



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Svangerskaps erfaringer ved diabetes type 1/
Pregnancy experiences in type 1 diabetes**

Kandidatnummer: 50 og 65

Totalt antall sider inkludert forsiden: 56

Molde, 07.06.2020



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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 betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato:

Antall ord: 7699

Sammendrag

Bakgrunn: For gravide med diabetes type 1 vil det være økt risiko for ulike svangerskapskomplikasjoner, som for eksempel fostermisdannelser, for tidlig fødsel og svangerskapsforgiftning. God blodsukkerkontroll vil minske risikoen for slike komplikasjoner betraktelig, og det blir derfor satt opp strenge behandlingsmål for kvinnene før og under graviditeten. Sett i sammenheng med en økende forekomst av diabetes type 1, vil trolig flere gjennomgå svangerskap med diabetes 1.

Hensikt: Å belyse hvordan kvinner med diabetes type 1 erfarer svangerskapet.

Metode: En litteraturstudie basert på 11 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Resultatene fra studien viser at kvinner med diabetes type 1 har både positive og negative erfaringer relatert til svangerskapet. Det fremkommer utfordringer knyttet til strengt diabetesregime, hyppige egenmålinger og sykehuskontroller. Kvinnene erfarte konstant bekymring og angst for barnet, mangel på kontroll og at svangerskapet opplevdes som sykdomsfokusert. Resultatene viser også positiv erfaring fra svangerskapet relatert til barnet som kilde for motivasjon, støtte fra familie og anerkjennelse fra helsepersonell.

Konklusjon: Litteraturstudien viser svangerskaps erfaringene til kvinner med diabetes 1 og belyser dermed viktige momenter som kan være betydningsfullt i sykepleien til denne pasientgruppen. Kvinnene erfarte et behov for anerkjennelse for det harde diabetesarbeidet som ble lagt ned under svangerskapet. Bekreftelse vil, sammen med støtte, oppmuntring, informasjon og samtale, være viktige aspekter i sykepleien til de gravide. Familiemedlemmer spilte også en viktig rolle, og fremkom som viktige støttespillere under svangerskapet.

Nøkkelord: Diabetes mellitus, type 1, svangerskap, graviditet, erfaring, opplevelse

Abstract

Background: Pregnant women with type 1 diabetes have an increased risk of various pregnancy complications, such as fetal malformations, premature birth and preeclampsia. Good blood sugar control will significantly reduce the risk of such complications, and therefore strict treatment goals are set before and during pregnancy. In the context of an increasing prevalence of type 1 diabetes, more women will probably undergo pregnancy with type 1 diabetes.

Purpose: To elucidate how women with type 1 diabetes experience pregnancy.

Method: A literature study based on 11 qualitative research articles.

Results: The results show that women with type 1 diabetes have both positive and negative experiences related to pregnancy. There are challenges associated with a strict diabetes regimen, frequent self-measurements and hospital check-ups. The pregnant women experienced constant worry and anxiety for the child, lack of control and that the pregnancy was perceived as disease-focused. The results also show positive experiences related to the child as a source of motivation, support from family and recognition from health professionals.

Conclusion: The literature review shows the pregnancy experiences of women with type 1 diabetes and thus highlights important factors that can be significant in the nursing care of this patient group. The women experienced a need for recognition for the hard diabetes work during pregnancy. Recognition will, together with support, encouragement, information and conversation, be important aspects in the nursing care for these women. Family members also played an important role and emerged as important supporters during pregnancy.

Keywords: Diabetes mellitus, type 1, pregnancy, experience

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Valg av perspektiv.....	2
2.0 Metodebeskrivelse	3
2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	3
2.1.1 Begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	3
2.2 Datainnsamling.....	4
2.2.1 PICO-skjema.....	4
2.2.2 Søkestrategi.....	5
2.2.3 Søkehistorikk.....	5
2.3 Kvalitetsvurdering.....	6
2.3.1 Etiske hensyn.....	7
2.4 Analyse.....	7
3.0 Resultat	9
3.1 Strengt diabetesregime.....	9
3.1.1 Konstant press.....	9
3.1.2 Hyppige blodsuktermålinger og sykehuskontroller.....	9
3.1.3 Utfordrende å balansere regimet med jobb og dagligliv.....	10
3.2 Negative erfaringer med helsetjenesten.....	10
3.2.1 Overskyggende sykdomsfokus.....	10
3.2.2 Mangel på anerkjennelse.....	11
3.2.3 Mangel på informasjon.....	11
3.3 Bekymring og angst for egen og barnets helse.....	11
3.3.1 Mangel på kontroll.....	11
3.3.2 Frykt for at noe skulle skje barnet.....	12
3.3.3 Skyldfølelse.....	12
3.4 Positive erfaringer.....	13
3.4.1 Støtte fra familie.....	13
3.4.2 Støtte fra helsepersonell.....	13
3.4.3 Barnet var den største motivasjonsfaktoren.....	14
4.0 Diskusjon	15

4.1 Metodediskusjon.....	15
4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
4.1.2 Inkluderte artikler	16
4.1.3 Bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkningen av data	16
4.1.4 Datainnsamling.....	16
4.1.5 Analyse.....	17
4.2 Resultatdiskusjon.....	17
4.2.1 Sykdommen styrer hverdagen	17
4.2.2 Barnet som kilde til både engstelse og motivasjon.....	19
4.2.3 Viktigheten av anerkjennelse og støtte	21
4.2.4 Behovet for informasjon og samtale.....	22
5.0 Konklusjon.....	24
Litteraturliste	25

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell for søkehistorikk

Vedlegg 3: Skjermbilder databasesøk

Vedlegg 4: Oversiktstabell for inkluderte artikler

Vedlegg 5: Eksempel på utfylt sjekklister for kvalitetsvurdering

Vedlegg 6: Oversiktstabell for temaer i artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er svangerskap og diabetes mellitus type 1 (heretter omtalt som DMT1).

I Verdens helseorganisasjons globale rapport om diabetes (WHO 2016) fremkommer det en firedobling i antall mennesker diagnostisert med diabetes siden 1980. Ifølge Nasjonal diabetesplan 2017-2021 (Helse- og omsorgsdepartementet 2017, 6) er Norge, Sverige og Finland av de landene i verden som topper statistikken for nye årlige tilfeller av DMT1. Hvert år er det ca. 300 personer under 15 år i Norge som blir diagnostisert. Dette gir oss en tanke om at vi i fremtiden vil kunne få en økning i antall gravide kvinner med DMT1.

Basert på tall fra Veileder i fødselshjelp er det i gjennomsnitt 200-300 kvinner med DMT1 i Norge som gjennomfører et svangerskap årlig (Henriksen et al. 2019). Som gravid med DMT1 i Norge vil man få anbefalinger om en rekke tilbud som innebærer å bli henvist til et endokrinologisk team bestående av blant annet jordmor, diabetessykepleier, ernæringsfysiolog og lege. I nasjonal faglig retningslinje om diabetes anbefales det at kvinnen får ny opplæring i diabeteskontroll og kosthold, og det er nødvendig med hyppige blodsuktermålinger (Helsedirektoratet 2016 b, 4).

Gjennom første del av svangerskapet vil det være større risiko for hypoglykemi; lavt blodsukker, enn vanlig. Dette er på grunn av redusert insulinbehov relatert til økt insulinfølsomhet, samtidig som at flere gravide opplever et redusert matinntak denne perioden. En fjerdedel av kvinnene vil også oppleve nedsatt evne til å oppdage følingssymptomer. Etter 20. svangerskapsuke vil behovet for insulin ofte øke, mens det kan være noe redusert igjen de siste 3-5 ukene. Det vil være store individuelle variasjoner når det kommer til de gravidens insulinbehov gjennom svangerskapet, og kvinnene må tilpasse det svingende behovet underveis (Henriksen et al. 2019).

Gravide med kjent DMT1 har som oftest god kontroll på blodsukkerreguleringen fra før, men under svangerskapet vil blodsukkersymptomer og insulinbehov endres. Strengt blodsukkerregime vil være nødvendig, ikke bare for en selv, men også for barnet

(Helsedirektoratet 2016 b, 4). God blodsukkerkontroll både rundt befruktning og gjennom svangerskapet vil minske risikoen for svangerskapskomplikasjoner. Den hyppigste komplikasjonen er fostermisdannelser, og det vil være økt risiko for svangerskapsforgiftning (NHI 2019). For sterk fostervekst, fare for dødfødsel og fødselskomplikasjoner kan også forekomme fordi fosteret får tilført for mye glukose gjennom morkaken (Grønseth og Markestad 2011, 231).

Som sykepleiere vil vi kunne møte gravide med DMT1 flere steder, deriblant i poliklinikken, ved kirurgiske- og medisinske avdelinger, på helsestasjon eller legekantor ved kommunehelsetjenesten. Det vil kunne være nyttig for sykepleiere å vite noe om hvordan disse kvinnene opplever og håndterer graviditeten. Dette kan styrke sykepleierens evne til å imøtekomme og forstå pasientgruppen. I tillegg innehar vi en personlig interesse for temaet. Vi brenner for jordmorfaget og den gravide kvinnen, samtidig som at én av oss ble diagnostisert med DMT1 som 19-åring. Dette gir oss en ekstra nysgjerrighet til å forske på feltet og tilegne oss ny kunnskap.

1.2 Hensikt

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan kvinner med diabetes mellitus type 1 (DMT1) erfarer svangerskapet.

1.3 Valg av perspektiv

Vi valgte et pasientperspektiv fordi det svarer best på kvinnenes personlige erfaringer som vi vil ha svar på i oppgaven. Med hensikten ønsket vi å få vite noe om kvinnenes subjektive opplevelser rundt det å ha DMT1 og samtidig være gravid, og vi kom fort frem til at ingen andre kan svare mer presist på det enn de som selv har opplevd det.

2.0 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgaven er gjennomført som en litteraturstudie i tråd med Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (Eines 2020). En litteraturstudie skal forklares og beskrives slik at andre kan etterprøve resultater og konklusjoner som blir gjort (Folkehelseinstituttet 2014). Vi vil derfor gjøre rede for metodebeskrivelsen i de understående punktene.

2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten med litteraturstudien var å belyse svangerskaps erfaringer til kvinner med DMT1. For å finne artikler som var troverdige, etisk vurdert og svarte på hensikten vår, satte vi opp en liste over kriterier som artiklene måtte innfri for å inkluderes.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner med DMT1	Diabetes type 2
Har vært eller er gravide	Svangerskapsdiabetes
Kvinnenes perspektiv/erfaringer	Andre perspektiver enn kvinnenes
Etiske hensyn	Artikler publisert før 2005
Artikler publisert fra 2005-2020	Ikke fagfelleurdert
Engelsk, norsk, svensk eller dansk skriftspråk	
Originalartikler	
Fagfellevurdering	

2.1.1 Begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere artikler som baserte seg på kvinner med DMT1, uavhengig av alder og tidligere fødsler. Vi ønsket ikke å snevre inn på pasientgruppen ettersom vi fant minimalt med forskning på temaet. Samtidig tenkte vi at erfaringene kvinnene har ikke nødvendigvis trenger å være så forskjellige, sett ut ifra alder eller om de har født før eller ikke. Vi ekskluderte artikler med andre perspektiver enn kvinnenes personlige erfaringer, da de ikke ville gitt svar på det vi ønsker. I tillegg valgte vi bort erfaringer fra kvinner med diabetes type 2 eller svangerskapsdiabetes, da diabetestypene behandles og kan oppleves forskjellig. Hensyn til etiske aspekter var et inklusjonskriterium, beskrevet under punkt 2.3.1.

Vi valgte å inkludere artikler fra og med 2005 fordi vi fant lite relevant forskning. Dessuten fant vi flere eldre artikler som samsvarte med funnene fra nyere studier. Vi ekskluderte artikler publisert før 2005, da vi primært ønsket å fokusere på den nyeste forskningen. Dette fordi vi ville vise oppmerksomhet rundt potensielle endringer eller forbedringer i behandlingen og oppfølgingen av gravide med DMT1 i nyere tid, som kan ha innvirkning på hvordan kvinnene opplever svangerskapet.

Artiklenes skriftspråk begrenset seg til engelsk, norsk, dansk og svensk på bakgrunn av våre språkkunnskaper. Ifølge Eines (2020) måtte inkluderte artikler være originalartikler og fagfellevurdert.

2.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen er grunnlaget for litteraturstudien og skal redegjøres (Eines 2020).

2.2.1 PICO-skjema

Vi startet søkeprosessen med å lage et førsteutkast av et PICO-skjema for å få til et strukturert databasesøk fra start, og for å kartlegge omfanget av relevante artikler. PICO er et verktøy som systemiserer søkestrategien og bidrar til å gjøre problemstillinger mer presis. Bokstaven “P” står for person eller problem. “I” står for intervensjon og hva du er interessert i med utvalgt pasientgruppe. “C” står for sammenligning av tiltak, mens “O” står for utfall (Helsebiblioteket 2016 b). Vi benyttet oss ikke av bokstaven C, da vi ikke hadde som mål i vår studie å sammenligne tiltak. Vi endte dermed opp med et PIO-skjema.

Med inspirasjon i nøkkelordene fra relevante artikler tilpasset vi ordene i PIO-skjemaet (Vedlegg 1), og med hjelp fra bibliotekar endte vi opp med å plassere og bruke søkeordene slik:

P	I	O
Diabetes type 1	Pregnan*	Experienc*
Diabetes mellitus, type 1	Pregnancy	Experience
		Well-being

Vi valgte å bruke engelske søkeord i databasesøkene fordi det kunne se ut som at de fleste publiserte artikler var engelskspråklige. Vi tenkte dermed at muligheten for å få flest treff

var størst ved bruk av engelske søkeord. For å se forskjeller i treff og artiklene deriblant, brukte vi flere kombinasjoner av søkeordene i de ulike databasesøkene.

