalten är hög hos mamman och sedan vidare hos fostret, ökar också fostrets betaceller i mängd och storlek vilket leder till ökad insulinproduktion. Ett överskott av insulin tillsammans med ökad mängd glukos och aminosyror leder till makrosomi (fostret är för stort i förhållande till sin ålder). Det är vanligt att speciellt fettvävnaden blir större men också vicerala organ och hjärtat. En annan följd av höga glukos- och insulinhalter är negativ påverkan på

syresättningen. Detta kan resultera i kronisk fetal hypoxi vilket kan leda till plötslig intrauterin död tredje graviditetstrimestern. Lungorna kan också vara försenade i utvecklingen. Ett typiskt utseende hos nyfödda barn till diabetiker är röd hudfärg i ansiktet och plufsigt utseende. Ofta är axlarna breda vilket försvårar vaginal förlossning. Vid normalisering av plasmaglukosnivån uppträder vanligtvis varken detta utseende eller ökad vikt och fettmassa hos fostret, men även om den gravida har mycket goda blodglukosnivåer är det inte ovanligt att dessa kvinnor får stora barn. (Berne & Persson 2009, 289 - 290)

Neonatal sjuklighet

Kraftigt förhöjda blodsockervärden under graviditet kan orsaka kronisk fetal hypoxi med ökad risk för syrgasbrist hos fostret under förlossningen. Kraftig hyperglykemi gör också att fostret lättare får syrebrist vid förlossningen eftersom dessa foster har en nedsatt förmåga att motstå syrgasbristen som uppstår vid värkarbetet. Därför är det viktigt med normala blodsockervärden hos en kvinna som föder vaginalt. Fetal makrosomi kan ses hos foster till obehandlade graviditetsdiabetiker eller hos typ 1-diabetiker med dålig blodsockerkontroll. Detta innebär en ökad risk för asfyxi (syrgasbrist) och förlossningstrauma (till följd av skulderdystoci). Makrosomin ses som orsak till detta eftersom den ibland kräver igångsättning och lungorna som utvecklas i de sista graviditetsveckorna är ofta då inte helt utvecklade. Till följd av bättre glukoskontroll under graviditeten kan diabetiker i allt fler fall föda i fullgången tid, vilket leder till att lungmognaden i de flesta fall är normal. (Berne & Persson 2009, 291 - 291)

Hypoglykemi är vanligt hos den nyfödda, till följd av för höga halter insulin som tagit sig från mamman till fostret. Blodsockret hos en nyfödd bör inte sjunka under 2,2 mmol/l. För att förebygga neonatal hypoglykemi rekommenderas tidig matning och ibland också glukagonbehandling. Vid symtom som skakighet, apné, kramper, hypotoni, cyanos eller takypné behöver barnet omedelbart glukos intravenöst. Erythrocytos (polycytemi) förekommer om halten erythrocyter överstiger 65 %. Detta kan störa mikrocirkulationen och orsakar höga halter av bilirubin. Utbytestransfusion är bästa behandlingen mot erythrocytos. Risken för att fostret slutar att växa intrauterint är kraftigt ökad vid diabeteskomplikationer såsom diabetisk mikroangiopati (speciellt nefropati). Då utvecklas fostret långsammare, har låg födelsevikt och kort födelselängd. Vanligt i dessa fall är också hypertoni och/eller preeklampsi. (Berne & Persson 2009, 291 - 291)

4.5 Gravitet och T1D

T1D är idag inget obestigbart hinder för graviditet. Graviteten kräver dock en hel del jobb av den gravida typ 1-diabetikern för att resultatet ska bli så bra som möjligt. Det är viktigt att en kvinna med T1D planerar sin graviditet. Ibland behöver kvinnan äta folsyratillskott 2 – 3 månader innan graviditet. God blodsockerbalans är speciellt viktig i början av graviditeten eftersom hyperglykemi i detta skede utgör störst risk för missbildningar hos fostret. (Internetmedicin 2019, Hälsobyn u.å.b)

Efter graviditetsvecka 28 utförs ultraljudundersökning varannan eller var tredje vecka för att så snabbt som möjligt kunna konstatera eventuell tillväxthämning eller makrosomi hos fostret. Mycket snabb tillväxt hos fostret efter vecka 33 utgör risk för kronisk fetal hypoxi och intrauterin fosterdöd. Om man i tidig graviditet har ett HbA1c-värde över 10 % görs undersökningar för att fastställa huruvida det finns missbildningar hos fostret eller inte. Exempel på metoder för undersökningar är ultraljud (med vilken man får reda på fostervattenvolymer som i sin tur föranleder vilken typ av missbildning det handlar om), ekokardiografi samt analys av alfafetoprotein. CTG (cardiotokografi) är en metod för screening som registrerar hjärtfrekvensen hos fostret och med hjälp av den kan man i tidigt skede upptäcka fetal hypoxi. (Berne & Persson 2009, 298)

Det är viktigt att typ 1-diabetiker äter hälsosamt och motionerar regelbundet eftersom det bidrar till en bättre blodsockerbalans (Hälsobyn u.å.b). Gravitetensillamående i första graviditetstrimestern kan göra glukoskontrollen besvärligare. Det är bra i sådant fall att ta täta blodsockerkontroller och äta många små mål mat. Det är också bra att dricka mellan måltiderna samt att alltid ha något som snabbt höjer blodsocker om blodsockret skulle sjunka för lågt. (Berne & Persson 2009, 298 - 299)

Blodtrycket behöver följas med under graviditeten. Blodtryckssjukdom och förhöjt blodtryck på grund av graviditet är nämligen vanligt hos diabetiker. Risken för preeklampsi är också förhöjd hos gravida diabetiker. Dessa faktorer utgör risk för tidig förlossning samt hämmad tillväxt hos fostret. Huruvida man blir igångsatt eller ej är beroende på hur fostret och mamman mår, blodsockerbalansen, fostrets storlek samt om mamman har följsjukdomar av sin sjukdom eller inte. (Hälsobyn u.å.b) Flera undersökningar visar på att risken för prematurförlossning är betydligt högre hos gravida med T1D men detta hänger naturligtvis också samman med dålig blodsockerbalans. Uppemot 25 % av alla graviditeter vid diabetes slutar i prematurförlossning. (Berne & Persson 2009, 298) Under andra halvan av graviditeten ökar insulinbehovet ofta upptill tre gånger mer än tidigare. Efter

förlossningen minskar behovet igen och återgår vanligtvis till det samma som innan graviditeten. (Hälsobyn u.å.b)

4.5.1 HbA1c vid graviditet och T1D

HbA1c är ett värde som anger glykosylerat hemoglobin i blodet under de senaste 6 – 8 veckorna. Ju högre blodsockervärden man har haft, desto högre blir HbA1c-värdet. Det berättar dock ingenting om hur stabilt blodsockret har varit utan bara medelvärdet (Diabetesförbundet i Finland). Hos en icke-diabetiker ligger referensvärdet på 20 – 42 mmol/l (Diabetesförbundet i Finland) medan man hos diabetiker enligt Diabetesförbundet strävar till ett HbA1c-värde som ligger under 52 mmol/l. Diabetesförbundet i Finland anger inget referensvärde som gäller för alla diabetiker utan anser att det är individuellt. Ett värde som ligger under 53 mmol/l anses bra medan ett värde på 53 – 64 mmol/l är en mer realistisk målsättning för andra diabetiker (Diabetesförbundet i Finland). Enligt Käypähoito är den allmänna målsättningen i Finland ett HbA1c-värde under 53 mmol/l. Enligt Hälsobyn bör HbA1c-värdet ligga under 53 mmol/l när kvinnan blir gravid. (Käypähoito 2018b, Hälsobyn u.å.b)

Det är också viktigt att diabetiker håller blodsockernivån så jämn som möjligt. För att göra det är det viktigt att ha god blodsockerkontroll. Vid graviditet är detta speciellt viktigt för att så bra som möjligt förebygga graviditetskomplikationer, vilka är betydligt vanligare hos gravida typ 1-diabetiker än hos gravida som inte har diabetes. I vilken grad T1D orsakar komplikationer beroende på HbA1c-nivån har Michael M. et al. (2015) försökt ta reda på i sin undersökning där 725 gravida typ 1-diabetiker deltog. Resultatet visar att ett HbA1c-värde på 6,0 - 6,4% (42 – 46 mmol/l) vid vecka 26 var starkt associerad med risk för stor gestationsålder. Vid ett värde på 6,5 – 6,9 % (48 – 52 mmol/l) är risken för prematurfödsel, behov av neonatal glukosinfektion samt ett skadligt resultat i största allmänhet märkbart ökad. Vid vecka 34 gjordes samma undersökning och resultaten var liknande som i vecka 26. (Michael M. et al. 2015).

4.6 Tidigare forskning

Det har gjorts en hel del undersökningar kring området diabetes och graviditet. En undersökning som genomfördes i Australien 2016 hade som syfte att få en insikt i den gravida typ 1-diabetikerns resa. Undersökningen omfattade 93 kvinnor och data för studien samlades in från e-postmeddelanden (online rådgivning eller online kompisar), grupper på facebook och graviditetsforum. Studien visar att gravida kvinnor med T1D upplever mera

negativa känslor; oro och depression än gravida icke-diabetiker. I resultatet av undersökningen framgår betydelsen av att gravida diabetiker är i stort behov av stöd av vänner och andra sociala kontakter. I artikeln beskrevs också betydelsen av att ta hand om sin sjukdom redan i planerande av graviditet. En stor del av de gravida kvinnor som deltagit i undersökningen höll både graviditeten och sjukdomen för sig själv ännu i tidigt skede. Detta berodde hos en del kvinnor på att de upplevde att de själv kunde sin diabetes bättre än någon annan. Hos andra var tidigare erfarenheter och orealistiska förväntningar från vårdpersonal orsaken till hemlighetshållande av graviditeten. Resultatet av studien visade också att de kvinnor som fick stöd och bekräftelse från vårdpersonal, för skötseln av sin diabetes, kände mer positiva känslor. (Edwards, H., Speight, J., Bridgman, H. & Skinner, T. 2016)

År 2017 gjordes en kvalitativ undersökning i USA med tio deltagare, där syftet var att ta reda på kvinnors upplevelser av graviditet och T1D. I forskningen använde man sig av strukturerade intervjuer. I undersökningen betonades vikten av tidig utbildning i diabetes, planerande av graviditet och socialt stöd. I undersökningen beskrevs det hårda arbetet som krävs av en gravid kvinna med T1D för att bevara god hälsa hos både kvinnan själv och fostret. Det framgick också att de flesta kvinnor hade mer positiva erfarenheter av graviditeten än vad de hade förväntat sig. (McGrath, M. & Chrisler, J. 2017)

Alla de gravida kvinnor som deltog i undersökningen påpekade att de under graviditeten var tvungna att vara extra uppmärksamma på sin diabetes. En av kvinnorna påstod att sjukdomen verkligen var ett heltidsjobb under graviditeten. Samma kvinna sade också att graviditet vid T1D är helt genomförbart men kräver massor med jobb. En annan kvinna påstod att det krävdes mycket att kunna hålla blodsockret inom så strikta gränser som krävs, men att det faktum att ett barn växte inom henne och direkt påverkades av blodsockerbalansen motiverade henne så mycket att det var möjligt att utföra. De faktorer som betonades, vilka påverkade den gravida kvinnans vardag, var sträng blodsockerbalans, sträng diet, träning och täta kontroller hos läkare. Faktorer som ansågs viktiga för gravida typ 1-diabetiker var acceptans, planering, undervisning och stöd. (McGrath, M. & Chrisler, J. 2017)

En kvalitativ undersökning som utfördes 2014 hade som syfte att utforska gravida typ 1-diabetikers upplevelser av graviditet. Sju utvalda kvinnor deltog i undersökningen som omfattade tre enskilda intervjuer med forskaren. Intervjuerna utfördes i graviditetsvecka 15 – 20, 32 – 36 och 6 – 8 veckor efter förlossningen. Forskningen visar att de flesta kvinnorna var medvetna om att deras graviditet klassades som hög risk och ville göra sitt bästa för att

uppnå bästa möjliga resultat av graviditeten. Samtidigt kändes det viktigt för kvinnorna att också fokusera på själva graviditeten; att normalisera situationen och på så sätt forma positiva erfarenheter. I forskningsresultatet ingick också att man bör ta i beaktande varje individs expertis och bilda ett samarbete; ett team. Kvinnan behöver behandlas som en jämlik partner med vårdaren. (Woolley, M. et.al. 2014)

Anna Z. Feldman och Florence M. Brown skrev år 2016 en artikel vari vården av gravida kvinnor med T1D diskuteras. Eftersom gravida typ 1-diabetiker har individuella vårdbehov är det viktigt att tidigt göra upp en unik plan för varje kvinna. På det sättet hoppas man att minimera graviditetsriskerna så mycket som möjligt. I artikeln diskuteras vikten av förebyggande vård vid planering av graviditet hos kvinnor med T1D. Målen för den förebyggande vården är att blodsockernivåerna är bra och HbA1c i nivå med gravida kvinnor som inte har T1D. Före graviditeten behöver kvinnan gå på kontroll för retinopati, nefropati och blodtryck. Även mediciner behöver bedömas före befruktningen. (Feldman, A.Z. & Brown, F.M. 2016)

5 Genomförande och metod

I detta kapitel beskrivs metod och genomförande av undersökningen. För studien har en kvalitativ metod valts eftersom skribenten vill studera upplevelser. Målet är att finna bättre förståelse för gravida kvinnor med T1D samt att få bredare och djupare kunskap i hur man som hälsovårdare kan stödja kvinnan på bästa sätt. Beskrivande bloggar används som datainsamling och tanken är att undvika tolkning av materialet, utan direkt beskriva skribenternas upplevelser.

5.1 Kvalitativ metod

Studien är kvalitativ. Kännetecknande för forskningar som genomförs med en kvalitativ forskningsmetod är att antalet informanter ofta är lägre än vid kvantitativa studier, som mer har sitt fokus på siffror och statistik. Deltagare i kvalitativa studier får gärna ha olika erfarenheter för att berika beskrivningarna av fenomenet. I kvalitativa forskningsmetoder försöker man komma åt informanternas upplevelser och djupare innebörd. Forskaren är involverad i kvalitativa studier på annat sätt än i kvantitativa studier. Forskarens egen erfarenhet och kunskap om ämnet ligger i betydelse och det resulterar i att kvalitativ forskning ses som ett subjektivt angreppssätt. (Henricson & Billhult 2017, 111 - 115)

5.2 Datainsamling

Syftet med studien är att ta reda på hur gravida kvinnor med T1D upplever att sjukdomen påverkar graviditeten och finna bättre förståelse för dessa kvinnor. Målet är att vårdpersonal, speciellt hälsovårdare, ska få djupare kunskap kring vad det innebär att vara gravid när man har T1D och på så sätt kunna stödja den gravida typ 1-diabetikern så bra som möjligt. Skribenten vill finna svar på följande fråga: Hur upplever gravida kvinnor med typ T1D att sjukdomen påverkar graviditeten?

Det som vanligtvis används för insamling av kvalitativa data är intervjuer, bloggar, berättelser, fokusgrupper och/eller deltagande observation. Vid kvalitativ metod behöver forskaren vara flexibel och följsam mot informanterna då förändringar kan ske i undersökningen. (Henricson & Billhult 2017, 115)

5.2.1 Datainsamlingsmetod

Som datainsamling för examensarbetet har tre bloggar använts. Två av bloggarna hittades med sökmotorn Google genom sökordet ”gravid typ 1 diabetes blogg”. Sökordet listade många förslag och efter en del läsande av olika bloggar valdes bloggarna ”Diabetikerns dröm om barn” och ”Gravid typ 1-diabetiker” eftersom de ansågs uppfylla de krav som ställs på bloggarna som skulle fungera som datamaterial till examensarbetet. Den tredje bloggen var bekant för skribenten sedan tidigare och söktes upp med sitt namn ”Att vara etta” på sökmotorn Google. Bloggtexter från alla tre bloggar, vilka rör temat och som ha varit av vikt i syfte att svara på forskningsfrågan, har sammanställts i ett dokument. Textmassan resulterade i totalt 74 sidor text med font Times New Roman, textsnitt 12 och radavstånd 1,5.

5.2.2 Urval

Deltagna i en kvalitativ studie väljs inte ut slumpmässigt utan man letar efter personer som har erfarenheter om och har upplevt fenomenet man vill undersöka. Det är positivt för studien om informanterna har olika erfarenheter. Informanterna får gärna ha olika ålder, kön, utbildning osv. men detta är också beroende på syftet på studien. (Henricson & Billhult, 2017, s.115) Datamaterialet har resulterat i tre bloggar; en finländsk blogg och två svenska bloggar. Bloggar skrivs ofta i dagboksliknande form och tanken var att komma så nära informanternas tankar och upplevelser som möjligt. Kraven på bloggarna var att de skulle vara finländska eller svenska, beskrivande bloggar som är skrivna inom de senaste fem åren.

