



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Svangerskap ved Diabetes Mellitus Type 1 /
Diabetes Mellitus Type 1 during pregnancy**

Dobrena Misheva - Heggelund

Stine Sagli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 82

Molde, 06.06.2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.06.2014

Antall ord: 12551

Forord

Sammendrag

Bakgrunn: Svangerskap ved Diabetes Mellitus Type 1 (DMT1) er forbundet med høy risiko for komplikasjoner. For å unngå komplikasjoner hos både mor og barn, bør graviditeten hos planlegges nøye både av kvinnen selv, og følges opp i samråd med helsepersonell. Forekomsten av Diabetes Mellitus Type 1 er økende på verdensbasis, noe som betyr at flere vil gjennomgå svangerskap med sykdommen.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 opplever forhold omkring svangerskapet.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 13 vitenskapelige artikler. 12 med kvalitativ design, og 1 med blandet design. Analysen er utført med tematisk identifisering av fellestrekk, som ble kondensert ned til egnet resultatkategorier. Funnene baserer seg på utsagn av kvinnene som påpekte å ha negative opplevelser.

Resultat: Resultatene viser at kvinnene opplever forhold omkring svangerskap ulikt, med hovedvekt på opplevelser tilknyttet informasjon, relasjoner med helsepersonell, håndtering av utfordringer og opplevelsen av å ha med diabetes i denne perioden.

Konklusjon: Våre resultater belyste hvordan kvinnenes personlige opplevelser var i sammenheng med forholdene omkring svangerskapet. Kvinnene har behov for støtte både i den psykiske og praktiske håndteringen av svangerskapet og at helsepersonells framtoning og spiller en rolle for hvordan kvinnene kan mestre utfordringer.

Søkeord: Diabetes Mellitus type 1, Pre eksisterende diabetes, svangerskapsomsorg, opplevelser, prekonsepsjonell oppfølging

Abstract:

Background: Pregnancy with Diabetes Mellitus Type 1 (DMT1) is associated with a high risk of complications. To avoid complications in both mother and child, the pregnancy should be planned and closely monitored by the woman in consultation with health professionals. The incidence of DMT1 is increasing worldwide, which means more people will undergo pregnancy with the disease.

Purpose: The aim of the literature study was to investigate how women with Diabetes Mellitus Type 1 experience circumstances surrounding the pregnancy.

Methods: A systematic literature review based on 13 research papers. 12 with qualitative design and 1 with mixed design. The research papers were analyzed using thematic identification of key findings, which was condensed down to appropriate result categories. Findings, based on the statements of the women pointed out to have negative experiences.

Results: The results show that women was experiencing issues surrounding pregnancy differently, with emphasis on the experiences associated information, relationships with healthcare professionals, management of challenges and the experience of having diabetes during this period.

Conclusion: Our results highlighted how women's personal experiences were associated with the circumstances surrounding the pregnancy. Women need support in both the psychological and practical management of pregnancy and the health personnel appearance and play a role in how women can master the challenges.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 1, Pre-existing diabetes, prenatal care, experiences, preconceptional counseling

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	2
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstillinger	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Diabetes Mellitus Type 1	3
2.1.1	Svangerskap hos kvinner med Diabetes Mellitus Type 1	3
2.2	Retningslinjer i svangerskapsomsorg	4
2.2.1	Prekonsepsjonell oppfølging	5
2.3	Å leve med kronisk sykdom	6
2.4	Mestring og mestringsstrategi	6
2.4.1	Helsefremmende sykepleie	7
3.0	Metodebeskrivelse	9
3.1	Inklusjon -og eksklusjonskriterier	9
3.2	Datasamling	10
3.2.1	Identifisere relevante kilder	10
3.2.2	Søkestrategi	10
3.2.3	Kvalitetssikring	11
3.2.4	Etiske overveielser	12
3.3	Analyse	12
4.0	Resultatpresentasjon	14
4.1	Kvinnens opplevelser fra svangerskapsomsorgen	15
4.1.1	Ulike inntrykk av informasjon	15
4.1.2	Opplevelser av relasjoner med helsepersonell	17
4.2	Kvinner med Diabetes Mellitus Type sine personlige opplevelser	21
4.2.1	Opplevelsen av svangerskap med diabetes	21
4.2.2	Håndtering av utfordringer var ulik	23
5.0	Diskusjon	27
5.1	Metodediskusjon	27
5.1.1	Søkeprosess	27
5.1.2	Utvalg	28
5.1.3	Kvalitetssikring	29
5.1.4	Analyse	30
5.1.5	Etiske overveielser	31
5.2	Resultatdiskusjon	33
5.2.1	Informasjon og relasjoner kan påvirke psykisk velvære	33
5.2.2	Prekonsepsjonell oppfølging – en utfordring	37
5.2.3	Svangerskap – en faktor for mestring	39
5.2.4	Helhetlig sykepleie gjennom helsefremming	42
6.0	Konklusjon	44
6.1	Forslag for praksis	45
6.2	Forslag til videre forskning	45
7.0	Referanseliste	46

Antall vedlegg: 7

Vedlegg 1 - Ordforklaring

Vedlegg 2 – PIO - skjema

Vedlegg 3 - Søkeshistorikk

Vedlegg 4 - Artikkelsammendrag

Vedlegg 5 - Seleksjonsprosess

Vedlegg 6 - Oversikt over koder fra analyseprosessen

Vedlegg 7 - Relasjonsmodell

1.0 Innledning

Diabetes Mellitus Type 1 (DMT1) sees hos 25 000 av befolkningen, men årlig oppdages 600 nye tilfeller i Norge, hvorav 250 – 300 barn. Forekomsten av Diabetes er i stadig økning på verdensbasis (Sagen 2011). Dette betyr at flere vil gjennomgå svangerskap med sykdommen.

DMT1 øker risikoen for komplikasjoner i svangerskap. Det antas at forhøyet langtidsblodsukker (HbA1c) hos kvinnen gir økt forekomst av store barn (makrosomi), hypoglykemi, spontanabort og spedbarns død (Keely 2012; Ringholm et al. 2012; Vargas, Repke og Serdar 2010).

I tillegg er bakgrunnen for oppfølgingen i forkant av svangerskapet (prekonsepsjonell oppfølging), relevant for langtidsutsiktene hos mor og barn ved DMT1 i svangerskapet, vel dokumentert. Norsk Gynekologisk Legeforening (NGL 2008) påpeker at prekonsepsjonell oppfølging er viktig med tanke på den økte risiko for komplikasjoner ved DMT1, og vektlegger at kvinner med diabetes bør ha en slik veiledning, hvor de tilstreber et langtidsblodsukker mindre enn 7 %.

Det er dokumentert at DMT1 assosieres med stress og at gravide har en lavere terskel for psykiske problemer, og at det er derfor grunn til å anta at DMT1 og graviditet kan forbindes med signifikant stress (Kalra et al. 2013).

Gjennom sykepleierstudiet har vi møtt personer med diabetes i ulike sammenhenger. Dette fra den gamle på sykehjem, komplikasjoner i kirurgisk avdeling med tanke på sykdommens varighet, akutte ketoacidoser i intensivavdeling, til det ny diagnostiserte barnet. I denne perioden har vi midlertidig ikke sett mye til hvordan denne sykdommen arter seg i mer positive livshendelser, som svangerskap.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Personer med Diabetes Mellitus Type 1 har som oftest levd med sykdommen i flere år, og har kjennskap til måling av blodglukose og insulinadministrering. Svangerskap vil likevel for fleste med Diabetes Type 1 by på utfordringer tilknyttet sykdommen. Siden dette temaet ikke har blitt belyst ved tidligere bacheloroppgaver ved Høgskolen i Molde, var det motiverende å fordype oss i dette. Da man også fra praksis ved fødeavdeling under studiet har en formodning om at kvinner med Diabetes Type 1 anbefales å planlegge svangerskap i samråd med helsepersonell.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 opplever forhold omkring svangerskapet.

1.3 Problemstillinger

1. «Hvordan opplever kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 svangerskapsomsorgen?»
2. «Hvilke personlige opplevelser har kvinner med Diabetes Mellitus Type 1?»

2.0 Teoribakgrunn

2.1 *Diabetes Mellitus Type 1*

Ved Diabetes Mellitus Type 1 (DMT1) er det en total mangel på insulinproduksjon. Dette fordi insulinproduksjon i betacellene i bukspyttkjertelen opphører av ukjent årsak. Insulinets oppgave er å omdanne næringsstoffene til energi som kroppen trenger. For at personer med DMT1 skal få opprettholdt livsnødvendige funksjoner er de avhengig av kontinuerlig og jevnlig tilførsel av hormonet (Sagen 2011).

Den er den vanligste kroniske sykdommen i Norge og er påvist hos 2-2,5 % av befolkningen. Norge er på verdenstoppen i forekomsten av denne diagnosen (Kunnskapssenteret 2005).

2.1.1 Svangerskap hos kvinner med Diabetes Mellitus Type 1

Normalt øker insulinresistensen under svangerskapet på grunn av økt produksjon av østrogen, progesteron, humant placenta laktogen (hPL) og kortisol, som fører til økt blodglukose. Årsaker til komplikasjoner under svangerskap ved DMT1 er at morsblodglukose passerer gjennom morkaken (placenta) og fører til økt insulinproduksjon hos fosteret (Maltau og Øian 2010).

Forholdet mellom høy blodglukose og ugunstige utfall synes å ha sammenheng (McCance 2010). I følge Sagen (2011) skjer organdannelsen hos fosteret i løpet av de første ukene, og høyt blodsukker i denne perioden gir høyere risiko for medfødte misdannelser, og spontanabort. Konsekvensene av DMT1 under svangerskapet kan føre til alvorlige komplikasjoner hos både mor og barn, som kan være økt perinatal mortalitet, makrosomi (fødselsvekt over 90 persentil), misdannelser, dødfødsler og pre-eklampsi, polyhydramnion (for mye fostervann) og infeksjoner. Ketoacidose er sjelden, men meget farlig komplikasjon som fører til fosterdød hvis den ikke behandles korrekt (Maltau og Øian 2010).

Insulin behovet varierer gjennom graviditeten. I første trimester er insulinbehovet ikke så høyt, i andre trimester er det nærmest stabilt, mens i tredje trimester, kan det bli betydelig

forhøyet. For å redusere ugunstige utfall hos både barn og mor, er det viktig at høy blodglukose behandles så tidlig som mulig. Kvinner med eksisterende DMT1 bør planlegge graviditeten nøye, og tilstrebe en verdi $<7\text{mmol/l}$ ved unnfangelse. En strukturert, intensiv og tverrfaglig oppfølging vil redusere mulighetene for negative utfall av svangerskapet (Maltau og Øian 2010).

2.2 Retningslinjer i svangerskapsomsorg

De faglige retningslinjene er utarbeidet med hensikt til forskningsbasert kunnskap, tverrfaglighet, brukermedvirkning, nøye dokumentasjon, fokus på praksis, evaluering og oppdatering. Svangerskapsomsorgen i Norge er basert på Nasjonale Faglige retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet utgitt i 2005 (Sosial-og helsedirektoratet 2005). Bakgrunnen for retningslinjene baserer seg hovedsakelig på Norges Offentlige Utredninger, NOU 1984: Perinatal omsorg i Norge og verdens helseorganisasjon (WHO) sitt program og anbefalinger for gravide, men grunnmuren for utformingen ligger i de britiske retningslinjer «Antenatal care- routine care for the healthy pregnant woman» (Helsedirektoratet 2005).

De norske retningslinjene er utarbeidet først og fremst for jordmødre og leger, men også for gravide, framtidige foreldre, partnere og besteforeldre. Alt helsepersonell som er i kontakt med gravide, enten for å behandle eller rådføre, anbefales å gjennomgå retningslinjene og følge disse slik at informasjonsformidling er så samstemt som mulig (Sosial-og helsedirektoratet 2005). Retningslinjene skal veilede gravide og helsepersonell mot valg av den behandlingen og oppfølging som er hensiktsmessig basert på hva som er problemet.

2.2.1 Prekonsepsjonell oppfølging

I forkant av svangerskap ved DMT1 tilbys veiledning for planlegging av graviditeten med tanke på blodglukosenivå og informasjon om komplikasjoner som kan oppstå underveis. Dette er en individuell veiledning mellom kvinnen og helsepersonell. Norsk Gynekologisk Legeforening (2008) påpeker at prekonsepsjonell oppfølging er viktig med tanke på økt risiko for komplikasjoner ved DMT1. De vektlegger at kvinner med diabetes bør ha en slik veiledning, hvor de tilstreber et langtidsblodsukker mindre enn 7 %.

Optimal behandling av gravide diabetikere forutsetter nær samarbeid mellom obstetriker, jordmor, endokrinolog eller interessert indremedisiner, oftalmolog og diabetessykepleier (Maltau og Øian 2010, 192).

Dette kommer også fram hos Ringholm et al. (2012) hvor tett veiledning før unnfangelse, under svangerskapet, og streng glykemisk kontroll, kan ha betydning for å redusere sjansene for komplikasjoner og malformasjoner hos barnet. I studien til Murphy et al. (2009) hadde 90 % av kvinner med DMT1 gode kunnskaper om hvorfor prekonsepsjonell veiledning var viktig med tanke på komplikasjonsrisikoen forbundet med svangerskap.

2.3 Å leve med kronisk sykdom

Kronisk sykdom kan i følge sykepleierne Mary Curtin og Irene Lubkin, referert i Torgauten 2011, defineres som:

..en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Torgauten 2011, 173).

For at behandlingen skal lykkes er det nødvendig å inkludere pasientens egne ressurser, kompetanse og evne, til å ta ansvar for sykdommen. Følelsesmessige reaksjoner vil gjøre det vanskeligere å bruke egne ressurser. Derfor er det viktig å skape et trygt miljø og trygge rammer. Samtidig skal man gi pasienten mulighet til å bestemme over eget liv, ved å være lydhør og tilgjengelig (Torgauten 2011). Det å få diagnosen DMT1 vil ofte skape emosjonelle reaksjoner. Det oppstår en stressreaksjon grunnet nylig oppstått krise. I følge Torgauten (2011) er angst og stress tilstander som hemmer livsglede og livskvalitet og vil derfor være en barriere for at pasienten opplever mestring.

2.4 Mestring og mestringsstrategi

Heggen (2007) refererer til Lazarus og Folkmans definisjon på mestring som:

Stadig skiftende kognitive handlingsrettede forsøk som tar sikte på å handtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over (Heggen 2007, 65).

Mestring handler om evnen til å tilegne seg kunnskaper, forståelse, handlinger, engasjement, og identifisere hjelpemidler. Mestringsevnen ligger i relasjonene man har til samfunn, pårørende, institusjoner og politiske ordninger, og er medvirkende faktor for å skape tillit hos enkelte, som igjen er nødvendig for å kunne mestre (Heggen 2007).

Både Eide og Eide (2007) og Reitan (2010) referer til Lazarus og Folkman som mener det er viktig å velge en mestringsstrategi som er egnet for situasjonen man befinner seg i.

Ifølge dem kan valget av riktig strategi være en utfordring, fordi hensyn til både situasjonen selv og sammenhengen mellom personens fysiologisk- og psykologiske forutsetning, skal inkluderes. Denne tolkningen skjer automatisk og ubevist.

Lazarus og Folkman beskriver en modell for hvordan mennesket igangsetter mestringsstrategier, hvor det først gjøres en primær eller sekundær vurdering. Primærvurdering er vurdering av selve situasjonen, mens den sekundære er en tankevekkende vurdering om at det finnes muligheter for å endre den. Dette vil vekke følelser av ulik styrke og kvalitet avhengig av vurderingsvalg. Som følge av foregående vurdering og reaksjoner, igangsettes mestringsstrategier som enten kan være følelsesmessig orienterte eller problemfokuserte. De problemfokuserte strategiene vil løse problemet gjennom handling, mens følelsesmessig orienterte strategier bidrar til å bearbeide følelser for å oppnå emosjonell balanse. Samtidig oppstår en vurderingsrettet strategi som påvirker den enkelte til å akseptere og handle konstruktivt ved å endre sin kognitive forståelse. Deretter revurderer den enkelte situasjonen man står ovenfor i et nytt møte med situasjonen, hvor prosessen gjentar seg (Eide og Eide 2007).

2.4.1 Helsefremmende sykepleie

Gammersvik (2012) beskriver hvordan Antonovsky, og Benner og Wrubel vektlegger at mestring omhandler elementer fra det kognitive, handling og mestring. Antonovsky beskrev helsefremming gjennom Salutogenese, som representerer ett nytt perspektiv på velvære ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpassing i stressfylte indre og ytre omgivelser (Langeland 2012).

”Sense of coherence” (SOC) som betyr opplevelse av sammenheng, er en vesentlig forutsetning for å mestre i følge Antonovsky beskriver Langeland (2012). For å kunne oppnå SOC må den enkelte forstå, ha tro på at det finnes løsning, og finne mening i situasjonen. Ved å gi oppmerksomhet til mestringsevnen i personens beskrivelser av tidligere erfaringer, kan personens ressurser skape bedre grunnlag for å takle stress og krise. Faktorer for å oppnå SOC er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med begripelighet menes at inntrykket er forståelig, velorganisert, sammenhengende og klar informasjon. Håndterbarhet er å føle at en har tilstrekkelig med ressurser til å håndtere

motstand. Meningsfullhet omhandler å føle seg inkludert, og at de tiltakene gir mening (Gammersvik 2012).

Som beskrevet i Gammersvik (2012, 104), vektlegger Benner og Wrubel at sykepleierens viktigste oppgave er å hjelpe pasienten til å mestre stress og konsekvenser av sykdom. De ser på helsefremming som grunnleggende i forståelsen av pasientens situasjon. De benytter begrepet velvære framfor helse ved å skille mellom det å være syk, fra å ha en sykdom. Dette fordi den gravide med DMT1 ikke nødvendigvis oppfatter seg selv som syk.