2.2.2 Søkestrategi

I tillegg til PIO-skjemaet benyttet vi verktøyet Medical Subject Heading (MeSH), som også bidrar til mer presise databasesøk. MeSH anbefales som internasjonal standard for tagging av ulike dokumenter, for å lettere gjenfinne artikler med samme tema (Aasen 2020).

Videre brukte vi boolske operatører for å kombinere søkeordene og strukturere søkene ytterligere. Vi brukte kombinasjonsordet “AND” mellom ordene under de ulike bokstavene i PIO-skjemaet, for å avgrense søk og få treff som inneholdt ordene “diabetes type 1”, “pregnancy” og “experience” i samme artikkel. Kombinasjonsordet “OR” brukte vi mellom “experience” og “well-being” for å utvide søk og finne artikler som inneholdt ett av ordene. Vi brukte trunkering på “pregnancy” og “experience” for å utvide søk og sørge for at vi ikke gikk glipp av artikler som brukte ulike bøyninger av samme søkeord - “pregnan*” gir for eksempel treff på “pregnant” og “pregnancy”, og “experienc*” gir treff på “experience”, “experiences” og “experiencing” (Søk og skriv 2019).

Vi utførte totalt fem systematiske søk i de utvalgte databasene. Disse gjennomførte vi sammen for at begge skulle få en oversikt over litteraturområdet og for å være sikre på at vi fikk med oss relevante artikler. Artiklenes relevans ble ved første øyekast vurdert på bakgrunn av tittel og sammendrag. De vi valgte å ta med videre leste vi hver for oss. For å få et systematisk overblikk over hver artikkel markerte vi setninger vi tenkte var avgjørende for inklusjon. Deretter vurderte vi sammen om artiklene skulle tas med videre for kvalitetsvurdering. Dette var strategisk hensiktsmessig for god struktur i arbeidet og en effektiv kartlegging av artikler som var aktuelle for oppgaven.

2.2.3 Søkehistorikk

Vi gjennomførte databasesøkene fra januar til mars 2020 (Vedlegg 2 og 3). Alle søkene ble avgrenset med bakgrunn i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Basert på oppgavens hensikt valgte vi å benytte databasene British Nursing Index (BNI), MEDLINE, Proquest – Health Research Premium Collection, CINAHL og SveMed+. Alle artikler ble kvalitetsvurdert før inklusjon.

BNI legger vekt på sykepleie og jordmorfag (Himolde 2020) og var den databasen vi fant mest relevant med tanke på temaet for bacheloroppgaven. Vi brukte søkeordene “diabetes type 1”, “pregnan*” og “experienc*”, og benyttet søkemetoden “avansert søk” som gjør søket mer strukturert ved å kombinere presise søkeord. Etter råd fra bibliotekar brukte vi søkestandarden “Anywhere except full text” som betyr at man søker i hele den bibliografiske basen, bortsett fra i fulltekst (Proquest 2020).

Databasene MEDLINE, ProQuest og CINAHL har blant annet vekt på medisin og sykepleie (Himolde 2020). I MEDLINE brukte vi MeSH-terminen “diabetes mellitus, type 1”, MeSH-terminen “Pregnancy”, hvor vi krysset av på “Pregnancy in Diabetes” som alternativ under “Subject Heading”, og ordet “experienc*”.

I Proquest benyttet vi MeSH-terminen “diabetes mellitus, type 1” og ordene “pregnan*” og “experienc*”. Her brukte vi også “avansert søk” og standarden “Anywhere except full text”. Da vi fikk 208 treff til tross for avgrensning, valgte vi å i tillegg begrense søket til å gjelde kun engelskspråklige artikler. Søket i CINAHL ble gjennomført som et “basic search” for å få en oversikt over eventuelle artikler vi ikke hadde funnet fra før. Vi brukte setningen “Diabetes mellitus type 1 and pregnancy experience”.

SveMed+ har referanser til nordiske artikler innen sykepleie og medisin (Himolde 2020). Vi gjennomførte derfor et raskt søk for å kartlegge eventuelle nordiske artikler vedrørende temaet. Under søkemetoden “enkel søkning” brukte vi setningen “diabetes type 1 and pregnancy”.

Etter endt databasesøking satt vi igjen med 11 artikler til vår litteraturstudie.

2.3 Kvalitetsvurdering

For å vurdere aktuelle artikler kritisk benyttet vi en sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016 a). Vi brukte sjekklisten for kvalitative studier, som inneholder ti punkter med tilhørende spørsmål, for å vurdere om studiene var reliable. Punktene besvares med “ja”, “uklart” eller “nei”. “Ja” på de to første spørsmålene var avgjørende for å fortsette kvalitetsvurderingen. Basert på dette satte vi et krav om at minimum 8 av 10 punkter måtte besvares med “ja” for at den bestemte artikkelen skulle kategoriseres som “god”, og dermed ha kvaliteten vi

ønsket for at den skulle bli inkludert i oppgaven. Dette sikret kvalitet i studien vår. Vedlagt i oppgaven følger et eksempel på utfylt sjekkliste (Vedlegg 5).

2.3.1 Etiske hensyn

Det ble benyttet forskjellige typer intervju for å finne svar på problemstillingene i de inkluderte artiklene. Da er det viktig at det blir tatt hensyn til etiske forhold og deltakernes integritet (Fangen 2015). For å gjøre en vurdering om forskerne hadde tatt hensyn til etiske aspekter, kartla vi eventuelle godkjenninger fra etisk komité og andre etiske overveielser som innhentet samtykke (Vedlegg 4). Alle våre inkluderte artikler har etisk godkjenning, bortsett fra én. Vi har likevel valgt å inkludere denne, da forskerne blant annet informerer om at de innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne og på denne måten tilfredsstiller det etiske hensynet i studien.

2.4 Analyse

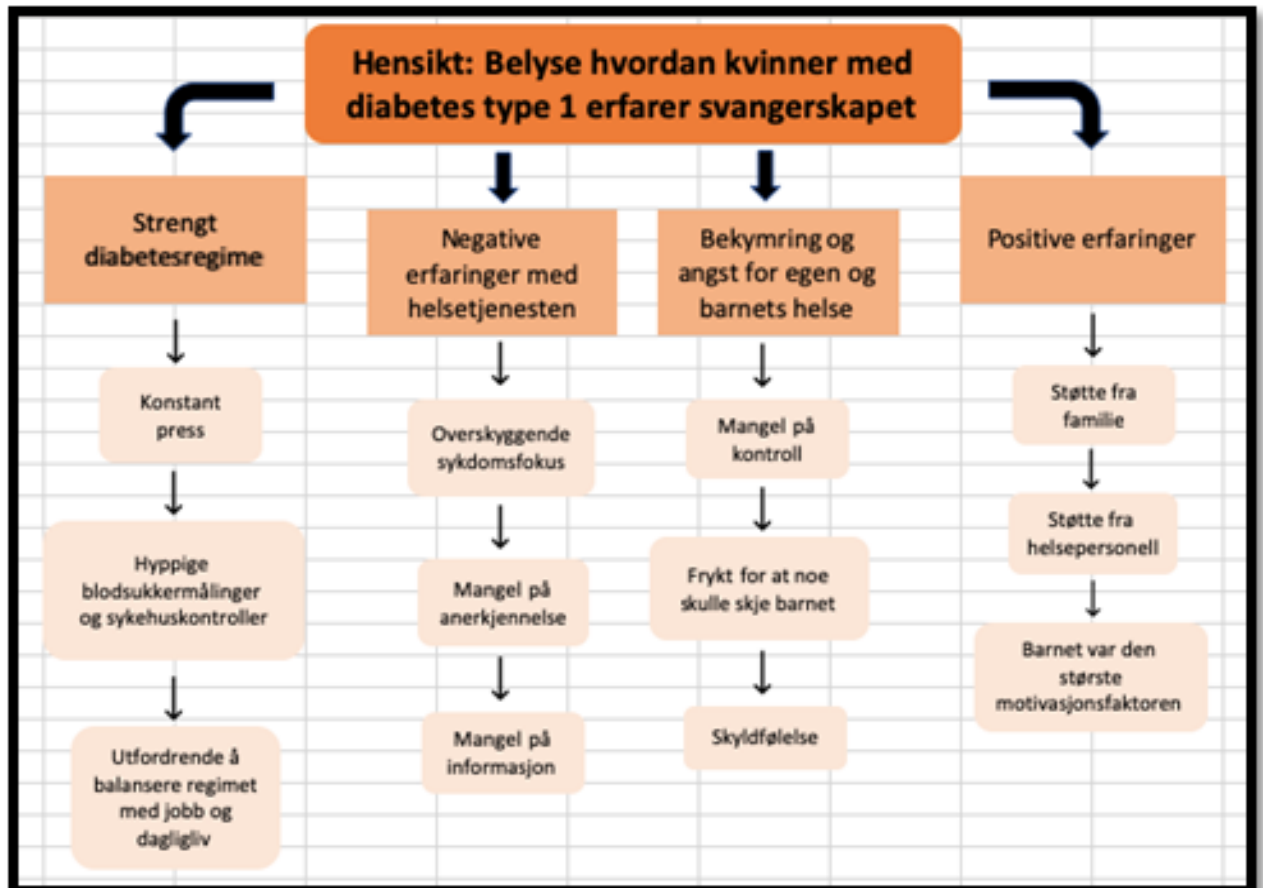
Vi valgte David Evans (2002) sine 4 faser for analyse for å få en systematisk oversikt under arbeidsprosessen med våre inkluderte artikler.

Fase 1: Datainnsamling. I denne fasen velges relevante artikler med utgangspunkt i inklusjonskriteriene for litteraturstudien (Evans 2002). Denne prosessen har vi lagt frem og beskrevet under bacheloroppgavens metodebeskrivelse.

Fase 2: Identifisering av nøkkelfunn. Denne fasen innebærer gjentakende gjennomlesning av artiklene, for å bli kjent med innholdet og detaljene, samt innsamling av de viktigste funnene fra hver artikkel (Evans 2002). Vi leste hver for oss og markerte relevante funn basert på hensikten i litteraturstudien. Vi fargekodet funnene og satte de opp i en loddrett tabell for hver artikkel, og samlet dette i et eget samskrivedokument for videre arbeid.

Fase 3: Identifisering av gjennomgående temaer i de inkluderte studiene. I denne fasen identifiseres temaer på tvers av studiene. Nøkkelfunn skal grupperes og kategoriseres om til hovedtemaer, før man videre identifiserer undertemaer og en ny analyse blir gjort for å identifisere konsistens eller misforhold i temaene (Evans 2002). Med hjelp av fargekodene for hvert tema kunne vi lettere identifisere dem i hver artikkel og skille dem fra hverandre. Videre fant vi undertemaer som vi knyttet til de aktuelle hovedfunnene.

Fase 4: Beskrivelse av fenomenet. I den siste fasen sammenfattes funnene, og hvert tema skrives ned med referanse til originalartikkelen. Funnene skal underbygges av eksempler fra studiene (Evans 2002). Fra start valgte vi å systematisk merke tabellene med tittel på artikkel og individuelt nummer; som stemte med nummerering i Vedlegg 4. Dette gjorde arbeidet med å koble hver artikkel til hvert tema enklere (Vedlegg 6). For å visualisere de identifiserte hoved- og undertemaene fra artiklene har vi utformet en skjematisk modell:



3.0 Resultat

I resultatdelen presenterer vi de syntetiserte funnene fra de inkluderte artiklene for å belyse svangerskaps erfaringer til kvinner med DMT1. Resultatene skal presenteres objektivt (Eines 2020). Funnene er inndelt i hovedtemaer med påfølgende undertemaer, som fremvist i modellen ovenfor.

3.1 Strengt diabetesregime

Dette hovedtemaet er til stede i de fleste artiklene i vår litteraturstudie (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, Edwards et al. 2016, King og Wellard 2009, Lavender et al. 2009, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019 og Woolley et al. 2015).

3.1.1 Konstant press

I noen artikler finner vi at kvinnene opplevde et press for å blant annet opprettholde gode blodsuktermålinger (Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011 og Singh et al. 2019). I artikkelen til Singh et al. (2019, 121) opplevde deltakerne et konstant press fra sine behandlere om å oppnå anbefalte blodsukkernivåer, noe kvinnene opplevde som det mest utfordrende aspektet ved selve diabeteshåndteringen. Deltakerne i studien til Dobson og Zoffmann (2011, 39) forteller at de la mye vekt på andres meninger og at dette var med på å skape et større press under graviditeten.

3.1.2 Hyppige blodsuktermålinger og sykehuskontroller

I de fleste inkluderte artiklene fremkommer funn knyttet til hyppige blodsuktermålinger og sykehuskontroller (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, King og Wellard 2009, Lavender et al. 2009, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019 og Woolley et al. 2015). Kvinnene som deltok i studien til King og Wellard (2009, 129) kunne fortelle om et svangerskap dominert av blodsuktermålinger og de påfølgende effektene, som blant annet utfordringene med å gjenkjenne symptomer på hypoglykemi.

I studien av McGrath og Chrisler (2017) formidlet deltakerne at diabeteshåndteringen var ekstremt hardt arbeid, og at det var vanskelig å oppnå de stramme målene som behandlerne hadde anbefalt. "I was a crazy person about checking my blood sugar. I probably checked every hour and would wake up every 2 or 3 hours to check in the middle of the night."