I bloggarna behövde upplevelserna tydligt framgå eftersom det är just upplevelsen i det stora hela som skribenten hade som syfte att fördjupa sig i.

Den första bloggen som har analyserats kallas *Att vara etta* och är skriven av en finlandssvensk kvinna som fick sitt första barn i april 2019 (blogg 1 i resultatet). Hennes graviditet var väl planerad och hon höll strikt blodsockerkontroll under hela sin graviditet. I bloggen delar hon också med sig av ett tidigare missfall som hon haft, vilket det också är högre risk för diabetiker att få. I bloggen beskriver hon sina upplevelser av vad det innebär att vara gravid med T1D i ryggsäcken. Den andra bloggen som har fungerat som datamaterial för arbetet heter *Diabetikerns dröm om barn* och drivs av en ung kvinna med T1D i Sverige, som i början av februari 2018 fick sitt andra barn. Denna kvinna fick insulinresistens under graviditeten och berättar bland annat att hon i slutet av graviditeten var tvungen att ta en mängd insulin stor som hennes vanliga dygnsdos till frukost och att det ändå inte räckte till. I bloggen får man följa med hennes resa mot förlossningen (blogg 2 i resultatet).

Den tredje bloggen som fungerat som data för examensarbetet heter *Gravid typ 1-diabetiker* och drivs av en svensk kvinna som fick sitt första barn hösten 2015. Hennes graviditet var inte planerad och hon var redan i graviditetsvecka 6 när hon blev medveten om sin graviditet. Vid det läget använde hon sig av insulinsprutor (Levemir och Novorapid) och blodsockermätare. Under graviditetens gång får man följa med hur hon får CGM, en sensor som följer med blodsockret och alarmerar vid höga och låga värden. Den största utmaningen för denna kvinna var alla låga värden som uppkom till följd av minskat insulinbehov samt rädsla att minska för mycket på insulin pga. rädsla för hyperglykemi (blogg 3 i resultatdelen).

5.3 Analyismetoder

Skribenten har ett induktivt förhållningssätt. Innehållet i blogginläggen har format de tre övergripande teman som arbetet har resulterat i. Datamaterialet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys och skribenten har använt sig av tabeller i analysen. Först läste skribenten genom bloggarna i sin helhet och plockade därefter ut de blogginlägg som ansågs relevanta för att få svar på forskningsfrågan, vilket resulterade i 74 sidor text. Skribenten sammanställde tre tabeller, en för varje blogg. Meningsenheter plockades ut från textmassan och formade subkategorier. Sedan slogs subkategorierna ihop till kategorier och till slut i övergripande teman. Texten i tabellerna färgglades så att varje tabell/blogg fick en egen färg. Till följande slogs de tre tabellerna ihop till en enhetlig tabell som representerade alla delar som framkommit i de olika bloggarna. Den gemensamma tabellen, som representerade alla

tre bloggar, blev en färgglad tabell som bestod av en del underkategorier som var gemensamma för alla tre kvinnors erfarenhet och en del av individuella erfarenheter. Med denna metod kunde de tre kvinnornas upplevelser analyseras individuellt och både likheter och olikheter kunde ses i resultatet.

5.4 Etiska överväganden

Inför ett forskningsarbete krävs det att skribenten går igenom och funderar över etiska principer. Också genom hela arbetsprocessen behöver skribenten ta hänsyn till etiska aspekter. Det som man hela tiden behöver tänka på är att informanterna inte på något sätt får komma till skada eller bli sårade eller känna sig utnyttjade. Lagar, föreskrifter och allmänna etiska principer kan användas som grund för vägledning. (Kjellström, Henricson red. 2017, 58 - 59) Eftersom skribentens egna åsikter, upplevelser och erfarenheter sätter sin prägel på kvalitativa studier är det viktigt att det inte leder till att man vrider på informantens upplevelser och tolkar dem felaktigt.

Människovärdesprincipen säger: *"Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället"*. Denna princip kan vara bra att ha som grund men i en del sammanhang kan den behöva kompletteras med fler etiska principer. Integriteten är viktig att värna om och när forskaren behandlar data som anses personliga är det viktigt att vara varsam och ha personuppgiftslagen i bakhuvudet, eftersom gränsen till hot mot personlig integritet kan ligga nära till hands. Utifrån etiska principer kan etiska regler formuleras. Det skriver Kjellström tydligt om i Henricsons bok: Respekt för personen -> informerat samtycke och respekt för privatliv, Göra-gott-princip -> minimera risker, väga risk mot nytta och vara konfidentiell samt Rättvisa -> likvärdig behandling mot informanterna och skydda sårbara grupper. (Kjellström, Henricson red. 2017, 62 - 63)

När en forskning planeras behöver man också ta i beaktande om det kommer att ligga något värde i resultatet av forskningen. Det är bra att fråga sig för vem forskningen kan vara värdefull och på vilket sätt. Om det inte finns svar på de frågorna är undersökningen oväsentlig att utföra. (Kjellström, Henricson red. 2017, 64 - 65) Skribenten har i sin datainsamling speglat handlingarna mot etiska principer. De två svenska bloggar som används som datamaterial i detta examensarbete är öppna för allmänheten och anses därför vara giltiga att använda, även utan förfrågan av författarna till bloggarna. Författarna har själv varit öppna att dela med sig av sina tankar och funderingar och skribenten anser det därför vara etiskt att använda sig och analysera materialet. Däremot behöver författarna

skyddas och skribenten behöver se till att de inte utsätts för förtal, förtryck eller dylikt. Den finländska bloggen, vars innehåll har analyserats, var tidigare öppen för allmänheten men blev sedan sluten och möjlig att läsas endast av läsare som författaren godkänt. Skribenten kontaktade därför bloggans författare med en förfrågan att få använda bloggtexten som datamaterial för examensarbete och fick inbjudan till bloggen med godkännande att få använda materialet.

6 Resultat

T1D är en väldigt individuell sjukdom och den ter sig olika hos olika personer. Detsamma gäller för gravida kvinnors T1D. Det finns en del så kallade riktlinjer eller regler för hur T1D brukar te sig hos gravida men man kan ibland fungera om det är mer regel eller undantag i detta sammanhang. Hos de tre kvinnor vars graviditetsresa här har analyserats tedde sjukdomen sig helt olika. Alla tre kvinnor beskrev sin graviditetsresa som en kamp och en ständig oro men de var ändå enade om att resultatet var värt besväret. Resultatet av studien presenteras i en tabell som består av tre övergripande teman och under dessa finns kategorier samt subkategorier.

Frågeställningen lyder: *Hur upplever gravida kvinnor med T1D att sjukdomen påverkar graviditeten?*

Tabell över resultatet av innehållsanalysen:

Tema	Kategorier	Subkategorier
Kamp	Hyperglykemi	<ul style="list-style-type: none"> • Rädsla och oro för hyperglykemi • Oro och ångest vid hyperglykemi
	Hypoglykemi	<ul style="list-style-type: none"> • Tät förekomst av hypoglykemi • Psykisk påfrestning till följd av hypoglykemi
	Blodsockerkamp	<ul style="list-style-type: none"> • Hård kamp för god blodsockernivå • Svårföränderligt blodsocker i tredje graviditetstrimestern • Täta HbA1c- och blodsockerkontroller

	Försvårande faktorer i diabetesvården	<ul style="list-style-type: none"> • Oförutsägbar sjukdom • Graviditetsillamående som lett till problem i samband med diabetes • Infektioner som lett till rubbningar i blodsockerbalansen
	Problem relaterat till mat	<ul style="list-style-type: none"> • Tvungen att äta extra måltider och socker trots dålig aptit • Utmaning med blodsockret i samband med måltid • Problem med måltider pga. risk för hyperglykemi • Kost med långsamma kolhydrater
	Ändringar i insulinbehovet	<ul style="list-style-type: none"> • Ökat insulinbehov • Oro och ångest vid ökat insulinbehov • Minskat insulinbehov
Oro	Indirekta besvär av diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesrelaterade sömnproblem • Diabetesrelaterad trötthet • Diabetesrelaterad stress • Bryta ihop • Diabetesrelaterad oro inför förlossningen
	Egen prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Graviditet som prestation • Självanklagelse och dåligt samvete • Rädsla att skada barnet
Dubbelt fokus	Sjukdomen tar fokus från graviditeten	<ul style="list-style-type: none"> • Extra besök hos sjukvården pga. T1D • Risk att sjukdomen tar fokus från graviditeten • Sjukskrivning pga. T1D • Rädsla för komplikationer av graviditet och T1D
	Fokus på resultatet	<ul style="list-style-type: none"> • Väntan på att graviditeten ska vara över • Stort jobb men värt besväret

6.1 Kamp

Temat kamp beskriver kampen med att vara gravid när man har T1D. Det beskrivs av informanterna som en ständig blodsockerkamp för att försöka hålla de strikta blodsockergränserna som rekommenderas. Normala graviditetsförändringar för också med sig oförutsägbart blodsocker vilket försvårar blodsockerkampen ytterligare. Temat har sex kategorier: hyperglykemi, hypoglykemi, blodsockerkamp, försvårade faktorer i diabetesvården, problem relaterat till mat och ändringar i insulinbehovet.

6.1.1 Hyperglykemi

Hyperglykemi förekommer ibland hos alla typ 1-diabetiker. Det är många faktorer som inverkar på blodsockernivån och ekvationen kan ibland kännas nästan omöjlig. Hyperglykemi under graviditet är skadligt för fostret och orsakar därför ofta oro och ångest hos den gravida kvinnan. För att undvika hyperglykemi så långt som möjligt krävs täta blodsockerkontroller, extra insulin i form av basaldos (vid insulinpumpsbehandling) eller större dos långverkande insulin (vid flerdosbehandling) och kost som innehåller långsamma kolhydrater. Under kategorin ”Hyperglykemi” finns två subkategorier: rädsla och oro för hyperglykemi samt oro och ångest vid hyperglykemi.

Rädsla och oro för hyperglykemi

Rädsla och oro för hyperglykemi beror i grund och botten på ökad risk för komplikationer som höga blodsocker hotar att orsaka fostret. I blogg 3 beskrivs speciellt denna rädsla men det nämns också i blogg 1.

”...paniken när blodsockret stiger går inte att beskriva... Tänk om lillmiraklet blir skadat av mina värden” (blogg 3)

Det beskrivs i bloggarna hur blodsockerkampen blir allt hårdare för att strikt hålla blodsockervärdena på bra nivå pga. rädslan för hyperglykemi. Kvinnan i blogg 3 skriver en gång hur hon är otroligt nervös att blodsockret ska stiga. En annan gång skriver hon att det utan tvekan hade stigit över 10 mmol/l om hon inte panikslaget hade haft tvärkoll på blodsockret. Kvinnan i blogg 1 har striktare blodsockerkontroll och berättar att det är jobbigt om blodsockret stiger över 7 mmol/l.

“Jag är ändå så pass oroligt lagd – speciellt när det gäller mitt barn – att jag mår dåligt av att se blodsockret stiga över 7, och följaktligen korrigerar jag alla värden över 7 nu.” (blogg 1)

Oro och ångest vid hyperglykemi

För alla typ 1-diabetiker är blodsockret ibland högt och ibland lågt. Vid graviditet är det ofta både svårare och viktigare att hålla bra blodsockerbalans. Vid graviditet medför också låga men speciellt höga blodsockervärden risker för fostret och därför känner den gravida ofta både oro och ångest vid hyperglykemi.

Kvinnan i blogg 1 skriver hur hon i vanliga fall blir stressad över högt blodsocker pga. risken för följsjukdomar och att stressen ännu mycket värre under graviditeten då det också kan drabba en annan människa, nämligen hennes eget barn.

”Att dessutom veta att mitt blodsocker påverkar mitt barn just nu gör oron närmast olidlig stundtals” (blogg 1)

Oro, rädsla, ångest och panik är återkommande känslor hos alla tre kvinnor vid hyperglykemi, vilket framkommer tydligt i alla tre bloggar. Kvinnan i blogg 2 skriver att det känns jättedåligt när blodsockret stiger till 13 mmol/l, vilket det lätt gör för henne efter frukost. Hon lyfter även fram aspekten att läkarna klagat på detta, vilket också känns jobbigt för henne. Kvinnan i blogg 3 beskriver flera gånger den oro och ångest hon känner när blodsockret stiger över 10 mmol/l.

“Nu ska det inte vara någon fara att ligga över 10 korta stunder och ibland. Men jag fick en sån jävla klump i magen att jag bara ville bryta ihop” (blogg 3)

“blodprovsmätaren visade 10,2 mmol. Jag fick fullkomlig panik!!” (blogg 3)

6.1.2 Hypoglykemi

Hypoglykemi är något som förekommer ofta för kvinnan i blogg 3 under hennes graviditet. Hennes insulinbehov är minskat under hela graviditeten och trots minimala doser insulin ligger blodsockret alltför ofta lågt. Även hypoglykemi är skadligt för fostret och de många låga blodsockervärdena orsakar också oro och ångest hos denna kvinna. Kategorin har två subkategorier: tät förekomst av hypoglykemi och psykisk påfrestning pga. hypoglykemi.

Tät förekomst av hypoglykemi

Kvinnan i blogg 3 berättar att hennes diabetesskötare vid ett läge menar att hennes glukagenreserver i levern är helt slut och att det är en orsak till hennes ofta förekommande låga blodsockervärden. I ett inlägg skriver kvinnan att det har varit en relativt bra blodsockerdag med ett par låga blodsockervärden men att det är som vanligt.

”Hade under flera veckor haft konstanta känningar...minskade på insulin... Men det verkade som att det inte hjälpte!” (blogg 3)

”Hon var ungefär lika bekymrad som oss när hon kollat mina värden på Diasend... Över mer eller mindre katastrofalt många låga värden, känningar” (blogg 3)

Psykisk påfrestning pga. hypoglykemi

Hypoglykemi kan vara väldigt psykiskt påfrestande. Kvinnan i blogg 3 är den av dessa tre kvinnor som verkar ha mest problem med hypoglykemi. I början av sin graviditet har hon en vanlig blodsockermätare och hon sticker sig i fingret varje gång hon behöver kontrollera sitt blodsocker. När hon senare får en sensor som sköter det jobbet åt henne beskriver hon dessutom hur det medför en viss trygghet och att hon inte längre behöver vara nervös för att inte vakna vid lågt blodsocker, eftersom sensorn piper när blodsockret understiger en utsatt gräns. Även om hennes nya sensor ger en viss trygghet beskriver hon flera gånger då blodsockret har hunnit sjunka så lågt att det känns otäckt och jobbigt.

”Jag har ätit och ätit och druckit både juice och mjölk för att få upp blodsockret. Men det har varit galet svårt, konstanta känningar” (blogg 3)

”Sedan är det dags att ta blodprov för att kolla läget efter frukosten... 3,4. Bajs rent ut sagt!!” (blogg 3)

Gravidhormoner ställer överlag till det och gör att den gravida upplever saker som jobbigare än annars och känsligheten kan ibland vara påtaglig. Kvinnan i blogg 3 upplevde att hon ibland klarade av att tampas med hypoglykemi medan de ibland orsakade näst intill nervsammanbrott eller uppgivenhet. Hon skriver i något inlägg att blodsockerkänningarna tar knäcken på henne.

”Dubbelkänning inatt...Fatta man ju! Sjukligt less” (blogg 3)

”Med en trötthet utan dess like. Jag tänker att det är diabetesrelaterat och att de dagliga känningarna i typ 30 veckors tid sätter sina spår” (blogg 3)

6.1.3 Blodsockerkamp

För att klara av att hålla sig inom de strikta blodsockergränser som rekommenderas för en gravid typ 1-diabetiker krävs det en hård blodsockerkamp. Som tidigare nämnt är T1D en individuell sjukdom och kampen ser olika ut för alla kvinnor. En del kämpar mer med höga blodsockervärden medan andra gör vad de kan för att undvika låga blodsockervärden. Kvinnan i blogg 1 skriver att blodsockerkampen är den största utmaningen under graviditeten. Kategorin har tre subkategorier: hård kamp för god blodsockernivå,

svårföränderligt blodsocker i tredje graviditetstrimestern och täta HbA1c- och blodsockerkontroller.

Hård kamp för god blodsockernivå

Speciellt i blogg 1 skrivs det mycket om den ständiga kamp som pågår för att hålla blodsockret inom strikta gränser. I ett skede skriver hon också om att hon ett tag haft rätt lätthanterligt blodsocker för att plötsligt vända till *”halvvägs nere i helvetesgapet blodsockermässigt”*. Det gäller alltså att konstant vara alert och inte slappna av även om kampen ibland är lugnare, vilket kvinnan beskrev som något av det svåraste. Hon skriver i ett inlägg följande: *“Jag skulle kunna försjunka i allt det mörka och skriva inlägg på inlägg om hur fruktansvärt jobbig blodsockerkampen faktiskt kan vara”*, vilket hon ändå väljer att inte göra utan försöker fokusera på det positiva. Den hårda blodsockerkampen går ändå inte att förbise.