3.0 Metodebeskrivelse

En systematisk litteraturstudie innebærer å søke systematisk, granske kritisk og sammenlikne litteratur innen valgt tema eller problemområde ut i fra inklusjon – og eksklusjonskriterier, samt etiske hensyn (Forsberg og Wengstrøm 2013). Disse punktene beskrives i understående kapitler.

3.1 Inklusjon -og eksklusjonskriterier

Inklusjons – og eksklusjonskriterier skal danne grunnlaget for datasamlingen. Valg av kvalitative studier kan motiveres ut i fra likheter i emneområde, datasamlingsmiljø og analysemetode (Forsberg og Wengstrøm 2013). Vi valgte å definere disse på følgende måte:

Inklusjonskriterierene var at artiklene skulle omhandle pasientperspektivet ved DMT1 og svangerskap. Deltakerne skulle enten være gravide, ha gjennomgått svangerskap tidligere, eller befinne seg i planleggingsfasen av svangerskap. Videre skulle de ha vært i kontakt med helsepersonell, og være over 18 år ved deltakelse i studien. Artiklene skulle være publisert i tidsskrift med vitenskapelig kvalitetsnivå 1 eller 2, være av nyere dato fra 2008 til nåtid og etisk vurdert. Språket i artiklene skulle være engelsk, norsk, svensk eller dansk.

Eksklusjonskriteriene var hvor andre former for Diabetes ble undersøkt, som Diabetes Mellitus type 2 og svangerskapsdiabetes. Dette fordi disse ikke følger samme oppfølging som DMT1. Kvinner som fikk diagnosen DMT1 under svangerskapet, ble også ekskludert. Barseltiden ble ekskludert for å avgrense oppgaven. Pårørende- og sykepleieperspektivet ble ekskludert, fordi man ønsket pasientenes egne erfaringer, og deres opplevelse omkring forhold omkring svangerskapet.

3.2 Datasamling

Vi fordypet oss i materialet før vi dannet PICO – skjema for å etablere en overkommelig vinkel på oppgaven. PICO står for Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt 2012). Vi benyttet våre kunnskaper og erfaringer fra undervisning og praksis, både i teoribakgrunn og i forskningsarbeidet. I Forsberg og Wengstrøm (2013) fant vi informasjon om hvilke databaser som egnet seg for å finne refereevurderte originalartikler og hvilket forskningsområde de hadde. Vi valgte deretter å sette oss bedre inn i ressurser i litteratursøking, til dette formålet brukte vi Kilvik og Lamøy (2007). Deretter oppsøkte vi bibliotekarhjelp.

3.2.1 Identifisere relevante kilder

Databasene vi benyttet var: Ovid Nursing, Medline, PubMed, Psycinfo, ProQuest Nursing og Science Direct. Både Ovid, Medline og PubMed er databasetilbydere som gir tilgang til flere databaser med forskningsbasert litteratur hvor flere fagområder innen helse representeres. PubMed er verdens største database innen medisin og sykepleie og publiserer i hovedsak vitenskapelige artikler (Nortvedt 2012).

3.2.2 Søkestrategi

Vi gjennomførte prøvesøk i perioden juni – juli 2013 i hver våre databaser for å kartlegge litteraturområdet for oppgaven. Dette for å skaffe en oversikt over tema og bli enige om en plattform for å arbeide sammen, noe som ble hensiktsmessig for å utarbeide søkestrategien.

Med utgangspunkt i oppgavens hensikt og problemstillinger brukte vi aktuelle søkeord, og oversatte disse til engelsk for å kunne fylle PIO- skjemaet (Vedlegg 2). Vi fortsatte med søkeord som; Diabetes Mellitus, OR Type 1, OR insulin dependent og kombinerte disse med; Experience, OR expectations, OR preferences, og til slutt med, AND Pregnancy, OR preconceptional care, OR attitude to health personnel, maternity care OR maternity services, pre-existing diabetes AND pregnancy. Vi benyttet trunkering for å øke antall treff ved å søke på avkortede ord, altså ordstammesøk. Dette fordi vi ønsket å få flere varianter av søkeordene. Vi benyttet MeSH – termer for å få fram synonymmer av

«Diabetes», «Insulin dependent», «experience» som sammen med fritekstsøkeord gav bedre resultater (Nortvedt 2012). Alle søk ble utført med «Advanced» søkemetode. Gjennomføringen av søkestrategien (Vedlegg 3) var etter anbefalingene til Forsberg og Wengstrøm (2013). Senere gjentok vi søkene for å se om noen av våre tidligere søk hadde fått markering om nye publikasjoner.

3.2.3 Kvalitetssikring

Vi brukte sjekklister for kvalitetsvurdering fra Kunnskapssenteret (2008), og satte opp en oversiktstabell over kvalitetssikrede artikler (Vedlegg 4). Kvalitetsvurdering gjorde vi hver for oss for ikke påvirkes av den andres vurdering. På denne måten kunne vi lettere se hvor vi var enige i oppfylte kriterier og ikke, noe som også skapte verdifulle diskusjoner for litteraturstudiens videre arbeid med artikkelinkludering. Deretter ble artiklene gjennomgått i fellesskap. Ved å vurdere artiklene på en slik måte ble også de forskningsetiske hensyn for litteraturstudiens troverdighet forsøkt overholdt, noe som kunne styrke verdien bak kvalitetsvurderingen, og det systematiske arbeid ble gjennomført grundigere og gav bedre vurderinger av artiklene.

Vi følte allerede under arbeid med disse sjekklisene fra tidligere oppgaver i studiet at det ville være vanskelig å vurdere graden av hvorvidt en artikkel var mer aktuell enn andre. Vi ønsket å teste ut andre metoder for kvalitetssikring da vi gjennom sjekklisene ofte var uenige om kvalitetsgradering. Ved bruk av Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sitt skjema for kvalitetsbedømming av kvalitative forskningsdesign ble artiklene bedømt etter antall oppfylte ja-svar, delt på antall kriterier. Dermed fikk vi angitt graden av kvalitet i form av prosentvis score. Inndelingen av Grad 1 = høy kvalitet, 80-100 %, Grad 2 = middels kvalitet, 70-79 %, Grad 3 = lav kvalitet, 60-69 % samsvarer med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Artikler som ikke oppfylte kriterium på 60 % ble ekskludert.

Datasamlingen bestod av 12 kvalitative artikler og 1 med blandet design. Fordeling av artikkelinkludering og – ekskludering ble beskrevet i egen seleksjonsprosess (Vedlegg 5).

3.2.4 Ethiske overveielser

Forsberg og Wengstrøm (2013) vektlegger at artikler som skal inkluderes i litteraturstudien skal være godkjent av etisk komite eller at etiske overveielser er foretatt. Av etiske hensyn ovenfor utvalget, skal også alle resultater presenteres. I tillegg skal inkluderte artikler samles og oppbevares i 10 år. Alle våre artikler var godkjent av etisk komite, og informert samtykke var innhentet hos alle deltakere. En av artiklene fant vi ingen klartekst om etisk godkjenning, men det framkom at etiske hensyn var oppfylt av forfatterne. Til dette fikk vi hjelp av bibliotekar for å kontrollere nivå på tidsskriftet, Journal of Women's Health, da dette ikke dukket opp i Database for statistikk om høyere utdanning (NSD 2013) og fikk samtidig bekrefte at alle publiserte artikler i dette tidsskriftet måtte være etisk godkjente. Der hvor det var behov kontaktet vi artikkelforfattere for ytterligere informasjon og forhold omkring studien som var av betydning for videre bruk.

3.3 Analyse

Analysen er inspirert av Evans (2002) sin tematiske analyse for å arbeide systematisk og hele tiden ha oversikt over datasamlingen. Disse steg i prosessen beskrives som følgende punkter:

For å *identifisere nøkkelfunn* ble artiklene gjennomlest for deretter å gjennomgå på nytt for å utvikle en helhetsoppfatning av hver enkelt artikkel. Selve analysearbeidet startet etter artikkelutvelgelsen. Vi leste gjennom alle artiklene grundig hver for oss, for å finne fellestrekk som kunne bidra til å besvare problemstillingen vår. For å analysere artiklene skrev vi først et sammendrag fra hver enkelt, deretter laget vi en liste over funn for å identifisere kodeord. Deretter *listet vi opp tema som gikk igjen* for å kunne kategorisere disse etter tema. Denne måten å samle data på anbefaler Evans (2002) for å redusere artiklene fra mangfoldige nøkkelfunn, konsepter og proposisjoner til nøkkelkomponenter.

Arbeidet med å *identifisere tema på tvers av artiklene* kom frem etter langvarig arbeid, hvor hoved- og undertemaer ble organisert (jf. Vedlegg 6). Likheter og ulikheter innen hvert tema ble kategorisert og sammenliknet. Deretter dannet vi en relasjonsmodell for å se bedre sammenhengen i produksjonen (jf. Vedlegg 7).

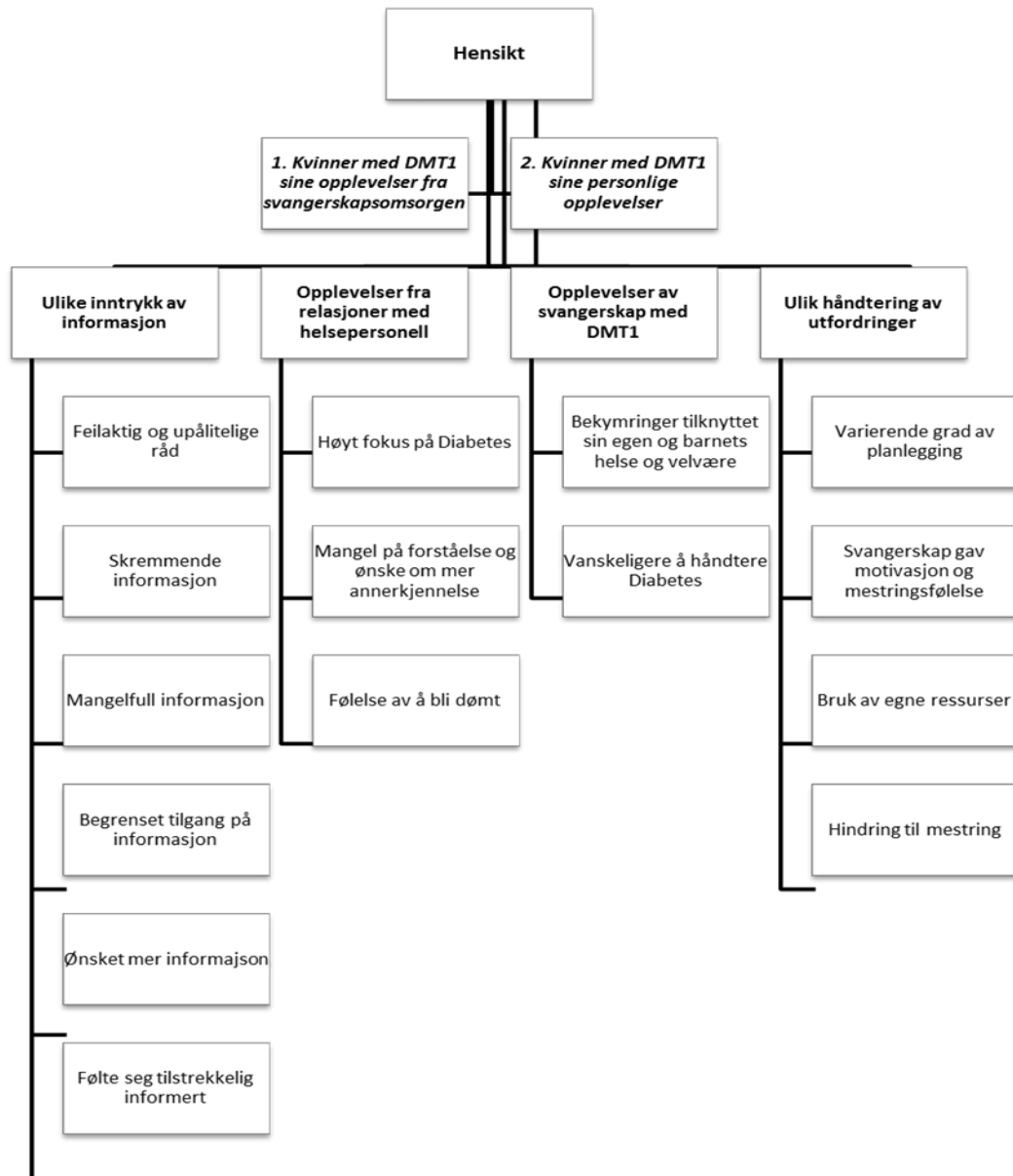
For å samle felles funn for å gi *en beskrivelse av fenomenet*, ble hvert bidrag fra hver artikkel notert ned i eget dokument etter kategorier. Hvert punkt ble besvart med utklipp fra hver artikkel med oversikt over antall og bidrag til funn. Hvert tema ble notert med referanse tilbake til den originale artikkelen for å kunne kontrollere opphavet av funnet. For å uttrykke syntesen ble alle temaer og undertemaer satt opp på en egen liste med bidrag fra hver artikkel.

Resultatet presenterte seg i form av 4 hovedfunn som var av betydning for å kunne belyse hensikten:

1. Ulike inntrykk av informasjon
2. Opplevelse fra relasjoner med helsepersonell
3. Opplevelsen av svangerskap med DMT1
4. Ulik håndtering av utfordringer

4.0 Resultatpresentasjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 opplever forhold omkring svangerskapet. Målet med de resultatene som framkom var at de skulle besvare følgende problemstillinger presentert i figur.1.



Figur 1: Presentasjon av resultatets hovedtemaer med påfølgende undertemaer

4.1 Kvinner opplevelser fra svangerskapsomsorgen

4.1.1 Ulike inntrykk av informasjon

4.1.1.1 Feilaktige og upålitelige råd

Feilaktige og upålitelige råd fra helsepersonell skapte usikkerhet, økte følelsen av press og ble en påkjenning for kvinnene. Tillitten til helsepersonell ble redusert, samtidig som man tvilte på deres kompetanse. Ulik informasjon fra helsepersonell om komplikasjoner, utfall og risiko, skapte uro og redsel. En følelse av at svangerskap ville være vanskelig for dem å gjennomføre gjorde kvinnene mer redde (Berg og Sparud-Lundin 2009; King og Wellard 2009). En kvinne beskrev dette som:

“Having children was always a scary, scary thing for me” (King og Wellard 2009, 128).

Informasjon som at mulighetene for å kunne bli gravid var minimale eller fraværende i følge deres lege, og at de ble anbefalt om å få barn tidlig i livet, var andre inntrykk av at informasjonen var upålitelig og feilaktig, men samtidig skremmende (Berg og Sparud-Lundin 2009; Griffiths et al. 2008; King og Wellard 2009). Feilaktig informasjon bidro til at enkelte innfant seg med den informasjonen de ble gitt, og skapte seg en livsstil som var tilpasset dette. De oppfattet beskjeden om at de ikke kunne få barn som feilaktig når de ble gravide, fordi de ikke forventet det (Griffiths et al. 2008).

4.1.1.2 Skremmende informasjon

Opplevelser av skremmende informasjon var knyttet til tidligere samtaler i planleggingsfasen av svangerskap, eller ved vanlige diabeteskontroller hvor de hadde blitt spurt om sin innstilling til å bli gravide. Våre funn kunne vise til at informasjon om komplikasjoner og risiko i svangerskapet var det som hadde skapt mest frykt, usikkerhet og redsel (Berg og Sparud – Lundin 2009; Griffiths et al. 2008; King og Welland 2009; Lavender et al. 2010). Informasjonen var overveldende og var mye å ta innover seg, noe som gjorde det vanskelig å ta avgjørelsen om å bli gravid (Berg og Sparud – Lundin 2009; Griffiths et al. 2008). Begrenset kunnskap gjorde også at man ble redd for det ukjente hos de som ikke hadde gjennomgått svangerskap fra før (McCorry et al. 2012).

“..it was really difficult because I would always be confronted with a doctor saying, oh you can expect to have a still birth, you’re going to have a handicapped child”
(King og Wellard 2009, 130).

4.1.1.3 Mangelfull informasjon

Flere påpekte informasjonen om diabetes og svangerskap som mangelfull i den grad at de tvilte på helsepersonells kompetanse i tillegg til at de ble mer usikre og følte det var risikabelt å skulle overlate kontrollen til andre. Enkelte uttrykket et ønske om mer informasjon (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Collier et al. 2011; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010). Mangel på informasjon skapte en følelse av å være sårbar (King og Wellard 2009; Lavender et al.2010). Vag informasjon om risikofaktorer ved svangerskap ble påpekt hos ikke gravide, men de anså dette som ikke aktuelt for dem (McCorry et al.2012).

4.1.1.4 Et ønske om mer informasjon

De som uttrykket et ønske om mer informasjon, relaterte dette til hva de mente de hadde behov for etter fødselen. Dette var informasjon om selve fødselen og hva de kunne forvente av scenarioer (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010).

4.1.1.5 Begrenset tilgang på informasjon

Et inntrykk som gikk igjen i flere artikler var begrenset tilgang på informasjon om Diabetes og svangerskap både på internett, forbundssider, tilgjengelige bøker, og på spesialister som kunne besvare deres spørsmål (Berg og Sparud – Lundin 2009; Collier et al. 2011; King og Wellard 2009; Rasmussen et al. 2013). En kvinne fra studien gjort av Berg og Sparud – Lundin (2009) hadde trukket den konklusjon at det ikke eksisterte retningslinjer vedrørende behandling av kvinner med DMT1 i forbindelse med svangerskap.

4.1.1.6 Følte seg tilstrekkelig informert

Andre hadde følt å få nok informasjon til å mestre både svangerskapet og sin diabetes, uten at det ble beskrevet videre hvilken informasjon dette var (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Griffiths et al. 2008; Rasmussen et al. 2013).