(McGrath og Chrisler 2017, 579). Flere kvinner forteller om hyppige blodsuktermålinger, hvor flere av dem sto opp på natten for å måle blodsukkeret som en del av diabetesregimet (579).

3.1.3 Utfordrende å balansere regimet med jobb og dagligliv

Dette undertemaet er gjentakende i flere artikler (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Edwards et al. 2016, Lavender et al. 2009 og Singh et al. 2019). Edwards et al. (2016, 196) skriver at deltakerne fant balansen mellom diabeteshåndtering og andre aspekter av livet som jobb, familie og det sosiale livet utfordrende. Under graviditeten var diabeteshåndteringen altoppslukende (196).

“Diabetes just tends to take over everything . . . you know . . . there is work, there is stuff at home, you are pregnant, and then there is diabetes to deal with. You cannot always have diabetes front and center, can you?” (Singh et al. 2019, 121). Jobbrelatert stress og daglige rutiner ble sett på som motstand til optimal blodsukkerregulering (121).

3.2 Negative erfaringer med helsetjenesten

Dette hovedtemaet presenteres i de fleste av artiklene (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Edwards et al. 2016, King og Wellard 2009, Lavender et al. 2009, Stenhouse, Letherby og Stephen 2012 og Woolley et al. 2015).

3.2.1 Overskyggende sykdomsfokus

Et overskyggende sykdomsfokus kom frem i flere av studiens artikler (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Edwards et al. 2016, Lavender et al. 2009, Stenhouse, Letherby og Stephen 2012 og Woolley et al. 2015). I Berg (2005) sin studie kommer det frem at det å føle seg syk fremtrådte gjennom alle de spesielle rutinene kvinnene måtte følge, slik som sykehusbesøk til spesialiserte avdelinger, hyppige blodsuktermålinger og ekstra ultralyder. En kvinne beskriver denne følelsen slik:

The negative aspect was that of being special-special. It had the opposite effect on me. The feeling of being sick came back. So far, everything had gone so well and now it was just waiting for the big disappointment, because something had to happen. The delivery feels like one big complication and the baby is probably huge. (Berg 2005, 6).

En deltaker i en annen studie forklarer undertemaet på denne måten: "... people forget I'm pregnant because there's so much focus on my diabetes," (Woolley et al. 2015, 15). Her fremkommer et medisinsk fokus, hvor selve svangerskapet oppleves å bli tilsidesatt.

3.2.2 Mangel på anerkjennelse

Flere kvinner uttrykte at anerkjennelse var viktig for dem, men at de ikke opplevde å motta dette fra sine behandlere. Dette fant vi i noen inkluderte artikler (Singh et al. 2019, Stenhouse, Letherby og Stephen 2012 og Woolley et al. 2015). I studien gjort av Stenhouse, Letherby og Stephen (2012, 150) belyses det at deltakerne ønsket å bli anerkjent for egen kunnskap om sykdommen. "It just feels like it's not quite realised ... how hard it can be ... it's a constant, constant battle, the injecting is nothing. It's everything else that goes with it that you have to control all the time," (Woolley et al. 2015, 15). Her fremkommer en opplevelse av mangel på anerkjennelse knyttet til diabetesarbeidet.

3.2.3 Mangel på informasjon

I noen av artiklene fremkommer en opplevelse av varierende grad av informasjon (King og Wellard 2009, Lavender et al. 2009 og McGrath og Chrisler 2017). I artikkelen av King og Wellard (2009, 129) vises det til at flere deltakere hadde behov for mer informasjon og at de opplevde at deres jordmødre kunne trenge mer informasjon om diabetes og svangerskap. McGrath og Chrisler (2017, 585) fant at flere deltakere mottok informasjon om svangerskapet som ikke stemte overens med det svangerskapet de selv erfarte. Samtidig savnet noen informasjon rundt enkelte temaer, eksempelvis mental helse.

3.3 Bekymring og angst for egen og barnets helse

Dette hovedtemaet kom frem i de fleste artiklene i litteraturstudien (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, Edwards et al. 2016, McGrath og Chrisler 2017 og Singh et al. 2019).

3.3.1 Mangel på kontroll

Vi identifiserte en opplevelse av mangel på kontroll i de fleste artiklene (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2000, King og Wellard 2009, Lavender et al. 2009, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019 og Woolley et al. 2015). I studien av Lavender et al. (2009, 592) opplevde kvinnene å miste og måtte overgi kontroll. En deltaker forklarte at

hun følte seg sårbar ved å måtte akseptere at andre vil involveres og fortelle henne hva hun skal gjøre, etter å ha håndtert sykdommen alene i 23 år (592).

Kvinnene inkludert i artikkelen av King og Wellard (2009) opplevde flere hypoglykemiske episoder og ukjente symptomer. “The first thing I noticed was I was getting like tunnel vision and then my reading was like 1.1 [mmol] and like I had never been that low with no other symptoms ...” (King og Wellard 2009, 129). Forandringer i symptomene på hyper- og hypoglykemi, samt hyppigere episoder med hypoglykemi, var også fremtredende i studien av Berg og Honkasalo (2009, 42).

3.3.2 Frykt for at noe skulle skje barnet

Dette temaet kom til uttrykk i mange artikler (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, Edwards et al. 2016, King og Wellard 2009, McGrath og Chrisler 2017 og Singh et al. 2019). Berg og Honkasalo (2009, 43) fant at kvinnenes mest dominerende følelse gjennom svangerskapet var konstant bekymring og frykt for at noe skulle skje barnet. En deltaker i studien til Edwards et al. (2016) uttrykte frykt for barnet da blodsuktermålingene har vært høye: “She seems reasonably happy with my levels and makes continual adjustments ... However, I feel that I have had too many readings above 10 and that my baby will be harmed.” (Edwards et al. 2016, 196). I studien til Singh et al. (2019, 120) skriver de også at deltakerne kjente på angst for høyt blodsukker og bekymring for barnet og dets utvikling.

3.3.3 Skyldfølelse

Skyldfølelse ble gjennomgående nevnt i noen inkluderte artikler (Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011 og Singh et al. 2019). Dobson og Zoffmann (2011, 39) fant at kvinnene følte på dårlig samvittighet og skyldfølelse om noe skulle skje med barnet, spesielt der hvor manglende diabeteshåndtering var til stede. Dette kom også frem i studien av Berg og Honkasalo (2009, 44), som belyste at skam og skyld alltid var overhengende. En kvinne i studien av Singh et al. (2019, 120) uttrykte at skyldfølelsen assosiert med høyt blodsukker var verst, og at det var en enorm vekt å ha på skuldrene å vite at det påvirket barnet.

3.4 Positive erfaringer

Det siste hovedtemaet tar for seg positive erfaringer fra svangerskapet (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, Edwards et al. 2016, King og Wellard 2009, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019, Stenhouse, Letherby og Stephen 2012 og Woolley et al. 2015).

3.4.1 Støtte fra familie

Flere artikler belyste støtte fra familie som positivt (Berg 2005, Edwards et al. 2016, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019, Stenhouse, Letherby og Stephen 2012 og Woolley et al. 2015). I studien av Singh et al. (2019, 122) kommer det frem at nesten alle deltakerne fremhevet viktigheten av støtte i partner eller egen mor for å håndtere diabetessykdommen.

My biggest support system is my husband. He is very encouraging and is concerned that I stay healthy for our baby. There was a diabetes exhibition this past weekend, and he came with me. We went to lectures in diabetes, in eye care, and current treatment in diabetes. He wants to engage, encourage, and help me. (Singh et al. 2019, 122).

Ifølge Stenhouse, Letherby og Stephen (2012, 151) var de gravide avhengige av partnere og familiemedlemmer; spesielt mor, fordi de hadde kunnskap om diabeteshåndteringen. En annen positiv erfaring ved støtte fra familie var opplevelsen av empowerment da partner ble involvert i helseomsorgen (Woolley et al. 2015, 15-16).

3.4.2 Støtte fra helsepersonell

Dette temaet fremkom i de fleste inkluderte artiklene (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, Edwards et al. 2016, King og Wellard 2009, McGrath og Chrisler 2017 og Woolley et al. 2015). Dobson og Zoffmann (2011, 40) trekker frem at det å følge instruksjoner fra helsefagpersonell ga trygghet og forutsigbarhet under svangerskapet for kvinnene i studien.

I studien av Berg og Honkasalo (2009, 43) ble jordmødre, leger og objektive målinger fremstilt som en positiv og nødvendig trygghet for kvinnene. “I feel like the doctor does, if he’s calm, I feel calm too.” (Berg og Honkasalo 2009, 43). Noen av kvinnene som deltok i studien av McGrath og Chrisler (2017, 584) vektla også positiv og fordelaktig støtte i

helsepersonell. En kvinne opplevde blant annet å føle seg trygg i helseomsorgen fordi legene hennes samarbeidet tett.

3.4.3 Barnet var den største motivasjonsfaktoren

Dette undertemaet identifiserte vi i de fleste artiklene (Berg 2005, Berg og Honkasalo 2009, Berg og Sparud-Lundin 2009, Dobson og Zoffmann 2011, King og Wellard 2009, McGrath og Chrisler 2017, Singh et al. 2019 og Woolley et al. 2015). Singh et al. (2019) fant at motivasjonen til de deltagende kvinnene var å få et friskt barn og at den strenge diabeteshåndteringen under svangerskapet var verdt det.

Berg og Sparud-Lundin (2009, 3) belyser at barnets velbefinnende var drivkraften til å oppnå optimalt blodsukker. Dette kom også til uttrykk i studien av McGrath og Chrisler: “They said that it requires hard work at times, but that is balanced by the new sense of motivasjon that is derived from knowing the management is not only for oneself but also for one’s future child.” (2017, 580). Alle deltakerne i studien av Dobson og Zoffmann (2011, 39) hentet motivasjon i hensyn til barnet.

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Ifølge Dalland (2017) er det viktig å gjøre rede for eventuell usikkerhet rundt metode eller gjennomføring, da det kan virke inn på resultatene. Under dette punktet skal vi derfor kritisk vurdere og diskutere det vi selv mener er styrker og svakheter ved studien (Eines 2020).

4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere førstegangs- og flergangsfødende i studien. Svakheten ved dette kan være at førstegangsfødende står i en helt ny og ukjent situasjon, både når det gjelder graviditeten, men også sykdommen under graviditeten. De må da muligens takle nye utfordringer de ikke var forberedt på, som kan bidra til å avgjøre hvordan de opplever svangerskapet. Flergangsfødende kan ha andre opplevelser av svangerskapet, da de har erfaringer fra tidligere svangerskap, som kan påvirke og forutbestemme opplevelsen av det neste. Styrken ved å inkludere førstegangs- og flergangsfødende kan derimot være å avdekke eventuelle like eller ulike behov som kvinnene har under svangerskapet. Et eksempel kan være viktigheten av støtte.

Til tross for å ha diabetes type 2 som eksklusjonskriterium, valgte vi å ta med to artikler som omhandler både type 1 og type 2. Samtidig har vi inkludert artikler som tar for seg kvinners erfaringer med prosessen før, under og etter svangerskapet. Dette kan fremgå som en svakhet. Som presisert i hensikten ønsket vi å belyse svangerskaps erfaringene til kvinner med DMT1. Vi har derfor valgt å innhente data fra kvinnene med DMT1, med utgangspunkt i sitater referert til pseudonymene for kvinnene med DMT1 i artiklene. I tillegg innhentet vi kun funn relatert til svangerskapsperioden, fra artiklene som omhandlet perioden før, under og etter svangerskapet.

Vi ønsket å fokusere på den nyeste forskningen innen temaet for bacheloroppgaven. Dette viste seg imidlertid å være utfordrende, da databasesøkene vi utførte antydte at temaet vi valgte er lite forsket på. En svakhet i denne litteraturstudien er dermed inklusjon av artikler publisert ned mot år 2005, hvor fem av de elleve inkluderte artiklene er publisert før 2010. På en annen side har vi identifisert samsvar mellom funnene fra de eldre studiene med de nyere studiene. Dette kan tyde på at praksis ikke har endret eller utviklet seg på den måten kvinnene ønsker eller har behov for.

4.1.2 Inkluderte artikler

Forfatter Marie Berg har medvirket i tre inkluderte artikler. Én av artiklene har hun utgitt alene, mens de to andre har medforfatter. En positiv side ved at Marie Berg er forsker i flere artikler med samme tema kan være hennes kunnskap og kjennskap til nettopp dette temaet. På en annen side er samtlige av fenomenene vi har innhentet i oppgaven gjengående i flere av artiklene til Berg. Vi bemerket oss bevisst at disse artiklene ikke hadde utgangspunkt i samme datamateriale. Det er dermed mulig at selve forskningen og resultatene gjenspeiler seg og påvirkes av henne som forfatter. Likevel har Berg styrket sin pålitelighet i forskningen hun gjennomførte på egenhånd, da hun benyttet seg av en utenforstående forsker til å gjennomgå analysen for et kritisk blikk av arbeidet.

4.1.3 Bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkningen av data

Våre bakgrunnskunnskaper om temaet i denne bacheloroppgaven er forskjellige. Én av oss har personlig og subjektiv erfaring og kunnskap om DMT1. Dette anser vi å være en styrke, men også en mulig svakhet. Det er en styrke ved at vedkommende har en forforståelse og kan kjenne seg igjen i sykdomsutfordringene pasientgruppen uttrykker, samtidig som at et personlig engasjement for temaet motiverer til ny kunnskap og nysgjerrighet for andres opplevelser med samme sykdom. Innsamlet data kan også ha blitt tolket på en subjektiv måte. Ved å individuelt identifisere hovedfunn i artiklene, for så å diskutere og sammenligne disse som par, fant vi at temaene som den ene fant, samsvarte med hva den andre kom frem til. Dette ser vi på som en styrke ved vår studie.

