

Upplevelser under graviditet hos kvinnor med typ 1 diabetes

- En metasyntes

FÖRFATTARE	Kajsa Aurelius Karolina Ericson
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Berg
EXAMINATOR	Ingela Lundgren

Sahlgrenska akademien

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Titel:	Upplevelser under graviditet hos kvinnor med typ 1 diabetes – En metasyntes
Title:	Experiences during pregnancy in women with type 1 diabetes – A metasyntesis
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/kurs:	Barnmorskeprogrammet/ Reproduktiv och perinatal hälsa – examensarbete/ RPH100
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	39 sidor
Författare:	Kajsa Aurelius och Karolina Ericson
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Ingela Lundgren

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Typ 1 diabetes (T1D) och graviditet är en kombination förknippad med risker hos mor och barn och det är av största betydelse att hålla blodsockret inom normala nivåer för den gravida kvinnan. Kvantitativa studier visar att kvinnor med T1D har en hög grad av ångest, depression och negativa tankar under graviditet. För att på ett djupare plan bättre förstå upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D krävs kvalitativa studier. **Syfte:** Syftet är att genom en metasyntes analysera och integrera resultat från kvalitativ forskning kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med typ 1 diabetes (T1D). **Metod:** En metasyntes baserad på den tolkande metaetnografen genomfördes. Sökningar utfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara kvalitativa, vetenskapligt granskade, skrivna på engelska med tillgängliga abstrakt och fokusera på upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D. **Resultat:** Sex artiklar identifierades vid sökningarna och granskades avseende kvalitet utifrån en granskningsmall. Alla sex artiklarna inkluderades för syntetisering av resultat och följande fyra huvudteman framträdde: *Leva med närvaro av risk, Önskan om ett friskt barn, Makt och maktlöshet* samt *Hjälpt eller stjälpt*. Kvinnorna upplever oro och rädsla då graviditeten präglas av en risk för komplikationer. Sjukdomen prioriteras framför rollen som blivande mor och det finns en stark önskan om att få känna sig normal. En stor del av vardagen består av en strävan att uppnå bra blodsockervärden då kvinnorna gör allt för det väntade barnet och sätter sig själva i andra hand. En känsla av maktlöshet råder då blodsockret är svårinställt och kontrollen över kroppen går förlorad. Erfarenheten kring vårdpersonalens stödjande aktiviteter varierar och ibland framträder en känsla av att vara övervakad. **Konklusion:** Resultatet i denna metasyntes ger viktig kunskap för barnmorskor och annan vårdpersonal för att kunna bedriva optimalt hälsofrämjande vård av gravida kvinnor med T1D.

Nyckelord: Typ 1 diabetes, Graviditet, Upplevelser, Metasyntes

ABSTRACT

Background: Type 1 diabetes (T1D) and pregnancy is a combination associated with risks for both mother and child and keeping the blood glucose within normal levels is a matter of great importance. Quantitative studies shows that these women have a high degree of anxiety, depression and negative thoughts during pregnancy. To understand these experiences during pregnancy among women with type 1 diabetes (T1D) on a deeper level, qualitative studies are required. **Aim:** The aim is to via a metasynthesis analyze and integrate results from qualitative research about experiences during pregnancy among women with T1D. **Method:** A metasynthesis based on the interpretative meta ethnography was carried out. Searches were made in the data bases Cinahl and PubMed. The inclusion criterions were qualitative, peer-review articles, written in English with an available abstract and focus on experiences during pregnancy among women with T1D. **Results:** Six articles were identified at the searches and were checked for quality according to a checklist. All six were included in the synthesis of its results and the following four themes arrived: *Living with presence of risk*, *Wishing for a healthy child*, *Power and powerlessness* and *Be helped or over tuned*. The women experience anxiety and fear due to the risk for complications throughout the pregnancy. The disease is prioritized before the role of the intended mother and there is a strong wish to be able to feel normal. A big part of the day is spent trying to achieve good values of blood glucose when the woman is doing everything for the child and put herself in second place. The feeling of powerlessness occurs when losing control over the body because of the blood glucose, which is hard to stabilize. The experiences of the supporting activities from health professionals tend to vary and sometimes the feeling of being supervised emerges. **Conclusion:** This metasynthesis bring important knowledge for midwives and other health professionals to be able to pursue optimally health promotion care of pregnant women with T1D.

Keywords: Type 1 diabetes, Pregnancy, Experiences, Metasynthesis

INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
GRAVIDITET VID TYP 1 DIABETES	2
RISKER FÖR MOR OCH BARN VID TYP 1 DIABETES HOS MODERN	3
Preeklampsi	3
Kärlkomplikationer	3
Ketoacidosis	4
Risker under förlossning	4
Spontanabort	4
Missbildningar	4
Tillväxtrubbningar	5
Perinatal mortalitet.....	5
Neonatala komplikationer	6
REPRODUKTIV HÄLSA HOS MOR MED TYP 1 DIABETES	6
BARNMORSKANS KOMPETENS OCH VERKSAMHETSOMRÅDE	7
ETT SALUTOGENT FÖRHÅLLNINGSSÄTT VID TYP 1 DIABETES HOS MODERN	9
VÄLBEFINNANDE UNDER GRAVIDITET HOS KVINNOR MED TYP 1 DIABETES	10
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	13
METOD	13
METASYNTES	13
INKLUDERADE STUDIER	16
ANALYS OCH BEARBETNING	18
FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	21
RESULTAT	22
KVALITETSBEDÖMNING	22
SYNTETISERING OCH TOLKNING AV RESULTAT	24
Leva med närvaro av risk	25
Önskan om ett friskt barn	26
Makt och maktlöshet	27
Hjälpt eller stälpt.....	28
DISKUSSION	30
METODDISKUSSION	30
RESULTATDISKUSSION	33
KONKLUSION	35
REFERENSLISTA	36

INLEDNING

Att bli förälder idag är något som många tar för givet, men för kvinnor med typ 1 diabetes (T1D) har det inte alltid varit en självklarhet. Förr avråddes dessa kvinnor att bli gravida då ett dåligt reglerat blodsocker ofta följdes av komplikationer. I höginkomstländer finns idag tillgång till bra insulinbehandling och teknik för att kontrollera blodsockervärden vilket innebär goda möjligheter att uppnå normala blodsockervärden inför och under graviditet och därmed stora odds att få ett friskt och välmående barn (Ballas, Moore, & Ramos, 2012). Dock är diabetes och graviditet fortfarande en kombination förknippad med risker både hos mor och barn. Dessutom ställs stora krav på den gravida kvinnan att mäta sitt blodsocker flera gånger per dag och ständigt justera insulindoser och matintag efter det aktuella blodsockervärdet (Gabbe & Graves, 2003). De ökade riskerna samt hanteringen av sjukdomen påverkar sannolikt hennes upplevelser under graviditeten.

Det finns två typer av diabetes som barnmorskan kan komma att vårda i samband med barnafödande: Pre-gestationell diabetes vilken består av T1D och typ 2 diabetes (T2D), samt gestationsdiabetes vilken utvecklas under pågående graviditet.

Vi som är författare till denna magisteruppsats är barnmorskestudenter vid Göteborgs universitet och har tidigare arbetat i flera år som diabetessjuksköterskor på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och har ett stort intresse för diabetes. Detta gjorde valet av ämne för magisteruppsats självklar.

Denna studie är en del av ett övergripande forskningsprogram, kallat *Moderskap och Diabetes* (MODIAB), vilket rör situationen för kvinnor med T1D i samband med graviditet, förlossning och tidigt moderskap. Ett mindre antal studier av upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D är publicerade. Projektet MODIAB efterfrågade därför en litteraturstudie i form av en metasyntes då det saknas kunskap om diabetes hos kvinnor/mödrar i samband med barnafödande.

BAKGRUND

I detta avsnitt beskrivs fysiologin under graviditet vid T1D i syfte att ge en förklaring till varför sådan graviditet klassas som en högriskgraviditet. Därefter följer en beskrivning av de

risker som förekommer hos mor och barn, då modern har T1D. Reproduktiv hälsa skildras i förhållande till gravida kvinnor med T1D samt vikten av att planera barnafödande, detta för att tydliggöra förutsättningarna för graviditeten. Därpå beskrivs omhändertagandet av den gravida kvinnan, där barnmorskans kompetens tydliggörs, för att belysa dennes funktion i vårdandet av kvinnor med T1D. Vidare skildras ett hälsofrämjande förhållningssätt, som med fördel kan användas i mötet med gravida kvinnor som har T1D. För att få en inledande uppfattning om vad dessa kvinnor upplever i samband med graviditet ges avslutningsvis en översikt över publicerad kvantitativ forskning.

GRAVIDITET VID TYP 1 DIABETES

T1D är en autoimmun sjukdom, som främst drabbar personer under 35 år, men kan även förekomma hos den äldre befolkningen. Denna form av diabetes innebär att de insulinproducerande betacellerna i pankreas gradvis förstörs, vilket leder till att den egna insulinproduktionen upphör (Ballas et al., 2012).

I västvärlden beräknas 0,2-0,4 % av alla gravida kvinnor ha T1D eller insulinberoende diabetes (Linn & Bretzel, 1997). I Sverige är den siffran 0,41 % (Berg, 2002). Kontakt har tagits med Nationella Diabetesregistret (personlig kommunikation, 12 december 2012) för att få uppdaterad statistik gällande barnafödande och utfall hos personer med T1D angående komplikationer. Sådana data synes dock inte vara tillgänglig.

Graviditet karakteriseras hos alla kvinnor av en ökad insulinresistens. Placantan producerar hormoner som humant placenta lactogen (HPL) och progesteron, vilka är bidragande orsaker till dessa förändringar. Prolaktin och kortisol är andra hormoner, som påstås kunna påverka resistensen (Gabbe & Graves, 2003). Tidigt i graviditeten kan insulinbehovet vara lägre på grund av relativt höga nivåer av östrogen, vilket ökar insulinkänsligheten. Allt eftersom graviditeten fortskrider ökar behovet av insulin på grund av en ökad hormonproduktion från placantan och insulinresistensen är som högst i den tredje trimestern.

Till följd av de hormonella förändringarna under graviditeten förändras insulinbehovet påtagligt hos kvinnor med T1D, vilket resulterar i att blodsockernivåerna kan svänga. Eftersom insulinbehovet är lägre i början av graviditeten riskerar kvinnor med T1D att drabbas av hypoglykemier, vilket kan förvärras av illamående och kräkning. En orsak till

hypoglykemier kan också vara en konsekvens av viljan att optimera sitt blodsocker (Gabbe & Graves, 2003; Hawthorne, 2011). Under de första tio graviditetsveckorna påverkas organogenesen negativt av höga blodsockernivåer, vilket ökar risken för spontanabort eller missbildning. Det succesivt ökade insulinbehovet under graviditeten innebär för kvinnor med T1D fortlöpande doshöjning av insulinet (Gabbe & Graves, 2003; Hansson, 2008, 2009).