4.1.2 Opplevelser av relasjoner med helsepersonell

En god relasjon med helsepersonell var viktig for hvordan de opplevde oppfølgingen. Faktorer som påvirket dette var en blanding av helsepersonells væremåte, holdning og strukturen ved helsevesenet. Mange uttrykte at de var fornøyde med kontakten de hadde med helsepersonell (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013), men at kontinuiteten på helsepersonell burde vært bedre (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Collier et al. 2010; King og Wellard 2009; McCorry et al. 2012). Helsepersonells kompetanse gjorde at de var en viktig del under livshendelser (Berg og Sparud-Lundin 2009; Rasmussen et al. 2011), men avstand fra spesialister skapte vanskeligheter til å få etablert gode relasjoner og bli kjent med helsepersonell på en mer personlig måte (Collier et al. 2011; King og Wellard 2009).

Viktigere enn hvem, var følelsen av kunne snakke meningsfullt med en, som så deres individuelle behov, anerkjente deres innsats og viste forståelse, empati, respekt og behandlet dem som likeverdige. Dette innebar også å få mulighet til å delta i egen behandling og bli respektert for sine innspill (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Griffiths et al. 2008; McCorry et al. 2012; Rasmussen et al. 2011). Å bli kjent med helsepersonell mer personlig kunne bidra til å føle seg mer empowered hevdet ikke gravide kvinner (McCorry et al. 2012).

Mangelfull, feil eller fraværende oppfølging reduserte inntrykket de hadde av helsepersonells kompetanse og gjorde det vanskelig å etablere gode relasjoner (Berg og Sparud-Lundin 2009). Ved å ta i bruk andre metoder for å kommunisere som, telefonsamtaler og e-post, skapte de et forhold til helsepersonell som de verdsatte (King og Wellard 2009). En autoritær væremåte bidro til å ødelegge relasjonen. Mangel på emosjonell støtte ved depressive perioder, følelse av å være nedbrutt og sliten kunne være med på å redusere relasjonen (Rasmussen et al. 2013).

4.1.2.1 Høyt fokus på Diabetes

Den økte oppmerksomheten under svangerskapet, opplevdes i hovedsak å være relatert til diabetes. Kvinnene følte seg derfor i hovedsak prioritert på grunn av dette (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Berg og Sparud-Lundin 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2013). En kvinne beskrev det slik:

«..is it just because I'm carrying a baby, because otherwise they don't care, or they don't care about me” (Berg og Sparud-Lundin 2009, 4).

Behov for både informasjon, mer fokus på svangerskapet og forberedelser på foreldrerollen var ønsket. De følte at svangerskap generelt sett hadde blitt skjøvet i bakgrunnen av sykdommen (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; King og Wellard 2009; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013). Dette funnet støttes av Lavender et al. (2010), hvor kvinnene opplevde at fokuset gjorde dem mer engstelig. En kvinne beskrev dette slik:

I haven't actually talked about having a baby at all really. It's all been 'How are your blood sugars? How are your thyroid levels? What's the scan telling us?' It's been quite based on facts and medical (Lavender et al. 2010, 593).

Mye oppmerksomhet og fokus på sykdommen opplevdes som både depressivt, svekket selvtilliten, skapte redsel og utrygghet for seg selv og barnet (King og Wellard 2009). Dette var også kontrollerende og belærende:

“You can't get pregnant until your blood sugars right!” (Lavender et al.2010, 593).

Når sykdommen tok over fokuset under oppfølging, og familie tok over som eksperter hjemme, var dette kontrollerende. Man mistet sin personlige kontroll på en annen måte enn når blodglukosen var vanskelig å håndtere (Letherby, Stephen og Stenhouse 2012).

4.1.2.2 Mangel på forståelse og ønske om mer annerkjennelse

Kvinnene opplevde svangerskapet som verdt strevet, men at de hadde satt pris på mer annerkjennelse for sin egeninnsats. Enkelte mente helsepersonell hadde høye forventninger av hvordan blodglukoseverdiene skulle være og hvordan de skulle opprettholde denne. Kvinnene påpekte at dette hadde kostet mye av deres mentale og fysiske velvære (King og Wellard 2009; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013).

“.. you will have to do readings every 2 hours, set your alarm clock.” (King og Wellard 2009, 130).

Når det ikke ble tatt hensyn til deres følelser og frustrasjoner, gav dette inntrykk av mangel på forståelse, og at den psykiske belastningen ikke var en prioritet (Stenhouse, Letherby og Stephen 2013).

“..it’s all about keeping it under control, it’s not actually about.. being pregnant and going through the emotions and such, I find that difficult.” (Stenhouse, Letherby og Stephen 2013, 150).

I tillegg til å bli anerkjent selv, ønsket de også at familienes kunnskaper om dem og deres sykdom skulle bli anerkjent av helsepersonell i større grad. Dette skapte frustrasjon når de ikke gjorde det (Stenhouse, Letherby og Stephen 2013; McCorry et al. 2012).

4.1.2.3 Følelse av å bli dømt

Mangelen på empati og annerkjennelse fra helsepersonell skapte en opplevelse av å bli dømt hos flere av kvinnene (King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2013a; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013). En kvinne beskrev dette gjennom å fortelle hvordan hun fikk dårlig samvittighet etter en kommentar:

“Just don’t get pregnant now because if some- thing happens to the baby you will never forgive yourself” (King og Wellard 2009, 130).

Våre funn påpekte årsakssammenheng mellom høyt patogent fokus og mangelen på empati og annerkjennelse. Ved å se annerledes på kommentarer som virket stigmatiserende med humor, gjorde ting litt lettere (Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2013).

En følelse av å bli sett på som HbA1C verdier, var nedverdiggende (Lavender et al. 2010; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013). Andre følte at man ble dømt ut i fra evnen til å ivareta barnet fordi de hadde diabetes. Redselen for å bli dømt som inkompetent som mor fordi man følte å utgjøre en fare for barnet ved hypoglykemi, påvirket kvinnenenes psykiske helse (Rasmussen et al. 2013).

4.2 Kvinner med Diabetes Mellitus Type sine personlige opplevelser

4.2.1 Opplevelsen av svangerskap med diabetes

4.2.1.1 Bekymringer tilknyttet sin egen og barnets helse og velvære

Svangerskap skapte en omfattende omvelting av dagliglivet og den kjennskapen kvinnene allerede hadde med tanke på sin diabeteshåndtering. Dette kunne relateres til å beholde kontrollen over glukoseverdier og samtidig forberede seg på morsrollen (Berg og Sparud – Lundin 2009; King og Wellard 2009; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Rasmussen et al. 2011; Griffiths et al. 2008; Rasmussen et al. 2013).

Våre funn tyder på at kvinnene hadde mange bekymringer tilknyttet barnets helse og velvære. De var redde for komplikasjoner og hvordan lavt blodsukker ville påvirke barnet. Noen var redde for at barnet skulle bli komatøs. Mens andre var bekymret for at de skulle få en vanskelig fødsel og torde ikke føde normalt (Berg og Sparud - Lundin 2009; Lavender et al. 2010). At barnet skulle fødes med deformiteter, død eller være sykt, og dermed måtte trenge medisinsk hjelp etter fødselen var en stor frykt (King og Wellard 2009). I bekymringene for barnet, satte de sin egen helse i andre rekke (Rasmussen et al. 2011). Å skulle balansere sine egne behov og barnets var vanskelig. Å holde kontroll på seg selv ved å spise riktig mat og følge med blodsukkeret var en prioritering som krevde mye mentalt (Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013).

Å være en mulig risiko ovenfor sitt eget barn hadde påført betydelige mengder stress og opplevelse av angst (Berg og Sparud-Lundin 2009; King og Wellard 2009; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013; Rasmussen et al. 2013). Samtidig hadde kvinnene følt skyldfølelse for å utgjøre en slik risiko (Berg og Sparud- Lundin 2009; Rasmussen et al. 2013).

De ble mer bekymret for sin egen helse nå, mer enn noen gang tidligere. Mye fordi hypoglykemiene ble vanskeligere å gjenkjenne og de ble redde for at ulykker skulle skje (Berg og Sparud –Lundin 2009; King og Wellard 2009; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). Det ble vanskelig å kontrollere blodsukkeret ved morgensyke på grunn av hyppigere hypoglykemier. Bekymringer for å

utvikle diabeteskomplikasjoner etter at de ble gravide og opplevde mer angst og usikkerhet for sin egen helse enn tidligere (Rasmussen et al. 2013).

4.2.1.2 Vanskeligere å håndtere diabetes

Våre funn viste at kvinnene hadde store vansker med å holde blodsukkeret i sjakk. Å skulle holde blodsukkeret lavt og med nære grenseverdier gjorde at de fikk flere hypoglykemier. Ved at de ikke gjenkjente symptomene som vanlig gjorde at man mistet selvtilliten på å håndtere sykdommen (Berg og Sparud – Lundin 2009; King og Wellard; 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). Andre følte dette ble bedre utover i svangerskapet (Letherby, Stephen og Stenhouse 2012).

Selv om man hadde kunnskap om å måle blodsukker tett og ofte, følte de angst for å ikke være forberedt på situasjonen. Noen følte også angst for ikke å ha tatt folsyre og ikke skaffet seg nok informasjon i forkant (Lavender et al. 2010).

Å ikke kunne stole på sin egen kropp virket skremmende (King og Wellard 2009). Svangerskapet skapte stress som fikk blodsukkeret til å svinge og påvirket dermed velvære. Dette var en omvelting som krevde mye arbeid og egeninnsats, og flere vurderte andre muligheter for å stabilisere blodsukkeret. Insulinpumpe var den hyppigste nevnte (Rasmussen et al. 2011). Ikke gravide kvinner påpekte utfordringer med tanke på sin diabetes som deres største behov for helsehjelp ved svangerskapet (McCorry et al. 2012)

4.2.2 Håndtering av utfordringer var ulik

4.2.2.1 Varierende grad av planlegging

Flere kvinner uttalte at de ikke hadde planlagt svangerskapet i det hele tatt eller ikke så godt som de burde i forhold til sin diabetes, og at svangerskapet kom som en overraskelse (Griffiths et al. 2008; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; King og Wellard 2009).

Andre hadde tydelig begynt å planlegge. Det at de hadde begynt å planlegge ble referert til at de hadde tatt kontakt med helsepersonell for å skaffe seg informasjon eller at de hadde begynt å ta stilling til sin diabetes i større grad enn tidligere (Griffiths et al. 2008; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Lipscome et al. 2011; King og Wellard 2009; Rasmussen et al. 2011). Å planlegge betydde for noen at de hadde reflektert om det var riktig tid å bli gravid på, både for dem selv og sin partner (Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Lipscombe et al. 2011).

Andre var redd for at de hadde liten tid igjen til å kunne bli gravide, dette i forhold til sin egen alder, og syntes det var vanskelig å planlegge i forhold til sin diabetes.

Å planlegge svangerskapet ble sett på som en positiv handling, hvor å delta på veiledning i forkant var en del av dette (Lavender et al. 2010; Lipscome et al. 2011; Rasmussen et al. 2011). Å planlegge svangerskap betydde å foreta seg positive steg. Disse stegene varierte mellom å diskutere med sin partner om man skulle bli gravid, når slutte med prevensjon, gjennomgå fertilitets behandling, og rette oppmerksomheten mot sin diabetes (Griffiths et al. 2008; Lipscome et al. 2011). Kvinner som hadde gjennomgått svangerskap tidligere vurderte om de skulle delta på prekonsepsjonell veiledning eller ikke, i større grad enn de som ikke hadde barn fra før (Griffiths et al. 2008; Lavender et al 2010; Lipscombe et al. 2011).

Rasmussen et al. (2011) refererte til kvinnenens strategiske planlegging for å mestre svangerskapets utfordringer. De siktet til kvinnenens etterspørsel av medisinsk teknisk utstyr som kunne hjelpe dem i overgangen, hyppigst nevnt var insulinpumpe, deretter prekonsepsjonell veiledning. Disse kvinnene hadde også en forforståelse av at planlegging av svangerskapet hadde nytteverdi.

4.2.2.2 Svangerskap gav motivasjon og mestringsfølelse

Flere deltakere rapporterte at svangerskapet gav følelse av mestring og at dette genererte ulike motivasjonsfaktorer i forhold til svangerskapet, og deres liv med diabetes i det daglige (King og Wellard 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). I en studie hvor de undersøkte hvordan unge voksne med DMT1 mestret livsoverganger, oppgav kvinnelige deltakere at svangerskapet var deres aller største livshendelse som hjalp de til å ta bedre tak om sin diabetes (Rasmussen et al. 2011).

Kvinnene rapporterte at de ble motivert til å bli så sunne som over hodet mulig for å sikre best mulig utfall for barnet (King og Wellard 2009). Mange kommenterte at de ikke alltid hadde vært like flinke med diett og livsstil som anbefalt av helsepersonell, men at dette endret seg ved graviditeten, eller når de hadde bestemt seg for å bli gravide (Griffiths et al. 2008; King og Wellard 2009; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Rasmussen et al. 2013). Mange hadde søkt råd hos helsepersonell for å optimalisere egen helse i forkant av svangerskapet, noen hadde likevel opplevd at de ikke hadde fått nok hjelp til å finne strategier for å bedre blodglukosen. Likevel hadde forberedelse av svangerskapet med tanke på optimal blodglukose før unnfangelse, tatt opptil flere år hos enkelte, og krevd mye av deres motivasjon (King og Wellard 2009).

4.2.2.3 Bruk av egne ressurser

Ved å lage «for og imot – liste» for å føle kontroll kunne de vurdere motsetninger oppimot hverandre. Dette var mer en kontinuerlig prosess enn en oppskrift alene. I overgangen til morsrollen ble dette et godt verktøy for å hindre hypoglykemi og bekymringer tilknyttet barnets helse. Eksempelet som ble tatt fram var oppstart på insulinpumpe og prekonsepsjonell veiledning for en mykere overgang til morsrollen, så vel som å takle sykdommen bedre i framtiden (Rasmussen et al. 2011). Samme tankegang var med i å vurdere hvorvidt de skulle dra på prekonsepsjonell veiledning, oppimot å være borte fra jobb (Lavender et al. 2010).

Det ble vanskeligere å bruke sine tidligere erfaringer, selv om de hadde utviklet en intuitiv håndtering av sykdommen, som f.eks. var gjenkjenning av kroppslige symptomer og

handle etter disse. De baserte sine avgjørelser på erfaring og kunnskap for å gjenkjenne sine behov på forhånd (Rasmussen et al. 2011).

Kvinnene hadde behov for å dele erfaringer med andre med DMT1 fordi andre hadde en bedre forståelse av det å leve med sykdommen. Flere benyttet websider og email for å komme i kontakt med andre i samme situasjon, og var en god støtte med mulighet for å lære av deres erfaringer (King og Wellard 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). Støtte fra partner, familie og venner var av stor betydning. Våre funn viste at kvinnene følte de fikk stor støtte fra sin partner og familie, ved at de fulgte med blodsukkeret. Det var en trygghet av å ha støtte fra noen som stod dem nær (Collier et al. 2011; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; Lipscombe et al. 2011; Rasmussen et al. 2013).

Kvinnene følte seg godt støttet emosjonelt av sin familie og at de var de personene som kunne støtte dem best. Likevel påpekte kvinner at familien trodde de viste hva som var best for barnet, mens deres venner viste hva som var best for deres diabetes. Sosial støtte og familieforhold spilte en stor rolle i hvordan kvinnene følte dette hjalp dem i å håndtere diabetesen under svangerskapet (Rasmussen et al. 2013). Men å diskutere stress og frustrasjon med familie og venner var vanskelig (Collier et al. 2011).

Å aktivt oppsøke informasjon for å tilføre ny kunnskap forbedret selvfølelsen, deres selvoppfattelse og gav større selvsikkerhet. De følte deres autonomi økte i takt med kunnskap, og følte seg sterkere når de kunne fylle kunnskapshull (Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). I studien King og Wellard (2009) følte kvinnene at det var vanskelig å finne informasjon om diabetes og svangerskap på nettet.

I studien til Rasmussen et al. (2013) var det å se sykdommen i et annet lys til hjelp for å prioritere framover, de forstod at deres helse var viktig, og det ble lettere å prioritere sin egen helse under svangerskapet.

4.2.2.4 Hindring til mestring

Tilgjengelighet til kompetanse var av betydning for om de opplevde mestring i større eller mindre grad. Tilgjengelighet innebar også avstand til behandlingssted, oppfølging og lang reisevei (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Collier et al. 2011; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013).

Andre påpekte at dette også bidro til økonomisk ulempe (Collier et al. 2011; Rasmussen et al. 2011). Andre på sin side følte det var mye oppfølging i form av kontroller og at dette tok opp mye av deres tid i hverdagen, også i arbeidslivet (Lavender et al. 2010). Variert tilgang på kompetent helsepersonell innen diabetes og begrenset valg av helsepersonell til oppfølging opplevdes som et hinder i behandlingen (Collier et al. 2011; King og Wellard 2009).

Tilgjengelighet til kompetanse hadde større betydning enn økonomi.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

En kredibilitetsfaktor som kan ha vært med på å svekke troverdigheten, er vår nærhet til forskningsfeltet. Vi er klar over at nærhet til tema kan ha innvirkning på dataene, men anser forforståelse som en ressurs enn en svekkelse av oppgaven. Dette fordi vi søker en tolkende tilnærming til temaet, som baseres på en forutsetning om at det ikke kan være forståelse, uten forforståelse (Aadland 2011). For å oppnå vitenskapelig pålitelighet, har alle tolkninger som oppstod blitt problematisert. Ved å ha vært bevisst vårt eget ståsted har vi derfor presentert resultatene såpass grundig under analysen og metode som det vi har gjort.