Andre bakgrunnsforhold som kan påvirke datafortolkningen er vår uerfarenhet når det gjelder databasesøk og gjennomføring av en litteraturstudie. Til tross for denne utfordringen, hadde det innvirkning på at vi fra starten var bevisste på å arbeide strukturert, følge retningslinjer og bruke hjelpemidler systematisk i forskningsprosessen.

4.1.4 Datainnsamling

Vi anser den systematiske datainnsamlingsprosessen som en styrke. Vi innledet arbeidet med å lage et midlertidig PIO-skjema som vi brukte i gjennomføringen av flere prøvesøk i ulike databaser. Flere ord og kombinasjoner av søkeord, norske og engelske, ble benyttet for å finne frem til et PIO-skjema som resulterte i de mest relevante artiklene. Vi valgte å benytte oss av fem ulike databaser, som bidrar til å kartlegge et større område av

forskningsfeltet innenfor temaet vårt. Noen artikler fant vi i flere av databasesøkene, mens andre ble kun identifisert i den enkelte databasen. Dette var hovedgrunnen til valget om å inkludere flere databaser. En annen styrke var tidlig rådgivning fra bibliotekar om PIO-skjema og strategi for videre datainnsamling.

4.1.5 Analyse

Vi vil trekke frem vårt strukturerte analysearbeid som en styrke. Vi benyttet David Evans (2002) sine 4 faser for analyse. Vi satte de inkluderte artiklene opp i en tabell med tilhørende temaer og valgt fargekode, hvor hver artikkel ble identifisert med nummer relatert til oversiktstabellen for inkluderte artikler (Vedlegg 4). Videre satte vi opp en liste for fullstendig oversikt over hvor mange ganger hvert enkelt funn gikk igjen og hvilke temaer vi fant i hver artikkel (Vedlegg 6). Dette ga oss et godt overblikk i analyseprosessen, og det gjorde det enklere å systematisk identifisere funn og plassere dem under passende tema. En svakhet er at vi ikke utforsket andre mulige analysemodeller, som kunne vært brukt til fordel for Evans sin metode.

4.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen tar vi utgangspunkt i funnene presentert i resultatdelen og knytter dem opp mot oppgavens hensikt og relevant teori. Diskusjonen vil være sykepleiefaglig rettet, og vi vil trekke frem konsekvenser for klinisk praksis og egne kliniske erfaringer (Eines 2020).

4.2.1 Sykdommen styrer hverdagen

I våre funn var diabeteshåndteringen under svangerskapet som en fulltidsjobb. Vi fant at kvinnene opplevde det utfordrende å balansere diabetesregimet med dagliglivet. Ifølge nasjonal faglig retningslinje for diabetes er det anbefalt at gravide med diabetes er inne til poliklinisk kontroll hver 14. dag. I tillegg anbefales strenge behandlingsmål for blodsukkeret (Helsedirektoratet 2016 b, 4). Det kan tenkes at hyppige kontroller, strenge blodsuktermål og kunnskaper om potensielle konsekvenser sykdommen kan ha for barnet kan føre til forventningspress og skyldfølelse, spesielt om diabeteshåndteringen feiler. Med bakgrunn i kliniske og personlige erfaringer vet vi at selve diabetessykdommen krever ekstra bevissthet rundt hverdagslige oppgaver og rutiner. Diabetesregimet kan for eksempel være utfordrende å overholde på jobb, da man sjeldent har tid til pauser og mulig dårlig tilgang på mat. For å minske skyldfølelse bør vi som sykepleiere være bevisste på at det vanligvis ikke er nok å fortelle en person at vedkommende ikke trenger å føle skyld.

Det vil være mer virkningsfullt å hjelpe personen til å undersøke og avdekke forholdene som ligger bak skyldfølelsen. Videre kan sykepleieren hjelpe med å vurdere betydningen og eventuelt omskrive skyldfølelsen til å bli mer realistisk og tilpasset situasjonen. Å bekrefte vedkommendes opplevelse av skyldfølelse og vise empati vil være viktige momenter i sykepleien (Kristoffersen 2011, 170).

I våre funn hadde skyldfølelse; en følelse av å ha gjort noe galt (Teigen 2016), grunnlag i manglende diabeteshåndtering og frykt for barnet. Helsedirektoratet (2016 b, 4) poengterer at det vil være viktig å presentere de ideelle målene på en varsom måte, for ikke å belaste kvinnene med bekymring eller dårlig samvittighet om målene ikke alltid oppnås. Som sykepleier kan det være avgjørende å opptre lyttende og støttende i forbindelse med temaet om svangerskapets behandlingsmål, da det er en mulighet for at behandlingsmålene kan føre til skyldfølelse. Dette kan tenkes å bidra til å lette forventningspresset og skyldfølelsen kvinnene kan kjenne på. Gode kommunikasjonsevner vil stå sentralt i sykepleien. Aktiv lytting, å vise interesse og bekrefte innholdet i samtalen kan styrke følelsen av verdighet og respekt. Øyekontakt, mimikk og kroppsspråk er kommunikasjonsteknikker som kan benyttes for å vise interesse og bekreftelse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, 24).

Våre funn viser at diabeteshåndteringen opplevdes utfordrende og altoppslukende. Et relativt nytt medisinskteknisk utstyr, som blir nevnt i nasjonal faglig retningslinje for svangerskap ved kjent diabetes, er den kontinuerlige vevsglukosemåleren. Den anbefales foreløpig ikke til alle (Helsedirektoratet 2016 b). Vi tenker at dette kan være et aktuelt fremtidig hjelpemiddel som kan bidra til å lette diabetesbehandlingen under svangerskapet. Ifølge ADA (2019) referert i Helsedirektoratet (2016 a) kan den kontinuerlige vevsglukosemåleren bedre blodsukkerkontrollen, bidra til færre hypoglykemiske episoder og mindre frykt for føling. Ut ifra personlig erfaring gjør hjelpemiddelet hverdagen som diabetiker enklere. Man har mulighet til å sette egne grenser for varsling av høyt og lavt blodsukker og se blodsukkerets verdi og retning til enhver tid ved hjelp av en visuell graf. Den kontinuerlige vevsglukosemåleren kan både virke motiverende og styrke egenkontroll, og kan dermed være gunstig for gravide med DMT1, som vi fant opplevde flere følinger og utfordrende blodsukkerregulering.

Våre funn viste en erfaring av et overskyggende sykdomsfokus under svangerskapet. Hyppige sykehuskontroller og blodsuktermålinger gjorde at noen følte seg mer syk og at selve graviditeten opplevdes tilsidesatt. Dette kan ses i sammenheng med at de jevnlig kontrollene i starten av svangerskapet knyttes til blodsukkerreguleringen. Mot slutten skiftes fokuset til overvåking av fosterets vekst, fostervannsmengde og blodtrykk (Backe 2017). Funnene våre tydet på at kvinnene savnet en glede i det å være gravid. I sykepleie til denne pasientgruppen kan det derfor være betydningsfullt å ikke bare fokusere på sykdomsrelaterte aspekter, men også på det positive fenomenet ved å skulle bli mor og å anerkjenne barnet i magen. Ved å være bevisste på dette, kan vi som sykepleiere hjelpe kvinnene mot en emosjonelt orientert mestringsstrategi, som tar sikte på å heller endre opplevelsen av en situasjon, fremfor å endre den (Kristoffersen 2011, 147). Det kan dermed tenkes at det vil være essensielt med en helhetlig sykepleietilnærming, med fokus på den gravide kvinnen, barnet og diabetessykdommen.

4.2.2 Barnet som kilde til både engstelse og motivasjon

Frykt for barnet og vansker med diabeteshåndteringen viste seg gjennom våre funn å fremprovosere flere negative opplevelser under svangerskapet, som angst. Angst beskrives som en normal aktivering av kroppens funksjoner som starter når vi opplever noe truende, utrygt eller uforutsigbart (Helgesen 2017, 290). Angsten kan dermed relateres til opplevelsen av mangel på kontroll og sårbarhet som også fremkom som funn. Ifølge Lazarus og Folkman (1984) referert i Bastøe (2011) er mennesker sårbare i følelsesvekkende situasjoner hvor man opplever store forpliktelser til egen innsats man har liten tiltro skal lykkes. De påpeker videre at det er i slike situasjoner man opplever mangel på kontroll. Dette kan sammenlignes med kvinnenes forventning til seg selv om å holde blodsukkerverdier stabile for barnets beste. Kvinnene var bevisste på at høyt blodsukker ikke var gunstig, men opplevde vansker med å kontrollere det. Dette førte til at mange opplevde konstant bekymring og angst under svangerskapet. Det kan tyde på at behandlingsmålene og de tilknyttede forventningene kan være bidragsytende faktorer til slike negative erfaringer. For å øke opplevelsen av kontroll og muligens redusere opplevelsen av bekymring, bør sykepleiere ha kunnskap om at det er betydningsfullt for mennesker å oppleve å kunne påvirke sin egen situasjon på en positiv måte. Dette knyttes til å ha kunnskap om det som oppleves, å få delta i beslutninger og selv ha mulighet til å påvirke situasjonen (Kristoffersen 2011, 156). At sykepleieren har god kunnskap og evne til å gi informasjon vil da tenkes å være viktig. At kvinnene selv opplever å kunne ta del i egen

behandling kan bidra til å styrke egen autonomi, som grunner i etiske grunnprinsipper for helsefaglig profesjonsetikk (Ursin 2020). For å styrke autonomi og medvirkning kan sykepleiere eksempelvis kartlegge tanker kvinnene har om tiden fremover og eventuelle ønsker for behandlingen og oppfølgingen (Rotegård og Solhaug 2011, 203).

Et viktig funn var at barnet ga størst opplevelse av motivasjon. Ønsket om et friskt og velskapt barn ga kvinnene lyst og motivasjon til å innfri forventningene til diabeteshåndteringen. De opplevde å ikke lenger bare gjøre det for seg selv, men også et annet menneske. Helgesen (2017, 80) poengterer at mennesker blir mest motivert til atferd som bidrar til positive følelser, og at selve målet for en handling er å oppnå ønsket opplevelse. Å ha barnet som motivasjonsfaktor vil derfor være en naturlig del av et svangerskap, spesielt for kvinner med DMT1 som holder et strengt diabetesregime for barnets beste. Ifølge Eide og Eide (2011, 336) kan sykepleier styrke pasientens motivasjon ved å anerkjenne pasientens egen motivasjon og være alliert med den.

Noen gravide kan likevel slite med motivasjonen og finne det vanskelig å mestre hverdagen med strenge blodsukker mål. Grønseth og Markestad (2011, 205) viser til at veiledning som bygger på en forståelse av en sykdoms konsekvenser, samt utfordringer pasienten møter, er viktig. Brukermedvirkning vil være essensielt, det vil si at pasienten kan medvirke i hvordan egen behandling skal gjennomføres. Dette er også en rettighet pasienter har, jmfør pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999). Veiledning er en del av sykepleierens pedagogiske funksjon. Det er sentralt at veiledningen tilpasses pasientens preferanser, prioriteringer og dagligliv, som vil kunne bidra til å oppnå varige livsstilsendringer (Grønseth og Markestad 2011, 205). Kunnskaper om pasientens omgivelser, ressurser og eventuelle forhold som påvirker livskvalitet og mestring gir grunnlag for best mulig veiledning. Ved å bruke veiledning i møte med gravide med DMT1 kan sykepleier bidra til mestringshjelp og kunnskap, og hjelpe kvinnene med å forholde seg til egen situasjonen på en mer positiv måte (Tveiten 2008). Vi tenker at sykepleiere, ved hjelp av veiledning og oppmuntring, kan hjelpe gravide med DMT1 til å holde motivasjonen oppe til å vedlikeholde diabeteshåndteringen under svangerskapet. Dette kan legge til rette for mors og barns helse, samt en trygg og god svangerskapsopplevelse.

4.2.3 Viktigheten av anerkjennelse og støtte

Vi fant at flere kvinner trakk frem positive erfaringer i relasjonen til helsevesenet. Dette viste seg gjennom en opplevelse av god informasjon, trygghet og samarbeid. Kvinnene vektla anerkjennelse fra helsepersonell som betydningsfullt. Abraham Maslow (1954) referert i Helgesen (2017) nevner anerkjennelse som et grunnleggende psykologisk behov mennesker har. Dette er et behov for å bli bekreftet som den unike personen man er, fra de rundt oss (Helgesen 2017, 84). Sykepleiere kan benytte anerkjennelse til å bekrefte noe andre vurderer å gjøre i fremtiden, noe som viser tillit og bestyrker pasienten til å gjennomføre egne forsett (Eide og Eide 2011). Dette kan i vår studie gjenspeile seg i å anerkjenne valg og vise forståelse for spørsmål knyttet til kvinnes mål mot god blodsukkerkontroll.

