



Universitetet
i Stavanger

INA JEANETTE M. MÅL & BORGHILD REIME GRAVDAL
VEILEDER: EVA CHRISTINA FURSKOG-RISA

Å leve med svangerskapsdiabetes

En metasyntese om gravide kvinners følelsesmessige utfordringer i møtet med seg selv, helsepersonell og nærmiljøet

Masteroppgave, 2024

Master i jordmorfag

Universitetet i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Antall ord: 16784



Forord

Høsten 2022 møtte to spente flerbarnsmødre opp på Universitetet i Stavanger. Nå, nesten to år senere er vi snart ferdig utdannede jordmødre. Dette har vært noen krevende år for både oss og familiene våre, samtidig som det har vært en fantastisk og lærerik reise for oss begge. Vi har fått mulighet til å utvikle oss stort både faglig og personlig.

Vi ønsker å takke hverandre for god tålmodighet, mange timer med Teams, refleksjoner, diskusjoner og skriving. Vi ønsker videre å takke våre familier for god støtte, universitetsbibliotekar Katharina Töpfer for hjelp til litteratursøk, og våre medstudenter og deres veiledere for gode refleksjoner under masterseminar og opponentskap. Til slutt ønsker vi å takke vår veileder Eva Christina Furskog-Risa for uvurderlig veiledning og støtte gjennom prosessen. Vi er svært takknemlig for at du har delt med din faglige kunnskap, dine refleksjoner og dine konstruktive tilbakemeldinger gjennom disse månedene (og årene).

Gjennom denne oppgaven har vi fått gjort mange dypdykk i hvordan kvinner med svangerskapsdiabetes erfarer å leve med denne diagnosen. Det har vært et spennende arbeide som har skapt mye refleksjon og ettertanke hos oss. Vi håper og tror at arbeidet med denne oppgaven vil være med å gjøre oss ekstra bevisst på disse kvinnenes behov for støtte og oppmuntring videre i vår karriere.

Stavanger, 2024

Ina Jeanette Modalsli Mål og Borghild Reime Gravdal

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for studien.....	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	9
1.3 Oppgavens avgrensninger.....	10
1.4 Begrepsavklaring.....	10
1.4.1 Svangerskapsdiabetes.....	10
1.4.2 Kostregulert eller medikamentkrevende svangerskapsdiabetes.....	12
1.4.3 Pasient.....	12
1.4.4 Helsepersonell.....	13
1.5 Oppgavens disposisjon.....	13
2.0 Teoretisk perspektiv.....	14
2.1 Helsefremming.....	14
2.2 Salutogenese.....	14
2.2.1 Opplevelsen av sammenheng.....	14
2.2.2 Generelle motstandsressurser.....	15
2.2.3 Forskjellen mellom salutogenese og patogenese.....	15
3.0 Metodekapittel.....	17
3.1 Forfatterens forforståelse.....	17
3.2 Tematisk metasyntese.....	18
3.3 Forberedelse til søkeprosessen.....	18
3.4 SPIDER og PICO.....	19
3.4.1 Tabell 1 - SPIDER-skjema.....	19
3.4.2 Tabell 2 - PICO.....	20
3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
3.5.1 Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
3.6 Søkeprosessen og databasevalg.....	21
3.6.1 Figur 1 - Søkestrategi og antall treff i forskningslitteratur databasen Embase.....	22
3.7 Inklusjon og eksklusjon av aktuell forskningslitteratur.....	22
3.7.1 Figur 2 - PRISMA flytskjema.....	24
3.8 Vurdering av artiklenes kvalitet.....	24
3.8.1 Tabell 4 - Kritisk kvalitetsvurdering.....	25

3.9	Presentasjon av inkluderte artikler	26
3.10	Etiske overveielser	29
3.11	Tematisk syntese	30
4.0	Tematisk syntese og resultat.....	31
4.1	Linje-for-linje koding.....	31
4.2	Deskriptive tema	32
4.2.1	Tabell 5 - Deskriptive tema	32
4.2.2	Tabell 6 - Eksempel fra sammenfatning av koder sortert under deskriptive tema	33
4.3	Analytiske tema	33
4.3.1	Figur 3 - Fra deskriptive tema til analytiske tema.	35
4.4	Resultater	35
4.4.1	Selvbebreidelse, skam og tanker om fremtiden	35
4.4.2	Møtet med helsepersonell – psykisk støtte og fryktbasert omsorg.....	37
4.4.3	Integrering i hverdagen – Å ta grep i hverdagen mens man føler seg som en byrde.....	39
5.0	Diskusjon.....	42
5.1	Resultatdiskusjon	42
5.1.1	Figur 4 - Fremstilling av analytiske tema	43
5.1.2	Selvbebreidelse, skam og tanker om fremtiden	43
5.1.3	Møtet med helsepersonell – Psykisk støtte og fryktbasert omsorg.....	45
5.1.4	Integrering i hverdagen – Å ta grep mens man føler seg som en byrde	48
5.2	Metodediskusjon	49
5.2.1	Intern validitet.....	50
5.2.2	Ekstern validitet.....	52
6.0	Avslutning	54
6.1	Konklusjon.....	54
6.2	Implikasjoner for faget og videre forskning.....	55
	Litteraturliste	57
	Vedlegg	61
	Cinahl - søkelogg januar 2024.....	61
	Pubmed - søkelogg januar 2024	62
	Systematisk oversikt over koder i artiklene.....	63

Sammendrag

Tittel: Å leve med svangerskapsdiabetes: En metasyntese om følelsesmessige utfordringer i møtet med seg selv, helsepersonell og nærmiljøet.