“Jag vill ju så gärna ha det under 7-8 som en frisk person, men det är otroligt svårt. Korrigera, korrigera, korrigera med insulin så fort det börjar stiga – det är min vardag just nu.” (blogg 1)

“Jag fläskade verkligen på med insulin för att hålla blodsockret under 7 och jag lyckades nästan hela tiden, men det var fruktansvärt påfrestande. Blodsockerkamp 24/7 – check!” (blogg 1)

Även kvinnan i blogg 3 beskriver blodsockerkampen och hur svårt det kan vara att ligga inom gränserna. För henne är kampen mot låga blodsockervärden störst och hon jämrar sig i ett inlägg över att målet i det skedet är att aldrig ha blodsockervärden under 4 mmol/l.

“Upp och ner med blodsockret...Blir verkligen inte klok på denna sjukdom” (blogg 3)

Svårföränderligt blodsocker i tredje graviditetstrimestern

Något som kvinnan i blogg 1 upplevde i tredje graviditetstrimestern var att blodsockret var, som hon kallar det, ”segt”. Hon beskriver hur hon nästan kände att hon uppnådde någon form av stabilitet, vilket är nästan omöjligt för en typ 1-diabetiker.

“I tredje trimestern upplever jag verkligen att mitt blodsocker är seeegt. Och det är egentligen ganska bra, för det innebär att det inte blir så många tvära kast, varken upp eller ner.” (blogg 1)

“Men segt är det ju. Allt är lite annorlunda. Bland annat tar jag nästan alla bolusdoser med insulinpenna, och helst ungefär en halv timme (eller minst femton minuter) före måltider, för att kurvan ska hållas jämn.” (blogg 1)

Täta HbA1c- och blodsockerkontroller

I bakgrunden i detta examensarbete förklaras betydelsen av HbA1c och vilka nivåer som rekommenderas för typ 1-diabetiker. Ju närmare referensvärdet hos icke-diabetiker man kommer desto bättre. Blodsockerbalansen framkommer inte i HbA1c-värdet utan det är en typ av medelvärde för blodsockernivån och det behöver kollas ofta under en graviditet. I alla tre bloggarna skrivs det flera gånger om hur HbA1c-värdet ligger och att de behöver hålla koll på det.

“När jag gick in i graviditeten hade jag ett HbA1c på 32 mmol/mol. Efter det har jag fått mäta det en gång i månaden” (blogg 1)

“HbA1c är visserligen 40 vilket är bra! Dock är det ju kämpigt att hålla sig där” (blogg 2)

För att lyckas hålla god blodsockerbalans och ett bra HbA1c-värde krävs det täta blodsockerkontroller. Eftersom detta är extra viktigt i graviditeten ökade också antalet blodsockerkontroller. Både kvinnan i blogg 1 och kvinnan i blogg 2 hade redan från början blodsockersensor, vilket underlättade mycket. Kvinnan i blogg 3 hade länge traditionell blodsockermätare och det var först en bra bit in i graviditeten som hon fick sin CGM-sensor. När hon ännu mätte blodsockret från fingrarna skriver hon i ett inlägg att hon mäter blodsockret i genomsnitt 11,8 gånger per dygn, vilket gjorde att hon fick problem vid blodprovstagningarna.

“nu börjar det bli svårt att sticka i fingrarna och få ut blod för att ta blodprov” (blogg 3)

“fingrarna”... “de är ju så sönderstuckna” (blogg 3)

6.1.4 Försvårande faktorer i diabetesvården

Det finns mycket som händer i kroppen under en graviditet som också tar sig i uttryck i blodsockerbalansen och försvårar diabetesvården. Hormonella förändringar och graviditetsillamående är exempel på sådana graviditetsförändringar. Det finns också andra faktorer som försvårar diabetesekvationen, såsom infektioner. Denna kategori har tre subkategorier: oförutsägbar sjukdom, graviditetsillamående som lett till problem i samband med diabetes och infektioner som lett till rubbningar i blodsockerbalansen.

Oförutsägbar sjukdom

Alla tre kvinnor beskriver att de upplever att det saknas logik i hur blodsockret både stiger och sjunker, vilket försvårar diabetesvården. Speciellt i blogg 3 finns det otaliga situationer då blodsockret har ter sig helt annorlunda än vad som vore logiskt och man kan ana irritation.

“Helt sjuk sjukdom! Tänk om något kunde vara logiskt!” (blogg 3)

Kvinnan skriver vid ett tillfälle att sjukdomen verkligen lever sitt eget liv. I ett annat inlägg skriver kvinnan att blodsockret plötsligt skjuter i höjden även om hon ätit samma mängd kolhydrater och injicerat samma dos som dagen innan, då blodsockernivån varit stabil. Flera av dessa blogginlägg är präglade av frustration och uppgivenhet.

“Varje känning tyckte jag var ologisk, därför vågade jag inte äta så mycket. Jag trodde ju att det skulle skjuta i höjden då...” (blogg 3)

“När du är gravid diabetiker kan ju tydligen allt hända! Och det behöver inte finnas nå rim och reson alls...” (blogg 3)

Även kvinnan i blogg 1 beskriver hur påfrestande det kan vara när blodsockret är så oförutsägbart. Hon skriver att blodsockret för henne var speciellt svårhanterligt i första graviditetstrimestern. Även denna kvinna kände frustration över hur oförutsägbart blodsockret kan stiga eller sjunka.

“Otroligt påfrestande, inte minst att försöka reda ut hur mycket insulin som behövs just nu, när man inte har någonting att gå efter mer än blodsockerkurvorna och möjligen någon sorts intuition.” (blogg 1)

“Intressant ändå hur kroppen fungerar, fast jag kan bli tokig på att försöka agera bukspottskörtel åt den ibland.” (blogg 1)

Graviditetsillamående som lett till problem i samband med diabetes

I flera av bloggarna framgår diabetesrelaterade problem till följd av graviditetsillamående. I blogg 3 skriver kvinnan att hennes diabetesskötare tror att kvinnans glukosreserver i levern är slut, vilket i så fall är en orsak till hennes ständiga hypoglykemier. En annan orsak är hennes illamående som berövar aptiten och gör att hon äter mindre än hon borde för att hålla blodsockret på en bra nivå. Dessutom orsakar illamåendet ytterligare problem när blodsockret redan är lågt och kvinnan blir tvungen att äta något sött för att höja blodsockret, vilket är utmanande både pga. dålig aptit och risk för uppkastningar efteråt.

“Och eftersom jag åker på känning på känning hinner den aldrig fylla på, speciellt med tanke på illamåendet som gjort att jag absolut inte äter om jag inte måste.” (blogg 3)

“så illamående å så less på att äta. Självklart ska vi ha lågt blodsocker då så jag är tvungen att äta” (blogg 3)

För kvinnan i blogg 1 går illamåendet över om hon äter men de ständiga mellanmålen leder istället till andra problem med blodsockret. Hon skriver att hon inte är sugen på blodsockervänliga mellanmål utan sådant som är både kolhydratrikt och sött, vilket orsakar problem för blodsockerkontrollen.

“I första trimestern mådde jag illa, men det gick om bara jag åt, så jag åt väldigt ofta (vilket i sig förde med sig en del bekymmer blodsockermässigt, men det är en annan historia)” (blogg 1)

Infektioner som lett till rubbningar i blodsockerbalansen

När man har en infektion i kroppen krävs det i regel mer insulin än annars. Det förvårar diabetesvården eftersom det är en utmaning att veta om det krävs en insulinökning eller inte och hur mycket man behöver öka insulinmängden i sådana fall. Ibland är ökat insulinbehov det enda symtomet på en bakomliggande infektion. Kvinnan i blogg 2 skriver om en sådan händelse:

“har kört temporär basal (basinsulin) på pumpen på 130% de senaste dagarna så någon infektion lurar allt” (blogg 2)

Även kvinnan bakom blogg 1 skriver om det ökade insulinbehovet vid flera tillfällen då det funnits infektion i kroppen. I ett inlägg skriver hon att vid en infektion ligger blodsockret nästan konstant runt 10 mmol/l och är omöjligt att få ner, vilket är skadligt för barnet.

Gastroenterit kan leda till verkligt allvarliga problem för en diabetiker. För gravida diabetiker kan det bli riktigt allvarligt. Detta skriver kvinnan i blogg 1 om i ett inlägg där hon skriver att hon i vanliga fall är livrädd för magsjuka och nu ännu räddare med ett barn i magen. Kvinnan i blogg 2 blev drabbad av magsjuka under sin graviditet och beskriver hur jobbigt hon upplevde magsjuka i samband med T1D och graviditet.

”Utöver det hemska med att kaskadspya allt maginnehåll och sen fortsätta så ger diabetesen en extra dimension på det hela. Det går inte att bara ligga och tycka synd om sig, blodsocker och ketoner måste kollas noga kontinuerligt och efter varje kaskadspya var jag tvungen att dricka söt dryck (som såklart ska upp igen) så att jag kan ta insulin för att undvika ketoacidosis (dödligt).” (blogg 2)

6.1.5 Problem relaterat till mat

I alla analyserade bloggar kom det fram om någon typ av relation till mat. Kvinnan i blogg 1 var väldigt noggrann med att kosten skulle vara hälsosam och ”blodsockervänlig” som hon kallar det, alltså att kosten innehåller långsamma kolhydrater och/eller kolhydratfattig kost och sockersnålt. Den typen av kost gör blodsockret mer lätthanterligt då det blir både mindre toppar och dalar. Kvinnan i blogg 3 blev under sin graviditet tvungen att äta små mellanmål väldigt ofta på grund av ständigt lågt blodsocker. Det var jobbigt för henne och hon kunde känna avsky till mat då hon jämt var tvungen att äta något sött för att få upp blodsockret.

Kvinnan i blogg 3 var den av dessa tre som verkade ha mest matrelaterade problem. Hon blev mer och mer insulinresistent under graviditetens gång vilket ledde till olika typer av problem. Hon var tvungen att ta insulin länge innan hon skulle äta för att undvika blodsockertopp efter maten. För henne var det extra viktigt med rutiner vid maten och sjukvården rekommenderade henne att äta precis 40 kolhydrater till varje måltid för att lättare kunna planera målen bättre. Detta fungerade ändå inte i praktiken och hennes man lyckades inte med rutinerna vilket också försvårade för kvinnan. Kvinnan i blogg 3 var t.o.m. tvungen att hoppa över måltider ibland eftersom kroppen inte svarade alls på insulindoserna.

Subkategorierna till denna kategori är följande: tvungen att äta extra måltider trots dålig aptit, utmaning med blodsockret i samband med måltid, uppgiven av matsituation pga. insulinresistens, problem med måltider pga. risk för hyperglykemi och kost med långsamma kolhydrater.

Tvungen att äta extra måltider trots dålig aptit

För kvinnan i blogg 3 var det jobbigt när hon så ofta fick lågt blodsocker och var tvungen att äta extra måltider trots avsaknad av aptit. Detta var väldigt påfrestande och i hennes blogg framkommer det otaliga gånger hur irriterande det varit för henne med dessa extra mellanmål. I flera inlägg skriver hon hur hon gång på gång får hypoglykemi och hur trött hon är på att vara tvungen att äta täta mellanmål.

“Kan säga att det var många veckor sen mina tarmar fick vila mer än 4-5 h. Det äts fan konstant 24 h/dygn för att hålla blodsockret i schack.” (blogg 3)

“Kände nästan, “lägg in mig och ge mig dropp!” Orka äta mer... Finns liksom ingenting man är sugen på när man konstant äter och mår illa samtidigt” (blogg 3)

Utmaning med blodsockret i samband med måltid

Kvinnan i blogg 2 beskriver problem med blodsockret i samband med måltid. Hennes problem är främst att blodsockret stiger så mycket efter måltid och att hon till följd av sin insulinresistens har svårt att få ner det tillräckligt utan att det ska sjunka för mycket och istället orsaka hypoglykemi.

“Otroligt svårt att få bra blodsocker vid måltider” (blogg 2)

“Som vanligt har blodsockret skjutit iväg så fort jag ätit.” (blogg 2)

“resultatet av massivt höjda doser är att jag dimper som en sten innan lunch” (blogg 2)

Kvinnan i blogg 2 beskriver hur hon ofta känt uppgivenhet i samband med måltider. Hon skriver vid ett tillfälle att hon helst bara hade druckit vatten resten av graviditeten eftersom det är så svårt att hålla god blodsockerbalans när hon ätit. I ett annat inlägg skriver hon att hon är otroligt trött på mat och måltider.

“Sedan väntar jag en halvtimme medan resten av familjen äter sin varma mat, och äter min kalla mat. Och det blir ändå fel (för högt blodsocker). Jag hatar mat.” (blogg 2)

“Kan jag inte bara få näringsdropp istället och slippa skiten känner jag just nu” (blogg 2)

Problem med måltider pga. risk för hyperglykemi

Till följd av ”segt” blodsocker (trögt och långsam att förändras) krävdes det för både kvinnan i blogg 1 och kvinnan i blogg 2 att de tog insulin en halvtimme till en timme innan måltid för att få minsta möjliga blodsockertopp efter maten.

*“Det svåra är ju att vänta 30 minuter efter jag lagt upp den varma maten på tallriken”...
“innan jag börjar äta min då kalla mat”* (blogg 2)

“Vissa dagar har jag så segt blodsocker att jag måste ta insulin en halv till en timme före jag äter om blodsockret är lite högt” (blogg 1)

Kvinnan i blogg 2 kunde ibland ha så svårhanterligt blodsocker, speciellt på morgon, att hon ibland blev tvungen att hoppa över måltider för att ha kontroll över blodsockret. Hon skriver att hennes insulindos till frukost ibland var lika stor som hennes normala dygnsdos och att inte ens det ibland räckte till för att kunna äta frukost.

“jag hoppar över måltider emellanåt för att blodsockret inte vill som jag så jag går hungrig dessutom” (blogg 2)

”Jag måste gå upp tidigt och ta insulin för att eventuellt lyckas ha ner blodsockret så jag kan äta frukost, det lyckas inte alla dagar då får jag vänta till lunch.” (blogg 2)

Kost med långsamma kolhydrater

Speciellt kvinnan bakom blogg 1 var väldigt noggrann med sin kost och valde alltid kost med långsamma kolhydrater eller inga kolhydrater alls. På det sättet var det lättare att uppnå blodsockerbalans. På bloggen delade hon ofta med sig av sina blodsockervänliga recept. Att behöva förbereda och planera annorlunda kost var förstås ännu en sak att tänka på. Kvinnan beskriver även på bloggen att hon förberedde sig inför förlossningen genom att laga egen mat som skulle vara bättre för hennes blodsocker än sjukhusets kolhydratfulla vanliga husmanskost.

“Jag har kunnat jämföra med soppor, gröt och mos och annat som serveras på sjukhus och konstaterat att det aldrig skulle gå ihop för mig om jag vill ha ett stabilt och bra blodsocker, för så fungerar min kropp.” (blogg 1)

Hon skriver också att hon inte unnat sig något sött under graviditeten eftersom det skulle göra blodsockret så svårt att hantera.

“Lite memma för att fira att vår bebbe är här ska det banne mig bli – absolut inte när den lilla är på insidan och delar blodsocker med mig, men sen ska den här morsan slå på stort med en riva memma till efterrätt!” (blogg 1)

6.1.6 Ändringar i insulinbehovet

Det är vanligt att insulinbehovet ökar under en graviditet, såväl för diabetiker som för icke-diabetiker. Hur mycket det ökar och vid vilket skede under graviditeten varierar från kvinna till kvinna. För en del kvinnor ökar insulinbehovet inte alls utan kan t.o.m. minska, såsom för kvinnan i blogg 3 som bara behövde halva sin ordinarieinsulindos stora delar av graviditeten. Det finns tre subkategorier till denna kategori: ökat insulinbehov, oro och ångest vid ökat insulinbehov och minskat insulinbehov.

Ökat insulinbehov

Kvinnan i blogg 1 hade ökat insulinbehov i andra halvan av graviditeten. Vid ett skede skriver kvinnan i blogg 1 att hon har fördubblat både sin basalinsulindos och sina bolusdoser. Kvinnan i blogg 2 hade under hela graviditeten ökat insulinbehov och mot slutet av graviditeten skriver hon att hon kan tredubbla sin insulindos och att det ändå saknar effekt.