Funn viste at noen av kvinnene opplevde mangel på anerkjennelse. De ga uttrykk for at de ønsket anerkjennelse for det harde diabetesarbeidet, og at denne bekreftelsen var viktig. Det kan tyde på at endringer i både kommunikasjon og tilnærming til gravide med DMT1 kan være med på å møte deres behov og ønsker om anerkjennelse. Ved å bekrefte og understøtte kvinnes mestring av diabetesarbeidet, kan vi som sykepleiere muligens bidra til å styrke mestringstillit og motivasjon for videre diabeteshåndtering (Kristoffersen 2011). En viktig ferdighet sykepleiere kan benytte i slike situasjoner er speiling av følelser. Dette innebærer å gjengi følelser og vise at man ser hva den andre føler. Denne ferdigheten viser at man forstår, og er man presis kan den oppleves som sterkt bekreftende (Eide og Eide 2011, 230-231). I samtale med gravide med DMT1 kan man som sykepleier ved hjelp av å speile følelser bidra til en opplevelse av anerkjennelse, som gjennom studien har vist seg å være et essensielt bidrag til en positiv erfaring under svangerskapet.

I studien gjorde vi funn rundt viktigheten av støtte fra familie gjennom svangerskapet. Kvinnene følte seg bestyrket da partner ble involvert, og de opplevde å få hjelp fra familien og deres kunnskaper om kvinnes egen diabeteshåndtering. Støtte fra personer i nær relasjon er viktig, og en rekke undersøkelser underbygger en helsemessig verdi av sosial støtte. Støtte og oppmuntring fra andre kan altså gi en sterkere opplevelse av kontroll (Helgesen 2017, 218-219). Vi fant at de gravide erfarte mangel på kontroll. Støtte i familie kan dermed være en viktig bidragsyter til å styrke empowerment og en følelse av kontroll hos kvinnene. Røsand et al. (2011) og Mortensen et al. (2012) referert i Ulvund (2017)

forteller at en partner blir ekstra viktig under svangerskapet. Å være fornøyd i parforholdet og oppleve støtte fungerer som en buffer mot svangerskapsutfordringer. Det kan derfor tenkes at det vil være nyttig for sykepleier å vite at det vil være betydningsfullt for de gravide at pårørende involveres, og at kvinnene kan dra nytte av dem, samt oppleve trygghet og støtte.

En annen positiv faktor vi fant ved støtte i familie var opplevelsen av empowerment. Askheim (2003) og Vatne (2006) referert i Eide og Eide (2011) beskriver empowerment som det å la pasienten få beholde mest mulig makt og kontroll, samt å bestyrke og stimulere pasienten til å delta i beslutningsprosesser. Dette er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensyn til pasientens beste (Eide og Eide 2011, 19). Vi tenker at sykepleiere kan bidra til å styrke kvinnenes følelse av empowerment ved å samhandle og la de komme med ønsker og behov, samtidig som at sykepleieren har fokus på en forståelsesfull, pasientrettet og anerkjennende tilnærming.

4.2.4 Behovet for informasjon og samtale

En opplevelse av utilstrekkelig informasjon og savn etter informasjon kom frem som et funn. Noen kvinner savnet spesielt informasjon rundt mental helse. Widarsson et al. (2012), Van Seefat-van Teffelen et al. (2011) og Widarsson et al. (2013) referert i Ulvund (2017) forteller at det er vanlig med økt sårbarhet og følelser i ubalanse i svangerskapet. Opplevelsen av den gravides velbefinnende avhenger av hvor plagsomme de fysiske forandringene blir, hvordan kvinnen opplever de emosjonelle, psykiske og sosiale utfordringene og hvor fornøyd hun er med støtten hun får. Det tyder på at gravide med DMT1 kan møte mange utfordringer under svangerskapet, noe som kan innvirke på den mentale helsen. For å skape forutsigbarhet og bidra til en følelse av kontroll og kunnskap, vil det være viktig med åpenhet og informasjon. Dette grunner i sykepleierens pedagogiske funksjon, som har til hensikt å legge til rette for blant annet læring, oppdagelse, vekst, utvikling og mestring (Tveiten 2008, 30). Vi tenker at god, faglig informasjon og veiledning vil kunne bidra til økt mestringstillit hos de gravide, samt et bedre utgangspunkt for å møte utfordringer. Sykepleiefunksjonen knyttet til undervisning og veiledning handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Den knyttes til pasienters behov for kunnskap og forståelse, for å kunne foreta valg forbundet med ivaretagelse av egen helse. Informasjon og støtte vil være en del av denne pedagogiske sykepleiefunksjonen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, 19).

Det kan tenkes at det vil være viktig å gi kvinnene rom til å fortelle hvordan de har det, samt opplyse om muligheter for svingninger i den mentale helsen under svangerskapet. Dette kan bidra til å forberede kvinnene og hjelpe dem med å normalisere og takle potensielle utfordringer. Vi tenker at informasjon og kunnskap kan legge grunnlag for brukermedvirkning og samtidig styrke kvinnenenes empowerment. Med god kunnskap kan de gravide for eksempel ta egne valg, ha tillit til seg selv og oppleve mestring, med visshet i at valgene baserer seg på faglig kunnskap. Dette underbygges av Kristoffersen (2011, 153), som beskriver at kunnskap gir økt opplevelse av oversikt, kontroll og tillit til å kunne beherske ulike situasjoner. Videre vil det være viktig at sykepleier initierer til samtale og inviterer kvinnene til å stille spørsmål. Bruk av åpne spørsmål vil kunne bidra til å åpne for dypere samtaler og gi rom for at de gravide leder samtalen og får tatt opp det de måtte ønske (153-154). Dette er også en måte å styrke de gravidenes empowerment og medvirkning.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner med DMT1 erfarer svangerskapet. Vi identifiserte tverrgående funn i samtlige av de inkluderte artiklene. Et sentralt funn var viktigheten av å motta støtte og anerkjennelse for det harde arbeidet diabeteshåndteringen innebar, både fra helsepersonell og familien rundt. Kvinnene erfarte hverdagene som utfordrende, hvor de måtte balansere god blodsukkerkontroll med daglige rutiner og gjøremål. De fikk strenge behandlingsmål, som noen opplevde krevende. Flere uttrykte også at svangerskapet gav en opplevelse av uforutsigbarhet og mangel på kontroll. Konstant frykt og bekymring for barnet viste seg å være dominerende gjennom svangerskapsperioden, samtidig var barnet den viktigste kilden til motivasjon. Videre erfarte noen av kvinnene et gjennomgående sykdomsfokus, hvor graviditeten opplevdes tilsidesatt. Informasjon og samtale var også sentrale behov.

På bakgrunn av funn av både negative og positive erfaringer i svangerskapet med DMT1, er det viktig at sykepleier i møte med denne pasientgruppen både er faglig oppdaterte og har nødvendig kompetanse. Sentrale konsekvenser for sykepleiepraksis vil være kunnskap om hvilke innvirkninger diabeteshåndteringen har på hverdagen til kvinnene og hva de har behov for i møte med helsepersonell. Det tyder på at det vil være viktig for den gravide å bli sett og hørt, og at hun trenger kontinuitet, støtte og anerkjennelse. Støtte fra familie og partner viste seg også å være betydningsfullt. Vi ser at noen av kvinnene opplevde disse aspektene som avgjørende for om svangerskapet var håndterlig eller ikke.

Et økende antall nye diabetikere hvert år tyder på en samtidig økning i fremtidige gravide med DMT1. God kunnskap og forståelse fra helsepersonell vil da tenkes å være viktig. Med grunnlag i studien ser vi et mulig behov for mer forskning på feltet, spesielt i Norge, fordi vi fant lite nyere forskning. Det kan dermed tenkes at forskningen på temaet bør oppdateres. Det er mulig at videre forskning med utgangspunkt i medisinsktekniske hjelpemidler, som den kontinuerlige vevsglukosemåleren, kan være nyttig. Vi tenker at det kan bidra til å styrke kunnskapen om behovene i oppfølgingen til gravide med DMT1 i fremtiden, sikre kvalitet i helsetjenesten, og samtidig gjøre svangerskapet med DMT1 lettere å håndtere og mestre som gravid.

Litteraturliste

- Aasen, Sigrun Espelien. 2020. "Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk." Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Backe, Bjørn. 2017. "Svangerskap og kroniske sykdommer." I *Jordmorboka*, redigert av Anne Brunstad og Eva Tegnander, 375-392. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bastøe, Liv-Karin Halvorsen. 2011. "Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*, redigert av Inger Margrethe Holter og Tone Elin Mekki, 81-104. Oslo: Akribe AS
- Berg, Marie. 2005. "Pregnancy and diabetes: How Women Handle the Challenges." *The Journal of Perinatal Education* 14 (3): 23-32.
<https://doi.org/10.1624/105812405X57552>
- Berg, Marie og Marja-Liisa Honkasalo. 2009. "Pregnancy and diabetes – a hermeneutic phenomenological study of women`s experience." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 21 (1): 39-48.
<https://doi.org/10.3109/01674820009075607>
- 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): 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-27>
- Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dobson, Lene og Vibeke Zoffmann. 2011. "God blodsukkerregulering kun for barnets skyld?" *Klinisk Sygepleje* 25 (4): 36-47.
https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2011/04/god_blodsukkerregulering_kun_f_or_barnets_skyld

- Edwards, Helen, Jane Speight, Heather Bridgman og Timothy C. Skinner. 2016. "The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model from contemplation to motherhood." *Practical Diabetes* 33 (6): 194-199a.
<https://doi.org/10.1002/pdi.2036>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eines, Trude F. 2020. "Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie". Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse- og Sosialfag.
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.
- Fangen, Katrine. 2015. "Kvalitativ metode." Etikkom. Oppdatert 17. juni, 2015.
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Folkehelseinstituttet. 2014. "Hva er en kunnskapsoppsummering?" Oppdatert 27. Februar, 2020. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/hva-er-en-kunnskapsoppsummering/>
- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2011. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helsebiblioteket. 2016 a. "Kvalitativ metode." Oppdatert april, 2018.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. 2016 b. "PICO." Lest 20. Mars, 2020.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. 2016 a. "Egenmåling av blodsukker og bruk av kontinuerlig vevsglukosemåling ved diabetes type 1." Oppdatert 15. april, 2020.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/insulinbehandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-1/egenmaling-av-blodsukker-og-bruk-av-kontinuerlig-vevsglukosemaling-ved-diabetes-type-1>

Helsedirektoratet. 2016 b. "Svangerskap ved kjent diabetes." Oppdatert 15. april, 2020.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/svangerskap-ved-kjent-diabetes>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2017. "Nasjonal diabetesplan 2017-2021." Regjeringen. Lest 23. Februar, 2020.

https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf

Henriksen, Tore, Hrafnkell Thordarson, Myryam Sugulle og Ellen-Marie Strøm-Roum. 2019. "8 a. Pregestasjonell diabetes (type 1 og type 2)." Legeforeningen. Oppdatert 18. desember, 2019.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp-2014/8-a.-pregestasjonell-diabetes-type-1-og-type-2/>

Himolde. 2020. "Databaser - Helse- og sosialfag." Lest 22. februar, 2020.

<https://www.himolde.no/bibliotek/databaser/helse-og-sosialfag/>

King, Rosemary og Sally Wellard. 2009. "Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia." *Midwifery* 25 (2): 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.016>

- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Livsstil og endring av livsstil." I *Grunnleggende sykepleie 3*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 197-244. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2011. «Om sykepleie.» I *Grunnleggende sykepleie 1*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 15-30. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lavender, Tina, Mary Jane Platt, Ediri Tsekiri, Ian Casson, Sheena Byrom, Lisa Baker og Stephen Walkinshaw. 2009. "Women`s perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes." *Midwifery* 26 (6): 589-595.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.01.003>
- McGrath, Maeghan og Joan C. Chrisler. 2017. "A lot of hard work, but doable: Pregnancy experiences of women with type 1 diabetes." *Health Care for Women International* 38 (6): 571-592.
https://www.researchgate.net/profile/Joan_Chrisler/publication/311449890_A_Lot_of_Hard_Work_But_Doable_Pregnancy_Experiences_of_Women_with_Type-1_Diabetes/links/5a3eb18d458515f6b045603d/A-Lot-of-Hard-Work-But-Doable-Pregnancy-Experiences-of-Women-with-Type-1-Diabetes.pdf
- NHI. 2019. "Graviditet og diabetes." Oppdatert 28. januar, 2019.
<https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsykdommer/svangerskap-og-sykdom/diabetes-i-svangerskap/?page=all>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Proquest. 2020. "British Nursing Index: Advanced search." Oppdatert 6. mars, 2020. <https://proquest.libguides.com/BNI/advance>
- Rotegård, Ann Kristin og Marit Solhaug. 2011. «Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess.» I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Inger Margrethe Holter og Tone Elin Mekki, 190-212. Oslo: Akribe.