RISKER FÖR MOR OCH BARN VID TYP 1 DIABETES HOS MODERN

Högriskgraviditet definieras som en graviditet där det finns en risk att modern, fostret eller det nyfödda barnet kan vara i riskzonen för allvarlig sjukdom eller dödsfall före, under eller efter förlossningen (Zhang, 2008). Graviditet hos kvinnor med T1D, eller insulinberoende diabetes, räknas som högriskgraviditet och dessa kvinnor utgör den största gruppen av kvinnor med kroniska sjukdomar som föder barn (Linn & Bretzel, 1997). T1D hos modern medför en ökad risk för komplikationer hos mor och barn (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health, 2007; Gabbe & Graves, 2003), vilka beskrivs i följande avsnitt.

Preeklampsi

Det är fyra till fem gånger vanligare hos kvinnor med T1D att utveckla preeklampsi jämfört med friska kvinnor. En god kontrollerad diabetes i tidig graviditet minskar risken för preeklampsi (Ballas et al., 2012; Sibai, 2000). Den ökade frekvensen av preeklampsi hos kvinnor med T1D ökar risken för prematur födsel (Fellman, 2008). Etiologin bakom preeklampsi hos kvinnor med T1D är liksom hos friska kvinnor oklar. Kvinnor med T1D, som har proteinuri orsakad av diabetesangiopati, har 50 procent ökad risk för preeklampsi jämfört med kvinnor med T1D som ej utvecklat proteinuri. Diabetesnefropati ökar risken ytterligare (Sibai, 2000). Detta kan leda till intrauterin tillväxthämning och ibland mycket för tidig förlossning (Gabbe & Graves, 2003; Hawthorne, 2011). Kvinnor med T1D som har angiopati, nefropati eller retinopati har också en ökad risk för preeklampsi, därför är det viktigt att kvinnorna informeras om dessa risker (Hansson, 2008).

Kärlkomplikationer

T1D hos modern innebär ökade risker för henne i form av progress av retinopati, njurpåverkan och hjärt-/kärl-komplikationer (Regionalt vårdprogram, 2008). Faktorer som ökar dessa risker är duration av diabetessjukdom (>10 år) samt förekomst av komplikationer

innan graviditet. Nefropati och hypertoni dubblar risken att få ett tillväxthämmat barn (Hawthorne, 2011). De kvinnor som har proliferativ retinopati löper en hög risk att detta ska försämrans under graviditeten. Kvinnor med T1D avråds sällan från att bli gravida, ett undantag är dock svår makrovaskulär sjukdom. I samband med graviditet innebär svår nefropati eller retinopati ökade risker som bör beaktas (Regionalt vårdprogram, 2008).

Ketoacidosis

Graviditet ökar risken för ketoacidosis bland annat på grund av insulinresistens, infektionskänslighet och graviditetsillamående med kräkning (Ballas et al., 2012; Hawthorne, 2011). Kvinnor med T1D som är gravida eller planerar en graviditet bör få information om riskerna med att utveckla ketoacidosis och hur detta skall handläggas. Denna risk är som störst under andra och tredje trimestern samt hos kvinnor med nyupptäckt T1D (Hawthorne, 2011; Kitzmiller et al., 2008).

Risker under förlossning

Högt blodsocker hos modern leder till att fostret konsumerar mer syre och är intrauterint känsligt för hypoxi. Vid T1D hos modern ökar risken för kejsarsnitt på grund av hotande asfyxi hos fostret (Hansson, 2008, 2009). Barn till mödrar med T1D och som är stora för tiden har en annan kroppssammansättning än andra stora barn och är ofta disproportionerligt stora kring axlar och bröst. Detta ger en ökad risk för traumatisk förlossning, skulderdystoci och plexusskador (Ballas et al., 2012; Gabbe & Graves, 2003).

Spontanabort

Kvinnor med T1D har en ökad risk att drabbas av spontanabort. Studier har visat att det inte går att ange något exakt HbA1c-värde under vilket det inte finns någon ökad risk för spontanabort. Troligtvis är det fler bidragande faktorer till denna risk än höga blodsockervärden (Hansson, 2008, 2009).

Missbildningar

Missbildningar är en av de allvarligaste komplikationerna vid graviditet hos kvinnor med T1D, vilket gör att dessa kvinnor är en riskgrupp (Eidem et al., 2010). Det är inte helt klarlagt vilken mekanism som är orsaken till missbildningar. Det har länge ansetts att risken för

missbildningar ökar vid dåligt reglerat blodsocker under befruktningstillfället, duration av diabetessjukdom samt förekomst av kärlsjukdom (Ballas et al., 2012). En populationsstudie från Danmark har visat att 16 % av perinatal död hos kvinnor med T1D är relaterat till missbildningar hos fostret (Jensen et al., 2004). Barn till kvinnor med T1D har två till tre gånger ökad frekvens av missbildningar (Ballas et al., 2012; Eidem et al., 2010).

Hjärtmissbildning är den vanligaste typen av missbildning och kan ibland diagnostiseras med hjälp av ultraljud. Andra defekter som kan förekomma är missbildningar på hjärna, ryggrad, armar eller ben (Ballas et al., 2012).

Tillväxtrubbningar

Ytterligare en risk vid graviditet hos kvinnor med T1D är störd tillväxt hos fostret, vilket kan yttra sig i form av large for gestational age (LGA), diabetesfetopati eller tillväxthämning (Hansson, 2008). Glukos passerar över placentan med underlättad diffusion, men insulin passerar inte alls från modern till fostret. Detta gör att fostret själv måste producera insulin för att reglera blodsockret, vilket den börjar göra i vecka 10-12. Förhöjda blodsockervärden hos modern leder till fetal hyperinsulinism och en alltför snabb tillväxt hos fostret (Åberg, 2004). Höga blodsockernivåer hos modern kan bara delvis förklara varför barn till mödrar med T1D blir stora för tiden. Troligen beror detta även på andra oklara tillväxtfaktorer (Hansson, 2008, 2009). Hos barn som drabbas av diabetesfetopati har den extra näring samt den egna förhöjda insulinnivån lett till en ökad tillväxt samt fettinlagring, med en onormal svullnad i hud och underhud. Även de inre organen påverkas av tillväxten, såsom hjärta, lever och tarm, dock ej hjärnan (Hansson, 2008, 2009; Åberg, 2004).

Perinatal mortalitet

Intrauterin död är fyra till fem gånger högre vid T1D hos modern jämfört med en mor utan diabetes. Förekomsten har dock minskat avsevärt under de sista 20-30 åren, vilket troligtvis beror på förbättrad blodsockerkontroll både före och under graviditeten. Risken för intrauterin död är också något ökad hos barn med LGA jämfört med de barn som är normalviktiga (Hansson, 2008, 2009). En dansk populationsstudie, där personer med T1D jämfördes med bakgrundspopulationen, visade att den perinatale mortaliteten var fyra gånger högre hos kvinnor med T1D. Det var 4,7 gånger vanligare i denna grupp att få ett dödfött barn jämfört med bakgrundspopulationen (Jensen et al., 2004). Mer än hälften av fallen med dödfödda barn till kvinnor med T1D berodde på att modern haft en otillfredsställande blodsockerkontroll.

Vid ungefär hälften av de förlossningar, som resulterade i ett dödfött barn, kunde barnets död förklaras av intrauterin tillväxthämning, preeklampsi, problem med navelsträngen, akut asfyxi, placentaavlossning, intrauterin infektion eller missbildningar. I övriga 50 % av dessa förlossningar fanns ingen förklaring (Mathiesen, Ringholm, & Damm, 2011).

Neonatala komplikationer

Den vanligaste orsaken till att barn till kvinnor med T1D läggs in på neonatalavdelning är för behandling av hypoglykemi som är en följd av dess hyperinsulinism. På senare år vårdas nu många av dessa barn på BB-avdelningar, när modern har haft en okomplicerad graviditet (Hansson, 2008, 2009). Infantile respiratory distress syndrom (RDS) är vanligare hos barn vars mödrar har T1D på grund av att insulin fördröjer mognaden av alveolens typ 2-celler. Är moderns diabetes under bra kontroll minskar dock risken för RDS hos barnet (Ballas et al., 2012; Gabbe & Graves, 2003). Postpartum kan barn till kvinnor med T1D drabbas av andningsrubbningsar, hypoglykemi, hyperbilirubinemi, polyglobuli och svårigheter med matintag (Hansson, 2008, 2009).

REPRODUKTIV HÄLSA HOS MOR MED TYP 1 DIABETES

Reproduktiv hälsa har beskrivits och definierats både av World Health Organisation (WHO) och Socialstyrelsen. Det kan innebära en stor utmaning att uppnå reproduktiv hälsa som kvinna med T1D, vilket är viktigt att vara medveten om som professionell i vården. Reproduktiv hälsa har av WHO definierats innefatta ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och möjligheten att få friska barn (WHO, 2006). Enligt Socialstyrelsen innebär reproduktiv hälsa att individen själv skall ha möjlighet att bestämma, kunna få barn när man vill samt undvika att bli gravid. Rätten till födelsekontroll och att på så sätt kunna planera sitt barnafödande är i Sverige för de flesta en självklar rättighet, men i stora delar av världen är detta fortfarande en kontroversiell fråga (Socialstyrelsen, 2006).

Prekonceptionell rådgivning innebär rådgivning före graviditet och är viktig för att minska riskerna under graviditeten hos en kvinna med T1D. Det är centralt att erhålla en god blodsockerkontroll redan innan befruktning, samt att bibehålla denna under hela graviditeten (Ballas et al., 2012; Gabbe & Graves, 2003; Griffiths, Lowe, Boardman, Ayre, & Gadsby, 2008; Jensen et al., 2004; Temple, 2011; Åberg, 2004). Kvinnor med T1D som planerar att bli

gravida behöver professionell rådgivning och vägledning inför och under graviditet för att optimera sina blodsockernivåer. Den medicinska situationen ska vara så optimal som möjlig vid en graviditetsstart och det kräver att kvinnan mäter sitt blodsocker flera gånger om dagen (Ballas et al., 2012; Griffiths et al., 2008; Jensen et al., 2004; Regionalt vårdprogram, 2008; Temple, 2011; Åberg, 2004).

Kvinnor med T1D som blir gravida skrivs tidigt över från diabetesmottagningen till specialistmödravård. Där finns en samlad expertis i form av barnmorska, diabetolog samt obstetriker, vilka tillsammans utformar en individuell behandlingsplan där hänsyn tas till kvinnans sjukdom och graviditet. Det är viktigt att det finns ett bra teamarbete och en god tillgänglighet för den gravida kvinnan. Kvinnan motiveras till täta blodsockerkontroller och egna insulinjusteringar (Hansson, 2008, 2009; Kitzmiller et al., 2008; Regionalt vårdprogram, 2008). Tanken är att de blivande föräldrarna skall tillhöra sin geografiska MVC för att få känna en gemenskap, kunna delta i föräldrautbildning och för att normalisera graviditeten. Detta är en del i det hälsofrämjande arbetet då graviditeten får fokus och inte sjukdomen i sig (Hansson, 2008, 2009).