5.1.1 Søkeprosess

I begynnelsen av søkene benyttet vi trunkering for å utvide søket og få flere treff, men selv med kombinerings av MeSH – termer gav dette ikke tilfredsstillende resultater til artikler som kunne besvare hensikten vår. Midlertidig ble vi kjent med begrepet «pregestational», noe som ble et nyttig søkeord videre. Bruk av MeSH – termer ble hovedsakelig aktuelt for søkeord som Diabetes Mellitus*, Maternity* og Experience* som gav oss flere synonymer å velge videre i databasesøket. Mens trunkering viste seg å være foretrukket ved søkeordet Experiences\$. Ved å kombinere de aktuelle søkeordene med AND/OR mellom P og I fikk vi artikler som var innenfor det temaet vi ønsket oppimot hensikten, med disse treffene inneholdt få kvalitative artikler. PubMed var den hyppigste brukte databasen under litteraturstudien fordi brukerstøtten var meget god og kunne tilby de fleste artikler i fulltekst som vi ikke fikk tak i fra andre databaser, selv om samme søk ble gjort der. Siden vi brukte denne databasen ofte måtte vi notere ned de relevante søkeordene da oversettelse til MeSH slås av ved trunkering (Nortvedt 2012). Derfor måtte vi bruke fritekstord for O i PIO – skjemaet.

Alle søk ble utført med «Advanced» søkemetode. Gjennomføringen av søkestrategien (Vedlegg 3) var etter anbefalingene til Forsberg og Wengstrøm (2013). Senere gjentok vi søkene for å se om noen av våre tidligere søk hadde fått markering om nye publikasjoner.

Det geografiske omfanget av artikler gav oss artikler som var overførbare til norske forhold. Søket ble ikke geografisk avgrenset, men vi valgte å ekskludere ikke - vestlige land underveis i gjennomlesingen. Hovedtyngden ligger innen vestlig forskning, fra Sverige og England. Noen av artiklene er fra USA og Australia som hadde et stort forskningsmateriale innenfor temaet. Vi ser at utfordringene til disse landene er annerledes innenfor temaet enn det vi har i de nordiske landene, mye grunnet annen oppbygging av helsetjenestene, som gjør at økonomi er en betydningsfull faktor hos noen av kvinnene. Et par norske artikler ble funnet innen temaet men ble ekskludert grunnet publiseringsår utenfor det vi kunne tillate i denne oppgaven.

5.1.2 Utvalg

Vi har forsøkt å holde utvalget så homogent som mulig for å kunne si noe om det strategiske utvalget vi har. Ved å se bort i fra ikke – vestlige i analyseprosessen, unngikk vi kulturelle variasjoner med faktorer som ville gjøre det mer omfattende å analysere. Dette gjør at vi sitter igjen med et mindre utvalg, men med en mer presis tyngde slik vi ser det. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) skal utvalget holdes så presist som mulig, for at resultatene våre skal ha god gyldighet. Dette begrunner vi også med at enkelte av artiklene hadde inkludert oppsøkende respondenter, noe som gjorde oss usikre på hvordan dette ville påvirke resultatene. Vi så at disse respondentene var etniske deltakere som ønsket å delta fordi de trodde studien ville være kunnskapsberikende. Vi velger å ikke komme med mulige årsaker til dette, da vi ikke har analysert data for denne gruppen. Forholdet mellom kvalitativ og kvantitativ inkludering er innenfor rammene for oppgaven, likevel føler vi at dette området innen forskning krever en bredere litteraturgjennomgang for å kunne belyse bedre hvordan kvinner med DMT1 opplever forhold omkring svangerskapet.

Vi ser det som fruktbart at flere land bidrar til studien fordi dette gav oss et større innblikk av opplevelser og flere nyanser ved temaet. Sykepleieforskning trenger variasjoner og impulser utenifra for å utvikle faget. Samtidig gav dette oss også variasjoner i opplevelser som kunne diskuteres.

Kontrastene viste seg å være størst mellom de amerikanske, australske, og de nordiske og engelske artiklene. Dette med tanke på negative opplevelser i forhold til avstand og tilgjengelighet til helsepersonell. Sammenliknet med norske forhold er dette også et kjent

fenomen, hvor oppfølging i distrikt kan være noe annet enn ved sentrale sykehus. Et slikt tydelig skille mener vi er en styrke for studien vår.

Vi valgte å fokusere på et tema med mange variasjoner, men som omhandlet kun kvinner. Dermed har vi gruppe som opplever svangerskap helt eksklusivt. Metodisk sett ser vi på dette som en styrke, men de fysiologiske faktorer som kvinnen opplever under et svangerskap kan bidra til å forsterke enkelte opplevelser og emosjoner, noe som kan utgjøre en potensiell svekkelse.

5.1.3 Kvalitetssikring

Kvalitetssikring av artiklene ble gjort gjennom Kunnskapssenterets sjekklister. Disse viste seg å være et godt redskap i artikkelutvelgelsen da de fleste kunne plasseres i innenfor korrekt sjekklister. Likevel var det enkelte studier som hadde benyttet kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskning som metode (trangulering), noe som gjorde det vanskeligere å plassere disse innen én gitt sjekklister. Ved disse måtte vi vurdere artikkelens funn for kunne si noe om tyngden i studien, noe som kan utgjøre en svakhet ved studien vår, da vi kan ha valgt feil sjekklister. Flere av studiene som det var vanskelig å skulle kvalitetssikre av samme art ble derfor også ekskludert mot slutten av studien for å ikke komprimere funnene våre i større grad. I etterkant ser vi at inkludering av flere artikler med trangulering ville vært fordelaktig, da de tester ut sin egen gyldighet ved å etterprøve resultater ovenfor en større gruppe respondenter. Vi ekskluderte kvinner med GDM fordi vi fikk etter undersøkelse hos Helsedirektoratet (23.02.2014) bekreftet at det skal publiseres nye diagnose kriterier fra WHO i de nye retningslinjene. Noe kan bety at kvinner med GDM er feildiagnostisert.

Selv om vi har forsøkt å bedømme kvaliteten i artiklene både gjennom sjekklister og beregnet graden av kvalitet, er det vesentlig å påpeke at vår erfaring innen systematisk litteraturstudier er begrenset, og at denne vurderingen må sees med forbehold. Vi konkluderer med at det er vanskelig å velge en modell for å gjennomføre en kvalitetssikring på best mulig måte. Hovedvekten for vår del må ligge i hvorvidt artikkelen besvarer hensikt og problemstilling.

En utfordring ved artikkelutvelgelsen var at tidligere reviewer hadde utgangspunkt i flere av våre originalartikler. For å unngå at funnene våre skulle reduseres ved at man forsker på grunnlag av de samme artiklene og dermed bare fører samme funn videre, valgte vi å ekskludere flere artikler både fra bakgrunn og enkelte av våre fra datasamlingen. Dette var også begrunnelsen for ikke å ha benyttet manuelle søk selv om dette var tilgjengelig.

5.1.4 Analyse

Vi valgte å gjennomføre den systematiske analysen ut ifra Evans (2002) som gav gode arbeidssteg i prosessen. Likevel er Evans i all hovedsak er en artikkel, og ikke en litterærbeskrivelse av analyseprosessen. Vi ser svakheter ved Evans (2002) fordi det ikke er mulighet til å gå dypere inn i hvert steg i prosessen. Derfor anbefaler vi tillegglitteratur som Jackobsen (2010) og Nordtvedt (2012). Dette mener vi er en styrke i metodebeskrivelsen fordi man har sett styrker og svakheter ved bruken av Evans og samtidig som supplert med forslag til forbedring for å benytte denne i sammenheng med litteraturstudiet.

Organiseringen av nøkkelfunn og tema, diskuterte vi oss frem til etter å ha sittet hver for oss og funnet nøkkelfunn. Artiklene ble nummerert i kronologisk rekkefølge etter søkeprosessen, for deretter å gjennomgå for fargekoding av nøkkelfunn. Diskusjonen ledet oss gjennom flere steg, der temaene ble mer presise utover i prosessen i forhold til hensikten vår. Tabellen (Vedlegg 6) gav oss en indikasjon på hvilke funn som var godt beskrevet fra artiklene og hvilke som gjentatt hadde vist seg som essensielle i å kunne beskrive fenomenet. For å bedre kunne evaluere hvilke funn som hadde best dekning og dermed var de mest verdifulle, valgte vi å samle disse i hovedpunkter med de ulike beskrivelsene innunder. Vi valgte å bruke begreper for inndelingen av nøkkelfunn, som var naturlige for den konteksten de stod i, men også beskrivende til å kunne danne en helhetsoppfatning av fenomenet. Dette ble gjort fordi metoden så vel som de nøkkelford som ble benyttet enklest mulig kunne forstås av andre og dermed etterprøves (Aadland 2011).

Fellestrekkene ble presentert i form av en tabell som definerte disse uti fra antall referanser og kilder, som bidro til nøkkelfunnet i hvert hoved og – underpunkt. Vi laget en relasjonsmodell for å kunne se sammenhengen i produksjonen (Vedlegg 7). Dermed satt vi

igjen med den viktigste og mest relevante informasjonen fra artiklene. Deretter gikk vi igjennom tabelloversikten for artiklene nok en gang for å finne gode sitat til å speile opplevelsene til pasientene. Vi valgte å bruke sitater som et virkemiddel (Evans 2002) for at leseren lettere kunne sette seg inn i situasjonen til kvinnene. Bruk av sitater kan dessuten være med på å styrke kredibiliteten i resultatene våre (Forsberg og Wengstrøm 2013).

5.1.5 Ethiske overveielser

En av våre hovedkriterier for å inkludere artikler var at de var etisk godkjente, dette fordi litteraturstudien baserer seg på pasienterfaringer og i respekt for deltakerne var det viktig for oss at deres interesser og integritet ble beskyttet. Forsberg og Wengstrøm (2013) påpeker dette som det essensielle kriteriet ved systematiske litteraturstudier. Selv om vårt arbeid ikke er i nær relasjon med deltakerne, synes vi at deres utsagn som har hatt betydning for oppgaven vår blir respektert både av oss og de som har produsert de ulike artiklene. Dette fordi vi begge hadde ett felles syn på pasienterfaringers betydning for forskning, utvikling og bidrag til ny kunnskap innenfor sykepleiefaget.

Vårt etiske hensyn var blant annet å være nøye med oversettelser der pasienterfaringer ble direkte henvist og at litteraturhenvising ble fulgt ved slike presentasjoner. Vi valgte også å se på hvordan datamaterialet var samlet i forhold til den situasjonen utvalget var i, for å forvise oss om at deltakelsen ikke hadde medført åpenbare ulemper for deltakerne eller hvor deltakerne var presentert med studien på en måte som kunne også påvirke deres responser.

Vi påpeker også artiklenes metode for innsamling av data som en potensiell svakhet, fordi intervjuform kan påvirke resultatene. Metodevalget til forskerne i artiklene er noe vi ikke kan påvirke, men ved å ta stilling til hvordan datasamlingen har foregått blir vi mer bevisst på at våre funn baserer seg på beskrivelser og tolkninger fra andre. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) kan individuelle intervju bidra til mer «ærlige» opplevelser uten å bli smittet av andre respondenter. Fortellingene blir mer rettet til deres person, behov og oppfatning, men vi kan ikke sikkert si hvilke faktorer som kan ha påvirket kvinnenes utsagn og opplevelser. Fokusgruppe intervju som metode i artiklene kan både påvirkes falskt positivt og/eller negativt. Fordi smitteeffekt blant deltakerne gjør at deltakerne kan balansere og påvirke hverandres synspunkter, noe som gjør at enkelte uttrykk ikke får like

stor plass i diskusjonen. En slik framgangsmåte vil også kunne forsterke gode og dårlige opplevelser (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Vi ser at artikkelen Collier et al. 2011 kan utgjøre en potensiell svakhet i funnene våre, da spørsmålsstillingen i artikkelen stilles med hensikt å framheve negative opplevelser, da de i sin spørsmålsform spør *hvilke barrierer* kvinnene har opplevd. Dette bidrar til at enkelte funn i vår analyse kan være falsk negative bidrag. Vi har likevel valgt å inkludere den fordi tyngden fra kvalitetssikringen og det faktum at vi ikke har som formål å presentere funnene i tallform. Vårt formål med å benytte denne, er å forklare og beskrive opplevelser med motsetninger og likheter for å generere en dypere forståelse av temaet.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten var å belyse hvordan kvinner med DMT1 opplever forhold omkring svangerskapet. Vi vil i denne diskusjonsdelen trekke fram de mest framtrede funn og sammenhenger vi kunne finne i denne litteraturstudien, for deretter å påpeke dens innvirkning og konsekvens for praksis. Dette fordi formålet med å studere opplevelser, er å forstå dem slik at vi kan formulere levde opplevelser til kunnskap vi kan benytte oss av (Aadland 2011).

5.2.1 Informasjon og relasjoner kan påvirke psykisk velvære

Med bakgrunn i de mest framtrede funn og deres sammenheng mellom opplevelse av svangerskapsomsorgen, kan man se antydning til at personlige opplevelser lot seg påvirke av omsorgen som ble gitt, i varierende grad.

Vår litteraturstudie kan tyde på at kvinner med DMT1 opplever ulike belastende følelser i forbindelse med svangerskapsomsorgen. Vanskelige følelser oppstår i møte med helsepersonell og informasjonen de gir. Disse følelsene skaper usikkerhet, frustrasjon, frykt og stress. Innholdet i informasjonen kan overskygge behovet for emosjonell støtte. Våre funn kunne vise til informasjonen om komplikasjoner og risiko i svangerskapet var det som hadde skapt mest frykt, usikkerhet og redsel (Berg og Sparud – Lundin 2009; Griffiths et al. 2008; King og Welland 2009; Lavender et al. 2010).

Informasjon gis gjennom kommunikasjon. Måten kommunikasjon brukes på vil være en viktig faktor for hvordan en kan bidra til å fremme helse, mestring og Empowerment. Kommunikasjon må framstå meningsskapende og relasjonsorientert og ikke bare metode å formidle budskap på. Utfordringen i dagens helsevesen er ikke mangel på informasjon, men måten informasjon formidles (Ekeland 2007). Vi tolker våre funn slik at det er en nærhet mellom informasjon og relasjoner i hvorvidt denne oppleves som positiv eller ikke. Dette fordi kvinnene i vår studie var misfornøyd med informasjonen som ble gitt fordi den var skremmende, upålitelig og ufullstendig (Anderberg, Bernrtorp og Crang-Svalenius 2009; Berg og Sparud-Lundin 2009; Griffiths et al. 2008; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al. 2013; McCorry et al. 2012).

Til tross for at funnene viste mer negative opplevelser av informasjonen, var det likevel deltakere som var fornøyde. Slik positiv respons om informasjon ble formidlet av kvinnene i studien til Griffiths et al. (2008) og Rasmussen et al. (2013). Mye av vår psykologiske velvære er knyttet til relasjonene med andre mennesker og kommunikasjonen med disse vil være avgjørende for at vi får dekke dette behovet. For at kommunikasjon skal fremme mestring og Empowerment, må den ses innenfor den terapeutiske kontekst. Kontekst handler meningssammenheng som skapes gjennom relasjon. Relasjonen mellom de som kommuniserer blir en viktig faktor for innholdet av det som de snakker om. De terapeutiske rammene omhandler tillit, og er vesentlig for all kommunikasjon (Ekeland 2007). Vi påpeker derfor hvor viktig SOC i framtoning og formidling av informasjon kan bidra til å styrke relasjonen mellom sykepleier og kvinnen med DMT1.

Noen av våre funn viser at kvinnene opplevde en fjern relasjon med helsepersonell. De uttrykte at den autoritære måten helsepersonell framsto på var til begrensning for å skape en god relasjon, og begrunnet med det høye fokuset på diabetes (Anderberg, Bernrtorp og Crang-Svalenius 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2013; Stenhose, Letherby og Stephen 2013). I studiene til King og Wellard (2009), McCorry et al. (2012) og Stenhose, Letherby og Stephen (2013) hevdet kvinnene at mangelen på empatisk omsorg og emosjonell støtte også var til hinder til å opprettholde god kontakt med helsepersonell. De uttrykte også at de ble sett som blodsukker verdier. Dette ble oppfattet som en stressende faktor.

Salutogenesen hevder at stress kan forstås som potensielt helsefremmende, mens i patogen tilnærming er stress sykdomsskapende. En kan ikke begrense helse ved å rette oppmerksomheten på risikofaktorer eller symptomer på lidelser, fordi helsebringende faktorer bidrar direkte til helse. Her er det viktig at sykepleieren legger vekt på å tilføre, utvide og bevisstgjøre på ressurser istedenfor å lete etter årsaker til problemer som risikofaktorer ved DMT1 og svangerskap. Det er viktig å understreke at kvinnen er anerkjent og verdsatt som et unikt individ (Langeland 2012). I følge Travelbee, referert i Eide og Eide (2007) er et menneske-til-menneske-forhold av avgjørende betydning for å oppnå gode relasjoner med kvinnen og dermed oppfylle sykepleierens oppgave (Eide og Eide 2007). I forhold til vår målgruppe vil dette bidra til at kvinnene opplever svangerskapet bedre og dermed mestrer situasjonen.

Ved svangerskap kan kvinnen være mer sårbar og åpen for emosjonell påvirkning, og derfor overreagere på ting som virker skremmende (Bendiksen og Brean 2010). Kvinnene var i risiko for å bli deprimerte fordi usikkerheten svangerskapet representerte utsatte dem for en ytterligere belastning. Økt tvil, kombinert med frykt for å miste barnet, forstyrret den normale tilpasningen av graviditeten og utløste en følelse av umyndiggjøring, høy grad av bekymring, depresjon, skyld og frykt for å være en byrde for andre (Rasmussen et al. 2013). Våre funn angående kvinnenes opplevelser kan også være like overførbare til kvinner uten diabetes med tanke på økt emosjonelt stress ved svangerskap, men at våre funn kan tyde på at kvinner med DMT1 opplever det psykiske presset som større.

Kalra et al. (2013) hevdet i sin review at gravide med diabetes trengte bedre psykologisk omsorg, fordi denne perioden av kvinners liv er forbudt med økt stress, som ville være belastende for sykdommen i seg selv. Våre funn belyser hvordan kvinnen med DMT1 opplever flere utfordrende emosjoner i forbindelse med informasjon og de relasjoner de har. Vi mener det vil være en fordel om helsepersonell er bevisst sin egen holdning i å kunne påføres slikt stress gjennom relasjoner og informasjon man gir ut. På denne måten kan helsepersonell bidra til å fremme helsen.