- Singh, Harsimran, Karen Ingersoll, Linda Gonder-Frederick og Lee Ritterband. 2019. ««Diabetes Just Tends to Take Over Everything»: Experiences of Support and Barriers to Diabetes Management for Pregnancy in Women With Type 1 Diabetes.” *Diabetes Spectrum* 32 (2): 118-124. <https://spectrum.diabetesjournals.org/content/32/2/118>
- Stenhouse, Elizabeth, Gayle Letherby og Nicole Stephen. 2012. “Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services.” *Midwifery* 29 (2): 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.007>
- Søk og skriv. 2019. “Søketeknikker.” Oppdatert 1. juli, 2019. <https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker/>
- Teigen, Karl Halvor. 2016. «Skyldfølelse.» Store norske leksikon. <https://snl.no/skyldfølelse>
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Veiledning – mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulvund, Ingeborg. 2017. “Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet.” I *Jordmorboka*, redigert av Anne Brunstad og Eva Tegnander, 297-307. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Ursin, Lars. 2020. «De fire prinsipper.» Store norske leksikon. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper
- WHO. 2016. “Global Report on Diabetes”. Lest 23. februar, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=0E3977837A769B950972A4FA7939FDDD?sequence=1
- Woolley, Maria, Colin Jones, Joanna Davies, Usha Rao, David Ewins, Sunil Nair og Frank Joseph. 2015. “Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women’s first experiences.” *Practical Diabetes* 32 (1): 13-18. <https://doi.org/10.1002/pdi.1914>

Vedlegg 1: PIO-skjema

Engelsk:

P	I	O
Diabetes type 1	Pregnan*	Experienc*
Diabetes mellitus, type 1	Pregnancy	Experience
		Well-being

Norsk:

P	I	O
Diabetes type 1	Svangerskap	Erfaring
Diabetes mellitus, type 1	Gravid*	Opplevelse

Vedlegg 2: Oversiktstabell for søkehistorikk

SØKEORD	DATO	DATA-BASER	TREFF	LESTE SAMMEN-DRAG	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
Enkel søkning: Diabetes type 1 and pregnancy	30.01.20	SveMed+	12	3	1	1
Noft(Diabetes type 1) AND noft(pregnan*) AND noft(experienc*) AND applied filters: 2005-2019.	12.02.20	British Nursing Index	30	10	6	4
Exp Diabetes mellitus, type 1/ AND exp Pregnancy/ or Pregnancy in Diabetics/ AND experienc*.mp AND limit to yr="2005-current".	12.02.20	MEDLINE	93	13	5	3
Noft(diabetes mellitus, type 1) AND noft(pregnan*) AND noft(experienc*) AND additional filters: 01.01.2005-29.02.2020, peer reviewed	12.02.20	ProQuest – Health Research Premium Collection	132	15	4	1
Basic search: Diabetes mellitus type 1 and pregnancy experience	03.03.20	CINAHL	17	5	2	1

Vedlegg 3: Skjermbilder databasesøk

Søk i MEDLINE:

The screenshot shows the Ovid Search interface. At the top, there are navigation links for 'My Account', 'Support & Training', 'Ovid Search Builder', 'Help', 'Feedback', 'Logged in as iselin.mjelva', and 'Logout'. Below the navigation bar, there are tabs for 'Search', 'Journals', 'Books', 'Multimedia', and 'My Workspace'. The main content area displays a 'Search History (5)' table with the following data:

#	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1	Diabetes Mellitus, Type 1/	74590	Advanced	Display Results More	Contract
2	Pregnancy/ or Pregnancy in Diabetics/	866275	Advanced	Display Results More	
3	experienc*.mp.	936628	Advanced	Display Results More	
4	1 and 2 and 3	172	Advanced	Display Results More	
5	limit 4 to yr="2005 -Current"	93	Advanced	Display Results More	

Below the table, there are buttons for 'Save', 'Remove', 'Combine with: AND OR', 'Save All', 'Edit', 'Create RSS', and 'View Saved'.

Søk i British Nursing Index:

The screenshot shows the ProQuest British Nursing Index search results page. The search query is 'noft(diabetes type 1) AND noft(pregnan*) AND noft(experienc*)'. The results show 30 results. The 'Applied filters' section shows '2005-2019'. The search results list includes:

- Select 21-30 1 Selected item Clear
- The systematic development of an innovative DVD to raise awareness of preconception care

Søk i ProQuest – Health Research Premium Collection:

The screenshot shows the ProQuest Health Research Premium Collection search results page. The search query is 'noft(diabetes mellitus, type 1) AND noft(pregnan*) AND noft(experienc*)'. The results show 132 results. The 'Applied filters' section shows '2005-01-01 - 2020-02-22', 'Article', and 'English'. The search results list includes:

- Select 21-40
- Exploring knowledge of pre-eclampsia and views on a potential screening test in women with type 1 diabetes
Wotherspoon, Amy C, PhD; Young, Ian S, MD; McCance, David R, MD; Holmes, Valerie A, PhD. *Midwifery*, Edinburgh Vol. 50, (Jul 2017): 99.
...type 1 diabetes. Design a qualitative study using semi-structured interviews of...

Søk i SveMed+:

Tillbaka till biblioteket Lämna synpunkter Søkhjelp

Søk artiklar i SveMed+

Enkel søkning Avancerad søkning Kombinera søkninger

diabetes type 1 and pregnancy

Peer reviewed tidsskrifter Läs online

Søkdetaljer: diabetes type 1 and pregnancy

Søkrresultat Sortera på datum Visa 25 per sida

Søkingen resulterade i 12 treffar sorterte efter datum. Visar resultat 1 - 12 av 12 st

Filtrera søkresultatet

Språk

- nor (7 st)
- dan (3 st)
- eng (1 st)
- swe (1 st)

Dokumenttyp

- artikkel (9 st)
- oversikt (3 st)

Søk i CINAHL:

New Search Publications CINAHL Subject Headings Cited References More

Sign In Folder Preferences Languages Help

Logo - Link to Search Searching: CINAHL | Choose Databases Library Logo

Suggest Subject Terms

diabetes mellitus type 1 and pregnancy experience

Basic Search Advanced Search Search History

Refine Results Search Results: 1 - 17 of 17 Relevance Page Options Share

Vedlegg 4: Oversiktstabell for inkluderte artikler

Artikkel 1

Forfattere	Marie Berg
År	2005
Land	Sverige
Tidsskrift	The Journal of Perinatal Education
Tittel	“Pregnancy and diabetes: How Women Handle the Challenges”
Hensikt	Beskrive hvordan kvinner med diabetes type 1 opplever og håndterer utfordringer under svangerskapet
Metode/ Instrument	Åpne intervju og lydopptak av disse.
Deltagere/frafall	18 gravide kvinner. 14 ble intervjuet først, så 4 kvinner til i senere tid for å oppdatere dataene.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Slit med å oppnå normal blodglukose og press til å holde det stabilt. Bekymring og skyld hvis blodsukkere ikke var innenfor normalen. Barnet var fokuset, noen ble motivert, andre følte press og ble nesten overveldet. Konstant bekymring over barnet. Kvinnene hadde håp, samtidig med en følelse av tvil om at det skulle gå bra. De som tidligere hadde vært gravid med positivt utfall hadde det lettere med å være håpefulle. Kvinnene kjente på å være normale da de ble gravide, spesielt ved svangerskap som hadde “normalt” forløp. Flere diabeteskontroller, ekstra ultralyder, strengere blodsukkerkontroll osv. kunne føre til at kvinnene følte seg “sykere” og at det var mest fokus på sykdom fremfor å skulle bli mor og få barn. De kunne også da føle seg annerledes • Klarte man å akseptere at man har diabetes samtidig som at man også er gravid, kan man oppleve harmoni. Noen deltakere klarte ikke å akseptere situasjonen og én av dem ønsket at livet ikke skulle være så komplisert og rutinekrevene. Kvinnene opplevde også uforståelige, svingende og høye blodsukkerverdier. Noen følte de ikke hadde kontroll, mens andre kunne akseptere at blodsukkeret ikke alltid ville være perfekt. Kvinnene var redde for være for positive fordi noe negativt kunne skje i løpet av svangerskapet. Hyppige undersøkelser og kontroller på sykehuset reduserte bekymring og stress. Familie smittet kvinnene emosjonelt • Helsepersonells kunnskap og råd var basisen for kvinnes følelse av kontroll. En deltaker sa også at å måle blodsukker selv ga henne kontroll. Støtte fra barnefar var viktig for selvkontrollen kvinnene opplevde. Det var ulike ønsker om hvor mye barnefar skulle involvere seg, noen ville klare det selv, andre ønsket råd om insulindose og målinger. Noen av kvinnene var avhengige av støtte fra andre pga. risiko for hypoglykemi, spesielt på natt, og de var redde for å sove alene. Dette ga en følelse av skam. Bekymringer fra andre bidro til følelse av press. Støtte og fra kolleger ble satt pris på, men noen opplevde å bli møtt med irritasjon over fravær fra jobb på grunn av hyppige kontroller på sykehuset.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning og tillatelse til å undergå studien ble hentet fra lokaletisk komité. Samtykke til å gjennomføre og ta opp intervjuene ble hentet fra hver deltaker, de ble lovet konfidensialitet og de kunne trekke seg til enhver tid.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 2

Forfattere	Berg, Marie og Marja-Liisa Honkasalo
År	2009
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology
Tittel	“Pregnancy and diabetes – a hermeneutic phenomenological study of women`s experience”
Hensikt	Å beskrive kvinner erfaringer med å være gravide og samtidig ha insulinavhengig diabetes.
Metode/ Instrument	Hermeneutisk, fenomenologisk tilnærming. 44 individuelle intervju ble gjennomført.
Deltagere/frafall	14 kvinner, ingen frafall, men av ulike grunner ble ikke alle intervjuet like mange ganger. 4 ble intervjuet fire ganger, 2 kvinner ble intervjuet to ganger før fødsel og én gang etter, og 1 kvinne ble intervjuet én gang. Tre intervju ble gjennomført med de 9 resterende deltakerne.
Hovedfunn	<p>“Å bli kontrollert av blodsukkerverdier for barnets skyld”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moralsk forpliktelse til det nye, voksende barnet som har behov for de beste forutsetningene til å være friskt • Kvinnene puttet sin helse bak barnets <p>Objektivisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umiddelbar bevissthet rundt komplikasjoner som kan oppstå • Hyppige målinger med “unormale” verdier førte til at kvinnene følte at sykdommen startet på nytt, bevissthet rundt sykdom – tristhet, bitterhet • Noen opplevde å få mareritt knyttet til sykdommen sin og potensielle komplikasjoner av den • Flere av kvinnene følte seg mer som diabetikere enn gravide, spesielt i starten av svangerskapet – liten eller ingen tid til å glede seg over graviditeten • Frykt for komplikasjoner selv om målinger var gode – flere merket seg at leger og jordmødre søkte etter problemer; “alt kan ikke gå smurt hele veien, noe kommer til å skje” • Mistet kontroll: ingen hadde tidligere, før gravide, vært så nøye med diabeteshåndteringen og strengt regime. De hadde et ønske om å leve “normale” liv, ha et normalt forløp gjennom svangerskapet og føde naturlig • Endrede symptomer på høyt og lavt blodsukker, oftere hypoglykemi. De lærte å kjenne kroppen på ny med hvordan den nå reagerte på trening, matinntak og insulindose - ved at man mistet kontroll mistet man også selvtillit • Daglig fokus på blodsukkermålinger: grunnet mål om god regulering og endrede symptomer. Mat ble mer som en oppgave, enn en glede. Strengt regime, tid for måltid og tidlig opp for å spise og sette insulin • Barnet ga dem motivasjon og gjorde det strenge regimet bedre og verdt det • Risiko for hypoglykemi gjorde at kvinnene var avhengige av andre, noen turte ikke være alene og andre hadde et behov for å si ifra når de skulle sove/hvile – nedverdiggende som voksen; følte seg som et barn

	<ul style="list-style-type: none"> • Hyppige kontroller hos helsepersonell bidro til trygghet. De stolte på objektive målinger og undersøkelser, mer enn sine egne følelser. De stolte mer på ultralyd enn på å kjenne barnet sparke <p>Overdreven ansvarsfølelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overveldende ansvarsfølelse: konstant bekymring, press og skyldfølelse • Bekymring: den mest dominante følelsen gjennom hele svangerskapet hos kvinnen var bekymring for barnet og dets helse og frykt for at noe negativt skulle skje • Forsterket følelse av bekymring og det å miste kontroll når målingene viste uventede høye verdier • Press: det var hardt arbeid å følge et strengt diabetesregime, gjorde det vanskelig å slappe av og det var tidkrevende og energioppslukende. De følte de la størst press på seg selv, spesielt fordi de følte et ansvar for barnets helse og at de ikke følte at det de gjorde var tilstrekkelig nok – disse følelsene kunne forsterkes av folk rundt, som helsepersonell. De følte av og til at helsepersonell var mer belærende enn støttende. Press fra foreldre var også til stede hos noen • Skyldfølelse: det var en byrde å tenke på at hvordan de levde hadde potensiell innvirkning på barnet, stort ansvar. Høyt blodsukker, og når man skjønnte hvorfor, forsterket skyldfølelsen. Høyere grad av skyld om komplikasjoner i svangerskapet oppsto. Ensomhet fordi de visste at det kun var de som til sist var ansvarlig for barnets helse
Etisk vurdering	Etisk godkjenning og samtykke til å gjennomføre studien ble innhentet. Samtykke fra kvinnene om å gjennomføre og ta opp intervjuene på lydbånd ble også innhentet. De fikk også beskjed om at deltakelsen var frivillig og at all informasjon og data vil være konfidensielt.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 3

Forfattere	Berg, Marie og Carina Sparud-Lundin
År	2009
Land	Sverige
Tidsskrift	BMC Pregnancy and Childbirth
Tittel	“Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes”
Hensikt	Undersøke behovet for og erfaringene av profesjonell hjelp under svangerskapet og fødsel blant kvinner med diabetes type 1.
Metode/ Instrument	Kvalitativ. Fokusgruppe- og 4 individuelle intervju.
Deltagere/frafall	25 kvinner ble invitert til fokusgruppe. Totalt 19 stykker deltok, mens fire stykker endte opp med individuelle intervju. 2 frafall.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Press om å oppnå optimale blodsukkernivåer. • En konstant bekymring for barnet i magen når det kom til risikofaktorer og utfall ved fødsel. • Opplevelse av å selv måtte utveksle informasjon mellom de forskjellige helseorganisasjonene de var innom. Her fikk de også forskjellig informasjon, noe som kunne føre til nedsatt tillitt til helsepersonellet. • Opplevelse av at fokuset handlet om babyen i magen og at morens helse og følelser ble nedprioritert. • Følelse av ensomhet og et behov for å kunne dele erfaringer med andre gravide kvinner med diabetes.
Etisk vurdering	Godkjent av Regional Ethics Board. De fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Det ble stilt åpne, klare spørsmål i intervjuene.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 4