Det normala basprogrammet vid MVC innefattar cirka 10 besök. Basprogrammet omfattar rekommendationer ur ett medicinskt perspektiv för att minska risker hos gravida kvinnor. Det görs en individuell planering utifrån de medicinska och psykosociala riskfaktorer, livsstilsfrågor och den enskilda kvinnans behov (Strevens, Fald, Westergren, Knutson, & Ny, 2008). Utöver det normala basprogrammet ingår extra kontroller för kvinnor med T1D. Njurfunktionsprover och tyreoidaprover följs under hela graviditeten och HbA1c kontrolleras med fyra till sex veckors intervall. För att se eventuella retinopatiförändringar görs ögonbottenfoto (Hansson, 2009; Kitzmiller et al., 2008; Regionalt vårdprogram, 2008). Ultraljud görs var fjärde vecka från och med vecka 28 för att kontrollera barnets tillväxt. CTG-övervakning görs en till två gånger per vecka från och med vecka 36 (Hansson, 2009).

BARNMORSKANS KOMPETENS OCH VERKSAMHETSOMRÅDE

Barnmorskans arbetsfält innefattar många olika områden inom perinatal och reproduktiv hälsa ur ett livscykelperspektiv, vilket regleras av Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) samt den professionsetiska koden framtagen av International Confederation of Midwives (ICM) (2008). Nedan följer en kortare presentation av

barnmorskans kompetensbeskrivning samt den etiska koden, utifrån vad som är aktuellt i vården av gravida kvinnor med T1D.

Kompetensbeskrivningen är indelad i tre områden; *Sexuell och reproduktiv hälsa, Forskning, utveckling och utbildning* samt *Ledning och organisation*. Genomgående betonas att barnmorskan skall ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningsätt baserat på en värdegrund med en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2006). Det etiska förhållningssättet för barnmorskor har ICM formulerat i den etiska koden som tar hänsyn till kvinnors rättigheter och jämlikhet vad gäller tillgång till hälsovård (International Confederation Midwives, 2008).

Barnmorskans vårdande av gravida kvinnor med T1D stödjer sig på Socialstyrelsens kompetensbeskrivning samt ICM's etiska kod som syftar till att förbättra vårdkvaliteten som erbjuds kvinnor, spädbarn och familjer i hela världen. Barnmorskan skall ha förmåga att tillämpa kunskaper om normal och komplicerad graviditet, förlossning samt eftervård och det friska samt det sjuka nyfödda barnet (Socialstyrelsen, 2006; International Confederation Midwives, 2008). Det är av stor vikt att barnmorskan kan identifiera avvikande symtom under graviditet hos kvinnor med T1D, eftersom de löper en ökad risk att drabbas av komplikationer (Gabbe & Graves, 2003; Hawthorne, 2011). En viktig del i barnmorskans yrkesroll är att vara lyhörd, stödja och inge trygghet vid eventuella komplikationer (Socialstyrelsen, 2006; International Confederation Midwives, 2008), vilket kan vara aktuellt vid vård av kvinnor där graviditeten klassas som en högriskgraviditet, som i de fall då modern har T1D.

Det innebär stora förändringar på många plan att vara gravid och samtidigt ha T1D och den somatiska hälsan hos både kvinnan och barnet kan påverkas. I arbetet med gravida kvinnor är det centralt att vara lyhörd och erbjuda hjälp samt ge stöd. Barnmorskan har under övervakningen av graviditeten möjlighet att bygga upp ett förtroende till kvinnan, som därmed får möjlighet att tala om olika känslor och svårigheter. Viktiga faktorer för att detta ska fungera bra är ett aktivt lyssnande från barnmorskans sida samt kunskap, tid och kontinuitet i sitt sätt att arbeta. Stödet ska bidra till positiva upplevelser under graviditeten samt stärka kvinnans egna resurser att hantera olika påfrestningar (Almström, 2004; Olsson, 2010).

Stöd kan ges till kvinnan individuellt inom basprogrammet samt på gruppnivå där en viktig del är föräldrautbildningen som infördes 1979, vilken erbjuder kunskap och möjliggör kontakt

med andra blivande föräldrar för att utbyta tankar. Kvinnor med särskilda medicinska behov, såsom de med T1D, erbjuds ett utökat stöd i form av kontakt med specialist och fler besök än vad som erbjuds i basprogrammet (Almström, 2004).

ETT SALUTOGENT FÖRHÅLLNINGSSÄTT VID TYP 1 DIABETES HOS MODERN

Vården idag tenderar att bygga på ett risktänkande. Detta gäller även vid graviditet och barnafödande med ökade medicinska interventioner. För att inte riskera att objektifiera kvinnan bör ett normaliserande synsätt användas i mötet med henne och barnmorskan bör leta efter och stödja faktorer som främjar hälsa (Olsson, 2010). Att vårda en kvinna med ökade risker under graviditeten, som till exempel T1D, innebär att utveckla en vårdrelation som värnar om kvinnans värdighet. Barnmorskan bör hitta en balans mellan att tillgodose de medicinska behoven, och att samtidigt främja kvinnans rätt att bli mor på ett naturligt sätt (Berg, 2010). T1D är en kronisk sjukdom, som ständigt är närvarande för den gravida kvinnan i och med dagliga blodsockerkontroller och insulinbehandling.

Salutogenes är en hälsoorienterad ståndpunkt baserad på föreställningen om att vi alla i något avseende är friska (Antonovsky, 2005). I mötet med gravida kvinnor som har T1D kan detta förhållningssätt med fördel användas då det är viktigt att barnmorskan synliggör det friska och normala i graviditeten för att undvika att lägga fokus på sjukdomen.

Antonovsky (2005) menar att hälsa och ohälsa ses på ett kontinuum där de inte utesluter varandra, utan det undersöks var människan eller en viss grupp befinner sig på detta kontinuum, vid en viss tidpunkt. Kaos, stress och påfrestningar är naturliga tillstånd som mer eller mindre alltid är närvarande. Det blir då intressant hur människan trots detta kan bevara eller uppnå hälsa. Utifrån Antonovskys synsätt blir det viktigt att barnmorskan stödjer gravida kvinnor med T1D och stärker de faktorer som bevarar hälsa. Hälsan är beroende av hur människan bemästrar sin omvärld och fokus ligger på vad som orsakar hälsa, salutogenes, istället för vad som orsakar sjukdom, patogenes (Medin & Alexanderson, 2000).

Antonovsky (2005) beskriver att hälsa uppkommer då individen har en ”känsla av sammanhang” (KASAM). En stark KASAM möjliggör för människan att hantera stressfyllda situationer som denne möter i livet. KASAM består av tre komponenter: *Begriplighet* belyser i vilken utsträckning omvärlden upplevs förnuftsmässigt förståelig. En hög känsla av

begriplighet betyder att de stimuli han eller hon kommer möta i framtiden förväntas möjliga att strukturera och förklara. Nästa komponent är *hanterbarhet* och definieras som i vilken utsträckning individen upplever sig ha resurser att tillgå för att möta och hantera omgivande stimuli. Det kan vara egenskaper hos individen själv eller hos personer i dess omgivning. En hög grad av hanterbarhet för med sig en känsla av att inte vara ett offer för omständigheterna. Den sista och tredje delen i KASAM innefattar *meningsfullhet* och kan beskrivas som en motivationskomponent. En stark upplevelse av meningsfullhet innebär att vara delaktig som medverkande i de processer som skapar såväl ens öde som ens dagliga erfarenheter. Det handlar om i vilken utsträckning människan anser att livet har en känslomässig mening, en känsla av att det är värt att investera energi och engagemang i de problem som livet ställer en inför. Dessa tre komponenter är oskiljbart sammanflätade och det är kraften i samspelet mellan de tre komponenterna som medverkar till en stark KASAM hos en människa, vilket medför god hälsa (Antonovsky, 2005). Kvinnor med T1D, som har en stark KASAM, skulle då ha bättre förutsättningar att uppnå en god hälsa under graviditet jämfört med kvinnor med svag KASAM.

VÄLBEFINNANDE UNDER GRAVIDITET HOS KVINNOR MED TYP 1 DIABETES

Detta avsnitt berör välbefinnande hos gravida kvinnor med T1D, vilket bland annat omfattar upplevelser, psykiskt välmående, livskvalitet och socialt stöd. Överlag finns det sparsamt med kvantitativ forskning kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D. I detta avsnitt ges en översikt av vad som finns publicerat även om ingen fullständig detaljerad litteratursökning har gjorts. Problemet är att man ofta i sådana studier har blandat ihop de olika diabetestyperna; T1D, T2D och graviditetsdiabetes. Detta är olyckligt då det är stor skillnad att gå in i en graviditet med en känd diabetes, jämfört med att under pågående graviditet få en graviditetsdiabetes. En svensk studie inom området har identifierats men även här blandas grupper med kronisk diabetes och graviditetsdiabetes ihop (Anderberg, Berntorp, & Crang-Svalenius, 2009). Fyra publikationer har identifierats där gruppen kvinnor med T1D går att skilja ut. Tre av dessa är gjorda i USA och en i Italien.

Langer och Langer (1998, 2000) har publicerat två artiklar från samma studie. I en artikel från 1998 rapporterades om relationen mellan grad av glykemisk kontroll och välbefinnande under graviditet hos personer med redan existerande diabetes. Undersökningen bestod av 100 kvinnor med pre-gestationell diabetes (T1D och T2D) samt 132 kontrollpersoner utan

diabetes. Mätinstrumentet "The profile of Mood States-Bipolar form" bestod av 72 teman. Lickertskala användes och undersökningen utfördes i slutet av tredje trimestern på en diabetesklinik i Texas, USA. Jämförelser gjordes mellan kvinnor med god respektive dålig glykemisk kontroll. Kvinnornas psykiska välmående visade sig inte ha något samband med svårighetsgraden av diabetes men däremot upplevde gravida kvinnor med diabetes högre grad av ångest och negativ inställning än kvinnorna utan diabetes. Det framkom ingen signifikant skillnad i resultatet mellan kvinnorna med T1D och T2D. En huvudsaklig oro under graviditeten var känslan att förlora kontrollen över sin kropp och sin diabetes (Langer & Langer, 1998).