Viktigere enn hvem, var følelsen av å kunne snakke meningsfullt med en, som så deres individuelle behov, anerkjente deres innsats og viste forståelse, empati, respekt og behandlet dem som likeverdige (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; Griffiths et al 2008; McCorry et al. 2012; Rasmussen et al. 2011). I sykepleiefaglig relevans ser vi det som viktig å vite hvordan vår framtoning og formidling av informasjon kan bidra til å øke stress hos mennesker som lever med kronisk sykdom. Vi må kunne se deres individuelle behov, i dette tilfellet for å kunne entre morsrollen. Vi ser hvordan den økte oppmerksomheten som gis framstår som at man kun er opptatt av å forebygge komplikasjoner, og at man kun ser sykdommen og dens behov for sykeleie. Å se det positive som skjer i kvinnenes øyne må løftes fram.

I Hjelmsjell til Pasient – og brukerrettighetsloven kap.3, § 3-2, står det klart beskrevet at alle pasienter har rett til tilpasset og individuell informasjon (Pasient -og brukerrettighetsloven 1999). Vår oppgave som sykepleiere er å sørge for at informasjon oppfattes korrekt og gi emosjonell støtte der informasjonen kan være tung å ta innover seg (Eide og Eide 2007). Helsedirektoratet (2005) sier i forbindelse med retningslinjene for svangerskapsomsorgen

at informasjon som gis skal være så samstemt som mulig. Vi påpeker at retningslinjene er av eldre dato og at det er behov for oppdatert forskning på området. For at vi som sykepleie skal kunne arbeide kunnskapsbasert er det derfor vesentlig at de føringer som lagt også følger med i tiden. Dette kan ha betydning for hvordan man framstår i relasjonen med den informasjonen man gir slik vi tolker våre resultater, hvor kvinnene tvilte på helsepersonells kompetanse når råd var feilaktige eller upålitelige (Berg og Sparud – Lundin 2009; King og Wellard 2009). Eller ikke fikk nok informasjon og dermed måtte søke dette andre steder (Anderberg, Berntorp, Crang – Svalenius 2009; Collier et al. 2011; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010). Samtidig kunne funn også påpeke at mangelfull og feil oppfølging også skapte tvil om kompetansen hos helsepersonell, noe som gjorde det vanskelig å skape relasjoner (Berg og Sparud – Lundin 2009). Vi ser at for å kunne arbeide kunnskapsbasert i feltet må retningslinjene oppdateres mer hyppig. Eksempelvis omhandler retningslinjene for Diabetesomsorgen flere varianter av sykdommen, hvor det ikke gjennomføres forskning av alle diagnosene i like stor grad og med varierende tidsperioder. Dette kan bety at enkelte diagnoser av diabetes ikke får oppdaterte behandlingslinjer på bekostning av de som ikke det har blitt gjennomført mer forskning på. Vi foreslår at veiledere for de ulike diagnosene utvikles slik at forskning blir enklere å oppdatere for å kunne benyttes i praksis.

I sin tilbakemelding vedrørende de resultater vi har belyst i litteraturstudien kan vår korrespondanse med Helsedirektoratet (23.02.2014) bekrefte at retningslinjene for svangerskapsomsorgen er i endring, grunnet nye diagnostiske kriterier for svangerskapsdiabetes fra WHO. De ville også ta stilling til mer oppdatert kunnskap med tanke på svangerskap for også andre Diabetes diagnoser.

5.2.2 Prekonsepsjonell oppfølging – en utfordring

Vi oppfatter den prekonsepsjonelle oppfølgingen som en utfordring for både kvinnene og helsepersonell. Den sees i praksis som et tiltak hvor mye av hovedvekten for forebyggelse av komplikasjoner i svangerskapet hos kvinnen med DMT1, kan gjennomføres. Ved tidlig inngang har kvinnen mulighet til å handle ovenfor sin sykdom, ved å tilegne seg ny kunnskap, motta strategier fra helsepersonell for hvordan mestre utfordringer som kan oppstå.

Våre funn viste til at planlegging av svangerskap og deltakelse på prekonsepsjonell oppfølging varierte (Griffiths et al. 2008; Letherby, Stephen og Stenhouse 2012; King og Wellard 2009). Tidligere svangerskap og alder hadde betydning for om kvinnene deltok på oppfølgingen eller ikke (Lavender et al. 2010). Noen av kvinnene i vår litteraturstudie rapporterte praktiske årsaker som at lang avstand til profesjonell og kvalifisert helsepersonell som ett hinder for å få en slik behandling, og derfor ikke deltok (Anderberg 2009; Berg og Sparud-Lundin 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2013). Deltakerne hevdet at økonomien var av mindre betydning enn tilgjengelighet. I en kvalitativ studie av Murphy et al. (2010) var den hyppigste årsaken til at kvinner ikke deltok på prekonsepsjonell oppfølging at de ikke hadde planlagt svangerskapet, eller at de ble gravide raskere enn forventet (45 %). Dette var tilfellet hos 90 % hos de som hadde kjennskap til oppfølgingen. Andre årsaker var sammensatte årsaker (17 %) tilknyttet følelser som redsel, skuffelse, og et ønske om at svangerskapet skulle være normalt. Tidligere negative opplevelser med helsepersonell (21 %), ønsket om at svangerskapet skulle være normalt (17 %) og fysisk avstand til behandling (10 %) var årsaken. Dette er forhold som kan belyse noen av de samme opplevelsene ved våre funn.

Slik vi ser det er oppfølging i forkant av svangerskapet noe som oppleves som en utfordring fordi det forventes at man deltar på grunn av risikoen DMT1 utgjør.

Dette kan vise seg å skape problemer hvis vi vil ta i betraktning Samhandlingsreformen som trodde i kraft i 01. januar 2012. Formålet er å gi de gravide, deres barn og familie et sammenhengende tilbud, som vil sikre gode opplevelser av svangerskap, fødsel- og barselstid. Med dette ønsker regjeringen å skape helhetlig pasientforløp, gjennom bedre organisering av tjenesten med behandling nærmest bosted. I praksis vil dette si at ansvaret

legges på regionale foretak og kommuner. Målet er å oppnå kontinuitet, høy kvalitet av tjenesten, trygghet og utnyttelse av ressursene. I følge dagens tilbud om svangerskapsomsorg ved DMT1, skal disse henvises til spesialisthelsetjenesten, men i følge Samhandlingsreformen skal kvinner med diabetes følges av primærhelsetjenesten (Helse -og omsorgsdepartementet 2012). Dette vil si at disse skal til kontroll hos fastlege. I følge Norsk Gynekologisk Legeforening (2008) og Helsedirektoratet (2005), skal gravide med DMT1 henvises til spesialisthelsetjenesten for å kunne få spesialklinisk behandling. I praksis vil dette si at det er nødvendig for de som bor i små bygder og langt fra et større sykehus får lengre reisevei til slik behandling og oppfølging.

I en studie utført blant helsepersonell av Morgathy et al. (2010) i England, kommer det fram at fastlegene burde være involvert i den prekonseptjonelle oppfølgingen på en mer effektiv måte. Målet er å fremme kontinuitet i omsorgen for kvinner med Diabetes. Denne praksisen kan lett overføres og bli brukt i Norge, fordi retningslinjene i Norge baserer seg på de i England.

5.2.3 Svangerskap – en faktor for mestring

Svangerskap kan i følge salutogenesen sees som stress, som både har mulighet til å gi og ta helse (Gammersvik 2012, 103). I våre funn kan man se en deling av responser ut i fra at fellestrekk indikerer at flere hadde samme opplevelse av svangerskapsomsorgen, men at disse forhold ble erfart ulikt på det personlige plan.

Våre funn viste at kvinner med DMT1 følte mangel på kontroll over seg selv ved at insulinregimet og optimale blodsukkerverdier var vanskelige å oppnå. Dette skapte en prioritering mellom deres egen helse og barnets (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al. 2010; Rasmussen et al. 2011). Noen av kvinnene opplevde at helsepersonell la stor vekt på blodsuktermålingen (Anderberg 2009; Berg og Sparud- Lundin 2009; King og Wellard 2009; Lavender et al.2010; Stenhouse, Letherby og Stephen 2011; Rasmussen et al. 2013).

Vi har vært i kontakt med diabetessykepleier (S.O. 13.02.2014.) som er ansvarlig for den prekonsepsjonelle oppfølgingen ved Diabetes på et regionalt sykehus. Hun hevdet at for å unngå komplikasjoner og oppnå bedre utfall av svangerskapet, var kvinnene nødt til å ta ansvar for egen blodsuktermåling. Samtidig var det viktig å delta på det prekonsepsjonelle oppfølgingen og være innstilt på at blodsukker kontrollene er strenge. Videre ble det hevdet at svangerskapet i seg selv er en sterkt motiverende faktor og at kvinnene er ivrige til å tilstrebe en akseptabel blodsukkerverdi.

Vi kan si at opplevelsene ved svangerskap utfordret deres kunnskap, og at opplevelsene erfares ulikt. Slik vi ser det å finne mening i situasjonen må kvinnen forstå, ha tro på at det finnes løsning, og finne mening i situasjonen om hun skal oppnå mestring (Langeland, 2012). Når kvinnen skal velge sine mestringsstrategier må hun også ta stilling til den situasjonen hun befinner seg i (Eide og Eide 2007) Kvinnene i vår litteraturstudie opplevde at deres personlige kjennskap til sykdommen ble utfordret av svangerskap, og hadde ulike forutsetninger for å mestre (Berg og Sparud – Lundin 2009; King og Wellard; 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al.2013). Andre følte dette ble bedre utover i

svangerskapet (Letherby, Stephen og Stenhouse 2012). Deres personlige erfaring vil spille en vesentlig rolle i hvordan man takler utfordringene og på hvilke grunnlag disse tas. Antonovsky kaller dette for det som er håndterbart, altså hvilke ressurser som er aktuelle for å mestre situasjonen (Gammersvik 2012, 103). Den kroppslige kunnskapen ligger i intuisjonen, hvor det er kroppen selv som vet om noe er galt eller ikke. Kroppens kunnskap uttrykkes gjennom legemlige reaksjoner (Aadland, 2011) som f.eks symptom på hypoglykemi. Kvinnen selv har erfart denne kunnskapen og kan gjennom sin erfaringsbaserte kroppskunnskap avgjøre hvilke handlinger som kan rette opp symptomene. Denne kunnskapen ble utfordret viste våre resultater. Dette er i samsvar med Benner og Wrubel som beskrevet i (Gammersvik 2012, 105), som også hevder at sykepleieren må fokusere på opplevelsen av sykdom, og at opplevelsen av mening i situasjonen ikke må forstyrres. I studien til Rasmussen et al. (2013) var det å se sykdommen i et annet perspektiv en måte å mestre situasjonen. Ved å snu på situasjonen, å se det positive, hjelp til med å se framover. Gjennom Larzarus og Folkmans modell som beskriver hvordan følelser kan benyttes til å mestre utfordringer, vil kvinnene drives av følelsesorienterte strategier som danner grunnlaget mestring (Eide og Eide 2007). Når fysiske utfordringer som varierende blodglukose påvirker daglig funksjon, lar man seg påvirke mentalt. Motivasjonen med utfordringen er å holde seg frisk for seg selv og barnet (King og Wellard 2009; Stenhouse, Letherby, Stephen 2013; Rasmussen 2011; Rasmussen 2013).

For kvinner med DMT1 som planlegger svangerskap kan informasjon om hvordan insulinbehovet vil variere være nyttig med tanke på forberedelse på utfordring. Dette belyste våre funn hos de som ikke var gravide (McCorry et al. 2012). Når det påpekes at svangerskap som livshendelse er av personlig betydning mener vi det er essensielt å heve denne ytringen i praksis. At situasjonen oppleves som en motivasjonsfaktor til tross for de utfordringer som foreligger, må anerkjennes slik at det bidrar til helse for kvinnen. Med utgangspunkt i salutogen tenkning har sykepleieren en viktig oppgave: Å hjelpe enkelte til å identifisere indre og ytre mestringsressurser for å fremme helse og velvære til tross for en kronisk sykdom (Gammersvik 2012, 111) Dette påpekt i anbefalingene i veileder fra Sosial- og Helsedirektoratet (2005) om å involvere pasienten aktivt i egen behandling.

Ved å lage «for og imot – liste» for å føle kontroll kunne de vurdere motsetninger oppimot hverandre. Dette var mer en kontinuerlig prosess enn en oppskrift alene. I overgangen til

morsrollen ble dette et godt verktøy for å hindre hypoglykemi og bekymringer tilknyttet barnets helse. Eksempelet som ble tatt fram var oppstart på insulinpumpe og prekonsepsjonell oppfølging for en mykere overgang til morsrollen så vel som å takle sykdommen bedre i framtiden (Rasmussen et al. 2011).

Helsepersonell kan ut i fra sin kunnskap om de fysiologiske forandringene under svangerskapet som bidrar til ustabile blodglukosenivåer og variasjon i insulinbehov (Maltau og Øian 2010), foreslå oppstart med insulinpumpe i forkant eller tidlig i den prekonsepsjonelle oppfølging. Dette kan være uhensiktsmessig å begynne slik behandling under graviditeten med fare for ytterligere lavt blodsukker. For dem hvor slik behandling ikke er aktuelt kan CGM sensor (Continuous Glucose Monitoring) benyttes for å ha oversikt over glukoseverdien. Slik kan sykepleieren imøtekomme både kvinnens motivasjon og identifisering av tilgjengelige hjelpemidler. Dette kan også bidra til trygghet i sosiale sammenhenger. Helsepersonell kan videre bistå i å sette kvinnene i kontakt med andre i samme situasjonen. Dette kan også gjøre forholdene omkring svangerskapet tryggere. I lys av at flere kvinner i våre funn etterlyste informasjon og søkte støtte hos andre som hadde vært gjennom det samme for å lære av deres erfaringer (King og Wellard 2009; Rasmussen et al. 2011; Rasmussen et al.2013) er det muligens rom for å tilrettelegge for mestring via erfaringer fra andre. Sykepleieren kan ved å involvere familie, partner og venner i behandlingen imøtekomme kvinnenens motivasjon og styrke opplevelsen av forholdene omkring svangerskapet. Gjennom sosial støtte kan kvinnene søke trygghet til noen som kjenner dem godt. Dette kan være til hjelp i å mestre diabetes under svangerskapet (Lipscombe et al. 2011; Rasmussen et al. 2013). Partneren kan være en trygghet for å takle hyppige hypoglykemier under svangerskapet (Haugstvedt 2011, 297).

Vi ser på kvinnens mestring som en ressurs, men våre funn tyder også på at det kan være tungt følelsesmessig å mestre fordi det både forventes og at man må.

5.2.4 Helhetlig sykepleie gjennom helsefremming

Måten sykepleieren møter pasienten på vil ha stor innvirkning på resultatet. Sykepleieren skal være ressursorientert og formidle sin positive tenking til pasienten for å forsøke få de til å tenke på samme måte. Dette vil gi pasienten mulighet til å oppleve mestring, tilegne seg nye mestringsegenskaper og skape en ny balanse med nye muligheter (Reitan 2010). Helsefremming handler om å hjelpe pasienten til å forstå, håndtere konkret og finne mening i forhold til det den nye situasjonen krever.

Slik vi erfarer helsefremming i praksis arbeider man sammen med den enkelte for å finne løsninger og bidra til gode erfaringer. Vi skal vektlegge det som er viktig for pasienten. Vi retter ikke helsefremming mot en kvinne fordi hun har DMT1, men fordi hun har helse i det å skulle bli mor. Gjennom sykepleiestudiet har vi selv opplevd at det kan være en utfordring å ivareta både pasientens sykdom og samtidig fremme helse, mye fordi pasientenes etterlevelse varierer. Ved at sykepleier blir bedre til å motivere kan man også bidra til å endre adferd. Vi mener at det ikke er vi som sykepleiere som skal sette grensene for hva god etterlevelse er, men ved å motivere kan selv den minste positive endring være en gevinst for den enkelte. Denne må vi anerkjenne. Sentralt står igjen salutogenesen og det teoretiske perspektivet til Benner og Wrubel slik vi ser det, mye fordi kvinnene med DMT1 ikke nødvendigvis oppfatter seg selv som syke når de ønsker mer fokus på de normale forholdene ved svangerskap (Anderberg, Berntorp og Crang-Svalenius 2009; King og Wellard 2009; Stenhouse, Letherby og Stephen 2013).

Empowerment begrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i utsatte situasjoner. Dette kan være et mål i seg selv, en prosess og en strategi (Tveiten 2012, 175). WHO definerer Empowerment som en prosess hvor mennesker får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse. Sykepleieren kan være en medhjelper i denne prosessen, men kun pasienten kan gjøre seg selv «empowered» (Tveiten 2012, 185). Sentralt står det å anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv, og vise empati for den kjennskapen kvinnene har av å leve med kronisk sykdom, samtidig som man anerkjenner det arbeidet de gjør med egen sykdom, daglig (Torgauten 2011). Vi

ønsker å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter. I varierende grad var kvinner ved våre funn i stad til dette. Men det er variabelt hvordan de opplever indre og ytre forhold omkring svangerskapet, og hvordan opplevelsen erfares.

Salutuogenesen har påvirket det helsefremmende perspektivet i sykepleie fordi teorien kan være en bevegelse mot egenomsorgen, og nevner blant annet hvor sentralt dette kan være i vår oppgave som sykepleiere (Gammersvik 2012). Samtidig står teorien i kontrast til målgruppen nettopp fordi dette er en gruppe med eksisterende sykdom. Svangerskap som en naturlig del av livet og som livshendelse hvor målgruppen ikke nødvendigvis betraktes som syke, men som friske mennesker hvor man ønsker å fremme deres helse på best mulig måte for å opprettholde livskvalitet, og forebygge sykdom hos den ufødte.