“Ni vet, när blodsockret bara inte vill sjunka fast man sprutar in hur mycket insulin som helst.” (blogg 1)

“Jag har fått höja doserna i mitt tycke markant, och för tillfället går jag omkring med en temporär basal på +50% för att hålla blodsockret innanför marginalerna.” (blogg 1)

Kvinnan i blogg 2 skriver i ett inlägg att läkarna uppmanar henne att ta mer och mer insulin och hon känner att hon tar enorma mängder.

“Det är lite kämpigt nu, låg på 14 i blodsocker när jag kom hem från jobbet och 30 enheter insulin (jättemängd för mig) lyckades bara sänka det till 13” (blogg 2)

Oro och ångest vid ökat insulinbehov

Kvinnan i blogg 1 skriver hur tungt och jobbigt hon upplever det ökade insulinbehovet. Trots att hon vet att det är normalt att insulinbehovet ökar under en graviditet, t.o.m. upptill tredubbelt tyckte hon det var otroligt jobbigt att se hur hon blev med och mer insulinresistent.

“Jag anstränger mig för att hålla igång insulinkänsligheten så gott jag kan, men hormoner rör jag inte på. Jag försöker tänka att det är en kort period, och att jag gör mitt bästa.” (blogg 1)

“På några få veckor har jag blivit tvungen att nästan fördubbla mina insulindoser (redan!) och det är fruktansvärt tungt” (blogg 1)

Minskat insulinbehov

Det är ganska vanligt med minskat insulinbehovet i början av graviditeten, vilket kvinnan i blogg 1 hade.

“Så här långt i graviditeten har jag nästan bara behövt sänka insulindoserna” (blogg 1)

“Jag fick också svårigheter med att blodsockret sjönk ganska mycket, speciellt efter frukost, och jag fick sänka basalen (men bara marginellt)” (blogg 1)

En del kvinnor har även minskat insulinbehov under hela graviditeten, som kvinnan i blogg 3, även om det är ovanligare.

”Jag följer inte det diagrammet alls, jag har fortfarande halverat min dos och inte dubblat som många andra fått göra.” (blogg 3)

6.2 Oro

En mer eller mindre ständig oro genomsyrar alla tre bloggar. Kvinnorna är oroliga när deras blodsocker inte hålls på bra nivå och oron grundar sig i rädsla att skada barnet. Flera av kvinnorna nämner också att de anklagar sig själva när blodsockret inte är på bra nivå. Skam och skuld finns också med i bilden och ibland kan kvinnorna ha en benägenhet att skylla sig själv för allt som inte går helt enligt planerna, vilket är psykiskt tungt. Temat oro har två kategorier: indirekta besvär av diabetes och egen prestation.

6.2.1 Indirekta besvär av diabetes

Alla tre kvinnor beskriver någon form av indirekta besvär av diabetes. Förutom alla andra graviditetsbesvär som kvinnorna har, har de också en konstant blodsockerkamp. Resultatet av detta är trötthet, orkeslöshet och stress. Ibland blir kampen, uppgivenheten, oron och ångesten så stor att kvinnorna bryter ihop. Kvinnan i blogg 1 är också orolig inför

förlossningen pga. sin diabetes. Hon är rädd att hon inte ska ha möjlighet att sköta sin sjukdom själv och hon är rädd att hon ska vara tvungen att ge över ansvaret på någon annan. Kategorin har sex subkategorier: diabetesrelaterade sömnproblem, diabetesrelaterad trötthet, diabetesrelaterad stress, bryta ihop och diabetesrelaterad oro inför förlossningen.

Diabetesrelaterade sömnproblem

Oro och rädsla för att inte vakna när man lägger sig på kvällen pga. möjlig hypoglykemi på natten resulterar i sömnproblem. Ofta är kvinnorna också tvungna att vakna på natten och äta ett mellanmål pga. hypoglykemi, vilket också stör nattsömnen. Även gravida icke-diabetiker kan ha sömnproblem men i denna kategori analyserar skribenten de sömnproblem som är diabetesrelaterade. Därmed kan dessa tre kvinnor också ha sömnbrist av andra orsaker, exempelvis av normala graviditetsförändringar, men detta uppmärksammas inte här eftersom det inte är relevant i sammanhanget. Samma princip gäller också de andra kategorierna. Kvinnan i blogg 3, som har problem med låga blodsockervärden även nattetid, skriver i flera blogginlägg att hennes sömn blir störd av att hennes sensor vibrerar och piper för att hon ska vakna och inta kolhydrater. I ett inlägg skriver hon att hon struntar i alarman från sensorn eftersom hon behöver få sova, om så bara för en halvtimme.

”Det har blivit så att jag nästan bävar för att gå och lägga mig, trots att jag är väldigt trött. Jag är så jävla nervös över hur det ska gå och vilket typ av ”misslyckande” nattens sömn ska sluta i...” (blogg 3)

”Igår släckte jag lampan klockan 22:00 (ja, på självaste nyårsafton!) och sov som en liten gris tills sensorn larmade mitt i natten och väckte mig på grund av blodsockret.” (blogg 1)

Diabetesrelaterad trötthet

Alla tre kvinnor blir vid något tillfälle trött till följd av diabetesrelaterade faktorer. Ibland är det svårt att veta exakt vad som orsakar tröttheten och det finns säkert flera bidragande faktorer till tröttheten. En faktor som dock är säker är den ständiga blodsockerkampen, vilken kvinnan i blogg 3 beskriver som tärande. Diabetesrelaterad trötthet framkommer även i blogg 1 där kvinnan beskriver livet som gravid typ 1-diabetiker som ett jobb med full jour dygnet runt.

”Jag antar att tröttheten också kommer ifrån att det är så mycket jobb med blodsockret – om jag vanligen brukar säga att diabetes typ 1 är ett heltidsjobb är det liksom full jour dygnet runt nu.” (blogg 1)

En ok fredag, mest trött och sliten efter de senaste dagarnas känningar... Det börjar kännas att det tar på kroppen! (blogg 3)

Speciellt kvinnan i blogg 3 upplevde diabetesrelaterad orkeslöshet och då hade hon bara lust att strunta i blodsockerkampen och vila ut. Hon kände helt enkelt att orken var slut. I ett inlägg skriver hon att det inte längre finns någon som helst energi och tålamod att klara de motgångar hennes T1D utsätter henne för. Även i flera andra inlägg framskrider trötthet och orkeslöshet relaterat till diabetes.

“Men efter en överjävlig natt med både känningar och höga värden var all ork som bortblåst.” (blogg 3)

“less på att bryta ihop men finns inte så mycket ork och kraft kvar i denna kropp” (blogg 3)

Diabetesrelaterad stress

Psykisk påfrestning av utmaningarna med blodsockret framkommer både i blogg 2 och 3. Ibland orsakar dessa utmaningar näst intill nervsammanbrott. I ett inlägg skriver kvinnan i blogg 3 till och med att det är skönt att ha ont i ryggen så att det tar hennes fokus en stund innan hon återgår till blodsockerångest. En annan gång skriver samma kvinna att hon vill slå sönder något när hon tror att det inte kan bli värre och hon blir överbevisad gång på gång. I ett annat inlägg skriver kvinnan med en suck att hon känner att hon inte orkar en minut till och har 16 veckor kvar av graviditeten.

“Jag kämpar och kämpar men får ändå inte rätt på det.” (blogg 2)

“Helt sanslöst hur det ska vara. Flera ggr om dagen tror jag att nån driver med mig å gör allt satyg för å testa hur mycket man klarar psykiskt.” (blogg 3)

Bryta ihop

Ibland blir diabetesmotgångarna för stora att hantera och det leder till att kvinnan bryter ihop. Dessa erfarenheter förekom mest i blogg 3 där kvinnan i ett inlägg skriver att hon har lärt sig att bryta ihop under de veckor hon varit gravid. Hon skriver i ett annat inlägg att hon vid en punkt känner att hon verkligen vill strunta i allt.

“Det var droppen för mitt psyke... Det gick inte att sluta grina.” (blogg 3)

“Blandade tårar och ilska. Så less så finner inga ord.” (blogg 3)

Diabetesrelaterad oro inför förlossningen

Kvinnan i blogg 1 skriver om sin oro inför förlossningen i samband med sin diabetes. Hon skriver att de största rädslorna hon har för förlossningen är sjukdomsrelaterade. Hon är rädd att hon inte ska vara kapabel till att sköta om sin sjukdom själv och har svårt att lita på någon

annan i den uppgiften. I samråd med barnmorskan bestäms det att hon så långt som möjligt ska få sköta om sin sjukdom själv under förlossningen, eftersom varken förlossningspersonalen eller hennes man har i närheten samma kompetens som hon har inom detta område. Hon förbereder blodsockervänlig kost färdigt för hon anser att sjukhusets mat inte är tillräckligt bra för att kunna hålla hennes blodsocker så stabilt som hon vill.

“Samtidigt som jag oroar mig lite inför förlossningen, försöker jag fokusera på det som kommer efter. Förhoppningsvis klarar jag att sköta blodsockret hela vägen, och om jag inte gör det hoppas jag att min back-up kan hjälpa mig.” (blogg 1)

“Jag har alltid varit van vid att ha full kontroll över min diabetes själv, och det skrämmer mig lite att inte veta hur kapabel jag kommer att vara att hantera blodsockret, mätningarna och insulinpumpen under förlossningssmärterna” (blogg 1)

6.2.2 Egen prestation

Alla tre kvinnor är väl medvetna om att en graviditet i samband med T1D är en högriskgraviditet. Det är stor fokus på kvinnans diabetesvård och man följer noga med blodsocker och HbA1c. Kvinnorna upplever att graviditeten blir för dem som en prestation där det råder höga förväntningar på dem. De ska prestera så bra som möjligt för att barnets hälsa sedan är direkt resultat av deras prestation. När blodsockerbalansen inte är bra leder det till självanklagelse och dåligt samvete. Kategorin har tre subkategorier: graviditet som prestation, självanklagelse och dåligt samvete samt rädsla att skada barnet.

Graviditet som prestation

Kvinnan i blogg 1 konstaterar mot slutet av sin graviditet att hon hittills har sett graviditeten som sin egen prestation, att hennes värden och graviditetsresultat helt är beroende av hennes prestationer och att allt ansvar ligger hon henne.

“Fokus har varit så starkt på att nu är det bara att kämpa som gäller, att jag nästan har glömt bort vissa väsentligheter. Så som att graviditeten faktiskt inte (bara) är en prestation.” (blogg 1)

Mot slutet av graviditeten inser hon att allt inte handlar om hennes egen prestation utan det är något mycket större och till viss del behöver man bara andas och inse att allt inte handlar om hur bra man presterar.

“Faktum är väl ändå att allt inte är i mina händer. Och att graviditeten inte är – eller i alla fall inte borde vara – ett projekt där jag ständigt ska prestera så gott jag kan.” (blogg 1)

“Som typ 1:a har jag kanske allt för mycket tagit på mig något slags ansvar för att det skulle vara mitt fel om allt inte går bra, och det är trots allt ganska orealistiskt. (För att inte säga orimligt tungt att bära på.)” (blogg 1)

Självanklagelse och dåligt samvete

Att kvinnorna ser graviditeten som ett projekt där de själva ska prestera så bra som möjligt leder också till självanklagelse och dåligt samvete när de inte kan prestera så bra som de förväntar sig av sig själva. Kvinnan i blogg 1 skriver att hon vet att hon skulle anklaga sig själv om något skulle gå snett även om hon också inser att hon gör så gott hon kan. Kvinnan i blogg 3 skriver att hon känner hopplöshet och dåligt samvete och anklagar sig själv när blodsockret inte ligger på den nivå hon önskar. I ett inlägg skriver hon att det dåliga samvetet till följd av dålig blodsockerbalans maler sönder henne.

“Det är ju min kropp och min diabetes och jag gör allt, natt som dag för att få det att funka. Och vet ni? Det hjälper inte!” (blogg 3)

” jag förklarade att den energin det tar med alla känningar är skitjobbiga, men att det inte går att jämföra med den psykiska påfrestningen och det extremt dåliga samvetet om blodsockret blir för högt och kan skada bebisen ” (blogg 3)

I ett inlägg skriver kvinnan i blogg 3 hur tårar blandas med ilska. Hon skriver hur hon hjälplöst ser hur blodsockret stiger vilket skapar ångest eftersom det kan skada babyn. Hon anklagar sig själv medan hon också känner att hon gör vad hon förmår och att det på något sätt ändå måste räcka.

”Men jag hade egentligen kunnat bryta ihop under hela gårdagen för att jag är så orkeslös och maktlös över min egen och vårt mirakels hälsa.” (blogg 3)

Rädsla att skada barnet

Rädsla att skada barnet till följd av dålig blodsockerkontroll finns hos alla tre kvinnor. I blogg 3 nämns många gånger oroliga tankar och rädsla över att barnet kanske har tagit skada av dåliga blodsockervärden.

“Paniken över att ligga högt och ev. skada vårt mirakel!” (blogg 3)

“Jag börjar bli så orolig över vad som händer i magen” (blogg 3)

Man kan följa med kvinnan i blogg 1:s hårda kamp och höga krav på blodsockret under hela graviditeten. Hon har höga krav på sig själv och är så rädd att hon ska prestera dåligt och orsaka skador hos barnet. Hon skriver att något av det svåraste hon har gjort i hela sitt liv är att *”dela blodsocker med mitt ofödda barn”* pga. det stora ansvar som ligger i hennes händer

och den ständiga oron att fostret ska ta skada. Vid ett tillfälle inser hon hur orimliga krav hon haft på sig själv och att allt inte går att påverka.

“Det finns ju faktiskt helt friska mödrar som får stora eller små barn, friska eller sjuka, oavsett hur väl de har ”skött sig” och ”presterat”. ” (blogg 1)

“Så många andra faktorer påverkar vilken liten människa mitt barn blir, och nu på slutrakan börjar jag mer och mer inse att projekt graviditet inte är det mest väsentliga här.” (blogg 1)

6.3 Dubbelt fokus

Det tredje temat i resultatdelen är dubbelt fokus. Kategorierna under temat är: sjukdomen tar fokus från graviditeten och fokus på resultatet. Kvinnorna upplever ibland under graviditeten att fokus kan hamna helt på sjukdomen och det faktum att de väntar barn kan nästan helt glömmas bort mellan alla funderingar, mätningar och stick.

6.3.1 Sjukdomen tar fokus från graviditeten

I och med att T1D och graviditet utgör en högriskgraviditet läggs mycket resurser på kvinnan och hennes sjukdom och man gör sitt bästa för att resultatet ska bli så bra som möjligt. Baksidan av detta är risken att fokus tas från själva graviditeten och kvinnorna känner sig mera som en patient än som en gravid kvinna. Kategorin har fyra subkategorier: extra besök hos sjukvården pga. T1D, risk att sjukdomen tar fokus från graviditeten, sjukskrivning pga. T1D och rädsla för komplikationer av graviditet och T1D.

Extra besök hos sjukvården pga. T1D

Kvinnorna har delade meningar om besöken hos sjukvården. Alla tycker de att det är bra att få hjälp och stöd under graviditeten och att de får gå på regelbundna kontroller hos sjukvården. Samtidigt kan det kännas jobbigt och ångestframkallande ibland. Kvinnan i blogg 3 skriver ett inlägg om när hon varit på specialistmödravården *”för vilken gång i ordningen har jag ingen aning om”*. Liknande inlägg kommer flera gånger och man kan antyda att det känns lite jobbigt med de täta besöken, samtidigt som det känns bra att få stöd och förståelse.

“På väg till Specialistmödravården på Akademiska sjukhuset...Känns som att det är typ 100:e gången!” (blogg 3)

“Skönt när man träffat diabetesteamet så pass många ggr att de förstår “min situation”” (blogg 3)

Kvinnan i blogg 2 skriver om att det blir svårt att få ihop alla sjukbesök med jobbet. Hon beskriver också ångesten hon får vid samtalen med läkare och känslan att bli kritiskt granskad vid besök hos sjukvården.

“jag måste alltid försöka vara på jobbet lite tidigare och gå lite senare för att jobba in flex för alla sjukvårdsbesök” (blogg 2)

” Så var det dags, i onsdags ringde läkarna mig som de gör en gång i veckan”... “Alltid lika ångestfyllt för mig” (blogg 2)

Kvinnan i blogg 1 har inte lika täta besök hos sjukvården som de flesta gravida typ 1-diabetiker har men hon skriver också att det inte stör henne. Även hon upplever att läkarna klagar och man kan antyda en frustration när hon skriver blogginlägg om sjukvårdsbesöken.

“Jag var faktiskt till läkaren (eller en av läkarna eftersom det oftast är olika) igår, och passade på att fråga varför jag går så ”sällan”... “Det här känns egentligen helt okej för mig, eftersom jag som bekant inte är något större fan av sjukhus och läkarbesök” (blogg 1)

”Och jag blir så trött på att det alltid ska hittas något att klanka ner på.” (blogg 1)

Risk att sjukdomen tar över graviditeten

All den extra energi som T1D kräver vid en graviditet kan lätt stjäla fokus från själva graviditeten. Detta fenomen framkommer i flera av bloggarna.