År 2000 publicerade samma författare en artikel där det undersöktes hur intensiv insulinbehandling påverkade kvinnans sinnesstämning under graviditet. Författarna ville även se vad som utmärker den emotionella profilen hos kvinnor med pre-gestationell diabetes (T1D och T2D) jämfört med kvinnor nydiagnostiserade med gestationsdiabetes. 100 kvinnor med pre-gestationell diabetes, 206 kvinnor med nydiagnostiserad gestationsdiabetes samt 227 kontrollpersoner, utan diabetessjukdom, utgjorde undersökningsgruppen under slutet av tredje trimestern på en diabetesklinik i Texas, USA. Samma mätinstrument som vid undersökningen 1998 användes. Resultatet visade att intensiv insulinbehandling inte var associerat med negativ sinnesstämning. Kvinnor med pre-gestationsdiabetes hade högre grad av depressiva tecken jämfört med både kvinnor med gestationsdiabetes och de utan diabetes. Dessa hade också högre grad av negativ inställning jämfört med gruppen kvinnor med gestationsdiabetes. Grupperna med T1D och T2D skiljde sig inte åt (Langer & Langer, 2000).

En studie i Italien utvärderade livskvalitén hos gravida kvinnor med diabetes som följdes upp på diabeteskliniker. Under tredje trimestern samt åtta veckor efter förlossning svarade kvinnorna på två enkäter, en om allmän hälsa (SF-36 Health Survey) och en skala specifikt riktad för att fånga upp tecken på depression (CES-D). Undersökningsgruppen bestod av 245 gravida kvinnor, varav 30 med T1D, 176 kvinnor med gestationsdiabetes (insulinbehandlade) samt 39 kontrollpersoner utan diabetes. Kvinnorna med diabetes fyllde även i två diabetes-specifika skalor om diabetes-relaterad stress och oro. Kvinnorna med diabetes skattade sin allmänna hälsa som sämre än de utan diabetes. Studien visade också att kvinnor med T1D mådde sämre mentalt än kontrollpersonerna. Däremot var det ingen skillnad mellan de tre grupperna gällande depression. Samtliga uppfyllde dock kriterier för närvaro av depressiva symtom. Det var inte heller någon skillnad mellan kvinnorna med gestationsdiabetes och de

med T1D beträffande diabetesrelaterad stress och oro (Dalfrå, Nicolucci, Bisson, Bonsembiante, & Lapolla, 2011).

I USA utfördes en studie där forskare granskade följsamhet av rekommendationer hos gravida kvinnor med pre-gestationell diabetes (T1D och T2D) genom att samla in uppgifter gällande egenvård. Mätningar gjordes vid tre tillfällen under graviditeten; mitten av andra samt tidigt och sent i tredje trimestern. Sammanlagt deltog 49 gravida kvinnor, varav 68 % (n=33) hade T1D och 32 % (n=16) T2D. De fick besvara frågor gällande diabetes och följsamhet, diabetes och socialt stöd samt olika besvär på en skala (The Hassles Scale). Resultatet skiljde sig inte mellan grupperna T1D och T2D. Hög följsamhet gällande blodsockermätning rapporterades hos 94-98 % av deltagarna. Kvinnorna upplevde sig även ha hög följsamhet med insulinadministration samt att hantera reaktioner på insulinet och de upplevde att det dagliga livet dominerades av att försöka normalisera blodsockret. Däremot rapporterades sämre följsamhet med rekommenderad diet. Resultatet visade att kvinnorna oftare följde en plan för dieten när de hade socialt stöd och när stress kunde hanteras. Det rapporterades vidare att kvinnorna gjorde beteendemässiga förändringar efter en ökad medvetenhet om diabetessjukdomen i och med flera sjukhusbesök och insulinjusteringar (Ruggiero, Spirito, Coustan, McGarvey, & Low, 1993).

Sammanfattningsvis visade ovan nämnda studier att gravida kvinnor med T1D kände ångest och upplevde tecken på depression (Langer & Langer, 1998, 2000), samt rapporterades sämre allmän och mental hälsa än kvinnor utan diabetes (Dalfrå et al., 2011). De var i högre grad negativt inställda (Langer & Langer, 1998). Kvinnorna hade en god följsamhet gällande blodsockermätning och insulinadministration, men det dagliga livet kretsade kring att normalisera sitt blodsocker (Ruggiero et al., 1993).

PROBLEMFORMULERING

Forskning har visat att kvinnor med T1D i samband med graviditet har negativa känslor och upplever ångest och depression. Ökad kunskap och förståelse för deras upplevelser behövs för att barnmorskor och även annan vårdpersonal såsom obstetrik, gynekologer, diabetessjuksköterskor och diabetologer skall kunna vårda dessa kvinnor på bästa sätt. För att på ett djupare plan bättre kunna förstå dessa upplevelser krävs kvalitativa studier. Metasyntes ett bra sätt att tolka kunskapsläget vilket kan ge en ny och djupare förståelse kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D.

SYFTE

Syftet är att genom en metasyntes analysera, integrera och tolka resultat från kvalitativ forskning kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med typ 1 diabetes (T1D).

METOD

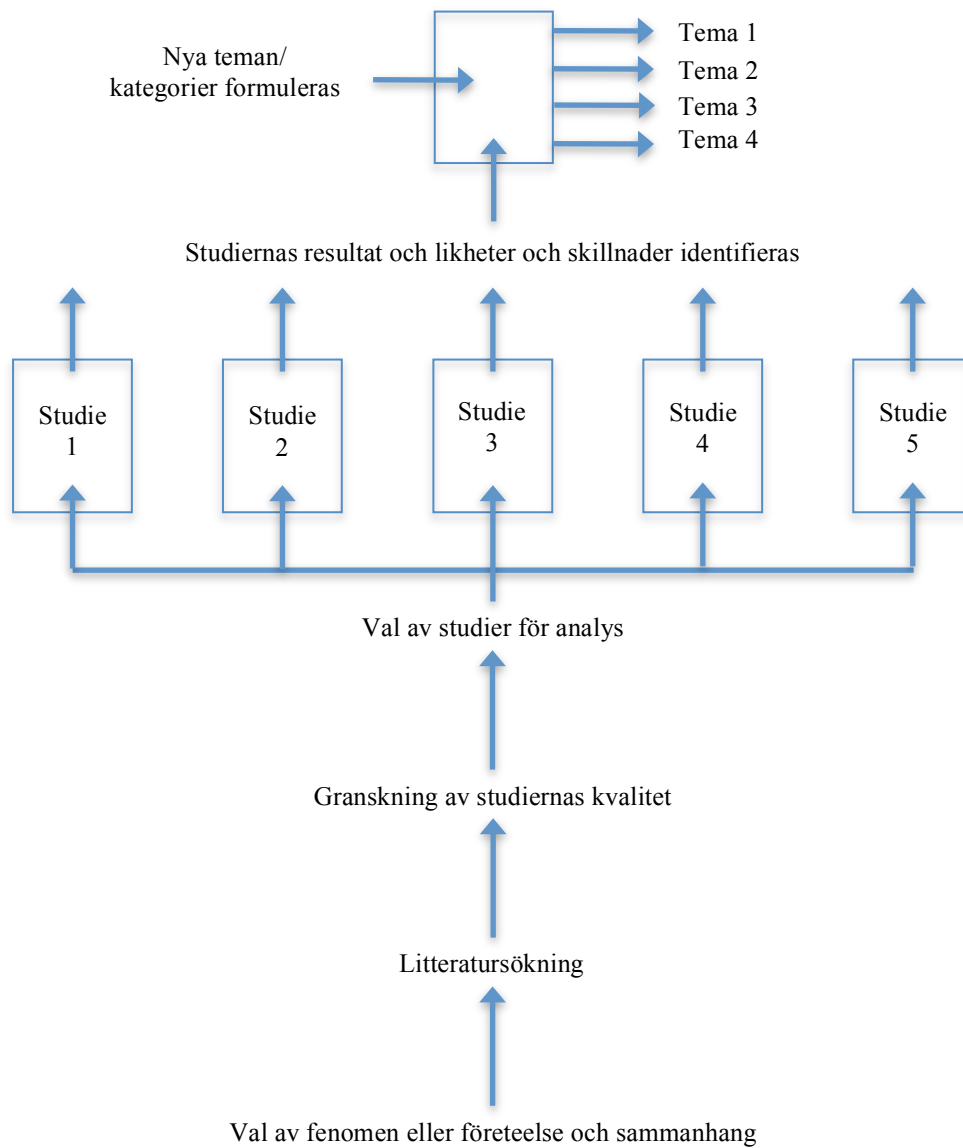
METASYNTES

Den här metasyntesen baseras på den tolkande metaetnografen som beskrivs av Noblit och Hare. Metasyntes är en vetenskaplig analysmetod för att syntetisera och tolka resultat från flera olika publicerade kvalitativa studier. Studiernas resultat tolkas, analyseras och sammanställs för att ge en mer omfattande förståelse för och helhetsbild av ett specifikt fenomen (Noblit & Hare, 1988). Analysen som genomförs i en metasyntes kan struktureras i några centrala steg vilka finns sammanfattade i Figur 1, en modifiering av en modell beskriven av Friberg (2012).

Vid en metasyntes inleder forskaren med att identifiera det fenomen eller företeelse som skall studeras och som är av intresse för forskaren, samt dennes verksamhet (Noblit & Hare, 1988). Viktigt är att det studerade fenomenet inte är för stort utan att en avgränsning görs, genom att forskaren relaterar det utsedda fenomenet eller företeelsen till ett visst sammanhang. Centralt vid metasyntes är att ingående kvalitetsgranska publicerade artiklar, då bristande kvalitet kan medföra svagheter i metasyntesen. En checklista/granskningsmall kan med fördel användas för bedömning av artiklarnas kvalitet. När granskningen är gjord bestäms vilka studier som ska ingå i analysen och vilka som inte uppnår bestämda kriterier (Walsh & Downe, 2006). Urval och förklaringar till varför studierna inkluderats eller exkluderats ges (Friberg 2012).

Forskaren går vidare med att läsa de inkluderade artiklarna flertalet gånger för att identifiera metaforer, teman och kategorier (Noblit & Hare, 1988; Walsh & Downe, 2005). Därefter syntetiseras och tolkas de olika studiernas resultat och forskaren skapar nya övergripande teman av gemensamma metaforer, teman och kategorier. Studiers resultat kan vara relaterade till varandra på tre olika sätt. De kan vara jämförbara med varandra, väsentligen motbevisande eller uppvisa en linje av argument, alltså inte jämförbara eller motbevisande. Unika synteser där hänsyn tas till detaljer benämns som translationer. Forskaren kan då respektera helheten och jämförelser mellan studierna möjliggörs. Analysen resulterar i en ny helhet och fördjupad

tolkning som redovisas i form av teman och metaforer som är något mer än en sammanfattning av studierna (Noblit & Hare, 1988).



Figur 1: En beskrivning av de olika momenten vid en metasyntes

INKLUDERADE STUDIER

Sökning efter relevanta artiklar avseende upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D gjordes i databaserna PubMed och Cinahl vid Biomedicinska biblioteket, Sahlgrenska Akademin. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara kvalitativa, vetenskapligt granskade och skrivna på engelska. Abstrakt skulle vara tillgängligt och de redovisade studierna skulle fokusera på upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D. Inga begränsningar på årtal gjordes utifrån antagandet att det inte fanns så mycket tidigare forskning på upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D. Exklusionskriterier var kvantitativa artiklar samt de artiklar där det ej gick att urskilja olika diabetestyper åt. Utgivningsår granskades i efterhand manuellt.