Forfattere	Dobson, Lene og Vibeke Zoffmann
År	2011
Land	Danmark
Tidsskrift	Klinisk Sygepleje
Tittel	“God blodsukkerregulering kun for barnets skyld?”
Hensikt	Formålet er å undersøke hvordan kvinner med diabetes type 1 håndterer utfordringene de møter som førstegangsfødende etter fødselen av et friskt barn, og hvordan dette innvirker på mulighetene for å fastholde en forbedret blodsukkerregulering fremover.
Metode/ Instrument	Semistrukturerte intervju i eget hjem 3-5 uker etter fødsel. Deretter et fokusgruppeintervju 3-10 måneder etter fødsel. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.
Deltagere/frafall	5 kvinner med diabetes type 1. Ved 2.-gangs intervjuet; fokusgruppeintervjuet, meldte to avbud og én uteble.
Hovedfunn	<p>En utmattende graviditet med god blodsukkerregulering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplevde graviditeten som er periode med god blodsukkerregulering, men også med psykisk press grunnet dårlig samvittighet og angst for å skade barnet. Alle hentet motivasjon til god reguleringen av hensyn til barnet • Følelse av å selv kunne være skyldig i fosterets misdannelser eller død var forbundet med frykt og å bli dømt av omgivelsene. De la vekt på andres vurderinger, noe som skapte et større press og kunne gi de skyldfølelse ved manglende blodsukkerregulering • Å følge instruksene til de profesjonelle gav en opplevelse av kontroll og forutsigbarhet • 1 deltaker ble motivert av hyppige kontroller av langtidsblodsukkeret (hver 14. dag) ved å se fremgang i målingene
Etisk vurdering	Kvinnene skrev under på et informert samtykke og ble garantert at uttalelsene behandles fortrolig. Intervju ble holdt i deres eget hjem.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 5

Forfattere År Land Tidsskrift	Edwards, Helen, Jane Speight, Heather Bridgman og Timothy C. Skinner 2016 Australia Practical Diabetes
Tittel	“The pregnancy journey for women with type 1 diabetes: a qualitative model from contemplation to motherhood”
Hensikt	Beskrive hvordan reisen fra konsepsjon til fødsel erfares av kvinner med diabetes type 1, og utvikle en foreløpig modell av denne reisen for å hjelpe fremtidig forskning og tjenesteyting.
Metode/ Instrument	Naturalistisk studie. Datainnsamling fra Diabetes Counselling Online (DCO). Data ble innsamlet fra samtaler gjennom email-kamerater og email-rådgivning, gravid-forum og “Your stories” på nett og facebookside “Pregnancy and Parenting”. De-identifiserte tekster ble gitt av DCO og dataanalyseverktøyet NvIVO ble brukt for diskriptiv analyse.
Deltagere/fracfall	Data fra 93 kvinner fra forskjellige kilder. Av de kvinnene som ikke var anonymiserte (23 stk) ble samtykke om å delta i studien gitt, kun 8/23 samtykket å bli med i studien. 15 av disse ønsket dermed ikke å delta.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • I planleggingsfasen og under svangerskapet var kampen om å balansere diabeteshåndteringen med andre aspekter i livet; som jobb, familie og sosialt liv, altoppslukende. • Kvinnene aksepterte og forventet fokus på det medisinske. Noen syntes det var betryggende med ekstra kontroller og undersøkelser. Noen ville ikke fortelle helsepersonell at de var gravide eller spørre spørsmål på grunn av dårlige erfaringer eller urealistiske forventninger. Noen følte de ikke ble anerkjent av helsepersonell. • Hvordan kvinnene håndterte sin diabetes før svangerskapet innvirket på hvordan de opplevde graviditeten. En stor bekymring var uforutsigbarheten i blodsukkeret, spesielt hypoglykemi. Bruk av eksisterende kunnskap og søken etter ny kunnskap var viktigst under svangerskapet. Kvinnene ville forstå mest mulig og bruke kunnskap de hadde fra før for å håndtere graviditeten best mulig • Under graviditeten var det fokus på barnet og bekymringer; som var kvalitativt forskjellig. Under svangerskapet var kvinnene ute etter anerkjennelse, beroligelse og normalisering av opplevelsene de hadde. De opplevde også stress og bekymring for fremtiden • Gode relasjoner med partner og annen familie var viktig • For de som følte de måtte ha den mest sunne og beste opplevelsen som mulig var sosial identitet og støtte viktig. Spesielt var oppmuntring og bekreftelse viktig under graviditeten
Etisk vurdering	Institusjonell etisk godkjenning ble innvilget for å få tilgang på anonymiserte, arkiverte opptak fra rådgivning og email-samtaler. Individuelle samtykker ble hentet fra kvinner som ble inkludert i studien gjennom Facebookside “Pregnancy and Parenting”.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 6

Forfattere	King, Rosemary og Sally Wellard
År	2007
Land	Australia
Tidsskrift	Midwifery
Tittel	“Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia”
Hensikt	Utforske kvinners erfaringer rundt prekonseptuell planlegging og graviditet med diabetes type 1, og å beskrive kvinnenes engasjement med helsepersonell under denne perioden.
Metode/ Instrument	Kollektiv casestudie med bruk av dybdeintervju og tematisk analyse. Intervjuene foregikk ansikt-til-ansikt eller over telefon, på et sted og til en tid som passet for deltakeren. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak.
Deltagere/fracfall	7 kvinner gikk med på å delta i studien. Ingen fracfall av disse.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Svangerskapsopplevelsen: Dominert av streng blodsukkerregulering, nye og ukjente symptomer på hypoglykemi, flere episoder med føling og vekttoppgang. Pga. vansker med å gjenkjenne symptomer følte kvinnene at de mistet kontroll og selvtillit vedrørende diabeteshåndteringen. I andre og tredje trimester opplevde noen at insulinbehovet ble større og mer uberegnelig, noe som krevde hyppigere blodsuktermålinger. Noen opplevde også at helsepersonell skapte et press om å følge med på blodsukkeret og måle ofte. En deltaker gikk en del opp i vekt fordi hun hadde vansker med å regulere insulindosene og fikk lavt blodsukker som følge, og på grunn av dette måtte hun spise mer og oftere. • Opplevelsen av helsevesenet: Tilgjengeligheten på diabetesspesialister var variabelt for kvinnene i denne studien, da noen bodde i landlege områder i Australia. De var heldige hvis en lokal behandler hadde erfaring med diabetes og graviditet og hadde tid. Kvinnene hadde også forskjellige opplevelser med helsevesenet, noen ble tryggere og fikk mer selvtillit etter å ha møtt støttende helsepersonell som var kunnskapsrike og anerkjente den harde jobben kvinnene gjorde. Telefonsamtaler og email forbedret kommunikasjonen. Andre opplevde å møte helsepersonell med autoritær tilnærming som var belærende når det gjaldt diabetesregimet. De følte at selvtilliten deres ble undergravd og ble bekymret for barnet og følte skyld. • Informasjon og kunnskap: Kvinnene opplevde store gap og avvik i informasjon fra helsepersonell, noe som kunne komme av begrensede nivåer av erfaring og kunnskap om diabetes og graviditet for helsepersonell i de landlege områdene. De opplevde å få ulik informasjon om forløpet og/eller potensielle utfall. Noen av kvinnene opplevde begrenset med støtte fra helsepersonell fordi kvinnene selv kunne like mye eller mer enn hva helsepersonellet kunne bidra med.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble hentet fra Human Research Ethics Committee. Alle deltakerne fikk et skjema med enkelt språk som forklarte studien og hva deltakelsen ville innebære. Alle kvinnene signerte også samtykke før de deltok.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 7

Forfattere	Lavender, Tina, Mary Jane Platt, Ediri Tsekiri, Ian Casson, Sheena Byrom, Lisa Baker og Stephen Walkinshaw
År	2009
Land	England
Tidsskrift	Midwifery
Tittel	“Women`s perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes”
Hensikt	Å utforske erfaringene til kvinner med diabetes type 1 og 2 (britiske kvinner og sør-øst-asiatiske) og deres opplevelse av hvilken innvirkning diabetessykdommen har på deres reproduktive helse.
Metode/ Instrument	En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Bakgrunnsdata ble samlet inn før intervjuene med et spørreskjema. Det ble satt opp en semi-strukturert samtaleplan hvor det ble gjennomført individuelle intervju, hjemme eller på privat rom på sykehus, og fokusgruppe intervju på sykehuset. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak.
Deltagere/fracfall	49 kvinner mottok et informasjonsskriv om studien og spørsmål om å bli med, 22 takket ja. 7 av 22 hadde diabetes type 2, 15 hadde type 1. Av alle deltakerne var 14 gravide, 10 av dem med diabetes 1.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Å gi fra seg personlig kontroll: under graviditeten kom det frem at kvinnene følte mangel på personlig kontroll ved blant annet å måtte gjøre alt de kunne for deres egen helse og barnets helse. • De følte frustrasjon rundt et omsorgssystem som forstyrret dagliglivets rutiner og krav, samt å gi kontrollen over til noen andre som helsepersonell eller andre – men de britiske kvinnene syntes det var greit å gi fra seg kontrollen til andre, da de antok at det kunne bli komplikasjoner i svangerskapet • Graviditeten overskygget av diabetes: alle gravide som deltok kommenterte en skuffelse ved at kontrollene på sykehus ble overstyrt av diabetes, og ikke graviditeten. En gravid, britisk kvinne opplevde at timene på sykehuset var fakta- og medisinbaserte. Opplevde lettelse i uke 28 da hun så jordmor for første gang og hun anerkjente at det var et barn i magen • Emosjonelt stress/bekymring: blant annet grunnet mangel på personlig forberedelse, skyldfølelse for ikke å ha forberedt seg og utilstrekkelig informasjon.
Etisk vurdering	Godkjent av etisk forskningskomité. Skriftlig samtykke ble hentet fra deltakerne, de fikk et informasjons-skriv og mulighet til å diskutere studien i et møte. Deltakerne ble gitt tid til å tenke på om de ville delta i studien og de fikk velge om de ville ha individuelt intervju eller fokusgruppe – tid ble avtalt etter kvinnenens ønsker og behov.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 8

Forfattere	McGrath, Maeghan og Joan C. Chrisler
År	2017
Land	USA
Tidsskrift	Health Care for Women International
Tittel	“A lot of hard work, but doable: Pregnancy experiences of women with type 1 diabetes”
Hensikt	Å få bedre innsikt i personlige svangerskaps erfaringer med diabetes type 1, og belyse tanker kvinnene hadde rundt forbedringer når det gjaldt oppfølging og behandling under svangerskapet og få mer forståelse rundt hvordan de opplevde svangerskapet.
Metode/ Instrument	Semi-strukturelle intervju gjennom Skype og lydopptak, kvalitativ deskriptiv analyse av lydopptakene.
Deltagere/fracfall	15 kvinner ble spurt om å delta gjennom intervju. 6 av disse responderte ikke, 9 svarte ja – hvor én av disse foreslo en deltaker; som også takket ja. 10 deltakere var inkludert i studien.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinnene mente at det er motiverende å tenke på at man ikke bare er flink for seg selv, men også for barnet. 70% av kvinnene uttrykte at svangerskapet var lett. Likevel følte mange på skam, frykt • Hardt arbeid, sykdomsfokus, strengt blodsukkerregime • Halvparten av kvinnene anerkjente at progresjon innen teknologi og forskning fører til en lettere og mindre komplisert graviditet for kvinner med diabetes type 1. • Aksept av blodsukkerregulering og at målingene ikke alltid kan være perfekte kan være vanskelig, mange følte seg mislykkede om målingene ikke var innenfor anbefalte verdier – de jobbet hardt og mer enn vanlig (ikke-gravid) for å holde blodsukkeret stabilt, men så ofte ikke resultater. Følte på usikkerhet og mangel på kontroll fordi kroppen reagerte annerledes som gravid. • 80% av deltakerne følte at de var uforberedt til svangerskapet og at informasjonen de hadde fått ofte ikke stemte overens med deres personlige erfaringer av eget svangerskap. Hørte om skremmende og negative historier, mens de ikke opplevde det slik selv. • God støtte i venner, familie og helsepersonell viser seg å være viktig, samt kommunikasjon med andre kvinner med diabetes type 1.
Etisk vurdering	Godkjent av Institutional Review Board at Connecticut College. Alle deltakerne ble tilsendt et informert samtykkeskjema dagen før intervju. Gjennom dette skjemaet ble de også informert om hvordan intervjuene skulle foregå og at det ville bli tatt lydopptak. De fikk også vite at all data som ble innhentet var konfidensiell.
Kvalitets-vurdering	God.