“Det är inte något slags ”toppresultat” som är slutmålet, utan barnet, det nya lilla livet som påverkas av så mycket annat än bara min diabetes” (blogg 1)

“Jag känner inte att jag mentalt hunnit ställa in mig på att vi ska ha en bebis till än, för allt annat tar upp all energi så det hinner jag inte ens tänka på. Vilket gör att jag känner mig ännu mer otillräcklig.” (blogg 2)

Sjukskrivning pga. T1D

Alla tre kvinnor har lite olika förhållande till sjukskrivning till följd diabetes. Kvinna 1 skriver inte så mycket om sjukskrivning. Kvinna 2 upplever att ”alla andra” har så lätt att sjukskriva sig pga. diabetes men att hon knegar på även om det är jobbigt. Hon skriver också vid något skede att det skulle vara bäst för henne att jobba mindre för att bättre kunna ha kontroll över blodsockret och orka med allt, men att det inte finns ekonomisk möjlighet.

”Jag tycker att alla andra diabetiker (stämmer inte) blir sjukskrivna väldigt lätt under graviditeten, medan jag jobbar mig in i kaklet. Jag är för dålig på att säga ifrån, och för mycket av en trygghetsnarkoman när det gäller ekonomin” (blogg 2)

Kvinna 3 är sjukskriven största delen av sin graviditet och skriver att det gör att hon känner sig både otillräcklig och misslyckad men att hon samtidigt inte tvekar på att göra det som hon tror är bäst för både henne och fostret.

“jag är hemma för min egen hälsas bästa och framförallt för att ge vårt kommande barn de bästa förutsättningarna” (blogg 3)

“Jag har egentligen ALDRIG tvekat över att vara sjukskriven, även om det varit psykiskt påfrestande att känna att man inte duger!” (blogg 3)

Rädsla för komplikationer av graviditet och T1D

Det har tidigare blivit skrivet om risken för komplikationer hos fostret till en mamma med T1D och oron som den utgör hos mamman. Vid graviditet i samband med T1D är även risken för en del komplikationer hos mamman ökad. Typ 1-diabetiker bär hela tiden med sig vetskapen om att ju sämre blodsockerbalans och ju högre HbA1c man har, desto större är risken för följsjukdomar. Det finns en del komplikationer som det är ännu större risk för vid graviditet, t.ex. förändringar i ögonbotten (som i sin tur kan leda till blindhet). Rädsla för dessa komplikationer nämns speciellt i blogg 2 där hon nämner bland annat att läkaren uppmanade henne att sänka sitt HbA1c snabbt, vilket kan orsaka skador på ögonen. I ett annat inlägg nämner hon rädslan för negativ påverkan på njurar och levern, vilket gravida kvinnor med T1D löper större risk för.

“Nu var jag nervös; skulle där vara skador som kräver laserbehandling? Har jag orsakat mig synskador, kommer jag få behålla körkortet?” (blogg 2)

“det är större risker med att föda stora barn som diabetiker och barnets axlar har lättare att bli stela och fastna.” (blogg 2)

6.3.2 Fokus på resultatet

Trots att sjukdomen tog mycket energi och tid av kvinnorna försökte de hålla fokus på resultatet av graviditeten. Att tänka på baby och det som kommer efter graviditeten kunde göra kampen lättare för kvinnorna. Subkategorier till denna kategori är väntan på att graviditeten ska vara över och stort jobb men värt besväret.

Väntan på att graviditeten ska vara över

Den tunga blodsockerkampen samt kvinnornas egna och sjukvårdens hårda krav på kvinnorna kan vara otroligt påfrestande och i flera av bloggarna kommer det fram väntan på att graviditeten ska vara över.

“jag kan ju inte strunta i min diabetes så fort bebisen kommit ut, däremot kan jag slippa det dåliga samvetet” (blogg 3)

“Jag längtar dock tills bebis är här så jag slipper bli granskad och bedömd varje vecka, kunna ta en bit choklad utan att få en massa ifrågasättande” (blogg 2)

Stort jobb men värt besväret

Det är lätt att konstatera att en graviditet i samband med T1D är ett stort jobb, som kvinnan i blogg 1 skriver att det som annars är ett heltidsjobb under graviditeten är ett jobb med full jour dygnet runt. Under graviditeten försöker hon hålla fokus på slutresultatet för att komma ihåg vad hon kämpar för och på så sätt få nya krafter.

”Några månader till bara, sen kommer jag att släppa lite på kontrollen och kanske återgå till att tycka att blodsockervärden under 10 är ok. Återgå till att leva lite också, för det känner jag faktiskt stundtals att jag inte riktigt gör nu – det är att överleva som gäller. Nu kämpar jag så hårt jag kan för mitt barn. Det finns liksom inga andra alternativ för mig.” (blogg 1)

Samma kvinna skriver ändå att det helt klart var värt besväret och till och med vackert.

“För fast det är tungt ibland, och fast blodsockerkampen kan vara helvetisk, så känner jag ändå redan att jag kommer att se tillbaka på den här tiden som något av det finaste jag har varit med om.” (blogg 1)

När hon fött sitt älskade barn skriver hon att hon skulle genomgå alla blodsockerkamper för sitt barn. Det skriver hon också medan hon ännu är gravid:

“För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen.” (blogg 1)

7 Diskussion

I detta kapitel ingår metoddiskussion och resultatdiskussion. Skribenten granskar arbetets trovärdighet i metoddiskussionen. I samma del diskuteras studiens utförande samt styrkor och svagheter. I resultatdelen ställer skribenten forskningsresultatet mot arbetets bakgrund och tidigare forskning i ämnet. Resultatet speglas även mot teoretiska utgångspunkter.

7.1 Metoddiskussion

I detta kapitel görs en kritisk granskning av examensarbetet så objektivt som möjligt. Skribenten granskar trovärdigheten av datainsamling, urval och dataanalys i arbetet. Skribenten ser kritiskt på arbetet och granskar både styrkor och svagheter i arbetet. Som stöd

för metoddiskussionen används Maria Henricsons bok ”Vetenskaplig teori och metod” från år 2012 s. 472 – 478.

Resultatet har analyserats med ett kvalitativt förhållningssätt. Skribenten ansåg detta förhållningssätt vara passande eftersom syftet med studien var att få större kunskap i gravida typ 1-diabetikers specifika upplevelser. Innehållet i tre bloggar har analyserats och presenteras i resultatdelen. De tre kvinnor som beskriver sina graviditetsupplevelser och vars blogginlägg har analyserats i detta examensarbete, har olika erfarenheter av graviditet i samband med T1D. Det finns en hel del gemensamma nämnare bland upplevelserna med även en hel del skillnader. Detta resultat är liknande med resultat från tidigare studier som visar på en hel del likheter men även markanta skillnader i gravida typ 1-diabetikers upplevelser av sjukdomens påverkan på graviditeten.

Bloggtexter ansågs vara ett bra alternativ för att få svar på syftet och frågeställningen eftersom blogginlägg ofta skrivs i dagboksliknande form och det var de innersta tankarna och upplevelserna som skribenten vill åt i sitt arbete. Flera olika sökord användes vid sökning av passande bloggar. Skribenten skummade genom många bloggar vid sökandet efter de mest beskrivande, passande och uppdaterade bloggarna. Två av bloggarna, ”Diabetikerns dröm om barn” och ”Gravid typ 1-diabetiker”, hittades med sökmotorn Google genom sökordet ”gravid typ 1 diabetes blogg”. Den tredje bloggen var bekant för skribenten sedan tidigare och söktes upp med sitt namn ”Att vara etta” på sökmotorn Google. Eftersom tre bloggar är ganska få till antalet kan det tänkas att resultatet hade kunnat se lite annorlunda ut om tre andra bloggar hade fungerat som datamaterial. Dock är slutsatsen att upplevelserna är individuella medan en del saker är gemensamt för de flesta. Bloggtexterna från de tre kvinnornas bloggar sammanslagna resulterade i 73 sidor text. Däremot var texterna inte jämt fördelade mellan bloggarna utan både kvinnan i blogg 1 och kvinnan i blogg 3 stod för mera text än kvinnan i blogg 2, vars blogginlägg publicerades mera sällan. Detta resulterar i att denna kvinnas upplevelser blir svårare att analysera. Det är också skäl att fundera över om kvinnorna är ärliga i sina texter, hur ofta kvinnorna uppdaterar samt hur kvinnorna väljer att skriva och vilka aspekter som lyfts fram. Dessa faktorer gör arbetet utmanande och det är omöjligt att förstå på vilket sätt de faktiskt påverkar resultatet av studien. Skribenten väljer ändå att uppfatta bloggmaterial som ärligt från kvinnornas sida eftersom kvinnorna skriver sina bloggtexter i syftet att andra ska kunna få större förståelse och kvinnor i samma situation ska känna igen sig i upplevelserna. Kvinnan i blogg 1 skriver till exempel att hon hade kunnat försjuka sig i den hårda diabeteskampen och skriva inlägg

efter inlägg om hur jobbigt det faktiskt är men väljer istället att lägga större fokus på det ljusa och positiva med graviditeten.

Dataanalysen gick till så att skribenten läste genom alla blogginlägg som publicerats från att kvinnorna berättade att de var gravida till förlossningen. Därefter samlades de blogginlägg som ansågs vara i betydelse för studien ihop i ett dokument, vilket resulterade i 73 sidor text. Från denna textmassa gjorde skribenten upp tre tabeller innehållande meningsenheter och subkategorier, en tabell per blogg. Därefter gjordes en gemensam tabell och nya subkategorier bildades samt kategorier och teman. En del av subkategorierna är gemensamma för alla bloggar, en del för två av bloggarna och en del är specifika för bara en av bloggarna. Eftersom studien är kvalitativ och endast tre personer fungerat som informanter samt det faktum att T1D är en individuell sjukdom, har skribenten valt att inkludera även sådana subkategorier som gäller endast för enskilda föderskor.

Skribenten har själv T1D vilket ger förkunskap och förförståelse kring sjukdomen. Däremot har skribenten inte själv upplevt graviditet och har inte förkunskap inom att vara gravid och ha T1D. Förkunskap och förförståelse kan beaktas som både positivt och negativt. Det negativa vore om skribenten lämnade bort vissa delar eftersom det ansågs självklart eller delar som skribenten inte själv kände igen eftersom skribenten själv inte upplevt liknande situationer på samma sätt som informanterna. Skribenten har försökt vara så objektiv som möjligt och haft nytta av sina förkunskaper genom att ha bättre förståelse för olika tankar, känslor och fenomen som kvinnorna skriver om i sina bloggar. Det är dock omöjligt att helt utesluta att förkunskapen och förförståelsen kan ha påverkat resultatet. Resultatet i studien svarar på syftet och frågeställningen eftersom arbetet ger mera kunskap och förståelse kring ämnet.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel speglas resultatet av studien mot bakgrunden och tidigare forskning. Som teoretisk utgångspunkt användes Marie Bergs teori som kallas ”Genuint vårdande av det genuina”.

Syftet med studien var att få reda på hur gravida kvinnor med T1D upplever att sjukdomen påverkar graviditeten. Det faktum att det i en graviditet där den gravida har T1D finns en hel del orosmoment, gör att kvinnan behöver extra stöd såväl professionellt som från sin partner och sina närstående. Även om sjukdomen kräver hårt arbete under graviditeten är det viktigt

att komma ihåg att det är en vanlig kvinna som är gravid med sitt barn. Sjukdomen får inte ta fokus från det. Skribenten fokuserade i detta examensarbete på kvinnans upplevelser och arbetet var riktat ur patientperspektiv. Målet var att sprida större kunskap om och förståelse för sjukdomen främst hos hälsovårdare men också hos barnmorskor. Frågeställningen var följande: *Hur upplever gravida kvinnor med T1D att sjukdomen påverkar graviditeten?*

Resultatet i föreliggande studie visar att kvinnorna upplevde att diabetes gjorde graviditeten till en kamp, oro och dubbelt fokus. Kvinnorna beskrev graviditeten delvis som en ständig blodsockerkamp för att försöka hålla de strikta blodsockergränserna som rekommenderas. Normala graviditetsförändringar förde också med sig oförutsägbart blodsocker vilket försvårade blodsockerkampen ytterligare. Kampen såg olika ut för de tre kvinnorna. Kvinnan i blogg 2 hade problem med insulinresistens nästan hela graviditeten medan kvinnan i blogg 3 hade problem med hypoglykemi under hela sin graviditet. Kvinnan i blogg 1 hade ökat insulinbehov och beskrev sitt blodsocker som ”trögt” och ”segt” i andra halvan av sin graviditet. En mer eller mindre ständig oro genomsyrade alla tre bloggar. Kvinnorna var oroliga när deras blodsocker inte hölls på bra nivå och oron grundade sig i rädsla att skada barnet. Skam och skuld fanns också med i bilden och kvinnorna hade en benägenhet att anklaga sig själva när allt inte gick helt enligt planerna, vilket var psykiskt påfrestande. Kvinnorna upplevde även att diabetes lätt tog fokus från graviditeten. Ständigt var det en balansgång mellan diabetesrelaterade faktorer såsom blodsockermätningar och måltidsplanering och själva graviditeten och babyn som växer i livmodern.

Den teori som fungerade som modell för arbetet var de tredelade teorin ”Genuint vårdande av det genuina”. De tre delar som den innehöll var följande: *Värdighetsbevarande vårdrelation, en balansering av det naturliga och det medicinska perspektivet och förkroppsligad kunskap*. Motivet för formande av teorin utgår från Bergs uppfattning om att gravida kvinnor med hög risk är mer sårbara och utsatta samt mer ångestfulla och oroliga under graviditeten än kvinnor vars graviditet inte är riskfylld. Större risk under graviditeten korrelerar med lägre själv effektivitet vilket i sin tur har en negativ effekt på riskbedömning och känslor. Marie Berg skapade en mödravårdsmodell för hur man på bästa sätt ska vårda gravida/födande kvinnor med hög risk. Teorin fokuserar på att se kvinnomas värde som människor, men speciellt som blivande mödrar. Bergs teori går ut på att skapa en genuin och ömsesidig vårdrelation där den gravida kvinnan känner tillit till vårdaren. Detta ska grunda sig i professionalitet och kunskap hos vårdaren för att kvinnan ska känna sig trygg. Berg menar även att det är viktigt med närvaro i en vårdrelation. När vårdaren inte kan vara fysiskt närvarande behöver kvinnan känna att han/hon är psykiskt närvarande. I

vårdrelationen behöver även det ävenråda delat ansvarstagande och genuin dialog. Även om kvinnans graviditet är en riskgraviditet som kräver specialsjukvård behöver hon få vara delaktig i vården och planeringen.

Balansgången mellan den medicinska aspekten och den normala graviditeten framgår i resultatet av föreliggande studie. Dessa två aspekter behöver beaktas för vårdpersonal som vårdar kvinnor med högriskgraviditet, i detta fall T1D. Det är viktigt att vårda sjukdomen extra noga under graviditeten och ge bästa möjliga vård och stöd åt dessa kvinnor. Samtidigt är det också viktigt att se dessa kvinnor som helt vanliga kvinnor på sin resa till moderskap och även i detta behöver dessa kvinnor råd och stöd som vilken annan gravid kvinna som helst. En av kvinnorna skrev i ett blogginlägg att hon ibland nästan glömmer bort det faktum att hon är gravid och ska bli mamma i all diabetesstress. I resultatet blir den utmaning som graviditet vid T1D utgör tydlig. Någon av kvinnorna skriver att det är den största och hårdaste kampen de varit med om. Det är därför glädjande att se att kvinnorna ändå skulle vara beredda att gå genom det igen för det härliga resultat det gav.

Berg påstår att gravida kvinnor med hög risk är extra sårbara. Sårbarheten blir uppenbar när man använder sig av en individuell förlossningsplan och negativa känslor är vanligare hos kvinnor med hög risk än hos kvinnor med normal graviditet och förlossning. Under graviditeten känner kvinnorna en anknytning till barnet men samtidigt ett överdrivet stort ansvar över barnet. Under komplicerade förlossningar känns det viktigt för kvinnor med hög risk att bli sedda som enskilda personer. Liksom kvinnor med normal graviditet och förlossning behöver också gravida diabetiker en känslomässig, närvarande barnmorska som ser, ger förtroende och stödjer. Barnafödande är naturligt men kräver medicinska åtgärder. Barnmorskans uppgift är att bevara det naturliga i balans med det medicinska och ha ett värdighetsskyddande och omtänksamt förhållande till den födande kvinnan. (Berg, M. 2002) Eftersom T1D utgör en högriskgraviditet ansåg skribenten av Marie Bergs teori passade ypperligt som modell för detta arbete.