Artikelsökningen (se tabell 1) genomfördes i maj 2013 tillsammans med en bibliotekarie med stor kunskap om sökning av vetenskapliga artiklar. Sökord som användes var diabetes mellitus type 1, pregnancy, experiences, pregnancy in diabetics, type 1, pregnancy in diabetes, midwifery. Genom att kombinera sökorden med varandra blev antalet träffar hanterbara. De flesta av artiklarna exkluderades då titlarna inte stämde med metasyntesens syfte. Processen fortsatte genom att abstrakt lästes, då ytterligare artiklar valdes bort på grund av att de antingen var kvantitativa eller att de inte svarade på vårt syfte. Därefter lästes ett visst antal artiklar överskådligt för att bedöma deras relevans i relation till syftet. Totalt identifierades sex artiklar som uppfyllde syftet. Fem av de sex artiklarna fanns i fulltext och en beställdes. Varje artikel gavs ett unikt artikelnummer. En kortfattat presentation av artiklarna ges i tabell 2. I resultat- och diskussionsdelarna sker referering till artiklarna via dessa tilldelade nummer.

Tabell 1: Sökningar och träffar

Sökord	Databas	Antal träffar	Åtgärd	Antal valda artiklar samt artikelnummer
Diabetes Mellitus, Type 1 (Majr) pregnancy	Pubmed	2173	Ingen genomgång	*
Diabetes Mellitu, Type 1 (Mesh) pregnancy experience	Pubmed	19	19 titlar 8 abstrakt 5 artiklar	4 (1, 4, 5, 6)
Pregnancy in diabetics (Mesh) type 1 experiences	Pubmed	13	13 titlar 6 abstrakt 4 artiklar	4 (1, 4, 5, 6)
Diabetes Mellitu, Type 1 (Majr) pregnancy experience	Pubmed	15	15 titlar 5 abstrakt 3 artiklar	3 (1, 4, 5)
Diabetes Mellitus, Type 1 Pregnancy	Pubmed	2969	Ingen genomgång	*
Pregnancy in diabetics	Pubmed	11065	Ingen genomgång	*
Pregnancy in diabetics (Mesh)	Pubmed	10742	Ingen genomgång	*
Pregnancy in Diabetes	Cinahl	491	Ingen genomgång	*
Diabetes mellitus type 1 AND pregnancy AND Experiences	Cinahl	5	5 titlar 5 abstrakt 2 artiklar	2 (2, 4)
Diabetes mellitus type 1 AND pregnancy AND midwifery	Cinahl	1	1 titel 1 abstrakt	0
Diabetes mellitus, type 1 AND pregnancy	Cinahl	241	241 titlar 25 abstrakt 8 artiklar	3 (2, 4, 3)

* För stort antal träffar

Tabell 2: Utvalda artiklar för kvalitetsgranskning

Artikel-nummer	Författare	Årtal	Artikelnamn	Land	Tidskrift
1	Berg & Honkasalo	2000	Pregnancy and diabetes – a hermeneutic phenomenological study of women’s experiences	Sverige	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology
2	Berg	2005	Pregnancy and Diabetes: How Women Handle the Challenges	Sverige	The Journal of Perinatal Education
3	Richmond	2009	Coping with diabetes through pregnancy	Storbritannien	British Journal of Midwifery
4	King & Wellard	2009	Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia	Australien	Midwifery
5	Berg & Sparud-Lundin	2009	Experiences of professional support during pregnancy and childbirth - a qualitative study of women with type 1 diabetes	Sverige	BMC Pregnancy and Childbirth
6	Lavender et al.	2010	Women’s perception of being pregnant and having pregestational diabetes	Storbritannien	Midwifery

ANALYS OCH BEARBETNING

De sex utvalda artiklarna granskades avseende kvalitet. Initialt användes en granskningsmall utvecklad av Lundgren, Begley, Gross, & Bondas (2012), vilken i sig var baserad på två andra kvalitetsgranskningsmallar: COREQ 32- item (Tong, Sainsbury & Craig, 2007) och granskningsmall av Walsh och Downe (2006).

Granskningen genomfördes individuellt av tre personer; författarna för denna magisteruppsats (KA, KE) samt handledare (MB). Därefter jämfördes bedömningen och konflikter (olika bedömningar) i vissa frågor löstes genom att synliggöra för varandra var i den aktuella artikeln detta eventuellt kunnat observeras.

Två frågor tolkades initialt olika vilka efter samtal gav samsyn och ny bedömning utifrån gemensam förståelse gjordes av alla tre. En fråga berörde ämnet ”saturation” och huruvida bevis för att insamlad data mättats kunnat påvisas. Efter diskussion enades samtliga om att

denna fråga skall tolkas som att författarna visat att datainsamlingen tillfredsställts genom exempelvis följdfrågor och förtydliganden. Den andra frågan, avseende vidare forskning, beslutades gemensamt att även inkludera förslag på hur resultatet är användbart i praktiken och inte enbart förslag på framtida forskning. Det fastslogs att författarna till respektive artikel bör ha belyst någon av dessa komponenter för att få poäng på denna fråga.

Varje fråga besvarades i den ursprungliga granskningsmallen av Lundgren et al. (2012) med ”yes”, ”no” eller ”not applicable”. ”Yes” resulterade i ett poäng och ”no” noll poäng. ”Not applicable” poängsattes med noll poäng, detta framgick ej tydligt men förtydligades av I. Lundgren (personlig kommunikation, 19 augusti 2013). Efter diskussion i gruppen beslutades att de frågor som bedömdes som ”not applicable” (”Declaration of presence of non-participants, if applicable”, “Statements of whether or not field notes were used”, “Statements of whether or not transcripts were returned of participants for comment and/or correction” och “Statement of whether or not participants provided feedback on the findings”) då de inte ansågs vara relevanta att ställa för alla kvalitativa metoder, istället togs bort från granskningsmallen för att undvika falskt låga poäng gällande kvalitén.

En beskrivning av frågorna i vår utvecklade granskningsmall ges i tabell 3. Totalt användes 41 av de 45 frågorna. Detta resulterade i att en artikel kunde få maximalt 41 poäng. Artiklarnas kvalitet klassificerades efter granskning som hög, medel eller låg kvalitet enligt Lundgren et al. (2012). En omräkning baserat på 41 istället för 45 frågor gjordes vilket gav följande indelning: Hög kvalitet: 37-41 poäng, medel kvalitet: 29-36 poäng och låg kvalitet: 0-28 poäng.

Processen med syntetisering av resultaten var inspirerade av Noblit och Hare (1988). De utvalda artiklar lästes efter kvalitetsgranskning igenom individuellt av oss var och en (KA; KE, MB). Detta för att få en helhetsuppfattning av upplevelsorna under graviditet hos kvinnor med T1D. Upprepade genomläsningar gjordes för att identifiera teman och få en utvidgad förståelse av resultaten. I nästa steg relaterades resultatet i de enskilda studierna till varandra för att hitta likheter och olikheter samt syntetiseras till nya huvudteman med underteman.

Tabell 3: Granskningsmall

Domain 1: Research team and reflexivity

1. Statement of which author/s conducted the interview or focus group*
2. List of the researchers' credentials, e.g., PhD, MD*
3. Statement of their occupation at the time of the study*
4. Indication of the gender of the researcher(s)*
5. Statement of relevant experience or training that researcher(s) had*
6. Statement of any relationship established between participants and researchers prior to study start*
7. Statement of participant knowledge of the interviewer*
8. Evidence of self-awareness/insight in the characteristics reported about the interviewer/facilitator: e.g., assumptions, bias, reasons for or interest in the research topic*

Domain 2: Scope and purpose*

9. Link between research and existing knowledge demonstrated*
10. A clear aim for the study was stated*

Domain 3: study design

11. A clear methodological orientation was stated to underpin the study e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis*
12. Ethical committee approval granted*
13. Documentation of how autonomy, consent, confidentiality etc. were managed*
14. Description of how participants were selected: e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball*
15. Description of method of approach e.g. face-to-face, telephone, mail/email*
16. Sample size: number of participants in the study declared*
17. Number of people who refused to participate or dropped out given, with reasons*
18. Description of setting of data collection e.g. home, clinic, workplace*
19. Description of important characteristics of the sample e.g., demographic data, date data collected*
20. Description of interview guide given e.g., questions, prompts, guides, and any pilot testing*
21. Number of repeat interviews given, if applicable*
22. Statements of audio/visual recording or not*
23. Duration of interviews or focus group given*
24. Evidence provided that the data reached saturation or discussion/rationale if they did not*

Domain 4: analysis and findings

25. Number of data coders given/evidence of more than one researcher involved*
26. Description provided of the coding tree/discussion of how coding system evolved*
27. Statement of whether themes were identified in advance or derived from the data*
28. Statement of manual analysis, or the software that was used to manage the data*
29. Statements of whether or not deviant data were sought, if applicable*
30. Statement of whether or not researchers “dwelt with the data”, interrogating if for alternative explanations of phenomena*
31. Sufficient discussion of research processes such that others can follow ‘decision trail’*
32. Identified participant quotations (e.g. by participant number) presented to illustrate the themes/findings*
33. Consistency seen between the data presented in the findings*
34. Major themes clearly presented in the findings*
35. Description given of diverse cases or minor themes*
36. The results are presented with an essence (phenomenology), main interpretation (hermeneutics), theory/main concepts (grounded theory), main theme (content analysis)*
37. Evidence of systematic location and inclusion of literature and theory to contextualize findings*

Domain 5: Relevance and transferability

38. Clearly resonates with other knowledge and experience*
39. Provides new insights and increases understanding*
40. Limitations/weaknesses clearly outlined*
41. Further directions for investigation or implication in clinical practice outlined*

*Yes, no or not applicable

FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

I en metasyntes granskas redan gjord kvalitativ forskning vilket innebär att människan som individ inte är direkt involverad. All forskning ska utföras med hänsyn till deltagarnas integritet och med principen att inte skada (Vetenskapsrådet, 2013). Forskarna i de inkluderade studierna har redovisat sina etiska ställningstaganden på ett tydligt sätt vilket innebär att deltagarnas anonymitet och konfidentialitet säkerhetsställs.

Det finns en fördel med metoden att använda redan insamlat material då data utnyttjas maximalt och för att undvika att ytterligare forskningspersoner behöver besväras. Nyttan med att göra en metasyntes om upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D är att genom kritisk granskning av kvalitativa studier inom området utskilja det mest betydelsefulla i varje studie. Resultaten sammanställs på en högre abstraktionsnivå vilket leder till en ökad kunskap och förståelse om kvinnornas upplevelser. Detta kan i sin tur kanske leda till att personal som arbetar med dessa kvinnor bättre kan förstå och bemöta dem utifrån en vetenskaplig grund.