Slik vi oppfatter det Aadland (2011) beskriver om hva som er god teori, er at vi ikke kan utvikle vår praksis uten å forsøke beskrive opplevelser av fenomener. Vi mener at det er viktig at alt helsepersonell fremmer helse hos pasienter de er i kontakt med. Uavhengig hvilken faggruppe de tilhører og hvilke teoretikere som har vært med å forme deres profesjon forstår vi det slik at teori og praksis henger tett sammen, men at det helsefremmende i sykepleie bør få større plass i vår kommende hverdag som sykepleiere.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 opplever forhold omkring svangerskapet. Resultatet bidrar til å få et innblikk i hvordan kvinnen opplever informasjon og møte med helsepersonell, samtidig som vi får se hvordan dette kan påvirke til deres psykiske velvære. Kvinnene etterlyser behov for å dele erfaringer med andre i samme situasjon for å bedre mestre sine utfordringer med sykdommen i denne perioden. Kvinner med Diabetes Mellitus Type 1 ønsker mer informasjon om det normale forløpet ved svangerskap og det faktum at de skal bli mødre.

Kvinner i prekonsepsjonell fase hadde positive forventninger til helsepersonells rolle, mens de som var gravide hadde hovedsakelig negative opplevelser av både indre og ytre forhold omkring svangerskapet. Kvinner med tidligere erfaringer vurderte i større grad å ikke delta på prekonsepsjonell oppfølging ved framtidige svangerskap.

Våre funn viser at det kan være mange opplevelser i svangerskap og under oppfølging som er like. Likevel er hvordan disse opplevelsene håndteres ulik. Mange av opplevelsene er i våre øyne mulig å forandre, gjennom holdningsskapende arbeid blant helsepersonell. Relasjoner, støtte, empati og informasjon bør være en del av behandlingen. Psykiske belastninger under svangerskapet er et kjent fenomen. Helsepersonell bør være behjelpelig for å redusere disse og bidra til at kvinnene opplever emosjonell balanse. Et annet punkt som bør heves er at kvinnene ikke opplever seg selv som syke før de blir behandlet som det.

Likevel sier dette mye om hvordan videre forskning kan foregå også for å skape bedre forståelse, men også for å finne elementer som kan bidra til å løse kvinnenenes problemer. Ved å fokusere på hvordan kvinnene mestrer og hvordan de utnytter sine ressurser, kan man bedre tilrettelegge oppfølgingen ved svangerskap. Hva de benytter av mestringsstrategier sier også noe om hva de selv mener de har behov for. Dette er noe sykepleieren kan rette fokus mot også i planleggingsfasen av svangerskap.

6.1 Forslag for praksis

Vi tar utgangspunkt i kvinnenes synspunkter når vi foreslår forslag for praksisfeltet. At kvinnene ønsket å dele erfaringene med andre både for å lære men også forberede seg på svangerskap og morsrollen, ansees som et område for sykepleiefaglig relevans. Vi velger å presentere et forslag som benytter sykepleierens pedagogiske funksjon for helsefremming men også kan etterkomme kvinnenes behov. Ved å etablere informative seminar om svangerskap ved diabetes hos kvinner og deres pårørende, sørger man for at unison informasjon kommer direkte til kilden, samtidig som man åpner for muligheten til å nå flere mennesker og etablere ressursgrupper for hvor de kan ta lærdom i andres erfaringer. Dette er et forslag som kan innlemmes innen for spesialisthelsetjenesten for Lærings – og mestringsentre. Videre anbefales alt helsepersonell som er i kontakt med målgruppen å fremme helsen på et tidlig tidspunkt. Dette er også en mulighet for å spre forskning til de gruppene som kan ha nytte av sykepleiefaglig forskning.

6.2 Forslag til videre forskning

Ytterligere forskning på området trengs for å kunne forbedre helsetilbudet innenfor svangerskapsomsorg ovenfor de med kronisk sykdom. Med utgangspunkt i forslaget for praksis om kvalitetssikret informasjonsformidling og opplæring, kan man ta utgangspunkt i hvorvidt kvinner blir bevisst sine mestringsstrategier og hvordan de benytter kunnskap som tilbys. I etterkant kan oppfølging gjennom svangerskapet i form av pilotprosjekt av slik type formidling påpeke om hvorvidt opplevelsen av svangerskapsomsorgen er endret.

7.0 Referanseliste

Aadland, Einar. 2011. "Og er ser på deg..." *I Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse og sosialfag*, 170-211. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Anderberg, Eva, Kerstin Berntorp og Elizabeth Crang-Svalenius. 2009."Diabetes and pregnancy: women`s opinions about the care provided during the childbearing year." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23: 161-170. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00614.x

Bendiksen, Rita Beate og Gro Vatne Brean. 2010. "Emosjonelle og seksuelle aspekter i svangerskapet." *I Den nye livet*, red. Synne Holan og Mari Landsverk Haugtvedt, 2.utg. 55-63. Oslo: Fagbokforlaget

Berg, Marie og Carina Sparud-Lundin. 2009. "Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – A qualitative study of women with type 1 diabetes." *BMC Pregnancy and childbirth* 9:27. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1186/1471-2393-9-27

Collier, Sarah A, Celene Mulholland, Jennifer Williams, Patricia Mersereau, Khadija Turay og Christine Prue. 2011. "A Quality study of Perceived Barriers to Management of Diabetes Among Women with a History of Diabetes During Pregnancy." *Journal of Womens` s Helath* 20(9). Tilgjengelig fra: DOI: 10.1089/jwh.2010.2676

Eide, Hilde og Eide, Tom.2007. "Krise - og mestringssteori". *I Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg. 165-192. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, Hilde og Eide, Tom.2007. "Relasjonsteorier". *I Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg. 130-162. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ekeland, Tor-Johan. 2007. "Kommunikasjon som helseressurs" I Mestring og Myndiggjering – reform eller retorikk? Red. Tor – Johan Ekeland og Kåre Heggen. 29-51. Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, David. 2002."Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesys of pracedsed". *Australian Journal of Advansed Nursing* 20(2), 22-26

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3.utg. Stockholm: Natur & Kultur

Gammersvik, Åse. 2012. ”Helsefremmende arbeid i sykepleie” . I *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, red. Åse Gammersvik og Torill Larsen, 99-116. Bergen: Fagbokforlaget

Griffiths, Frances, Pam Lowe, Felicity Boardman, Carherine Ayre og Roger Gadsby. 2008. “Becoming pregnant: Exploring the perspectives of women living with diabetes.” *British Journal of General Practise*. 58:184 – 190. Tilgjengelig fra: DOI: 10.3399/bjgp08x277294

Jacobsen, Dag Ivar, 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Heggen, Kåre. 2007. ”Rammer for mestring”. I *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* red. Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen, 64-81. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient-og brukerrettighetsloven. 2013. Lov av 02. juli. 1999 nr. 63 om pasient -og brukerrettigheter

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-3?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3
(Lest 27.03.2014)

Helsedirektoratet. 2009. *Tema: Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes, behandling og rehabilitering*.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Sider/default.aspx> (Lest: 15.09.2013)

Helse-og omsorgsdepartementet. 2012. *Tema: En gledelig begivenhet. Stortingsmelding nr .12 (2008-2009)*.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-/1.html?id=545601> (Lest 23.03.2014.)

Kalra, Bharti, G.R. Sridhar, K. Madhu, Yatan Pal Singh Balhara, Rakesh Kumar Sahay og Sanjay Kalra. 2013. ”Psychological management of diabetes in pregnancy.” *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* 17(5). Tilgjengelig fra: DOI10.4103/2230-8210.117216

Keely, Erin. 2012. "Preconception Care for Women with Type 1 and Type 2 Diabetes – The Same But Different". *Canadian Journal of Diabetes* 36 (2012) 83-86. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.jcjd.2012.03.001

Kilvik, Astrid og Liv Inger Lamøy. 2007. *Litteratursøking i medisin og helsefag*, 2.utg. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

King, Rosemary og Sally Wellard. 2009. "Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia." *Midwifery* 25, 126 – 133. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.midw.2007.01.016

Kunnskapssenteret. 2008. Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar> (Lest: 04.02.2014)

Kunnskapssenteret. 2005. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *Tema: Pasienterfaringer med helsetjenesten blant diabetikere – en gjennomgang av tidlige måleinstrumenter*. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/_attachment/1734? (Lest: 11.10.2013)

Langeland, Eva. 2012. "Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid" I *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, red. Åse Gammersvik og Torill Larsen 195-212. Bergen: Fagbokforlaget

Lavender, Tina, Mary Jane Platt, Ediri Tsekiri, Ian Casson, Sheena Byrom, Lisa Baker og Stephen Walkinshaw. 2010. "Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes". *Midwifery* 26 (2010) 589-595. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.midw.2009.01.003

Letherby, Gayle, Nicole Stephen og Elizabeth Stenhouse. 2012. "Pregnant women with pre-existing diabetes: family support in managing the pregnancy process". *Human Fertility* 15(4): 200-204. Tilgjengelig fra: DOI: 10.3109/14647273.2012.742208

Lipscombe, Lorraine, Heather M. McLaughlin, Wei Wu og Denice S. Feig. 2011. "Pregnancy planning in women with pregestational diabetes" *The Journal of Maternal –*

Fetal and Neonatal Medicine 24 (9): 1095-1101. Tilgjengelig fra: DOI:
10.3109/14767058.2010.545929

Maltau, Jan Martin og Pål Øian. 2010. ”Sykdom hos moren i svangerskapet”. I *Obstetikk og gynekologi*, red. Per Bergsø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Inger Nesheim, 2.utg.187-199. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).2013. *Tema: Mestring*.

<http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/> (Lest 28.01.2014) (nettsiden har byttet navn, mars 2013)

McCance, David R. 2010. “Glycaemic control and other interventions in the treatment of gestational diabetes.” I *The evidence base for diabetes care*, eds. William H. Herman, Ann Louise Kinmonth, Nicholas J. Wareham and Rhys Williams editors 199-225. UK: Wiley-Blackwell

McCorry, Noleen K., Clare Hughes, Dale Spence, Valerie A. Holmes og Roy Harper. 2012. “Pregnancy planning and Diabetes: A qualitative exploration of women’s attitude toward preconception care.” *Journal of Midwifery & Women’s health* 1526 – 9523/09/\$36.00 DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00143.x

Mortagy, Iman, Karina Kielmann, Stephanie E Baldeweg, Jo Modder og Mary B Pierce. 2010. “Integrating preconception care for women with diabetes into primary care: a qualitative study.” *British Journal of General Practice* 60:815-821. Tilgjengelig fra: DOI: 10.3399/bjgp 10X532594.

Murphy, H.R, R. C.Temple, V. E. Ball, J. M. Roland, S. Steel, R. Zill-E-Huma, D. Simmons, L. R. Royce, og T. C. Skinner. 2009. “Personal experiences of women with diabetes how do not attend pre – pregnancy care.” *Diabetic medicine* 27, 92 – 100. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1464-5491.2009.02890.x

Norsk Gynekologisk Legeforening. 2008. ”Veileder i fødselshjelp 2008, Diabetes i svangerskapet”. Tilgjengelig fra:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-fodselsjelp-2008/kapittel-8-diabetes-i-svangerskapet/> (lest 03.12.13)

- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *”Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok”*, Oslo: Akribe
- Rasmussen, Bodil, Trisha Dunning, Christel Hendrieckx, Mari Botti og Jane Speight. 2013. ”Transition to motherhood in type 1 diabetes: Design of the pregnancy and postnatal well – being in transition questionnaires.” *BMC Pregnancy and childbirth* 2013. 13:54
Tilgjengelig fra: DOI: 10.1186/1471 – 2393 13: 54
- Rasmussen, Bodil, Glen Ward, Alicia Jenkins, Susan J King og Trisha Dunning. 2011. ”Young adults management of Type 1 diabetes during life transitions.” *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1981-1992. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03657.x
- Reitan, Anne Marie. 2010. ”Mestring”. *I Sykepleieboken 2. Sentalle begreper i klinisk sykepleie*, red. Unni Knudstad, 3.utg.74-107. Oslo: Akribe AS
- Ringholm, Lene, Elisaabeth R. Mathiesen, Louise Kelstrup og Peter Damm.2012. ”Managing type 1 diabetes mellitus in pregnancy – from planning to breastfeeding”. *Nature Reviews/ Endocrinology* 8, 659-667. Tilgjengelig fra DOI: 10.1038/nrendo.2012.154
- Sagen, Jørn V. 2011. ”Sykdomslære”. *I Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*, red. Anita Skafjeld og Marit Graue, 19-67. Oslo: Akribe
- Sosial-og helsedirektoratet. 2005. *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer*, 8-27. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet. Bestillingsnummer: IS-1179, ISBN 82-8081-067-6
- Stenhouse, Elizabeth, Gayle Letherby og Nicole Stephen. 2013. “Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services.” *Midwifery* 29 (2013) 148 – 153.
Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.midw.2011.12.007
- Torgauten, Jorunn O. Alvik 2011. ”Følelsesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes”. *I Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*, red. Anita Skafjeld og Marit Graue, 172-184. Oslo: Akribe AS.
- Torgauten, Jorunn O. Alvik 2011. ”Psykisk helse og type 1-diabetes”. *I Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*, red. Anita Skafjeld og Marit Graue, 186-202. Oslo: Akribe AS.

Tveiten, Sidsel. 2012. ”Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid”. I *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, red. Åse Gammersvik og Torril Larsen, 173-191. Bergen: Fagbokforlaget

Vargas, Roberto, John T. Repke og Serdar H. Ural. 2010. “Type 1 Diabetes Mellitus and Pregnancy”. *Reviews In Obstetrics & Gynecology* 3 (3): 92-100. Tilgjengelig fra: DOI: 10.3909/riog0114

Willman, Ania, Stoltz, Peter, Bahtsevani, Christel. 2006. *Evidensbasert omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, 2. utg. Studentlitteratur

Vedlegg 1: Ordforklaringer

Betaceller: Insulinproduserende celler i pankreas (bukspyttkjertelen).

Glukosuri: Sukker i urinen .

HbA1C : glykosylert hemoglobin (langtidsblodsukker): danner seg når glukose binder seg med hemoglobinet i de røde blodcellene .

Makrosomi: Betegnelse for store foster. Forekommer pga økt blodglukose hos mor og overføres til fosteret, som også produserer økt mengde insulin.

Mortalitet: Dødelighet.

NOU: Norges Offentlige Utredninger

Perinatal- før fødselen f.o.m. uke 28 t.o.m. førsrte 7 levedager til barnet etter fødselen.

Perinatal dødelighet: perinatal mortalitet, død som inntreffer i tidsrommet fra 28. svangerskapsuke til en uke etter fødselen.

Polyhydramnion: for mye fostervann.

Preeklampsi: Svangerskapsforgiftning, placentasvikt.

Prekonsepsjonell oppfølging (PPC)/ Prepregnancy care: Oppfølging og veiledning i forkant av svangerskap.

Sectio caesarea: keisersnitt.

MeSH: Medical Subject Headings. Et omfattende register for systematisering av forskningsartikler og bøker innen de humanistiske fagene. MeSH-registeret kan benyttes som synonymordbok i tilpasningen av søk etter forskningsartikler og bøker.

Lickert – Scale: En Lickert-skala måler holdninger og atferd ved å bruke en rekke mulige svarvalg, fra det ene ekstreme valget til det andre (for eksempel, ikke sannsynlig i det hele tatt til svært sannsynlig). I stedet for enkle "ja/nei"-spørsmål kan du bruke en Lickert-skala til å avdekke sannsynlighetsgrader. Dette kan være spesielt nyttig når det gjelder sensitive eller utfordrende emner

Boolske operatører /Boolean operators: Ord som brukes ved søk i elektroniske databaser. Disse er AND, OR og NOT, og de blir brukt for å kombinere termer (AND/OR) eller for å ekskludere termer (NOT) i en søkestrategi.

Dybdeintervju / In depth interview: Samtale ansikt til ansikt som brukes i kvalitativ forskning for å undersøke noe i detalj. Forskeren bruker ikke fastsatte spørsmål, men intervjuet blir formet av et sett med temaer.

Fenomenologi/ Phenomenology: Studiet av fenomener og hvordan de fremtrer for oss i førstepersonperspektiv. I kvalitativ forskning: en strategi for å undersøke hvordan folk konstruerer sin forståelse av verden.

Vestlig – og ikke vestlige land: definisjon fra SSB. Begrepene “vestlig” og “ikke-vestlig” ble innført i norsk offisiell statistikk fra 1995. Noe forenklet kan vi si at med vestlig og ikke-vestlig ble verden delt i to etter hvilke levekår og migrasjonsmønstre innvandrere i Norge (og deres etterkommere) hadde i forhold til landbakgrunn. Poenget var altså å lage en inndeling som fungerte i norsk statistikk over personer bosatt i Norge. Vestlige land omfatter Vest-Europa, USA, Canada og Oseania. Ikke-vestlige land omfatter: Asia med Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa. Øst-Europa er landene som tidligere lå bak jernteppet, inkludert tidligere Jugoslavia.

Vedlegg 2- PIO – skjema

Engelsk

P	I	C	O
Diabetes Mellitus* Diabetes Type 1 Insulin dependent Diabetes Diabetes in women Childbirth Motherhood Pregnancy Preconceptional care Pregnancy in diabetes Pregestational diabetes Pre-existing diabetes	Diabetic care Maternity* Maternity care Maternity services Multidisciplinary care team Pregnancy Professional support Preconceptional care		Experience* Expectations Patient experiences Perspective Preferences Satisfactions

Norsk

P	I	C	O
Diabetes Mellitus Diabetes Type 1 Insulin avhengig Diabetes Graviditet Preeksisterende diabetes	Diabetesomsorg Oppfølging Veiledning		Forventninger Opplevelse Pasient tilfredshet Pasientens persepsjon Tilfredshet Trygghet

Vedlegg 3 – Søkeprosess

Dato	Database	PICO	Antall treff	Søketype	Resultat	Leste Abstrakt	Leste artikler	Relevante artikler	Inkluderte <i>(Artikler merket med * bestilles via bibliotekar)</i>
21.06.2013	Pubmed (Ovid Nursing Database, PsycINFO, MEDLINE)	Search (diabetes) AND ((experiences) AND motherhood) Search (diabetes) AND experiences Search ((diabetes) AND experiences) motherhood Search (((((diabetes) AND experiences)) OR motherhood)) AND ((Search (diabetes) AND ((experiences) AND motherhood))) Search ((diabetes) AND experiences) AND motherhood	1 1794 4991 1 7 6	Advanced	6	6	6	2	3.Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services. Stenhouse E, Letherby G, Stephen N. Young adults' management of Type 1 diabetes during life transitions.Rasmussen B, Ward G, Jenkins A, King SJ, Dunning T.
21.09.2013	Pubmed (Ovid,	Search (expectations) AND (diabetes and pregnancy)	24	Advanced	24	5	5	1	Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia. King R, Wellard S.