Kvinnorna i bloggarna avslöjade sina graviditeter först när första graviditetstrimestern hade passerat, vilket lämnar de första tolv veckorna av graviditeten mer eller mindre icke-analyserad. Kvinnan i blogg 1 skrev ett blogginlägg där hon förklarade hur hon upplevde första delen av sin graviditet men detta till trots förblev första graviditetstrimestern ett föremål för obesvarade frågor. Alla tre kvinnor som fungerade som informanter hade varierande upplevelser av graviditeten. Detta medför svårigheter i att generalisera och se

tydliga mönster i de olika graviditeterna men det visar även hur varierande diabetesvården kan se ut från en person till en annan.

Alla tre kvinnor som fungerade som informanter antydde att de har negativa upplevelser av att besöka sjukvården. Detta beror till viss del på att de upplevde att de blev kritiserade och att det alltid fanns något att "klaga på". Professionaliteten, närvaron, ömsesidigheten, den genuina dialogen och tilliten var vacklande. Kvinnan i blogg 1 blev inte kallad till sjukvården lika ofta som man brukar vid graviditet och T1D, vilket hon ifrågasatte. Dels kände hon att det inte gjorde något eftersom hon ansåg att hon själv besatt störst kunskap om sin egen sjukdom men dels kände hon avsaknad av omsorg och känsla av att vara bortglömd.

Tidigare forskning inom ämnet visar att gravida kvinnor med T1D upplever mera negativa känslor, depression och oro än kvinnor utan diabetes. Detta syns även i resultatet av föreliggande studie, där oro är en av tre övergripande teman. Kvinnorna var rädda för att blodsockret inte skulle hållas på bra nivå och de var ännu mer oroliga när blodsockret steg eller sjönk. Oron grundade sig i rädsla att barnet skulle ta skada. Dessutom hade kvinnorna en tendens att känna överdrivet ansvar över blodsockervändningarna, vilket skapade känslor av skuld och skam när blodsockret inte hölls på bra nivå. Tidigare studier understryker även betydelsen av stöd och uppmuntran från närstående och vårdpersonal. En studie visar att de kvinnor som fick stöd och bekräftelse från vårdpersonal, för skötseln av sin diabetes, kände mer positiva känslor. En annan studie betonar kampen som diabetes utgör under graviditet men även de överraskande positiva upplevelser som kvinnorna hade av graviditeten. Studier visar även att kvinnor upplever att T1D under graviditet utgör ett heltidsjobb, vilket även kvinnan i blogg 1 uttrycker i ett inlägg.

8 Slutsats

I inledningen skriver jag hur jag i detta examensarbete ville fördjupa mig i sambandet mellan T1D och graviditet. Mitt fokus skulle vara på upplevelserna så jag valde snabbt ett kvalitativt förhållningssätt för min studie. Mitt mål var att öka kunskapen om sjukdomen samt öka förståelsen för hur sjukdomen påverkar en graviditet hos vårdpersonal i största allmänhet, men speciellt hos hälsovårdare. Min intention var att arbeta bort de missförstånd och fördomar som råder kring T1D och som jag själv som typ 1-diabetiker varit föremål för.

I detta arbete har jag gjort en djupdykning i tre kvinnors upplevelser av att vänta barn och ha T1D. Resultatet i studien upplyser hur olika T1D kan te sig under graviditet. Alla tre

kvinnor kämpade med olika saker mot samma mål, nämligen god blodsockerbalans och ett bra långtidsblodsockervärde, HbA1c. Resultatet är indelat i tre teman; kamp, oro och dubbelt fokus. Kampen var en kamp mot hyper- och hypoglykemi, en kamp för sunda blodsockervärden. Oron låg nära till hands för alla tre kvinnor. De oroade sig mer eller mindre konstant för att blodsockret inte skulle hållas på önskade nivåer och kände en ännu större oro när blodsockret inte hölls inom gränserna. Oron bottnade i rädsla över att barnet skulle ta skada och tanken att kvinnorna själva skulle ha kunnat hindra skadan var oöverkomlig. Att se graviditeten som prestation låg nära till hands för kvinnorna och kvinnorna hade behövt mera stöd och uppmuntran än de fick för sitt slit. Detta speciellt från sjukvården, som borde vara en stöttande och trygg punkt i kvinnans graviditet. Temat dubbelt fokus syftar på kampen mellan det medicinska perspektivet och den normala graviditeten. Kvinnorna kämpade med att hålla sitt fokus på baby och själva graviditeten, medan diabetes hade en tendens att konstant dra fokuset till sig.

Jag tänker mig att hälsovårdare skulle ha nytta av att läsa detta examensarbete för att få mer kunskap och förståelse i hur T1D påverkar en graviditet. Genom att lägga sig in i andra människors upplevelser erhåller man djupare förståelse och kan också ge bättre psykiskt stöd åt andra i samma situation. Det är viktigt att den gravida kvinnan med T1D får känna att hälsovårdaren bryr sig om hennes situation och sjukdom, även om hon är den som vet mest om sin diabetes. Framförallt behöver hälsovårdaren se henne som en vanlig blivande mamma och bemöta henne med respekt. Mina förslag på fortsatt forskning inom ämnet graviditet och T1D är följande:

- Hur upplevs det professionella stödet under graviditeten?
- Hur påverkas insulinbehovet och krav på diabetesvården efter en graviditet och hur fungerar det med amning?

Källförteckning

Agardh, C-D. & Berne, C., red., 2009. *Diabetes*. (4:e uppl.). Stockholm: Liber.

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

Berg, M. 2005. A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *The Journal of Perinatal Education*. 14(1), s. 9 – 21.

Berg, M. 2002. Genuine Caring in Caring for the Genuine. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine.

Diabetesförbundet. *Stress* (2016a). [Online] <https://www.diabetes.se/diabetes/leva/kroppen/stress/> [Hämtat: 14.5.2019]

Diabetesförbundet. *Blodsocker (kontroll)* (2016b). [Online] <https://www.diabetes.se/diabetes/leva/blodsockerkontroll/> [Hämtat: 9.5.2019]

Diabetesförbundet. *Att ha högt eller lågt blodsocker* (2016c). [Online] <https://www.diabetes.se/diabetes/leva/blodsockerkontroll/hogt-lagt-blodsocker/> [Hämtat: 14.5.2019]

Diabetesförbundet. *Typ 1 diabetes* (2017). [Online] <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-1/> [Hämtat: 9.5.2019]

Diabetesförbundet i Finland. *Blodsockret under sjukdagar*. (2011). [Online] https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/tidningar_och_material/artikelarkiv/diabetes_och_andra_sjukdomar/blodsockret_under_sjukdagar.2831.news?1018_o=15 [Hämtat: 14.5.2019]

Diabetesförbundet i Finland. *Typ 1 diabetes* (u.å.a). [Online] https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/typ_1-diabetes [Hämtat: 9.5.2019].

Diabetesförbundet i Finland. *Långtidblodssockret HbA1c* (u.å.b). [Online] https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/att_mata_blodsockret/langtidsblodssockret_hba1c [Hämtat: 9.5.2019]

Edwards, H., Speight, J., Bridgman, H. & Skinner, T., 2016. The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model from contemplation to motherhood. *Practical Diabetes*, 33(6): 194–199.

Feig, D., Asztalos, E., Corcoy, R. et al. 2016. CONCEPTT: Continuous Glucose Monitoring in Women with Type 1 Diabetes in Pregnancy Trial: A multi-center, multi-national, randomized controlled trial- Study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:167.

Feldman, AZ., Brown, FM., 2016. Management of Type 1 Diabetes in Pregnancy. *Springer: Current Diabetes Reports*. [Online] 10.1007/s11892-016-0765-z. [Hämtat: 27.4.2020]

Henricson, M. 2012. Diskussion. Ingår i: Henricson, M., red. *Vetenskaplig teori och metod*. (Uppl. 1:1), Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. red, 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Uppl. 1:1). Lund: Studentlitteratur.

Hälsobyn. *Graviditetsdiabetes* (u.å.a). [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/problem-under-graviditeten/graviditetsdiabetes> [Hämtat: 15.5.2019]

Hälsobyn. *Diabetes typ 1* (u.å.b). [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/grundssjukdomar-och-graviditet/diabetes-typ-1> [Hämtat: 15.5.2019]

Internetmedicin. *Typ 1- och typ 2-diabetes, graviditet*. (2019). [Online] <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5801#> [Hämtat: 24.10.2019]

Kjellström, S. *Forskningsetik*, 2017. Ingår i Henricson, M. red, 2017. *Vetenskaplig teori och metod* (Uppl. 1:1). Lund: Studentlitteratur.

Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T., red., 2015. *Handbok för mödrarådgivningen*. Tammerfors: Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab.

Käypähoito. *Omsorgsfull behandling av graviditetsdiabetesfrämjar välmående både för den gravida kvinnan och för barnet som kommer att födas*. (2014). [Online] <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00093#readmore> [Hämtat: 24.10.2019]

Käypähoito. *Diabetes-lider du av diabetes utan att veta om det?* (2018a). [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00065> [Hämtat: 14.5.2019]

Käypähoito. *Insulinberoende diabetes*. (2018b). [Online] <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00117#readmore> [Hämtat: 24.10.2019]

Käypähoito. *Tyypin 2 diabetes*. (2018c). [Online] <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056#readmore> [Hämtat: 14.10.2019]

Marie Berg (u.å.). [Online] <https://www.gu.se/omuniversitetet/personal/?userId=xbmary> [Hämtat: 10.9.2019]

McGrath, M. & Chrisler, J., 2017. A lot of hard work, but doable: Pregnancy experiences of women with type-1 diabetes. *Health Care for Women international*, 38(6), s. 571 - 592.

Michael, M., Holmes V., Patterson C. et al. 2015. Glycemic Targets in the Second and Third Trimester of Pregnancy for Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 38 (1) 34 – 42.

Woolley, M., et.al. 2014. Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women's first experiences. *Practical Diabetes*, 32(1), s. 13–18

Stöd och uppmuntran?

- En kvalitativ ministudie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten

Anni Sundström

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

Utbildningen Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020

UTVECKLINGSSARBETE

Författare: Anni Sundström

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Stöd och uppmuntran? – En kvalitativ ministudie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten

Datum: november 2020

Sidantal: 16

Bilagor: 0

Abstrakt

Utvecklingsarbetet är en fortsättning på mitt examensarbete *"För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen."* - En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten. (Anni Sundström, 2020) Syftet med studien är att ta reda på hur kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten. Målet med studien är att förbättra det professionella stödet åt dessa kvinnor. Marie Bergs teori "Genuint vårdande av det genuina" fungerar som teoretisk utgångspunkt. Informanterna till arbetet är samma tre kvinnor som fungerat som informanter i examensarbetet och datamaterialet är hämtat från tre bloggar. Resultatet av studien är analyserat med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av studien är indelat i sex kategorier; Negativa upplevelser av läkare, varierande kunskap och engagemang hos läkare, bristande stöd från sjukvården, kunniga och hjälpsamma barnmorskor, kritisk granskning av den gravida kvinnan samt sjukledighet vid graviditet och diabetes typ 1. Resultatet visar att kvinnor med diabetes typ 1 upplever att det professionella stödet under graviditeten är bristande. Kvinnorna önskar att de skulle få mer stöd och uppmuntran från vårdpersonal. Speciellt erfarenheterna av läkare och övrig sjukvårdpersonal är dåliga. Kvinnorna upplever störst stöd och förståelse av barnmorskor.

Språk: Svenska

Nyckelord: graviditet, diabetes typ 1, professionellt stöd, upplevelser

BACHELOR'S THESIS

Author: Anni Sundström

Degree Programme: Public Health Nursing

Supervisor: Marie Hjortell

Title: Support and encouragement? – A qualitative study about how pregnant women with diabetes type 1 experiences the professional support during pregnancy

Date: November 2020

Number of pages: 16

Appendices: 0

Abstract

This is an immersed study of the Bachelor's thesis "*For you who live and grow and kick in my womb. For you, I take all the blood sugar battles in the world.*" - A qualitative study of how pregnant women with type 1 diabetes experience the disease affecting pregnancy (Anni Sundström, 2020). The aim of this study is to find out how women with diabetes type 1 experience the professional support during pregnancy. The goal is to improve the professional support to these women. Marie Berg's theory "Genuine Caring of the Genuine" serves as theoretical starting point. The participants in the study are the same three women as in the Bachelor's thesis and the data are taken from three blogs. The result of the study is analyzed through a qualitative content analysis.

The result of the study is divided in six categories; Negative experiences of doctors, variations in knowledge and involvement of doctors, lack of support from healthcare, competent and helpful midwives, critical examination of the pregnant woman and sick-leave during pregnancy and diabetes type 1. The result shows that type 1-diabetic women experience lack of professional support during pregnancy. The women wish that they would receive more support and encouragement from healthcare professionals. Especially the experiences of doctors and other health care professionals are ignoble. The women experience the biggest support and understanding from midwives.

Language: Swedish Key words: pregnancy, diabetes type 1, professional support, experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	51
2	Syfte.....	51
3	Bakgrund	52
3.1	Professionellt stöd	52
3.2	Graviditetsuppföljning och förlossning	53
3.3	Tidigare forskning om upplevelser av professionellt stöd under graviditet...53	
4	Metodbeskrivning	55
5	Resultat.....	55
5.1	Negativa upplevelser av läkare	56
5.2	Varierande kunskap och engagemang hos läkare	56
5.3	Bristande stöd från sjukvården	57
5.4	Kunniga och hjälpsamma barnmorskor	58
5.5	Kritisk granskning av den gravida kvinnan.....	59
5.6	Sjukledighet vid graviditet och diabetes.....	59
6	Diskussion	60
6.1	Metoddiskussion.....	60
6.2	Resultatdiskussion.....	62
	Källförteckning	

1 Inledning

Hos kvinnor med en högriskgraviditet är behovet av stöd och uppmuntran ännu större än hos kvinnor med normalgraviditet. Förutom alla fysiologiska förändringar och graviditetshormoner utgör sjukdomen en kamp och en oro. Dessutom tenderar diabetes typ 1 att ta fokus från själva graviditeten. Jag har själv diabetes typ 1 och har därmed både förkunskaper i form av fakta om sjukdom och erfarenhet om hur det är att leva med sjukdomen. Jag har däremot inga erfarenheter av att vara gravid som typ 1-diabetiker. Jag försöker använda förkunskapen som en tillgång men försöker samtidigt vara så objektiv som möjligt.

I mitt examensarbete var syftet att ta reda på hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten. Resultatet visar att sjukdomen utgör en hård blodsockerkamp, oro samt en balansgång mellan det medicinska perspektivet och själva graviditeten. Som förslag för fortsatta studier inom området, gav jag bland annat upplevelser av det professionella stödet, vilket inte studerades i examensarbetet. Detta kommer jag att i mitt utvecklingsarbete försöka ta reda på. Som format har en ministudie valts för att göra en fortsättning på den studie som har gjorts men med syftet att dyka in i ett annat område gällande upplevelser av graviditet och diabetes typ 1. Alla hänvisningar i detta arbete syftar till examensarbetet *“För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen.”* - En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten (Anni Sundström, 2020, opublicerat examensarbete).

I mitt utvecklingsarbete använder jag mig av samma metod, d.v.s. kvalitativ innehållsanalys, och samma teoretiska utgångspunkter som i mitt examensarbete. Jag utgår även från samma etiska principer som i examensarbetet. Därav hänvisar jag till sidorna 2 - 4 samt 13 - 17a i examensarbetet.

2 Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att ta reda på hur kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten. Målet är att öka förståelsen för detta ämne hos hälsovårdare för att de ska kunna utvecklas i stödandet av den gravida typ 1-diabetikern. För att nå detta mål görs en ministudie med följande frågeställning:

Hur upplever den gravida kvinnan med diabetes typ 1 det professionella stödet under graviditeten?

3 Bakgrund

Den bakgrundsfakta som är nödvändig för förståelsen av detta utvecklingsarbete finns i examensarbetet från vilken detta arbete är en utveckling. Skribenten hänvisar till sidorna 4 – 13a i examensarbetet för att ge läsaren baskunskap om ämnet. Skribenten har medvetet valt att fokusera endast på graviditeten. Kvinnornas upplevelser av förlossningen och barnsängstiden har lämnats bort på grund av utvecklingsarbetets omfattning. Grundläggande kunskap om förlossning hos kvinnor med diabetes typ 1 anses ändå relevant att ha med i arbetet eftersom förlossningen är ändpunkten av graviditeten och kvinnorna kanske även är i behov av professionellt stöd i förberedelse för förlossningen. I detta kapitel ingår beskrivning av professionellt stöd, graviditetsuppföljning och förlossning hos kvinnor med diabetes typ 1 samt tidigare forskning i ämnet.