RESULTAT

Resultatet består av två delar: kvalitetsbedömningen av de inkluderade artiklarna samt en syntetisering och tolkning av artiklarnas resultat.

KVALITETSBEDÖMNING

Poängsättningen av de sex artiklarna beskrivs i tabell 4. Tre artiklar bedömdes vara av hög kvalitet (1, 2, 5), två artiklar av medium kvalitet (4, 6) och en artikel av låg kvalitet (3). De fem artiklarna som var av hög eller medium kvalitet hade genomgående bra poäng inom alla områden. Granskarna (KA, KE, MB) beslutade gemensamt om inkludering av artiklar. Alla sex artiklar inkluderades att ingå i syntetiseringen av artiklarnas resultat. Artikeln med låg kvalitet inkluderades att ingå i syntetiseringen då den hade styrkor i de flesta områdena i kvalitetsgranskningen men svagheter främst inom området research team and reflexivity. De sex inkluderade artiklarna representerar resultat från tre länder – två från Storbritannien (3, 6), tre från Sverige (1, 2, 5) och en från Australien (4).

Tabell 4: Sammanställning av inkluderade artiklar samt kvalitetsgranskningspoäng

Artikelnummer, författare	Syfte	Metod	Datansamling	Gransknings poäng
1. Berg, Honkasalo	Att beskriva kvinnors upplevelser av att vara gravid och ha insulinberoende diabetes mellitus (IDDM), framförallt vilka delar som är avgörande för upplevelserna under graviditeten	Hermeneutisk och fenomenologisk ansats	44 intervjuer genomfördes med 14 gravida kvinnor med T1D pre- och postpartum, på avdelning eller i kvinnans hem.	36 p
2. Berg	Att beskriva hur kvinnor med diabetes mellitus typ 1 upplever och hanterar deras utmaningar under graviditet.	Fenomenologisk ansats	Sekundäranalys av text från 44 intervjuer med 14 gravida kvinnor med T1D. Ytterligare fyra riktade intervjuer utfördes med fyra nya kvinnor med T1D. Totalt intervjuades 18 gravida kvinnor.	36 p
3. Richmond	Att undersöka upplevelserna hos kvinnor med diabetes mellitus typ 1 genom graviditeten.	Fenomenologisk ansats	28 intervjuer genomfördes med 11 kvinnor med T1D pre- och postpartum. Intervjuerna utfördes i hemmet med undantag från en intervju som skedde på sjukhuset samt tre över telefon.	25 p
4. King, Wellard	Att undersöka upplevelserna av graviditet och mödravård hos kvinnor med typ 1 diabetes mellitus, boendes på landsbygden i Australien.	Kollektiv fallstudie	Ett flertal intervjuer utfördes under en tremånadersperiod med sju kvinnor med T1D. Intervjuerna genomfördes på tid och plats som passade de intervjuade kvinnorna.	32 p
5. Berg, Sparud-Lundin	Att undersöka behovet av och upplevelser av professionellt stöd under graviditet och barnafödande bland kvinnor med diabetes mellitus typ 1.	Hermeneutisk ansats	Sex fokusgruppsintervjuer med 19 kvinnor, tre individuella intervjuer per telefon samt en intervju på ett fjärde sjukhus. Totalt 23 kvinnor som fått vård vid fyra olika sjukhus.	39 p
6. Lavender et al.,	Att undersöka upplevelser hos vita brittiska och sydöst asiatiska kvinnor med diabetes mellitus typ 1 och typ 2 samt hur de upplever att diabetes påverkar deras reproduktiva hälsa.	Hermeneutisk och fenomenologisk ansats	Fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer med 22 kvinnor med T1D eller T2D. Intervjuer genomfördes på sjukhus eller hemma hos kvinnan.	34 p

SYNTETISERING OCH TOLKNING AV RESULTAT

Syntetiseringen och tolkningen av att vara gravid och ha T1D presenteras i fyra huvudteman: *Leva med närvaro av risk*, *Önskan om ett friskt barn*, *Makt och maktlöshet* samt *Hjälpt eller stjälpt*. Översikt av huvudtema och undertema ges i tabell 5. En beskrivning av centrala aspekter i varje tema ges som följer där citat återges, på engelska för att undvika risk för förvanskad innebörd.

Tabell 5: Översikt av underteman och huvudteman

Underteman	Huvudtema	Artikel
Rädsla och oro för komplikationer	<i>Leva med närvaro av risk</i>	1, 2, 3, 5, 6
Önskan om att få vara normal		1, 2, 3, 5
Sjukdomen ständigt i fokus		1, 2, 3, 4, 5, 6
Strävan efter bra blodsocker	<i>Önskan om ett friskt barn</i>	1, 2, 3, 4, 5
Den blivande modern i andra hand		1, 2, 3, 5, 6
Förlust av kontroll	<i>Makt och maktlöshet</i>	1, 2, 4, 6
Förmågan att påverka		1, 2, 3, 6
Känslan av att vara övervakad	<i>Hjälpt eller stjälpt</i>	1, 2, 3, 4, 5
Önskan om delat ansvar		2, 4, 5, 6
Känslan av att vara beroende		1, 2, 4

Att vara gravid och samtidigt ha typ 1 diabetes innebär att uppleva en oro och rädsla då graviditeten präglas av en risk för komplikationer hos både mor och barn. Detta medförde även en känsla av att sjukdomen prioriterades framför kvinnans roll som blivande mor. Viljan att få känna sig normal var central i kvinnornas upplevelser. Önskan om ett friskt barn var en stark och framträdande känsla hos kvinnorna, detta gjorde att en stor del av vardagen bestod av en strävan att uppnå bra blodsockervärden. Det var tydligt att kvinnorna satte sig själva i andra hand. Graviditeten gjorde blodsockret svårinställt vilket ledde till att kvinnorna ofta upplevde en maktlöshet då de förlorade kontroll över sin kropp. Att få stöd från vårdpersonal upplevdes av kvinnorna som en förutsättning för en bra graviditet. Erfarenheten kring stödet var varierande och avsaknad av stöd beskrevs också med en känsla av att vara övervakad och granskad.

Leva med närvaro av risk

Rädsla och oro för komplikationer

Att vara gravid och ha en kronisk sjukdom som T1D innebär upplevelser av rädsla och oro. Kvinnorna beskrev att de oroade sig för barnets hälsa på grund av de komplikationer som höga blodsockervärden kunde medföra. De upplevde rädsla och oro för bland annat missbildningar och stora barn (1, 2, 3, 5, 6). Kvinnorna kände ett bekräftelsebehov av att få veta att barnet mådde bra. En del beskrev en övertygelse om att något skulle gå fel, de vågade inte tro på en positiv utgång av graviditeten (1, 2).

”You believe something will go wrong all the time... the thought of it drives you mad”

(1 s. 42).

Rädsla för att riskera en svår förlossning fanns också hos kvinnorna. Vissa såg en möjlig risk eller till och med förutsatte att förlossningen skulle ske med hjälp av kejsarsnitt (1, 5, 6).

”...someone’s briefly mentioned that I’ll probably have it a couple of weeks early. I’m surmising I’ll have a caesarean then (laughs) I can’t surmise anything else. Erm, but nobody has really gone into details with that” (6 s. 592).

Önskan om att få vara normal

Kvinnorna uttryckte på olika sätt en önskan om att få känna sig normala och gå igenom en normal graviditet samt få ett normalt barn trots sin diabetes. De kände sig annorlunda och ville vara och leva som andra kvinnor utan diabetes (1, 2, 3).

”...you can’t enjoy your pregnancy at all so I’m not sure if most people do during pregnancy so... and constantly being monitored all the time and the scans, it’s

just like you know – why can't I just be normal?" (3 s.90).

Att vara gravid kan också vara ett bevis för den gravida kvinnan att hon är just normal (2). De blivande mödrarna uttryckte att de kände ett behov att träffa andra kvinnor i liknade situation som de själva (5).

Sjukdomen ständigt i fokus

" The hard thing was that, when I got pregnant, I suddenly had to think about diabetes a lot, how to spend my days, what to choose to eat and when to eat it... it felt a bit like when I first got diabetes... it became a crisis... it's like mourning... I haven't finished crying yet... Almost like a burden" (1 s. 41).

Många av kvinnorna beskrev att blodsockermätningen dominerade deras vardag och detta upplevdes som frustrerande. De upplevde att sjukdomen tog över känslan av att vara gravid (1, 2, 3, 4, 5, 6). Kvinnorna hade en önskan att få samtala kring de känslor som uppstod i och med graviditeten men upplevde att vårdpersonalen främst såg en kvinna med diabetes och inte en blivande moder, då de ständigt fokuserade på blodsockervärden och risker med graviditeten (2, 3).

Önskan om ett friskt barn

Strävan efter bra blodsocker

Kvinnans längtan till att få ett friskt barn ledde till att hon blev motiverad att upprätthålla en god metabol kontroll (1, 2, 3, 5). Detta innebar att kvinnorna pressade sitt blodsocker till låga blodsockervärden med hypoglykemi som följd (1, 2, 3, 4, 5) Normala blodsockervärden gav glädje till kvinnorna och gjorde att de orkade med det tuffa jobbet med att kontrollera blodsockret, justera insulindosen, äta rätt och så vidare (3). Vid varje blodsockermätning påmindes kvinnorna om att de bar ett barn som påverkades av det aktuella värdet, vilket blev en ytterligare källa till motivation och inspiration till att åstadkomma ett ännu mer balanserat blodsocker (1, 2, 3, 5).

"I know because I'm pregnant I've got to look after myself more because I don't want anything to happen to the baby because of it... because of me not looking after myself..."

(3 s.89)

Den blivande modern i andra hand

Kvinnorna kände under graviditeten en oro för det blivande barnet, men inte för sin egen hälsa (1, 2, 3, 5, 6). Under graviditeten var kvinnorna noggranna med sin diabetes men endast för barnets skull (3). Det kunde uppstå en känsla av att förlora sig själv genom att sätta barnets hälsa framför sin egen (1). Detta förstärktes även av att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen fokuserade mer på barnets hälsa och mindre på den blivande moderns (1, 2, 5, 6).

"And then that's how it felt, is it just because I'm carrying a baby, because otherwise they don't care, or they don't care about me (FG2)// and that's how it is isn't it? And it's very, like, here you are, you're pregnant and we're focusing on the baby"

(5 s.4)

Makt och maktlöshet

Förlust av kontroll

Upplevelsen att inte känna igen sin kropp beskrevs av många kvinnor. Det skildrades som en förlust av kontroll (1, 2, 4, 6) och kunde röra sig om svårigheter att känna igen och hantera symtom på hypoglykemi (1, 2, 4). Förlust av kontroll beskrevs även av kvinnorna som att vara styrda av blodsockret de flesta timmarna på dygnet då det påverkade deras dagliga livsföring (1, 2, 4, 6) Detta upplevdes vara frustrerande och kvinnorna kände minskat självförtroende eller minskad självinsikt (1, 2, 4).