	Medline, PsycInfo)								
10.12.13	Pubmed (Ovid Nursing, Medline, PsycINFO)	Search (phenomenological) OR persective Search (((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pre geosational Search (((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pre gestational Search (pregnancy) OR preconsepional care Search (pregnancy) OR preconceptional care Search (((phenomenological) OR persective)) AND (((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pre gestational) Search (((((phenomenological) OR persective)) AND (((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pre gestational))) AND ((pregnancy) OR preconceptional care)	10120 1456532 1091244 217 2299007 755947 9	Advanced	9	6	5	1	Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes.Lavender T, Platt MJ, Tsekiri E, Casson I, Byrom S, Baker L, Walkinshaw S. Midwifery. 2010 Dec;26(6):589-95. doi: 10.1016/j.midw.2009.01.003. Epub 2009 Feb 27.
18.11.2013	Pubmed (PsycINFO)	Search Murphy HR[au] Search (((pregnancy) AND diabetes in women)) AND patient experiences Search (pregnancy) AND diabetes in women Search pregnancy Search diabetes in women	Advanced		45	19	11	0	

		<p>Search (interprofessional care) AND ((diabetes mellitus) AND pregnancy)</p> <p>Search (interprofessional care) AND ((diabetes melitus) AND pregnancy)</p> <p>Search (diabetes melitus) AND pregnancy</p> <p>Search interprofessional care</p> <p>Search interprofessinal care</p>							
27.11.2013	Ovid Nursing Database, PsycINFO	<p>exp Diabetes/ or exp Diabetes Mellitus/ motherhood.mp.</p> <p>exp Expectations/ 1 and 2</p>	Advanced		5	2	2	0	
05.12.2013	PubMed (Ovid, MEDLINE, PsycINFO)	<p>(pre geogastional diabetes) AND pregnancy</p> <p>(patient) AND experiences</p> <p>((pre geogastional diabetes) AND pregnancy) AND ((patient) AND experiences)</p> <p>Related Citations for PubMed (Select 24013963)</p> <p>((diabetes type 1) AND Insulin treatment) AND pregnancy</p> <p>(((((diabetes type 1) OR insulin dependent)) AND (((preconception care) OR professional support)) AND (((pregnancy) OR childbirth) OR maternity)))) AND</p>	<p>2541</p> <p>41604</p> <p>4</p> <p>101</p> <p>890</p>	Advanced	125	19	10	4	<p>Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes. Berg M, Sparud-Lundin C.</p> <p>A qualitative study of perceived barriers to management of diabetes among women with a history of diabetes during pregnancy. Collier SA, Mulholland C, Williams J, Mersereau P, Turay K, Prue C. *</p> <p>Pregnancy planning and diabetes: a qualitative exploration of women's attitudes toward preconception care. McCorry NK, Hughes C, Spence D, Holmes VA, Harper R. *</p>

		((experience) OR satisfaction) Filters: published in the last 5 years Related Citations for PubMed (Select 19575789)	5 125						Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes. Griffiths F, Lowe P, Boardman F, Ayre C, Gadsby R.*
05.12.2013	PubMed (Ovid Nursing, Medline, PsycInfo)	Search ((attitude) OR experience) OR expectations Search (((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pregeogastional Search ((preconceptional care) OR maternity services) OR health service Search ((preconceptional care) OR maternity services) OR health service Search (((((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pregeogastional)) AND (((attitude) OR experience) OR expectations) Search (((((((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pregeogastional)) AND (((attitude) OR experience) OR expectations))) AND (((preconceptional care) OR maternity services) OR health service) Search pregnancy Search (pregnancy) AND (((((((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pregeogastional)) AND (((attitude) OR experience) OR expectations))) AND (((preconceptional care) OR maternity services) OR health service) Search (pregnancy) AND (((((((diabetes mellitus) OR insulin dependent) OR type 1) OR pregeogastional)) AND (((attitude) OR experience) OR expectations))) AND (((preconceptional care) OR maternity services) OR health service)	704373 1083946 2549232 1747102 26475 7138 755914 421	Advanced	142	23	9	1	Diabetes and pregnancy: women's opinions about the care provided during the childbearing year. Anderberg E, Berntorp K, Crang-Svalenius E.

		Filters: published in the last 5 years	142						
16.12.2013	Science Direct	<p>pub-date > 2008 and pub-date < 2014 and ALL(maternity care) or ALL(maternity services)</p> <p>[Journals(- All Sciences -)]</p> <p>ALL(pre-existing diabetes) and ALL(pregnancy)</p> <p>[Journals(- All Sciences -)]</p> <p>ALL(maternity care) or ALL(maternity services)) AND (pub-date > 2008 and pub-date < 2014 and ALL(pre-existing diabetes) and ALL(pregnancy))</p> <p>[Journals(- All Sciences -)]</p> <p>((docsubtype(FLA) or docsubtype(REV)) and ALL(maternity care) or ALL(maternity services)) AND ((docsubtype(FLA) or docsubtype(REV)) and pub-date > 2008 and pub-date < 2014 and ALL(pre-existing diabetes) and ALL(pregnancy)) AND LIMIT-TO(cids, "272597", "Midwifery") AND LIMIT-TO(yearnav, "2013")</p> <p>[Journals(- All Sciences -)]</p>	5019	Advanced	22	6	4	1	<p>Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services Original Research Article</p> <p>Midwifery, Volume 29, Issue 2, February 2013, Pages 148-153. Elizabeth Stenhouse, Gayle Letherby, Nicole Stephen (allerede inkludert)</p>
			2790						
			261						
			22						
11.01.2014	Pubmed	<p>Search ((diabetes) AND pregnancy) AND experience</p> <p>Filters: published in the last 5 years</p>	12	Advanced	12	9	5	2	<p>Pregnancy planning in women with pregestational diabetes LORRAINE L. LIPSCOMBE1, HEATHER M. MCLAUGHLIN2, WEI WU3, & DENICE S. FEIG4</p> <p>Pregnant women with pre-existing diabetes: family support in managing the pregnancy process. Gayle Letherby1, Nicole Stephen2 & Elizabeth Stenhouse.</p>

					Resultat 390	Leste Abstrakt 95	Leste Artikler 57	Inkluderte Artikler 12	
--	--	--	--	--	------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	--

Vedlegg 4 – Artikkeloversikt

Nr	Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Etisk vurdering	Tidsskrifts nivå Kvalitets – Vurdering
1	Marie Berg* and Carina Sparud- Lundin 2009 Göteborg, Sweden BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:27 doi:10.1186/ 1471-2393- 9-27	Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes	Hensikten var å utforske kvinner Diabetes Type 1 sine behov og opplevelser av profesjonell støtte under svangerskap og fødsel.	6 fokusgrupper og 4 individuelle intervju, hos 23 kvinner, 6-24 måneder etter fødselen. Beskrivelse av erfaringer knyttet svangerskap, og fødsel i forbindelse med blodglukose nivå, velvære og mottatt omsorg. Datamaterialet ble analysert for å finne kvalitative meningsbærende tema i teksten. Analysen identifiserte 8 hovedtema klassifisert under svangerskap eller fødsel, som dannet basisgrunnlaget for tolkning som kunne forklare deres opplevelse av fenomenet. Design: Hermeneutisk tilnærming.	Strategisk utvalg bestående av 23 kvinner med Diabetes Type 1, intervjuet 6 – 24 måneder etter fødsel.	Bekymringer for å utsette barnets helse, som ble for tider forverret av omsorgsgiverens manerer og mangel på kompetanse og støtte. Økt oppmerksomheten fra omsorgsgivere til foster under svangerskapet opplevdes som relatert til det ufødte barnet, og ikke mødrene. Kvinner som mottok omsorg i en distansert diabetes organisasjon, ble tvunget til å fungere som mellomledd i kommunikasjonen mellom ulike omsorgsgivere.	Etisk godkjenning ble gitt av Regionalt Etisk Råd (Dnr: 351-07). Informert samtykke Skriftlig informasjon om studiens formål og deltakernes deltakelse i studien	Tidsskrifts nivå 1 Høy Kvalitet Grad 1 89,3%

2	<p>Frances Griffiths, Pam Lowe, Felicity Boardman, Catherine Ayre & Roger Gadsby</p> <p>2008</p> <p>England British Journal of General Practice 2008; 184 – 190.</p> <p>DOI: 10.3399/bjg.p08X277294</p>	<p>Becoming pregnant: Exploring the perspectives of women living with diabetes</p>	<p>Hensikten var å utforske kvinner med DM1 sine beskrivelser av å bli gravid.</p>	<p>Semi – strukturerte intervju med sammenliknende analyse av kvinnenens beskrivelser ved hvert svangerskap og tematisk analyse deretter.</p> <p>Kun kvinner med normale ultralydundersøkelser.</p> <p>Intervjuene ble gjennomført ved 4 diabetes svangerskapsklinikker i England.</p>	<p>15 kvinner med DM1 i 20 og 30 gestasjonsukene, med normal ultralyd screening.</p>	<p>Ulike opplevelser av å bli gravid. Av 40 beskrevne svangerskap ble minst ett positivt steg foretatt hos 11 kvinner i 23 svangerskap, men ikke i de resterende 17. Noen beskrev seg selv som eksperter på sin egen diabetes, men de fleste oppsøkte eller fikk informasjon fra helsepersonell. 3 kvinner beskrev at den pre - konsepsjonelle veiledningen hadde provosert fram angst.</p>	<p>Studien ble etisk godkjent av Coventry Local Research etiske komité. (07/Q2802/1)</p>	<p>Tidsskrifts nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p> <p>Grad 1 89,3%</p>
3	<p>Elizabeth Stenhouse, Gayle Letherby, Nicole Stephen.</p> <p>2013</p> <p>England</p>	<p>Women with preexisting diabetes and their experiences of maternity care services</p>	<p>Hensikt: å utforske opplevelsen av omsorgstjenester hos kvinner med komplisert av pre-eksisterende diabetes graviditet, for</p>	<p>Utforskende studie. Data ble samlet inn via dybdeintervjuer med 20 respondenter, en-til-en, ble dyad og gruppeintervjuer foretatt for å fult utforske problemstillingen. Analysis ble foretatt av sub-gruppe på minst to medlemmer som arbeider på hver av dem.</p>	<p>Strategisk utvalg bestående av 20 kvinner med eksisterende DM1</p>	<p>Tre temaer ble identifisert fra intervjuene: empatisk omsorg med fokus på diabetes og ikke på graviditet; følelse av å bli dømt av helsearbeidere; og oppfatningen av kompetanse .</p> <p>Studien understreket viktigheten av helsevesenets forhold for gravide</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Cornwall og Plymouth Etikuttvalget og det søket ble utført i samsvar med de britiske Sociological Association etiske retningslinjer og prinsippene for god klinisk praksis (EU</p>	<p>Tidsskrifts nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p> <p>Grad 1 82,1%</p>

	Midwifery 29(2013)148 –153		en dypere forståelse av tjenestebruk og å identifisere aspekter av tjenester som kvinnene ville forbedre			med pre-eksisterende diabetes. For utfall som skal optimaliseres kvinner trenger å være i stand til å danne åpne og tillitsfulle relasjoner med helsevesenet team.	Directive2001/20/EC, 2001). Informert samtykke ble gitt deltakerne.	
4	Bodil Rasmussen, Glenn Ward, Alicia Jenkins, Susan J King and Trisha Dunning. 2010 Australia Journal of Clinical Nursing, 20, 1981–1992	Young adults' management of Type 1 diabetes during life transitions	Målsetningen var å identifisere livets overganger sannsynlig å påvirke diabetes egenomsorg blant unge voksne med type 1 diabetes og mestringsstrategier under overgangshendelser.	Semi-strukturerte intervjuer med 20 unge voksne med type 1 diabetes og en konstant komparativ analysemetode. Data og analyser ble administrert ved hjelp av QSR, NVivo 7 programvare.	Snøball utvalg av deltakere som ønsket å delta i studien. Strategisk utvalg av 20 med DM1.	Deltakerne identifisert to betydelige overgangsgrupper: oppvekst, går gjennom utdanningssystemet, nye relasjoner, morsrollen og bemanning og flytting. Diabetesrelaterte overganger Inkluderte å bli diagnostisert, utvikle diabetes komplikasjoner, insulinpumpe behandling, delta på diabetesleir. Deltakerne klarte overganger ved hjelp av 'strategisk tenkning og planlegging "med strategier av selvforhandling for å minimere. Risikoer:Håndtere diabetes ved hjelp av tidligere erfaringer. Forbindelser med andre med diabetes. Søking av informasjon for å tilegne seg Kunnskap, sette diabetes i perspektiv.	Godkjenning ble innhentet fra de menneskelige forskningsetikk komiteer av rekrutterings sykehus og Deakin University. Informert samtykke.	Tidsskriftss nivå 2 Høy kvalitet Grad 1 89,3%
5	Tina Lavender, Mary Jane Platt,	Women's perceptions of being pregnant and	Hensikten var å utforske erfaringene til hvite britiske og	En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming ble brukt til å utforske oppfatninger av kvinner med diabetes fra to ulike kulturelle	Et målrettet utvalg på 22 kvinner med type1or type	Hovedtemaene var tilbakelevering personlig kontroll, graviditet overskygget av diabetes og tilfeldig	Etisk godkjenning ble mottatt av de lokale forskningsetikk komiteen.	Tidsskrifts nivå 1 Høy

	Ediri Tsekiri, Ian Casson, Sheena Byrom, Lisa Baker, Stephen Walkinshaw. 2010 England Midwifery 26(2010)589 –595	having pregestational diabetes	Sørøst-asiatiske kvinner med type 1 og type 2 diabetes, deres oppfattede virkning av diabetes på deres reproduktive helse.	bakgrunner med variert reproduktiv helse experiences. Focus grupper og en-til-en intervjuer ble brukt til å lokke fram kvinners opplevelser. En fortolkende analytiske tilnærmingen ble utført av to forskere. Innstilling: fødselshjelp og diabetes klinikker i tre sykehus i Nordvest-England. Design: Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.	2 diabetes av forskjellig etnisitet.	forestilling omsorg.	Deltakerne fikk mulighet til å diskutere studien og, foreta påfølgende klinisk besøk, skriftlig samtykke ble innhentet. Utvalg identifisert fra klinikklistene. Informasjonsskriv ble utsendt grunnet sjeldnere oppmøte hos ikke – gravide. Kvinner fikk tid til å vurdere deltakelse og kontaktet klinikken om sitt ønske om å delta, og avtale intervju. Tilbudt valgmulighet mellom intervju og fokusgrupper.	kvalitet Grad 1 89,3%
6	Rosemary King, Sally Wellard 2009 Australia Midwifery (2009) 25, 126–133	Juggling type1diabetes and pregnancy in rural Australia	Hensikten var å utforske de erfaringer kvinner med type1 -diabetes , som bor i landlige Australia , mens de forbereder graviditet og fødsel. I tillegg rettet hensikten seg til å beskrive kvinnenes engasjement	kvalitativ forskning ved hjelp av en kollektiv case-studie design, syv kvinner med type1diabetes som hadde gitt fødsel med i forrige12 måneder participatedin dybdeintervjuer om deres erfaringer med svangerskap og fødsel. Data ble analysert tematisk	7 kvinner i alderen mellom 26 og 35 år var villige til å bli intervjuet. Kvinnene hadde ett eller to barn og hadde født innen de siste 12 månedene.	Funn: rigid smal kontroll av blodsukker før unnfangelsen og under svangerskapet: kroppslig respons for kvinner, med hypoglykemiske symptomer forsvinner eller endrer. For eksempel: utviklet tunellsyn eller nummenhet og prikking rundt leppene og tungen som ulike symptomer på hypoglykemi. Kvinnene trengte informasjon og støtte, om å skille mellom hva som kan være normale eller unormale kroppslige prosesser assosiert med graviditet,	Etisk godkjenning er innhentet fra relevant universitet Menneskelig forskningsetiske komité Informert samtykke. Skriftlig informasjon om studiens formål og deltakernes deltakelse i studien.	Tidsskriftni vå 1 Middels kvalitet Grad 2 78,6%

			med, og forventninger til, helse – omsorgs ytere i denne perioden, og senere fremheve potensialet service og informasjons hull .			diabetes, eller begge. Kvinners forberedelse på unnfangelse og graviditet var i relasjon til nivået av tilgjengelig kompetanse og råd. Deltakernes erfaringer ble farget av deres begrensede tilgang og interaksjoner med dyktig helsepersonell.		
7	Eva Anderberg, Kerstin Berntorp Elizabeth Crang-Svalenius 2009 Lund & Malmö, Sverige Scandinavian Journal of Caring Science 2009; 23; 161–170	Diabetes and pregnancy: women's opinions about the care provided during the childbearing year	Hensikten var å undersøke meninger om omsorg under svangerskap, fødsel og barseltid blant kvinner med diabetes mellitus (DM) og svangerskaps DM (GDM).	Ett firedelt spørreskjema ble konstruert, som dekker den fertile år, med fokus på behandling og informasjon.	Til sammen 156 kvinner ble spurt om å delta (53 DM , 103 GDM). 3 stykker valgte å ikke delta i studien. Spørreskjemaet var anonymt.	Svar frekvens var 94 %. Av alle svarene,(95 %) falt i nøytral - fornøyd utvalg (Lickert skala 2-5). 3 mønstre av positive opplevelser; tilgjengelighet og deltakelse og ansvar, og respekt. 4 mønstre av negative opplevelser; informasjonflyt, forberedelse, postpartum omsorg og postpartum check -up. Økt tilsyn forårsaket problemer med tid til familien og på jobben. Kommentarer viste fokus på diabetes, og tvinger de sunne aspekter ved graviditet i bakgrunn. Svarene vedrørende behandling indisert tilfredshet (4 + 5 Lickert skala). Mangel på kunnskap blant	Etisk godkjenning er innhentet fra den forskningsetiske komité ved det medisinske fakultet, Universitetet i Lund, Sverige (LU 564-03).	Tidsskrifts nivå 1 Middels kvalitet Grad 2 75%