3.1 Professionellt stöd

Med professionellt stöd avses stöd från någon utomstående och professionell. Oftast handlar det om att en person berättar sina upplevelser och svårigheter för en professionell person som kan lyssna och ge mentalt stöd i ”utbyte”. Det är vanligt att personen med diabetes i något skede av livet upplever sjukdomen som jobbig och behöver mentalt stöd inte bara från nära och kära utan även från sjukvården. Tanken är att professionellt stöd ska vara lättillgängligt på alla diabetesmottagningar för att alla diabetiker ska ha möjlighet till psykologiskt stöd, hjälp och uppmuntran när man befinner sig i en jobbig situation. Situationer då sjukdomen kräver mer än vanligt kan orsaka sådana problemsituationer och det kan handla om såväl en graviditet som att personen precis har fått diagnosen diabetes typ 1. (Hälsobyn, 2019)

År 2012 gjorde Stina Thorstensson en avhandling där hon forskat i innebörden av att ge professionellt stöd till blivande föräldrar vid barnafödande. Avhandlingen är baserad på fyra studier i lite olika format och synvinkel kring ämnet professionellt stöd hos vårdpersonal och den nyblivna mammans relation till det nyfödda barnet. Med avhandlingen ville Thorstensson även ta reda på hur vårdpersonal kan utveckla sin förmåga att ge professionellt stöd, eftersom man själv är sitt redskap och har alla möjligheter att utvecklas som professionell stödgivare. I resultatet av studien framgår även att det mentala stödet utifrån påverkar hur kvinnan förhåller sig till det nyfödda barnet. Studien visar att ett fungerande professionellt stöd har stor positiv inverkan på den blivande mamman. Thorstensson beskriver att stödet fungerar som en känslomässig vaccination som stärker mamman. Studien

visar att kvinnor som hade fött barn med kejsarsnitt och hade fått stöd av vårdare som gått specialutbildning i att ge professionellt stöd hade lättare att knyta an till barnet och kunde forma en djupare relation till barnet än kvinnor som hade fött barn med kejsarsnitt och inte hade samma möjlighet till professionellt stöd. (Thorstensson, S., 2012)

3.2 Gravitetssuppföljning och förlossning

I examensarbetet är graviditet och diabetes typ 1 beskrivet på sidan 10. Redan när en kvinna med diabetes typ 1 planerar att bli gravid flyttas hon över till specialsjukvården. Där ordnas ett team bestående av professionella inom graviditet och diabetes typ 1. Teamen kan se lite olika ut men ofta ingår läkare, hälsovårdare, barnmorska och diabetessköterska i teamet. Gravitetssuppföljningen kan se lite olika ut beroende på kvinnans behov. Gemensamt för kvinnorna är att kontrollerna sker tätare än hos kvinnor med normalgraviditet. Speciellt i slutet av graviditeten gör man tätare uppföljningar, t.o.m. varje eller varannan vecka, antingen på plats eller med telefonkontakt. (Terveysportti, 2020, Diabeteshandboken, 2015)

Mer än hälften av alla gravida kvinnor med diabetes typ 1 föder barn med hjälp av kejsarsnitt. Detta beror oftast på att barnet är för stort. Om inga hinder finns (makrosomi eller diabeteskomplikationer hos mamman) är vaginal förlossning ett fullt möjligt alternativ. Förlossningar där mamman har diabetes typ 1 koncentreras till central- och universitetssjukhus. Under förlossningen är det viktigt att mäta blodsockret ofta och tillföra insulin eller inta socker vid behov. (Diabeteshandboken, 2015, Diabetesförbundet, u.å.)

3.3 Tidigare forskning om upplevelser av professionellt stöd under graviditet

År 2009 gjorde Marie Berg och Carina Sparud-Lundin en studie kring hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten, samt huruvida de har behov av det eller ej. I forskningen deltog 23 kvinnor i åldern 22 – 37 år. Datamaterialet samlades in genom sex fokusgrupper och fyra individuella intervjuer med varje kvinna. Resultatet av studien visar att kvinnorna upplevde att deras graviditet äventyrades av vårdarnas brist på kompetens och stöd. Dessutom kände de att fokuset från vårdgivarna endast låg hos det ofödda barnet och inte hos mödrarna. Kvinnor som vårdades av olika diabetesorganisationer var tvungna att förmedla information mellan de olika vårdarna vilket de upplevde som jobbigt. (Berg, M. & Sparud-Lundin, C., 2009)

Singh, H. et al gjorde år 2019 en forskning om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever stöd och hinder för behandling av diabetes vid graviditet. 23 kvinnor deltog i studien och den gjordes i Virginia i USA. De flesta av respondenterna hade nyligen varit gravida, några var gravida under studiens utförande och några planerade att bli gravida. Resultatet av studien är flerdelad och täcker flera områden. Angående professionellt stöd under graviditeten visar studien att de flesta av kvinnorna hade negativa erfarenheter av sina vårdgivare. Speciellt när de planerade en graviditet upplevde de negativitet och brist på stöd och uppmuntran från vårdgivare vilket gjorde dem arga, chockade och besvikna. Flera av kvinnorna upplevde även att vårdgivarna använde sig av skrämseleknik för att få kvinnorna att uppnå bättre blodsockervärden. Däremot blev kvinnorna ledsna och tyckte att metoden var hemsk, eftersom de tydligt visste vad som gällde och redan gjorde så gott de kunde för att hålla blodsockret inom de snäva rekommenderade gränserna. Detta gjorde att kvinnorna ville byta vårdgivare till någon mer känslig, positiv och uppmuntrande. (Singh, H. et al, 2019)

Edwards, H. et al gjorde år 2018 en studie i Australien, vars syfte var att beskriva och utveckla en modell för graviditetsresan hos gravida typ 1-diabetiker. 93 kvinnor deltog i studien som var en tematisk analys. I resultatet av studien delas graviditetsresan in i 7 faser; begründande/analys, graviditetsplanering, befruktning, graviditet, förlossning och moderskap eller graviditetsförlust. Det som framkom i studien och som föll i intresse för föreliggande studie var att kvinnorna inte gärna delade sina upplevelser med vårdpersonal. Orsaken till detta var tidigare dåliga erfarenheter och orealistiska förväntningar från vårdpersonal. En del av kvinnorna kände att de förstår sin sjukdom bättre än någon annan, vilket inte erkändes av vårdgivarna. Även kvinnorna i denna studie betonade vikten av att få positiv feedback och uppmuntran från vårdpersonal. (Edwards, H. et al, 2018)

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att gravida kvinnor med diabetes typ 1 har ett stort behov av stöd och uppmuntran från vårdpersonal. Forskning visar även att kvinnorna inte upplever även att detta stödbehov inte uppfylls. I största allmänhet känner dessa kvinnor själv sin sjukdom bättre än någon annan och de allra flesta gravida typ 1-diabetiker inser även allvaret som graviditet med diabetes typ 1 utgör. Således är inte kritik det som kvinnorna behöver bli bemötta med hos vårdpersonal, utan de behöver bli bekräftade och sedda. Tidigare forskning visar även att gravida typ 1-diabetiker inte upplever den kompetens, engagemang och kunskap som skulle önskas hos sjukvården. (Berg, M. & Sparid-Lundin, C., 2009, Singh, H. et al, 2019, Edwards, H. et al, 2018)

4 Metodbeskrivning

Utvecklingsarbetet utgår från samma bakgrund som examensarbetet *“För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen.”* - En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten (Anni Sundström, 2020). En ministudie har gjorts för att få mera kunskap och förståelse för ämnet graviditet och diabetes typ 1. Studien har samma teoretiska utgångspunkt som examensarbetet, nämligen Marie Bergs teori ”Genuint vårdande av det genuina”, (beskrivning av den teoretiska utgångspunkten i EA s. 2b – 4). De tre bloggarna som användes i examensarbetet har även fungerat som datamaterial i detta utvecklingsarbete, vilket innebär att informanterna är de samma. Två av informanterna har erfarenheter av mödravård i Sverige och en i Finland. I Sverige jobbar endast barnmorskor inom mödravården medan både barnmorskor och hälsovårdare sköter mödravården i Finland.

Datamaterialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys och skribenten har ett induktivt förhållningssätt. (Beskrivning av analys och metod i EA, s. 13 – 15) Meningsenheter som har svarat på frågeställningen *”Hur upplever den gravida kvinnan med diabetes typ 1 det professionella stödet under graviditeten?”* har plockats ut från alla tre bloggar och sammanställts i tre tabeller; en för varje blogg. Meningsenheterna har format kategorier. Varje tabell har färgats med en egen färg. Materialet har sedan sammanslagits i en gemensam tabell och tack vare färgmarkeringen har det varit möjligt att urskilja från vilken blogg varje meningsenhet är plockad. I resultatdelen fungerar kategorierna som underrubriker och i varje kapitel är även ett antal citat plockade direkt från bloggarna för att belysa innehållet.

5 Resultat

Liksom resultatet av examensarbetet visar även resultatet av utvecklingsarbetet hur individuell diabetes typ 1 kan vara. Frågeställningen lyder: *Hur upplever den gravida kvinnan med diabetes typ 1 det professionella stödet under graviditeten?*

Resultatet är strukturerat med hjälp av sex kategorier; Negativa upplevelser av läkare, varierande kunskap och engagemang hos läkare, bristande stöd från sjukvården, kunniga och hjälpsamma barnmorskor, kritisk granskning av den gravida kvinnan samt sjukledighet vid graviditet och diabetes.

5.1 Negativa upplevelser av läkare

I bloggarna som fungerar som datamaterial till arbetet framkommer det att alla tre kvinnor har negativa upplevelser av läkare och läkarbesök under graviditeten. De känner att läkarna är oförstående och det råder brist på stöd och uppmuntran. Kvinnan i blogg 1 skriver att hon känner att läkarna alltid försöker hitta något att klaga på. Kvinnan i blogg 2 skriver att samtalen med läkarna, vilka kan kallas *stödsamtal* är ångestframkallande. Här citerad:

“Läkarna ringer mig en gång i veckan”... “Alltid lika ångestfyllt för mig”... “jobbigt med dessa klagosamtal en gång i veckan” (blogg 2)

Samma kvinna skriver även i ett inlägg att veckans läkarsamtal var likadana som alla samtal varpå hon upprepar det som hon menar att läkarna säger varje gång. Hon upplever inte att samtalet alls bygger upp utan snarare att hon känner sig nertrampad. Kvinnan i blogg 1 skriver att hon är medveten om att det bästa vore om blodsockret ständigt skulle ligga mellan 4 och 7 men att hon även vet hur otroligt svårt det är att hålla det inom dessa strikta gränser. Hon skriver följande:

“Jag vet hur det ligger till, men jag gör mitt bästa och jag skulle verkligen behöva få lite mer förståelse för det arbete jag faktiskt gör” (blogg 1)

Kvinnan i blogg 1 skriver att hon förstår att det som hon upplever som klagomål är ämnat som konstruktiv kritik, men att det verkligen inte är vad hon behöver just nu. Hon skriver även att ”*mental pepp*” får hon absolut inte från läkarna.

“Det kanske finns någon som mår bra av att få ”konstruktiv” kritik i den här formen, men jag är sannerligen inte den personen. Just nu skulle jag bara behöva få pepp och stärkande ord för att orka.” (blogg 1)

Även kvinnan i blogg 3 skriver att hon känner att läkarna är oförstående och icke-stödjande.

“Undrar vad diabetes läkaren kommer säga om allt?! Som vanligt... “Du måste få bort de låga värdena” Jotack, jag vet.” (blogg 3)

Samma kvinna skriver i ett annat inlägg hur en läkare förklarar för henne att hon får räkna med ostabila blodsocker under resten av graviditeten, vilket hon redan innan var fullt medveten om och ansåg vara mer destruktivt än konstruktivt att säga.

5.2 Varierande kunskap och engagemang hos läkare

I bloggarna framkommer att kunskap och engagemanget hos läkarna är väldigt varierande. Kvinnan i blogg 1 skriver i ett inlägg att ”någon läkare” ska ringa henne och antyder att det

ständigt byter läkare medan det optimala vore att samma läkare skulle följa kvinnan under hela graviditeten för att vara mest insatt och kunna ge bästa möjliga stöd. Speciellt kvinnan i blogg 3 skriver mycket om varierande kunskap och engagemang hos läkare. I ett inlägg skriver hon hur en läkare hon besökte inte alls var engagerad. Hon hade inte koll på vilken illamåendemedicin som kvinnan åt och hon hade inte ens kollat genom kvinnans blodsockervärden innan besöket. Hon upplevde att läkaren inte hade någonting att komma med. Även en annan läkare skriver hon att hon upplevde som väldigt oengagerad eftersom hon inte ens berättade för henne att det finns medicin mot svårt illamående då kvinnan led av det, vilket även försvårade blodsockerkontrollen. Om en annan läkare skriver hon att det var rätt kvinna på rätt plats och en tredje skriver hon följande:

“Samma diabetesläkare som vi hade första gången vi var på Specialistmödravården för 17 veckor sen... Hon är verkligen inte i närheten av bra” (blogg 2)

5.3 Bristande stöd från sjukvården

Alla tre kvinnor som fungerade som informanter upplever att stödet från sjukvården är bristande på olika sätt. Kvinnan i blogg 1 skriver i flera inlägg att hennes sjukvårdsbesök är väldigt glesa. Detta har två sidor: dels tycker kvinnan att det är skönt eftersom hon inte gillar sjukvårdsbesök, dels blir stödet från sjukvården bristande då besöken är så få.

“Jag var faktiskt till läkaren (eller en av läkarna eftersom det oftast är olika) igår, och passade på att fråga varför jag går så ”sällan”... “Det här känns egentligen helt okej för mig, eftersom jag som bekant inte är något större fan av sjukhus och läkarbesök” (blogg 1)

Kvinnan i blogg 2 skriver att hon har problem med symfyseolys (graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmärta) och försökte få hjälp för detta. Hon upplever att sjukvården varken engagerar sig eller har förståelse för hennes problem. Så här skriver hon i ett blogginlägg:

“Jag ringde min vårdcentral för att få tid till sjukgymnast. Icke son icke! Jag möttes av en ”gate keeper” i telefonen som sa att sånt får man ta om man är gravid.” (blogg 2)

Kvinnan i blogg 3 upplever att det råder stor variation i kunskap och stöd hos de vårdare som hon har varit i kontakt med. En vårdare skriver hon att hon varit i telefonkontakt med flera gånger och att hon en gång blev så arg på hennes oförstående sätt att hon *”sågade henne längs fotknölna”*. Om en barnmorska hon träffat flera gånger förr skriver hon att hon är så stressad som hon brukar vara på torsdagar och det känns inte som att hon tar en på allvar. Om en tredje vårdare skriver hon följande:

“Jag fick inget förtroende alls för henne och kände mig mest nedtryckt sist jag träffade henne” (blogg 3)

5.4 Kunniga och hjälpsamma barnmorskor

Kvinnorna i blogg 2 och 3 skriver i flera inlägg hur de upplever att barnmorskorna är kunniga och hjälpsamma och att de ger bra professionellt stöd. I blogg 1 framkommer det inget specifikt med barnmorskorna. Kvinnan i blogg 3 pratar om flera olika barnmorskor men skriver positivt om de flesta.

“... träffade vi även barnmorskan, äntligen är Anne tillbaka. Hon är bara för härlig!” (blogg 3)

“[Barnmorskan var] väldigt tillmötesgående och frågade hur jag mådde, om jag hade några funderingar” (blogg 3)

I andra blogginlägg skriver samma kvinna att hon är så imponerad av barnmorskan och hennes arbete och att barnmorskan tröstar och lugnar henne när hon är orolig över något. I ett inlägg skriver hon hur hon är besviken på bemötande från någon annan i sjukvårdspersonalen och uttrycker sedan tacksamhet mot en barnmorska som visade runt henne och hennes man på förlossningsavdelningen.

“Besöket på förlossningen däremot var givande! Vi fick en rundvandring och barnmorskan från Årsta vårdcentral visade allt” (blogg 3)

Kvinnan i blogg 2 upplever att sjukvårdskontakt i största allmänhet är jobbigt och hon uttrycker förnöjsamhet till barnmorskan för att det på hennes besök ofta går relativt snabbt och ”smärtfritt”, med vilket hon antyder att det inte klagas så mycket vilket hon upplever att speciellt läkarna gör vid varje möte.