Artikkel 9

Forfattere	Singh, Harsimran, Karen Ingersoll, Linda Gonder-Frederick og Lee Ritterband.
År	2019
Land	USA
Tidsskrift	Diabetes Spectrum
Tittel	“«Diabetes Just Tends to Take Over Everything»: Experiences of Support and Barriers to Diabetes Management for Pregnancy in Women With Type 1 Diabetes”
Hensikt	Utforske kvinners erfaringer rundt diabeteshåndtering (type 1) i svangerskapet, og deres erfaringer med støtteapparatet som kan påvirke deres selvstendige mestring av sykdommen i samme periode
Metode/ Instrument	Kvalitative intervju med åpne spørsmål ble gjennomført over telefon, intervjuene ble tatt opp. Opptakene ble transkribert og analysert ved hjelp av en induktiv tematisk analyse.
Deltagere/frafall	27 kvinner var interessert i å delta i studien, 3 av disse kunne ikke kontaktes tross interesse, og 9 andre frafalt på grunn av problemer med å møte opp. 15 deltakere endte opp med å delta.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle bekymringer: potensiell innvirkning på barnets helse og utvikling, håndtering av uventede høye blodsukkermålinger • Utfordringer: konstant press om stabilt og bra blodsukker, følge streng diett, håndtere dagligdagse krav og gjøremål og møte opp på ekstra sykehuskontroller • Kontakt med helsepersonell: behov for motivasjon og emosjonell støtte, misnøye med å bli møtt med skremme-taktikk som metode for å motivere til å innfri mål i blodsukkerverdier • Støtteapparat som kan gjøre blodsukkerreguleringen lettere: høy selvmotivasjon for å ha et suksessfullt svangerskap, partnere og familie som støtte, pålitelig helsepersonell og at de er lett tilgjengelig
Etisk vurdering	Godkjent av Institutional Review Board of the University of Virginia in Charlottesville. Deltakerne skulle selv melde interesse om de ville bli med i studien, de fikk deretter informasjon om de aktuelle forskningsprosedyrene, samtykkeprosessen og de fikk avtale tid for intervju etter eget ønske for at det skulle passe for deltaker selv.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 10

Forfattere	Stenhouse, Elizabeth, Gayle Letherby og Nicole Stephen
År	2012
Land	England
Tidsskrift	Midwifery
Tittel	“Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services”
Hensikt	Å undersøke erfaringene rundt barselomsorgen benyttet av kvinner med kompliserte svangerskap grunnet pre-eksisterende diabetes (type 1 og 2). Dette for å få en dypere forståelse av tjenestebruk og identifisere aspektene av tjenestene som disse kvinnene ville forbedret.
Metode/ Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltagere/fracfall	20 deltagere. 12 gravide kvinner med DMT1 eller DMT2 og 8 pårørende.
Hovedfunn	<p>Empatisk omsorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ønske om at omsorgen var mer fokusert på deres svangerskap og ikke deres diabetes. • Kunne tenke seg å stille spørsmål med tema relatert til svangerskap, slik som for eksempel fødsel. Dette var noe de ikke følte seg komfortable nok til å gjøre. • Mens ekspertise og spesialisert kunnskap var en stor del av teamet, følte kvinnene derimot at empati og følelsesmessig støtte var mangelfullt. • Kvinnene ønsket å bli anerkjent og verdsatt av helsepersonellet for det ekstra presset som settes til deres egen ekspertise knyttet til et svangerskap med diabetes. <p>Følelse av å bli dømt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtlige kvinner følte seg dømt av teamet med helsepersonell. De følte at de ikke ble sett som mennesker, men heller som HbA1c nivåer. De følte at de ikke kunne stille spørsmål eller ytre sine egne bekymringer, samt at deres kunnskaper ikke ble verdsatt. De følte seg misforstått. • Det var forskjellige deltagende helsepersonell i teamet fra uke til uke. • Følte det stressende å dra til svangerskapsklinikken. <p>Ekspertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere av kvinnene så på seg selv som eksperter på sine egne erfaringer og på deres egen diabetesomsorg. • Stolte på at familiemedlemmer, spesielt mødrene deres som også tok del i diabetesomsorgen. Kvinnene følte seg frustrerte når helsepersonellet ikke verdsatte pårørendes ekspertise. • Noen ønsket å stole på de profesjonelles ekspertise, men ble skuffet og måtte fortsette å stole på familiemedlemmene.
Etisk vurdering	Godkjent av Cornwall and Plymouth Ethics Committee, ble gjennomført med bakgrunn i etiske retningslinjer fra British Sociological Association og prinsipper for god klinisk praksis. Deltakerne fikk velge tid og sted for intervju, informert samtykke ble innhentet.
Kvalitetsvurdering	God.

Artikkel 11

Forfattere	Woolley, Maria, Colin Jones, Joanna Davies, Usha Rao, David Ewins, Sunil Nair og Frank Joseph
År	2015
Land	UK
Tidsskrift	Practical Diabetes
Tittel	“Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women’s first experiences”
Hensikt	Utforske deltakernes subjektive erfaringer med å være gravide og ha preeksisterende diabetes type 1, og om disse erfaringene endres i løpet av svangerskapet og etter fødsel.
Metode/ Instrument	Intervju, én-til-én, lydopptak og transkribering av disse. Dataanalyse ble utført med bruk av Colaizzi metode.
Deltagere/fracfall	7 deltakere. 2 av deltakerne deltok på alle de tre oppsatte intervjuene, mens de fem andre deltok på 2 intervju og kunne ikke delta i et tredje på grunn av ulike årsaker som: tidsproblemer, preterm fødsel, møtte ikke opp, forsinket respons.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskap: Kvinnene følte empowerment og styrke til å håndtere svangerskapet gjennom kunnskap og støtte. Informasjon om insulinbehov og endringer av dette under svangerskapet var ikke like godt forklart, noe som kunne skape stress og bekymring. Noen av deltakerne brukte internett som kunnskapskilde i tillegg til informasjon fra helsepersonell, da de følte at noe informasjon ikke var tydelig nok forklart • Fysisk og psykisk påvirkning: Kvinnene følte at de ikke alltid ble anerkjent for det de må igjennom under svangerskapet. Nye utfordringer gjorde også at de følte en slags bitterhet eller ergrelse mot den kroniske sykdommen. Flere følte også på et fokus på negativitet og det medisinske, ikke så mye på graviditeten og det å skulle få et barn. • Kontroll og tillit: én deltaker forklarte at hun følte kontroll over sykdommen sin fordi hun hadde hatt den i så mange år, så ble bestemt at hun ikke kunne fortsette med insulinpumpe og at hun da følte at hun mistet kontroll. • Katalysator til handling: Graviditeten virket som en oppvekker og gjorde at de følte mestring og at de ville fortsette det gode løpet etter svangerskapet også. • Kvinnene følte empowerment gjennom individualisert omsorg, fleksibel og lett tilgjengelig støtte og tjeneste. Kontinuitet og kjent helsepersonell var viktig. En deltaker uttrykket frustrasjon i møte med personell som ikke visste noe om bakgrunnen hennes. • Oppmøte og intervensjon: Hyppige kontroller tok mye tid. Noen følte seg betrygget, andre følte det var slitsomt og tidkrevende.
Etisk vurdering	Godkjent av National Research Ethics Service Committee Northwest-Cheshire. Informert samtykke ble hentet fra alle deltakerne. For å gjøre det enklere og mindre tidkrevende for kvinnene ble intervjuene satt opp i sammenheng med allerede oppsatte kontroller på sykehuset.
Kvalitetsvurdering	God.

Vedlegg 5: Eksempel på utfylt sjekkliste for kvalitetsvurdering

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie


Hvordan bruke sjekklisten
Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten
Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister.
Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP-UK [oppdatert 2017]; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

«Type 1 diabetes and pregnancy: a phenomenological study of women's first experiences.»

Hensikt: Hvordan kvinner opplever å være gravid og ha preeksisterende diabetes type 1, og om denne opplevelsen endrer seg gjennom svangerskapet og i postnatal periode.

Fordi oppfølgingen av svangerskap med kjent diabetes er i ferd med å bli standardisert. Men for å optimalisere svangerskapsopplevelsen lurer de på om kvinnes sosiale, psykososiale, emosjonelle og edukasjonelle behov blir møtt.

Ja, problemstillingen er relevant.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Målet var å utforske kvinners erfaringer - kvalitativ metode vil gi best svar på dette.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Inklusjonskriterier var beskrevet, én-til-én-intervju ble gjennomført og analyseprosess er forklart.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltakerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Ja, det er klart beskrevet hva slags kriterier de hadde for deltakerne i studien. Utvalgsstrategi: Deltakere ble valgt ut ifra kriterierene, og de som viste interesse i å bli med i studien fikk et informasjonsark og spurt om de ville bli med. Ja, det blir forklart at noen kom til alle intervjuene, mens noen bare gjennomførte to intervju på grunn av tidsproblemer, pretem fødsel, ikke møtt opp osv. Karakteristika er beskrevet: alder, etnisitet, alder ved diabetesdebut osv.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valgt av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? (Eks. intervjuer (semistrukturerte dybdintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.)
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (Eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (Eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Ja, det ble valgt å gjennomføre intervju som sammenlåt med allerede avtalte timer på sykehuset for kontroll for å gjøre møtene mest mulig produktive og bekvemlige. Det ble gjennomført én-til-én-intervju med deltakere på 30-40 minutter.

Datainnsamlingen er beskrevet, det ble brukt åpne spørsmål for å starte samtaler og diskusjoner i første intervju, og de ble oppfordret til å komme med temaer som de selv syntes var viktige. Spørsmålene brukt i intervjuene kommer frem.

Ja: Det ble tatt lydopptak av intervjuene med to digitale opptakere. De ble hørt tre ganger før de ble transkribert ordrett, også ble de lest seks ganger i ulike anledninger. Ja, metning av tema er diskutert - få deltakere, men de avsluttede intervju da de mente individuell metning ble nådd.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltakerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Informert samtykke ble innhentet fra alle deltakere. De som var interessert i å bli med i studien fikk et informasjonskrav for deltakere og ble spurt om de var interessert i å bli med ved deres påfølgende kinnkbeasak.

De var klare på at spørsmålene i intervjuene var åpne, og de oppfordret kvinnene til å ta opp temaer de selv syntes var viktige.

Godkjent av National Research Ethics Service Committee Northwest-Cheshire.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntattitet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av tinnspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Det er beskrevet i metododel at intervjuene foregikk én-til-én med forsker i en informell setting på sykehuset. Forsker er utdannet jordmor. I dataanalysen skriver de at intervjuetektene ble lest seks ganger av forsker for at forsker skal oppnå bedre kjennskap til fenomenet og bli godt kjent med funnene og innholdet i intervjuene. Prosessen som ble brukt underbygger troverdigheten av funnene, og studien er fagfellevurdert for å bekrefte reliabiliteten av datainnsamlingen og analyseprosessen.

Vi finner ikke at det er gjort noen endringer underveis i studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som ble brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Colizzi metode.

Ja, de ulike trinnene i analysen er beskrevet. Opplysningene ble hørt på tre ganger, så transkribert ordrett av forsker. Så ble Colizzi metode brukt. Hver tekst ble lest seks ganger, så ble viktige utsagn trukket fra teksten og formulert om til klynger av temaer.

Ja, sitat og temaer henger sammen.

Ja.

De beskriver også data som var motsidende til temaene, forskjeller som deltakere opplevde.

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

Spøkkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbrev. Sist oppdatert april 2018. Side 4 av 6

Spøkkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbrev. Sist oppdatert april 2018. Side 5 av 6

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA UKLART NEI

Tips: Kategorier eller mønstre som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreliggende skitninger med studiebyktene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og mot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Data og intervjuetektene ble lest av diabeteskonsulent og temaene ble diskutert med et forskerteam for å bekrefte reliabiliteten av datainnsamlingen og for å vurdere analyseprosessen. Andre kilder er brukt.

I diskusjonen lar de opp styrker og svakheter i studien. F.eks. at det er få deltakere og at de kun representerer en etnisk gruppe, og ikke andre etniske grupper.

Ja.

Ja, funnene er diskutert og underbygger hensikten i studien.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Ja, de foreslår hva som bør gjøres i praksis ut fra funnene i studien, og de ønsker at studien kan bidra til å optimisere helsetil- og omsorgstjenesten til gravide med type 1 diabetes.

De larer på om det kan være aktuelt å gjøre lignende studier for kvinner med svangerskapsdiabetes eller diabetes type 1, for å se om disse opplever svangerskapsdiabetes på en annen måte og om de har egne behov som ikke blir møtt. De ønsker også å forske på kvinner under 20 år for å se om funnene derfra kan sammenlignes med de eldre som ble gjort i denne studien.

Ja.

Spøkkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbrev. Sist oppdatert april 2018. Side 6 av 6

Vedlegg 6: Oversiktstabell for temaer i artikler

Hoved- og undertemaer	Referansenummer for artikkel (se Vedlegg 4)	Antall artikler med samme tema
Strengt diabetesregime	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11	10
Konstant press	2, 3, 4, 9	4
Hyppige blodsuktermålinger og sykehuskontroller	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11	8
Utfordrende å balansere regimet med jobb og dagligliv	1, 2, 3, 5, 7, 9	6
Negative erfaringer med helsetjenesten	1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11	8
Overskyggende sykdomsfokus	1, 2, 3, 5, 7, 10, 11	7
Mangel på anerkjennelse	9, 10, 11	3
Mangel på informasjon	6, 7, 8	3
Bekymring og angst for egen og barnets helse	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9	7
Mangel på kontroll	1, 2, 6, 7, 8, 9, 11	7
Frykt for at noe skulle skje barnet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9	8
Skyldfølelse	2, 3, 4, 9	4
Positive erfaringer	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	10
Familiestøtte	1, 5, 8, 9, 10, 11	6
Støtte fra helsepersonell	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11	8
Barnet var den største motivasjonsfaktoren	1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11	8