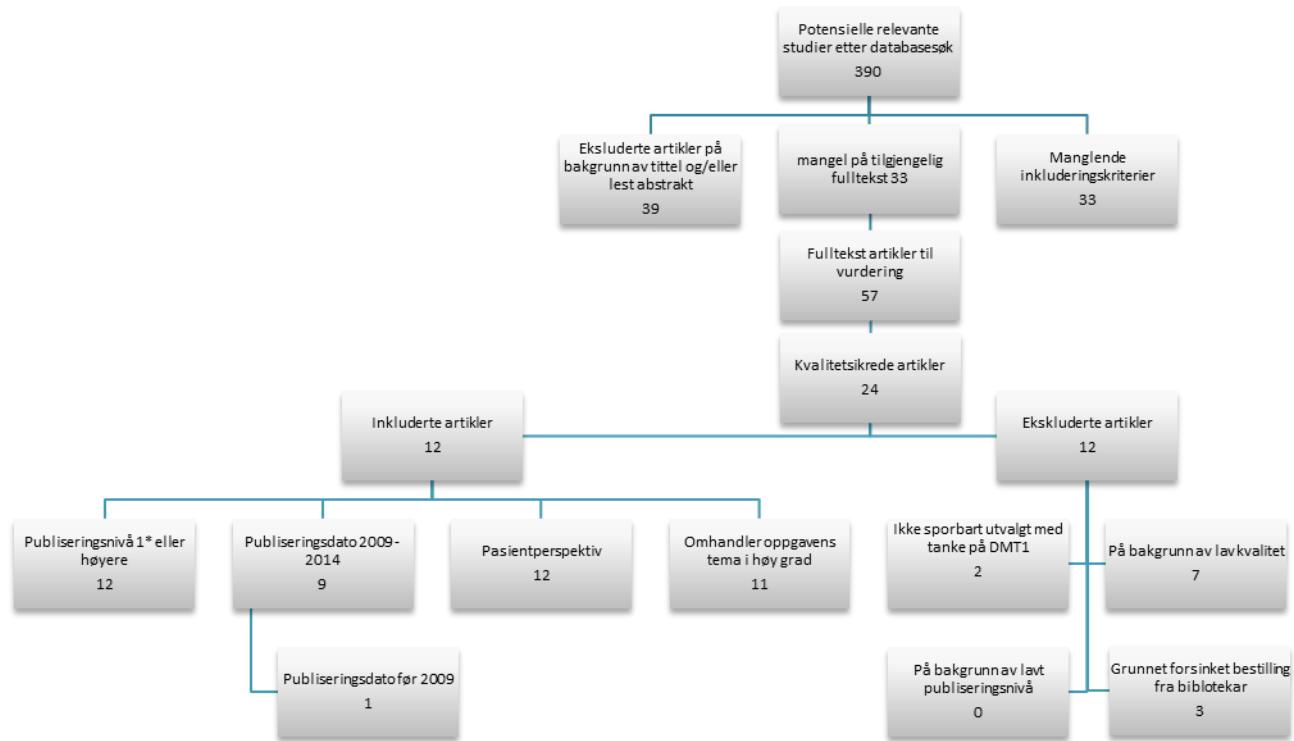
						ansatte ble påpekt . Behov for mer skriftlig materiale var uttrykt.		
8	Bodil Rasmussen, Trisha Dunning, Christel Hendrieckx, Mari Botti and Jane Speight 2013 Deakin, Australia BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:54	Transition to motherhood in type 1 diabetes: design of the pregnancy and postnatal well-being in transition questionnaire s	Målet med var å etablere ansiktet og innhold gyldigheten av to nye tiltak som vurderer velvære for kvinner med type 1 diabetes i deres overgang til morsrollen, en) under svangerskapet og 2) i løpet av barseltiden.	Tilnærmingen til utvikling av Graviditet og Postnatal Trivsel i T1DM Transition spørreskjemaer ble basert på en fire-trinns pre-testing prosess, systematisk oversikt over litteratur, elementer utvikling, pilottesting av spørreskjemaet og foredling av spørreskjema. Spørreskjemaet ble anmeldt på hvert trinn av ekspert klinikere, forskere og representanter fra forbrukergrupper. Den kognitive debrifingens tilnærming bekreftet relevansen av saker og identifisert flere elementer.	Deltakerne var i alderen 27-40 år og hadde levd med T1DM for 3-27 år (se tabell 2). Hver hadde blitt diagnostisert med T1DM før de ble gravide og var enten gravid på tidspunktet for intervjuet eller hadde født i løpet av de siste fire til 18 måneder.	Litteraturgjennomgangen og intervjuer identifisert tre hovedområder som påvirker egenomsorg; (1) psykologisk velvære, (2) sosialt miljø, (3) fysisk (mors og fosterets) trivsel. Den identifisert kognitive debrifing i pilottesting av spørreskjemaet i barseltiden var vanskelig, spesielt når kvinnene ammet og følte seg deprimert.	Etikk godkjenning ble gitt av Deakin universitetet Menneskelig etikk-komité. Informert samtykke. Mulighet til å gjennomføre undersøkelsen via internett.	Tidsskrifts nivå 1 Middel kvalitet Grad 2 75 %
9	Lorraine L, Lipscombe, Heather M. Mclaughlin, Wei Wu, & Denice S. Feig	Pregnancy planning in women with pregestational diabetes	Kvinner med pregestational diabetes rådes til å planlegge sine graviditeter å optimalisere glykemi og redusere foster	Dette retrospektiv kohortstudie som undersøkte gravide kvinner med pregestational DM mellom 2006 og 2008 i Ontario, Canada . Vi har evaluert tre mål; (1.) graviditet planlegging innsats	163 kvinner hvorav 89 hadde DM1 og 74 DM2.	Av 163 (89 type 1, 74 type 2 diabetes), rapporterte 47 % høy graviditet planleggings innsats, 58 % rapporterte Forsøk på å optimalisere glykemisk kontroll, og 56 % tok folsyre før svangerskapet.	Etikk godkjenning er innhentet fra Den institusjonelle Review Board at kvinner College Hospital i Toronto, Mount Sinai Hospital i Toronto, og Credit Valley	Tidsskrifts nivå 1 Høy kvalitet Grad 1 89,3%

	2011 England & Canada The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine September 2011; 24(9): 1095–1101		komplikasjoner. Vi evaluerte tilstrekkeligheten av graviditet planleggings innsats og medisinsk planlegging hos gravide kvinner med type 1 og type 2 diabetes.	(2.) medisinsk planlegging basert på glykemisk kontroll i forkant av svangerskap (3.) Bruk av folsyre. Vi sammenlignet kvinner med type 1 og type 2 diabetes og utforsket prediktorer for graviditetsplanlegging.		Av de som rapporterte høy graviditet planlegging, hadde 20 % ikke medisinsk planlagt sine svangerskap. Dette var likt mellom kvinner med type 1 og type 2 DM. Den viktigste faktoren av å planlegge graviditeten var å ha diskutert planene med sin lege.	Hospital i Mississauga.	
10	Gayle Letherby, Nicole Stephen & Elizabeth Stenhouse 2012 England Human Fertility, 2012; 15(4): 200–204	Pregnant women with pre-existing diabetes: family support in managing the pregnancy process	Hensikten var å utforske datter / morrelasjonen under graviditet og overgangen til morsrollen hos kvinner med pre - eksisterende diabetes .	I dyptgående kvalitative intervjuer var studien utforskende i natur, og tok sikte på å vurdere hvilken støtte gravide kvinner følte de trengte og hva slags støtte de mottok fra sine mødre og andre familiemedlemmer til å oppdage behov og identifisere videre forskning ut i fra sine bekymringer. Her fokuserer vi på ett tema fra data: forvaltning av svangerskapet prosessen fra planlegging til graviditet og gjennom svangerskapet med spesifikk referanse til relasjoner med familiemedlemmer.	12 gravide kvinner med pre - eksisterende diabetes og fire av sine mødre, tre (mannlige) partnere og en far.	Respondentene reflekterte over forholdet mellom diabetes og graviditets planlegging, på håndtering av egen graviditet og på sine relasjoner med helsepersonell. Dataene tyder overveldende på at pre - eksisterende diabetes er en betydelig del av svangerskapets planlegging og graviditeten for kvinner, og at håndteringen av svangerskapsprosessen er en mer positiv opplevelse hvis de har støtte fra familiemedlemmer	Studien ble innvilget etisk godkjenning fra Plymouth og Cornwall etisk komité. De etiske retningslinjene av den britiske Sociological Association (http://www.britsoc.co.uk) og prinsippene for god klinisk praksis som skissert i EU-direktiv 2001/20/EF, artikkel 1, punkt 2, ble fulgt til enhver tid. En styringsgruppe bestående av akademikere, praktikere og service brukere guidede retning av forskning og analyse av data.	Tidsskrifts nivå 1 Lav kvalitet Grad 3 69%

12	<p>Sarah A. Collier, Celene mulholland Jennifer Williams Patricia mersereau Khadija turay, Christine Prue</p> <p>2011</p> <p>USA</p> <p>Journal of womens health volume 20, number 9, 2011</p> <p>DOI: 10.1089/jwh .2010.2676</p>	<p>A qualitative study of perceived barriers to management of diabetes among women with a history of diabetes during pregnancy</p>	<p>Studien hadde som hensikt å utforske barrierer mot glykemisk kontroll før, under og etter graviditeten, og beskrive kunnskap, holdninger og adferd hos gravide kvinner med pregestional diabetes (PGDM) eller gestational diabetes (GDM).</p>	<p>7 Fokusgrupper for kvinnene med PGDM.</p>	<p>35 deltagere. 54 med GDM. Alder mellom 19-44 år. 8 postkoder dannet grunnlaget for hvor date ble samlet. Rekruttering gjennom multimedia. Fikk dekt utgiftene i forbindelse med deltagelsen i studien.</p>	<p>Deltakerne identifiserte 5 hovedområder av barrierer for å kunne mestrediabetes under svangerskap:</p> <p>(1) Økonomiske barrierer</p>		<p>Tidsskriftni vå 1</p> <p>Middle kvalitet</p> <p>Grad 2 78,6%</p>
13	<p>Noleen K. McCorry, Claire Huges, Dale Spence, Valerie A.Holmes,</p>	<p>Pregnancy planning and Diabetes: A qualitative exploration of women's</p>	<p>Hensikten var å utforske kvinner med DM1 sine holdninger til svangerskap og prekonsepsjonel</p>	<p>Dybdeinterjvu med semi – strukturert design.</p> <p>Kvinne kunne selv avgjøre om de ønsket å gjøre intervjuet ved Universitetet eller i sitt eget</p>	<p>14 ikke gravide kvinner med Diabetes type 1 i alderen 18 –</p>	<p>Resultatene kunne vise til 4 hovedtemaer:</p> <p>(1) Emosjonelle kompleksiteter av</p> <p>(2) Preferanser for informasjon relatert til</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt fra Queen's University of Belfast Etiske Komite og Avdeling for Forskningsetisk komite i Nord Irland</p>	<p>Tidsskrifts nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>

	<p>Roy Harper 2012 Irland Journal of Midwifery & Womens Health 2012; 57:396 – 402 DOI: 10.1111/j.15 42- 2011.00143. x</p>	<p>attitudes toward preconception care</p>	<p>I omsorg.</p>	<p>hjem. Design: Femenologisk tilnærming.</p>	<p>40 år.</p>	<p>svangerskap. (3) Viktigheten av å være kjent med sitt helsepersonell (4) Frustrasjoner med den medisinske modellen.</p>	<p>(07/NIRO2/140). Informert samtykke</p>	<p>Grad 1 89,3%</p>
--	--	--	------------------	--	---------------	--	--	-------------------------

Vedlegg 5 – Seleksjonsprosess



Vedlegg 6 – Oversikt over koder fra analyseprosessen

Kapittel	Hovedtema og nøkkelfunn	Artikler	Referanser	Artikkelbidrag
1.0				
1.1	Personlige opplevelser av svangerskap	6		Anderberg, Berg, Collier, Griffiths, Lavender, Letherby, Lipscombe, Stenhouse, Rasmussen(2013), Rasmussen (2010), McCorry.
1.1.1	Press	6	13	Bergx2, kingx1,
1.1.2	Bekymringer tilknyttet barnets helse og velvære	6	17	Bergx4, Lavenderx1, kingx4,rasmussen(2010)x4,rasmussen(2013)x3, stenhousex1, Mccorryx2
1.1.3	Sammensatte følelser			Gjennomgående i nesten alle funn.
1.1.4	Skyldfølelse, selvbilde og være en byrde for andre	2	5	Rasmussen(2013)x4, bergx1,
1.1.5	Behov for å dele erfaringer med andre /søkte støtte på websider	5	15	Bergx5, kingx1, letherbyx1,rasmussen(2010)x4, rasmussen(2013)x4,collierox2
1.1.5.1	Søkte støtte på websider	4	8	Bergx1, kingx3, rasmussen(2010)x1, rasmussen(2013)x3
1.1.5.2	Søkte informasjon på internett	3	17	Kingx3, rasmussen(2010)x10, rasmussen(2013)x4
1.1.5.3	Støtte fra partner, familie og venner var av stor betydning	2	15	Letherbyx7, rasmussen(2013)x4, Lipscombx2
1.1.6	Mangel på personlig kontroll	5	15	Anderbergx1,kingx4,lavenderx3, McCorryx2
1.1.7	Bekymringer tilknyttet egen helse	4	8	Kingx1,letherbyx3,rasmussen(2010)x4,rasmussen(2013)x9, McCorryx2,
1.1.8	Planlegging av svangerskap	2	8	Kingx1, letherbyx7,McCorryx4, collierox1,griffithsx1,McCorryx2
1.1.9	Svangerskapet gav mestringsfølelse	5	11	Rasmussen(2010)x4,rasmussen(2013)x4,letherbyx1,kingx2, Lipscomex4,
1.1.9.1	Svangerskapet bidro til mestringsstrategier	4	4	Kingx1,rasmussen(2010)x13,letherbyx1, rasmussen(2010)x4, collierox1
1.1.9.2	Svangerskap skapte motivasjon	4	25	Kingx7,letherbyx6, rasmussen(2010)x3,rasmussen(2013)x9
1.1. 10	Vanskelig å mestre insulinregimet og optimale blodglukoseverdier	2	5	Kingx2, rasmussen(2010)x3, McCorryx2,Collierox1
1.1.10.1	Forandret symptombilde	2	2	Kingx2
1.1.10.2	Økt selvdisciplin	3	10	Kingx8,letherbyx1, rasmussen(2010)x1
1.1.11	Andre barrierer i mestring av diabetes under svangerskapet		21	Anderbergx2, kingx6, lavenderx5,rasmussen(2013)x6,Collierox1,
1.2	Opplevelser av svangerskapsomsorgen			
1.2.1	Informasjon tilknyttet diabetes og svangerskap	4		Anderberg, King, Lavender, Berg, Rasmussen (2013)
1.2.1.1	Mangelfull informasjon	3	11	Anderberg x2, kingx7, lavenderx2(2), McCorryx2
1.2.1.2	Ønsket mer informasjon	3	6	Anderbergx1, Kingx3, Lavenderx1(1)
1.2.1.3	Skremmende informasjon	3	11	Bergx7,Kingx4, Lavenderx1,McCorryx3

1.2.1.4	Begrenset tilgang på informasjon	3	7	Bergx1,Kingx4, Rasmussen(2013)x1, collierx2
1.2.1.5	Feilaktige og upålitelige råd	3	9	Bergx2, Kingx4
1.2.1.6	Følte de hadde fått tilstrekkelig og god informasjon	1	1	Rasmussen(2013)x1, McCorryx1
1.2.1.7	Opplevelse av kommunikasjon mellom helsepersonell/og dem	2	5	Bergx5,anderbergx1,Collierx2
1.2.1.7	Helsepersonells kompetanse om diabetes og svangerskap	2	12	Anderbergx1,Kingx11
1.3	<i>Relasjoner med helsepersonell</i>	5		Anderberg, King, Lavender, stenhouse,Berg, Rasmussen(2013)
1.3.1	Å overgi kontroll til andre skapte sårbarhet	2	9	Kingx3, lavenderx6
1.3.2	Inkludering i behandling og respekt for kvinnes mening	2	3	Rasmussen(2010)x1, mCorryx3
1.3.3	Økt oppmerksomhet	3	10	Anderbergx1, bergx8, Rasmussenx1
1.3.4	Høyt fokus på diabetes	5	13	Anderbergx1, Kingx1, Lavenderx5,stenhousex4, McCorryx2
1.3.4.1	Ønsket mer fokus og informasjon på/om svangerskapet	3	5	Anderbergx2, kingx1, stenhousex2
1.3.5	Mangel på empatisk omsorg	4	14	Kingx8, stenhousex2,
1.3.5.1	Mer annerkjennelse fra helsepersonell	2	6	Kingx3,stenhousex3, McCorryx2
1.3.5.1	Følelse av å bli dømt	4	16	Kingx4,Lavender x3,

Vedlegg 7 – Relasjonsmodell