"The blood sugar controls everything... I always have to take a blood sample

before I do anything... It is because I am pregnant, It is on my mind all the time, asleep as well as awake” (1 s. 43).

Förmågan att påverka

Insikten att alltid kunna förbättra den metabola kontrollen resulterade i ett missnöje och en upplevelse av att alltid kunna prestera bättre. Avvikande blodsockervärden kunde medföra en känsla av skuld, att det orsakade skada på barnet (1, 3, 6).

”It’s really important for me to get better (metabolic) control because of the baby. I know I haven’t been good. I am trying really hard!” (3 s. 89).

Denna medvetenhet om att kunna påverka sin situation ledde till att vissa kvinnor upplevde en meningsfullhet och harmoni samt att det gav dem en ökad kunskap om sin diabetes (2). Denna insikt kunde leda till att kvinnorna blev ytterligare fokuserade på att förbättra sina blodsockervärden (2, 6).

”I’ve got to get my blood sugars down!....You know, it was a good kick up the bum”

(6 s. 593).

Hjälpt eller stjälp

Känslan av att vara övervakad

Många kvinnor upplevde att de blev kontrollerade av vårdpersonalen, att vårdpersonalen fungerade mer som övervakare än stödjare. Kvinnorna kände ett behov av vårdpersonalens kunskap och stöd, men de upplevde snarare sig styrda, granskade och kontrollerade. En del kvinnor uttryckte att de kände sig duktiga alternativt dåliga beroende på hur bland annat utifrån deras blodsocker (1, 2, 3, 4, 5).

”You have to demonstrate how you have looked after yourself and how you live.

Sometimes one may feel that, no, I don't want to go there and take a lot of samples – I just want to skip the lot. If it's working well, you can be proud to show your blood sugar book. But if it's not so good, then you would prefer to have left it at home. You need to have help to realize that you are pregnant and what is happening and that one can get this thing about samples out of one's head” (2 s.29).

”With my first obstetrician, my pregnancy was made into a side show ... he went completely overboard ... I would be doing 13 tests a day and if I missed one. He'd have me in tears, (saying) don't you care about this child? ... Awful, it was an awful, awful pregnancy ... it was just a medical circus type thing” (4 s. 5).

Kvinnorna upplevde ett behov av stöd från sin partner och från sina anhöriga (2), men de kunde känna av pressen att alltid prestera så bra om möjligt. Detta ledde i sin tur till att kvinnorna kände sig otillräckliga och påmindes om hur hon borde leva och vilka risker som finns (1, 2, 3).

Önskan om delat ansvar

Det framkom en önskan om eget ansvar över sin situation men kvinnorna ville också känna att vårdpersonalen kunde stödja dem och komma med bra råd samt motivera dem.

Vårdpersonalen kunde öka kvinnornas oro genom sättet som de förmedlade information (2, 4, 5, 6).

”A large baby is not a strong baby, it's a large and fragile baby” (5 s.4).

Kvinnor uppfattade att kompetensen hos vårdpersonalen varierade. Dålig kompetens hos vårdpersonalen kunde leda till att kvinnorna förlorade förtroendet och kände ett större egenansvar, det var upp till kvinnorna att klara sig själva under graviditeten. Kvinnorna önskade träffa vårdpersonal med rätt kompetens och förståelse för hur det är att vara gravid och samtidigt ha en T1D (2, 4, 5).

"My midwife would make the same recommendation several times, for instance that I should take my iron tablets with a glass of juice. And I told her I couldn't do that. So we went out and took my blood count and it was a bit low then she repeated it, "Take your iron with some juice.", and I said, "I still can't do that because my blood glucose will go over the top.", and then she said, "Oh, yes, right!" (5 s.4).

Känslan av att vara beroende

Förlusten att känna igen symtom på låga blodsocker gjorde att många kvinnor upplevde en rädsla att vara själva, främst för att sova själva vilket gjorde att kvinnorna utvecklade ett beroende av andra. Detta kunde yttra sig genom att kvinnorna inte kunde vila/sova ensamma (1, 2, 4) eller att de ringde till någon anhöriga för att denne skulle kunna kontrollera att kvinnan mådde bra (1).

"It is difficult enough at this age not being able to be alone" (2 s. 29)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Denna metasyntes kompletterar och fördjupar kunskap på redan gjord kvalitativ forskning kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D. Att sätta sig in i metasyntes som metod har krävt en hel del tid. Genom att flera artiklar kring metoden samt litteratur lästes fick vi en god förståelse för vad metasyntes innebar. Vi anser att det har varit en bra metod för att sammanställa och beskriva befintlig kvalitativ forskning inom ämnet.

Upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D är ett relativt outforskad område, det var svårt att hitta ett stort material av kvalitativa artiklar. Att vi tog hjälp av en bibliotekarie anser vi är en styrka i vår sökning av artiklar till metasyntesen. Enligt Bondas och Hall (2007) är det fördelaktigt att ta hjälp av en bibliotekarie vid sökningar då de oftast hittar 50 % fler artiklar än vad forskare gör. Vid sökningarna fick flera artiklar väljas bort då författarna inte skiljde de tre olika diabetestyperna åt. Vår metasyntes kom endast att inkludera artiklar från tre länder. Detta är synd eftersom T1D existerar i hela världen och intresset för ämnet borde vara

större inom forskningen. Det bristande antalet länder som representerar resultatet kan ses som en svaghet då graviditet hos T1D kan upplevas olika runt om i världen. Vi anser att vårt resultat är överförbart främst i västvärlden, då vi tror att dessa länder har tillgång till liknande information, teknisk utrustning och behandling som bättre möjliggör chansen att få ett friskt barn.

Marie Berg är författare/medförfattare till tre av de sex artiklarna som inkluderades att ingå i syntetiseringen. Detta skulle kunna ses som en svaghet då förmågan att vara objektiv kan påverkas, både avseende kvalitetsgranskning och syntetisering av resultat. Medvetenheten om detta har gjort oss bedömare extra observanta vid granskning och analys av artiklarna.

Vi som författare till denna magisteruppsats har stor klinisk erfarenhet av att som diabetessjuksköterskor vårda patienter med diabetes. Vi ser vår kunskap inom diabetes snarare som en tillgång än ett problem men det är viktigt att vara medveten om denna förförståelse. Vidare har handledare (Marie Berg) lång klinisk erfarenhet som diabetesbarnmorska, liksom av forskning inom området. Enligt Noblit och Hare (1988) finns det inget värde i att göra en metasyntes om det inte finns ett intresse hos författaren inom det aktuella ämnet.

Den ursprungliga granskningsmallen för kvalitetsgranskning utvecklad av Lundgren et al., (2012) som är baserad på COREQ (Tong et al., 2007) och Walsh och Downe (2006) visade sig vid granskning av artiklarna innehålla en del oklarheter, både avseende poängsättning och användbarheten för alla tänkbara kvalitativa metoder. Kvalitetsgranskningen är en viktig och stor del i en metasyntes och det kändes därför viktigt att ge en sådan rättvis bedömning och poängsättning som möjligt. Det noggranna granskningsarbetet som ledde till en modifiering av ursprungsmallerna av Lundgren et al., (2012) bedömer vi vara en kvalitetsutveckling av granskningsmallen lämplig att användas också i andra metasynteser.

Beslut tog att inkludera samtliga sex identifierade artiklar. Enligt Noblit och Hare (1988) skulle bristande kvalitet hos artiklarna kunna medföra svagheter i metasyntesen. Vi anser dock att det varit en styrka att även inkludera artikeln som efter kvalitetsgranskning fick graderingen låg kvalitet då resultatet var innehållsrikt med fokus endast på T1D. Då det inte finns mycket forskning att tillgå inom det valda området upplevs det motiverat att även

inkludera denna studie för att tolka det aktuella kunskapsläget Detta kan ses som en beskrivning av data, att skildra hur det ser ut snarare än att kritisera.

Analysprocessen innebar att var och en (KA, KE) läste artiklarna och identifierade nya teman och underteman. En styrka under analysprocessen var att båda tolkade och identifierade liknande teman. Det uppstod inga svårigheter att urskilja likheter och skillnader för syntetisering och utformning av nya teman. Risken för feltolkning av artiklarnas resultat bedöms därför som liten.

Genom att använda metasyntes som metod uppstår en sorts distans mellan oss som författare till metasyntesen och deltagarna, som besitter förstahandsinformationen. Vi har dock strävat efter att bevara innebörden och förstå betydelsen i varje enskild studies resultat, genom att ständigt återvända till ursprungstexten.

Metasyntesen kanske kunde ha kommit att innehålla ett större antal artiklar om vi inte valt att avgränsa vårt syfte till att endast innefatta T1D. Då vi ställer oss frågande till om upplevelserna hos kvinnor är jämförbara inom de olika diabetestyperna anser vi att det är bättre att basera studien på enbart T1D. Vi menar att detta medför att metasyntesens resultat är tillförlitligt. Det hade dock varit intressant att vidare studera huruvida upplevelserna skiljer sig åt mellan de olika diabetestyperna.

Enligt metodbeskrivningen av Noblit och Hare (1988) ska forskaren komma fram till en metafor/huvudtolkning genom sitt resultat. Författarna till föreliggande studie har till viss del påbörjat denna process men fortsatt utveckling av denna del behövs för att helt uppnå Noblit och Hares beskrivning av metoden. Då studien är på magisternivå fanns ej tid och utrymme för detta.

RESULTATDISKUSSION

Syftet var att analysera, integrera och tolka resultat från kvalitativ forskning kring upplevelser under graviditet hos kvinnor med T1D för att nå en djupare förståelse för kvinnor i denna situation.

Leva med närvaro av risk. Resultatet visar att kvinnorna upplever oro och rädsla för att något skall hända barnet såsom missbildningar eller att barnet skall vara för stort. Denna oro var också utmärkande i resultatet av kvantitativa studier (Dalfrå et al., 2011, Langer & Langer, 1998, 2000) Enligt Hansson (2008) är det en ökad risk för kvinnor med T1D att få stora barn. Missbildningar är också vanligare förekommande hos barn där mödrarna har T1D (Ballas et al., 2012; Eidem et al., 2010). Kvinnorna är således medvetna om att deras graviditet kan innebära en risk, denna risk beskrivs även av Linn och Bretzel (1997). Oron och rädslan som beskrivs av kvinnorna är viktigt att vi som blivande barnmorskor och övrig vårdpersonal har en stor förståelse för. Vi anser att det är avgörande för kvinnans välmående att bli bekräftad och tagen på allvar i sin oro och rädsla.