“Besöken brukar gå smärtfritt och fort, jag brukar egentligen inte ha så många frågor så vi kollar av det som ska kollas av.” (blogg 2)

Vid ett annat tillfälle råkar kvinnan i blogg 2 ut för jobbig symfyseolys och upplever att hon inte får hjälp från sjukvården. Däremot får hon det från barnmorskan när hon nämner samma sak. Kvinnan skriver följande:

“Jag berättade det för barnmorskan som ska skriva en arg remiss till vårdcentralen så att jag får tid till sjukgymnast.” (blogg 2)

5.5 Kritisk granskning av den gravida kvinnan

Både kvinnan i blogg 1 och 2 skriver att de tycker att besöken hos sjukvården är jobbiga och det känns som att de blir kritiskt granskade istället för att få uppmuntran och stöd. Kvinnan i blogg 2 skriver vid ett tillfälle så här:

“Jag längtar dock tills bebis är här så jag slipper bli granskad och bedömd varje vecka, kunna ta en bit choklad utan att få en massa ifrågasättande” (blogg 2)

Kvinnan i blogg 1 skriver hur hon kämpar och kämpar för att försöka hålla blodsockret inom de strikta gränserna. Hon skriver hur hon skulle behöva stöd och uppmuntran för att orka fortsätta och även någon som lugnar hennes oroliga tankar. Det upplever hon inte att hon får utan hon blir alltmer orolig för sjukvårdsbesöken.

“Ju längre jag har kommit i graviditeten, desto nervösare är jag när jag går på kontroller” (blogg 1)

5.6 Sjukledighet vid graviditet och diabetes

Kvinnan i blogg 1 skriver att hennes chef och kollegor är förstående och flexibla så hennes jobb kan anpassas enligt vad hennes graviditet och sjukdom kräver. Hon är glad att inte behöva ansöka om sjukledigt även om hon säger att hon inte skulle tveka att göra det om det krävdes för att orka hålla blodsockret på bra nivå. Kvinnan i blogg 2 skriver att hon inte har råd att vara sjukledig utan hon jobbar på även om hon känner att hon ibland helst hade varit ledig och det känns som att ”alla andra gravida typ 1-diabetiker” så lätt blir sjuklediga.

Kvinnan i blogg 3 känner inte att hon klarar av att jobba samtidigt som hon sköter om sig själv och sin graviditet på bästa sätt. Olika svårigheter med graviditeten (orsakade av diabetes) gör att hon behöver ha sjukledigt, vilket hon har svårt att få. Hon skriver om en barnmorska som säger att det inte är möjligt för henne och då blir hon tvungen att söka hjälp hos en annan barnmorska. I ett inlägg skriver hon förtvivlat om när hon inte vet om hon kommer att få sjukledigt.

“Vad gör jag då?? Tar semester fast jag är sjuk??” (blogg 3)

“Snälla, låt något vara smidigt för en gångs skull!” (blogg 3)

Kvinnan har även svårt att få de understöd som hon borde få när hon är sjukledig så länge under graviditeten. Hon skriver i ett inlägg att hon inte kommer att ge upp det hon vet att hon har rätt till.

“... har bestämt mig för att kämpa emot försäkringskassan in i det sista” (blogg 3)

6 Diskussion

I detta kapitel ingår metoddiskussion och resultatdiskussion. Skribenten granskar arbetets trovärdighet och utförande i metoddiskussionen. Skribenten granskar arbetet så objektivt som möjligt och lyfter fram både styrkor och svagheter. I resultatdelen ställer skribenten forskningsresultatet mot tidigare forskning och speglar det mot teoretiska utgångspunkter.

6.1 Metoddiskussion

I detta kapitel granskas trovärdigheten av arbetet genom granskning av datainsamling, urval och dataanalys. Skribenten granskar kritiskt arbetet och lyfter fram både styrkor och svagheter. Som stöd för metoddiskussionen används Maria Henricsons bok ”Vetenskaplig teori och metod” från år 2012 s. 472 – 478.

Arbetet är i kvalitativ design, vilket ansågs passande eftersom syftet var att ta reda på upplevelser. Datamaterialet samlades in från tre bloggar och skribenterna bakom dessa blev således arbetets tre informanter. Eftersom tiden satte begränsningar studerades ämnet inte så djupt och brett som hade önskats för att få ett trovärdigt resultat. Tre informanter är relativt lite vilket gör att resultatet i föreliggande studie inte direkt kan överföras till alla gravida kvinnor med diabetes typ 1. Skribenten har försökt att inte låta sina egna förkunskaper om och erfarenheter av diabetes typ 1 ha betydelse för studiens resultat utan endast vara en tillgång i arbetsprocessen genom att bättre förstå de tankar och känslor som kvinnorna beskrev, genom att som typ 1-diabetiker lättare kunna relatera. Det går dock inte att utesluta att förkunskapen har påverkat resultatet och i vilken mån och på vilket sätt i sådana fall.

Skribenten valde att samla in datamaterialet från bloggar eftersom de ofta skrivs i dagboksliknande form där man kommer nära kvinnornas upplevelser. (Hur bloggarna hittades och hur de valdes ut finns skrivet på s. 38 i examensarbetet). Kvinnorna bloggade när erfarenheterna var färskare vilket gav trovärdigare material än om man hade intervjuat en kvinna i efterhand när hon fått ett visst avstånd till graviditeten och en del kanske fallit i glömska. Dock bloggade kvinnorna varierande mycket. Kvinnan i blogg 3 bloggade dagligen (ibland t.o.m. flera inlägg per dag) medan kvinnan i blogg 2 inte bloggade alls lika ofta. Kvinnan i blogg 1 bloggade inte dagligen men skrev innehållsrika texter. Kvinnan i blogg 3 var den som skrev mest om sina erfarenheter av det professionella stödet under graviditeten men alla tre kvinnor skrev relativt lite om det. Kvinnorna i blogg 2 och 3 hade erfarenhet av

den svenska mödravården medan kvinnan i blogg 1 hade erfarenhet av mödravården i Finland. Eftersom endast barnmorskor sköter mödrahälsovården i Sverige och både kvinna 2 och kvinna 3 skrev om ”barnmorskorna på mödravårdscentralen”, nämns endast erfarenheten av barnmorskor i resultatet av studien. Kvinnan i blogg 1 skrev inget speciellt om varken barnmorskor, hälsovårdare eller personalen på mödrarådgivningen. Därav nämns inga erfarenheter av specifikt hälsovårdare även om man kan anta att detsamma gäller för alla som jobbar inom mödrarådgivningen.

Kvinnan i blogg 1 nämnde i ett blogginlägg att hon skulle kunna försjunka sig i allt det negativa och jobbiga men har valt att inte göra det utan istället vara positiv för att hennes barn i framtiden inte ska behöva gå in och läsa inlägg efter inlägg om hur jobbigt hennes mamma upplevde graviditeten. Man kan inte garantera att kvinnorna har varit ärliga i sina bloggtexter och om de medvetet har valt att lyfta fram vissa aspekter och lämna andra saker osagda av olika orsaker. Skribenten väljer ändå att uppfatta bloggarna som ärliga eftersom målet för bloggarna var att dela med sig av sina erfarenheter för att sprida kunskap och förståelse hos bloggläsarna. Om exempelvis intervjuer hade använts istället hade skribenten kunnat fråga upp specifikt om det professionella stödet och därmed fått mer material som svarat på frågeställningen. Tiden var dock ett hinder för att använda intervjuer som datamaterial.

Skribenten läste genom alla blogginlägg som kvinnorna skrivit från att de tillkännagav sin graviditet till att de födde barn. Alla blogginlägg som ansågs vara i betydelse för föreliggande studie samlades i ett dokument som resulterade i en textmassa på 73 sidor text. Alla meningsenheter som svarade på frågeställningen plockades ut och klistrades in i tre olika tabeller; en för varje blogg. Tabellerna färgades med olika färger och slogs sedan ihop till en blogg. Tack vare färgmarkeringen kunde skribenten urskilja från vilken blogg meningsenheterna var plockade. En del erfarenheter var gemensamma för alla kvinnor medan en del av erfarenheterna bara kunde ses hos en eller två av kvinnorna. Alla erfarenheter är dock inkluderade i arbetet eftersom diabetes typ 1 är en så individuell sjukdom och att kvinnorna hade en del varierande erfarenheter speglar verkligheten. Syftet och frågeställningen anses ha blivit besvarade eftersom resultatet svarar på frågeställningen och således uppfyller syftet av studien.

6.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel granskas resultatet av studien. Resultatet speglas mot tidigare forskning i ämnet och teorin diskuteras mot det aktuella resultatet. Marie Bergs teori ”Genuint vårdande av det genuina” har fungerat som teoretisk utgångspunkt för arbetet.

Syftet med studien var att ta reda på hur kvinnor med diabetes typ 1 upplever det professionella stödet under graviditeten. Studien är riktad ur patientperspektiv och målet var att öka förståelsen för detta ämne hos hälsovårdare för att de ska kunna utvecklas i stödjandet av den gravida typ 1-diabetikern. Resultatet av examensarbetet från vilket detta arbete är en utveckling visar att diabetes typ 1 påverkar en graviditet väldigt mycket. Sjukdomen utgör en kamp, oro och dubbelt fokus, där sjukdomen tar fokus från själva graviditeten. (Resultatet av examensarbetet presenteras på s. 17 – 37 i examensarbetet). För att klara av en högriskgraviditet krävs ett stort stöd från närstående men även från professionella. Frågeställningen var följande: *Hur upplever den gravida kvinnan med diabetes typ 1 det professionella stödet under graviditeten?* Materialet som är analyserat sträcker sig från att kvinnorna berättade att de var gravida till att de födde barn. Kvinnorna har därför inte skrivit något om det upplevda stödet i planeringsskedet och början av graviditeten vilket gör att detta förblir icke-analyserat.

Resultatet i föreliggande studie visar att det professionella stödet under graviditet vid diabetes typ 1 är bristande. Kvinnorna hade negativa upplevelser av läkare. De ansåg även att kunskap och engagemang varierande mycket bland olika läkare trots att alla borde vara kunniga och engagerade. Alla tre kvinnor kände att de inte fick den stöd och uppmuntran de hade behövt, utan kände sig snarare nertrampade och kritiserade. Inte heller övrig sjukvårdspersonal gjorde speciellt gott intryck hos kvinnorna utan de kände sig endast oförstådda och kände att även de saknade tillräcklig kunskap. Detta resultat är samstämmigt med Berg & Sparud-Lundins studie som visar att de gravida kvinnor med diabetes typ 1 som deltog i studien upplevde att avsaknad av kunskap hos vårdare äventyrade deras graviditet (Berg, M. & Sparud-Lundin, E., 2009). Däremot hade kvinnorna i blogg 2 och 3 positiva erfarenheter av barnmorskorna och tyckte att dessa var både omtänksamma och hjälpsamma (med ett par undantag). Kvinnan i blogg 1 skrev ingenting specifikt om barnmorskorna, varken positivt eller negativt. Kvinnorna i blogg 1 och 2 skrev att de kände sig kritiskt granskade av sjukvården under graviditeten och ogillade därför besök vid sjukvården. Som sista kategori i resultatdelen presenteras ”sjukledighet vid graviditet och diabetes typ 1”. Detta har kvinnorna lite olika erfarenheter av eftersom endast kvinnan i blogg 3 var

sjukskriven under graviditeten. Kvinnorna i blogg 1 och 2 funderade på det men fick det att fungera utan att vara sjukskriven. Kvinnan i blogg 3 hade svårt att få sjukledighet beviljad även om hon kände att hon inte klarade av att jobba samtidigt som hon skulle ta hand om sin ofödda baby på bästa sätt med allt vad det innebär.

Teorin ”Genuint vårdande av det genuina” (av Marie Berg), vilken fungerat som teoretisk utgångspunkt i arbetet, är tredelad och innehåller följande delar: *Värdighetsbevarande vårdrelation, en balansering av det naturliga och det medicinska perspektivet och förkroppsligad kunskap*. Bergs teori kan användas som en mödravårdsmodell för hur man på bästa sätt ska vårda gravida/födande kvinnor med hög risk. Berg menar att det är viktigt att bevara vårdrelationen värdig genom att se hela kvinnan och bevara värdigheten, att balansera det naturliga (själva graviditeten) och det medicinska perspektivet (vårdande av sjukdomen) samt att vara kunnig och professionell. Teorin ansågs passande för denna studie eftersom diabetes typ 1 utgör en högriskgraviditet och dessa kvinnor därför är mer sårbara och utsatta än kvinnor med normal graviditet. De områden som Berg uttrycker som viktiga i vårdande av kvinnor med riskgraviditet är professionalitet, närvaro, ömsesidighet, genuin dialog och tillit. Resultatet i föreliggande studie visar att vården av gravida typ 1-diabetiker är vacklande på alla dessa områden. Detta gör det trovärdigt att önskad vård skulle uppnås genom att använda sig av Bergs teori i praktiken. Istället för att bli värdigt bemötta kände kvinnorna sig nedtryckta, och istället för att känna att vårdaren var professionell och kunnig, vilket teorin säger att vårdaren ska vara, kände kvinnorna sig ofta missförstådda och kände att vårdarna saknade kunskap om deras sjukdom.

Respondenterna betonade flera gånger att de skulle behöva stöd, uppmuntran och ”mental pepp” från vården för att orka men att det mentala stödet var nästan obefintligt. De upplevde att vårdarna hade behov av att påpeka allt de borde göra bättre och att de alltid hittade något att ”klaga på”. Även tidigare studier visar liknande resultat. Singh, H. et al gjorde en studie i USA, vars resultat visar att kvinnorna upplevde att vårdare använde sig av skrämseteknik för att kvinnorna skulle bli skrämda till att hålla striktare blodsockerkontroll. Metoden var inte alls uppskattad utan orsakade endast sorgsenhet och missmod hos kvinnorna, som redan var medvetna om situationen och gjorde så gott de kunde. Den studien visar att det var vanligt att kvinnorna bytte vårdgivare för att få någon mer ”känslig, positiv och uppmuntrande”. Även i Australien har en studie gjorts (av Edwards, H. et al), vilken visar att kvinnorna som deltog i studien hade tidigare dåliga erfarenheter av diabetesvården och kände att vårdpersonalen ställde orealistiska krav på dem. Liksom kvinnan i blogg 1 i föreliggande studie skrev i ett inlägg, upplevde dessa kvinnor att de själva kände och förstod

sin sjukdom bättre än någon annan, vilket inte erkändes av vårdgivarna. Även kvinnorna i denna studie betonade vikten av att få positiv feedback och uppmuntran från vårdpersonal, vilket går som en röd tråd genom föreliggande studie.

Sjukvården och diabetesvården ser olika ut på olika ställen i världen. Alla tre bloggar bedrevs av kvinnor från Finland eller Sverige där vården är mycket liknande. Flera studier som plockats upp i tidigare forskning är dock gjorda i andra delar av världen; Australien, Nya Zeeland och USA, där vården ser annorlunda ut än i Finland. Den studie som är gjord i Sverige är gjord år 2009 vilket gör att resultatet kan vara en aning föråldrat. Trots det överensstämmer resultatet från alla tidigare studier som finns beskrivna i bakgrunden med resultatet av föreliggande studie.

Källförteckning:

Berg, M. & Sparud-Lundin, C., 2009. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9 (27).

Diabetesförbundet. *Att skaffa barn.* (u.å.) (Online) https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/typ_1-diabetes/att_skaffa_barn [Hämtat: 22.9.2020]

Diabeteshandboken.se. 35 *Graviditet.* (2015) (Online) <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/35.-graviditet-13755421> [Hämtat: 22.9.2020]

Edwards, H., Speight, J., Bridgman, H. & Skinner, T.C., 2018. The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model for contemplation to motherhood. *Practical Diabetes*. 33(6), 194 – 199

Henricson, M. 2012. Diskussion. Ingår i: Henricson, M., red. *Vetenskaplig teori och metod.* (Uppl. 1:1), Lund: Studentlitteratur.

Hälsobyn. *Diabetes typ 1.* (2017) (Online) <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/grundssjukdomar-och-graviditet/diabetes-typ-1> [Hämtat: 22.9.2020]

Hälsobyn. *Professionellt stöd för mental hälsa.* 2019. (Online) <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/st%C3%B6d/diabetes-som-en-del-av-livet/professionellt-st%C3%B6d-f%C3%B6r-mental-h%C3%A4lsa> [Hämtat: 19.10.2020]

Singh, H., Ingersoll, K., Gonder-Frederick, L. & Ritterband, L., 2019. ”Diabetes Just Tends to Take Over Everything”: Experiences of Support and Barriers to Diabetes Management for Pregnancy in Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 32(2): 118 - 124

Sundström, A., 2020. *”För dig som lever och växer och sparkar i min mage. För din skull tar jag alla blodsockerkamper i världen.” - En kvalitativ studie om hur gravida kvinnor med diabetes typ 1 upplever att sjukdomen påverkar graviditeten.* Vasa: Opubliserat examensarbete för hälsovårdsexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för social- och hälsovård.

Terveysportti. *Tyypin 1 diabetes ja raskaus*. 2020. (Online)
<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti> [Hämtat: 19.10.2020]

Thorstensson, S., 2012. *Professional support in childbearing, a challenging act of balance*.
Örebro Studies in Care Sciences 39, 84 pp. Örebro University 2012.