Resultatet från föreliggande studie visar att känslan att få känna sig normal och lägga sin sjukdom åt sidan är framträdande. Enligt det salutogena synsättet fokuseras hälsa framför sjukdom, alla är i något avseende friska (Antonovsky, 2005). Kvinnorna känner att sjukdomen dominerar deras graviditet och tar över upplevelsen att vara gravid. Detta innebär att det är viktigt för vårdpersonal att se kvinnan i första hand med alla de känslor som uppstår vid en graviditet. Enligt Berg (2010) är det en förutsättning att möta kvinnan med ett normaliserande synsätt för att undvika objektifiering. Vi anser att det är viktigt att arbeta för ett salutogent synsätt och besvara kvinnornas önskan att få känna sig normala. Detta tror vi kan stärka kvinnan och möjliggöra bra upplevelser under graviditeten med god livskvalitet som följd.

Önskan om ett friskt barn. Gravida kvinnor med T1D upplever att vardagen cirkulerar kring att normalisera sitt blodsocker. Detta framgår även i en av de kvantitativa studierna (Ruggiero et al., 1993). Kvinnorna känner sig styrda och kontrollerade av sitt blodsocker samtidigt som önskan om att få ett friskt barn motiverar dem till frekventa blodsockermätningar. Svår hypoglykemi är tre till fem gånger vanligare under tidig graviditet jämfört med innan graviditeten (Ringholm, Pedersen-Bjergaard, Thorsteinsson, Damm & Mathiesen, 2012). Resultatet påvisar att viljan att ha ett normalt blodsocker medför att kvinnorna pressar sig och

ofta drabbas av låga blodsocker. Detta styrks även av tidigare forskning (Gabbe & Graves, 2003; Hawthorne, 2011) Vi anser att barnmorskan har en viktig uppgift i att ge fortlöpande information om hur insulinbehovet ändras under graviditeten samt ge kvinnan verktyg att hantera justering av blodsockret. Det kan stärka kvinnans självförtroende och minska upplevelsen av att känna sig styrda av blodsockret.

Makt och maktlöshet. Kvinnorna vet att de själva har en stor möjlighet att kunna påverka sina blodsockervärden, detta kan resultera i en skuld känsla vid avvikande värden . Då svängande blodsocker ofta uppstår under graviditeten (Gabbe & Graves, 2003; Hawthorne, 2011) tror vi att denna känsla av skuld hos kvinnan är vanligt förekommande och viktigt för vårdpersonal att fånga upp och samtala kring.

Hjälpt eller stjälpt. Kvinnorna upplever att ett bra stöd från vårdpersonalen stärker dem, medan bristande stöd ökar oron. De upplever att vårdpersonalen ibland saknar önskvärd kompetens som kvinnorna behöver under sin graviditet. Många upplever sig dessutom övervakade och tillrättavisade i mötet med vårdpersonalen.

Kvinnorna har rätt till att barnmorskor bemöter dem med lyhördhet, inger trygghet samt är ett stöd under hela graviditeten. (Socialstyrelsen, 2006; ICM, 2008). Vi önskar att gravida kvinnor med T1D kan erbjudas vård där barnmorskan har utbildning och stor kunskap om diabetes samt ett genuint intresse inom området. Enligt Socialstyrelsen (2006) och ICM (2008) skall barnmorskan ha förmåga att tillämpa kunskaper om både normal och komplicerad graviditet. Vi vet att individer med T1D ofta besitter stor kunskap om sin sjukdom och framförallt hur den ter sig hos den enskilda individen. Detta gör att det är viktigt att barnmorskor på ett optimalt sätt kan tillvarata kvinnornas egna resurser samt hjälpa dem att hantera förändringar och utmaningar som kan komma att uppstå under graviditeten

KONKLUSION

Metaanalysen baserad på sex artiklar från tre länder visar att gravida kvinnor med T1D upplever oro, rädsla och skuld under sin graviditet. Det framkom även att vårdpersonal inte alltid ger dessa kvinnor den vård de behöver utan lägger största fokus på deras sjukdom och ibland tenderar att förstärka deras oro, rädsla och skuld. Vi, som blivande barnmorskor, har en stor roll i att stödja dessa kvinnor och ge dem så bra förutsättningar som möjligt att hantera påfrestningar. Med ett salutogent och stödjande förhållningssätt kan barnmorskan och annan vårdpersonal såsom obstetriker, gynekologer, diabetessjuksköterskor samt diabetologer se bortom diabetessjukdomen och bättre förstå vilka faktorer som kan normalisera graviditeten i detta komplexa sammanhang. Vidare kan barnmorskan bemöta och stärka faktorer som främjar hälsa, vilket är i enlighet med reproduktiv och perinatal hälsa. Resultatet i denna metasynthes ger viktig kunskap för barnmorskor och annan vårdpersonal för att kunna bedriva optimalt hälsofrämjande vård av gravida kvinnor med T1D.

REFERENSLISTA

- Almström, E. (2004). Psykosocialt stöd och psykisk ohälsa. In L. Grennert & K. Maršál (Eds.), *Obstetrisk öppenvård*. Stockholm: Liber.
- Anderberg, E., Berntorp, K., & Crang-Svalenius, E. (2009). Diabetes and pregnancy: women's opinions about the care provided during the childbearing year. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 161-170.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ballas, J., Moore, T. R., & Ramos, G. A. (2012). Management of Diabetes in Pregnancy. *Current Diabetes Reports*, 12(1), 33-42.
- Berg, M., & Honkasalo, M. L. (2000). Pregnancy and diabetes--a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(1), 39-48.
- Berg, M. (2002).. *Genuine caring in caring for the genuine: childbearing and high risk as experienced by women and midwives*. (1146), Univ.-bibl. [distributör], Uppsala.
- Berg, M. (2005). Pregnancy and diabetes: How women handle the challenges. *Journal of Perinatal Education*, 14(3), 23-23
- Berg, M., & Sparud Lundin, C. (2009). Experiences of professional support during pregnancy and childbirth- a qualitative study of women with type 1 diabetes
- Berg, M. (2005). Pregnancy and diabetes: How women handle the challenges. *Journal of Perinatal Education*, 14(3), 23-23.
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Bondas, T., & Hall, E. (2007).. Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113-121.
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. (2007). Diabetes and pregnancy: are we providing the best care? Findings on a national enquiry: England, Wales and Northern Ireland. London: CEMACH.
- Dalfrà, M., Nicolucci, A., Bisson, T., Bonsembiante, B., & Lapolla, A. (2011). A Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Quality of Life Research*, 15, 238-242.
- Eidem, I., Stene, L. C., Henriksen, T., Hanssen, K. F., Vangen, S., Vollset, S. E., & Jøner, G. (2010). Congenital anomalies in newborns of women with type 1 diabetes: nationwide population-based study in Norway, 1999-2004. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 89(11), 1403-1411.

Fellman, V. (2008). Det för tidigt födda barnet. In H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman (Eds.), *Neonatologi*. Polen: Författarna & Studentlitteratur.

Gabbe, S. G., & Graves, C. R. (2003). Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 102(4), 857.

Griffiths, F., Lowe, P., Boardman, F., Ayre, C., & Gadsby, R. (2008). Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(548), 184-184.

Hansson, U. (2008). Diabetes och graviditet. In H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Eds.), *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Hansson, U. (2009). Den komplicerade graviditeten. In A. Kaplan B. Hogg, I, Hildingsson & I, Lundgren (Eds.), *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Hawthorne, G. (2011). Maternal complications in diabetic pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 77-90.

International Confederation Midwives. (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Retrieved 9 januari, 2013, from <http://www.internationalmidwives.org>

Jensen, D. M., Damm, P., Moelsted-Pedersen, L., Ovesen, P., Westergaard, J. G., Moeller, M., & Beck-Nielsen, H. (2004). Outcomes in type 1 diabetic pregnancies: a nationwide, population-based study. *Diabetes care*, 27(12), 2819-2823.

King, R., & Wellard, S. (2009). Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia. *Midwifery*, 25(2), 126-133.

Kitzmilller, J. L., Inturrisi, M., Jovanovic, L. B., Kjos, S. I., Knopp, R. H., Montoro, M. N., & Hoffman, L. D. (2008). Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. *Diabetes care*, 31(5), 1060-1079.

Langer, N., & Langer, O. (1998). Pre-existing diabetics: relationship between glycemic control and emotional status in pregnancy. *The Journal of maternal-fetal medicine*, 7(6), 257-263.

Langer, N., & Langer, O. (2000). Comparison of Pregnancy Mood Profiles in Gestational Diabetes and Preexisting Diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(4), 667-672.

Lavender, T., Platt, M. J., Tsekiri, E., Casson, I., Byrom, S., Baker, L., & Walkinshaw, S. (2010). Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. *Midwifery*, 26(6), 589-595.

Linn, T., & Bretzel, R. G. (1997). Diabetes in pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 75(1), 37-41.

Lundgren, I., Begley, C., Gross, M. M., & Bondas, T. (2012). 'Groping through the fog': a

metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 85.

Mathiesen, E. R., Ringholm, L., & Damm, P. (2011). Stillbirth in diabetic pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 105-111.

Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). Beverly Hills, Calif: Sage Publications.

Olsson, P. (2010). Vårdande under graviditet. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Regionalt vårdprogram. (2008). *Diabetes och graviditet*. Retrieved 9 januari, 2013, from <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3130?a=false&guest=true>

Richmond, J. (2009). Diabetes coping with diabetes through pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 17 (2), pp. 84-91.

Ringholm, L., Pedersen-Bjergaard, U., Thorsteinsson, B., Damm, P., & Mathiesen, E. R. (2012). Hypoglycaemia during pregnancy in women with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine : A Journal of the British Diabetic Association*, 29(5), 558.

Ruggiero, L., Spirito, A., Coustan, D., McGarvey, S. T., & Low, K. G. (1993). Self-reported compliance with diabetes self-management during pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 195-207.

Sibai, B. M. (2000). Risk factors, pregnancy complications, and prevention of hypertensive disorders in women with pregravid diabetes mellitus. *The Journal of maternal-fetal medicine*, 9(1), 62-65.

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Retrieved 9 januari, 2013, from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Strevens, H., Fald, H., Westergren, C., Knutson, B., & Ny, P. (2008). Medicinskt basprogram i samband med graviditet. In Intressegruppen för mödrhälsovård inom SFOG, S. i. SBF & M. förening (Eds.), *Mödrhälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*: Lars-Åke Mattsson.

Temple, R. (2011). Preconception care for women with diabetes: is it effective and who should provide it? *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 25(1), 3-14.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357

Vetenskapsrådet. (2013). Codex. Retrieved 130128, 2013, from <http://www.codew.vr.se>

Walsh, D., & Downe, S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature

review. *Journal of advanced nursing*, 50(2), 204-211.

Walsh, D., & Downe, S. (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*, 22(2), 108-119.

Zhang, Y. (2008). *Encyclopedia of global health: Elektronisk resurs*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. Retrieved 130128, from <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.4135/9781412963855>

Åberg, A. (2004). Diabetes. In L. Grennert & K. Maršál (Eds.), *Obstetrisk öppenvård*. Stockholm: Liber.