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske kvinners subjektive opplevelser av å leve med svangerskapsdiabetes. Studien søker å bidra til en dypere forståelse av de psykososiale konsekvensene av svangerskapsdiabetes.

Problemstilling: «Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever gravide kvinner med svangerskapsdiabetes?»

Metode og materiale: Systematiske litteratursøk ble gjennomført i tre databaser: CINAHL, PubMed og EMBASE. Etter grundig kvalitetsvurdering ble 11 kvalitative forskningsartikler fra primærstudier inkludert til analysen. Disse studiene inkluderte til sammen 237 kvinner. Artiklene ble analysert ved hjelp av Thomas og Hardens (2008) tre-trinns analysemetode for tematisk metasyntese.

Hovedresultat: Analysen avdekket tre analytiske tema; "*Selvbebreidelse, skam og livet videre*", omhandlet kvinners internaliserte stigma i møtet med svangerskapsdiabetes. "*Møtet med helsepersonell - Psykisk støtte og fryktbasert omsorg*» viste oss at kvinner opplever komplekse følelser i møtet med helsepersonell, og man ser et stort behov for mer individualisert tilpasset informasjon. "*Integrering i hverdagen – Å ta grep i hverdagen mens man føler seg som en byrde*" handlet om kvinners behov for støtte fra nærmiljøet, og viste oss blant annet at kvinner finner stor støtte i internettkgrupper.

Konklusjon: Diagnosen overrasker mange, og forårsaker følelser av skyld og skam. Mangel på informasjon og støtte forsterket den psykologiske belastningen. En helhetlig tilnærming, som styrker kvinnenens indre ressurser og mestringsevne, kan redusere den psykiske belastningen og øke livskvaliteten.

Nøkkelord: Svangerskapsdiabetes, selvfølelse, omsorg, helsepersonell, helsefremming, salutogenese, relasjoner, støtte, helsevesen, refleksjon, opplevelse.

Abstract

Title: Living with gestational diabetes: A metasynthesis on emotional challenges in encounters with oneself, healthcare professionals and support network.

Aim: The purpose of the study was to explore women's subjective experiences of living with gestational diabetes. The study aims to contribute to a deeper understanding of the psychosocial consequences of gestational diabetes.

Thesis question: "What emotional challenges do pregnant women with gestational diabetes experience?"

Method and material: Systematic literature searches were conducted in three databases: CINAHL, PubMed, and EMBASE. Following thorough quality assessment, 11 qualitative research articles from primary studies were included in the analysis. These studies comprised a total of 237 women. The articles were analyzed using Thomas and Harden's (2008) three-step thematic metasynthesis approach.

Results: The analysis revealed three analytical themes: «*Self-blame, shame and moving forward*» addresses women's internalized stigma when facing gestational diabetes. «*Encounters with healthcare providers – Emotional support and fear-based care*» demonstrates the complex emotions women experience when interacting with healthcare providers, highlighting the need for more individual tailored information. «*Integration into everyday life – To change your daily routines while feeling like a burden*» explores women's need for support from their social environment, showing, among other things, that women find great support in online forums.

Conclusion: The diagnosis came as a surprise to many, triggering feelings of guilt and shame. Lack of information and support aggravates the psychological burden. A holistic approach, which strengthens women's inner resources and coping abilities, can alleviate the psychological burden and improve quality of life.

Keywords: Gestational diabetes, self-esteem, care, healthcare providers, health promotion, salutogenesis, relationships, support, healthcare system, reflection, experience.

1.0 Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunnen for valg av tema, oppgavens hensikt og problemstilling, og dets avgrensninger. Det følger en begrepsavklaring før oppgavens disposisjon blir presentert til slutt.

1.1 Bakgrunn for studien

Forfatterne av denne studien er avgangsstudenter ved Universitetet i Stavanger sin masterutdanning i jordmorfag. Vi er begge flerbarnsmødre, og en av oss har selv hatt svangerskapsdiabetes i sine tre svangerskap. Gjennom forelesninger på jordmorstudiet ble vi presentert for én bestemt artikkel som vekket nysgjerrigheten i oss. Forskningsartikkelen til Toft, Økland og Risa (2022) hadde som hensikt å finne ut hvordan gravide kvinner med svangerskapsdiabetes hadde erfart oppfølgingen fra primærhelsetjenesten gjennom svangerskap og i tiden etter fødsel. Forfatterne ønsket også å utforske kvinnenes holdninger til fremtidig diabetesrisiko og deres motivasjon for livsstilsendringer. I artikkelen presenteres resultatene i form av fire hovedtema. Et av temaene er kalt «stigma and shame». Resultatene under dette hovedtema beskriver at noen av kvinnene var i sjokk over å få diagnosen, at mange hadde manglete kunnskap om svangerskapsdiabetes, og at mange opplevde sårende kommentarer fra omgivelsene. De fleste av deltakerne assosierte diagnosen med usunne kostholdvaner, som deretter førte til skam over å ha satt barnet sitt i potensiell fare (Toft et al., 2022). Denne artikkelen, og dens funn, inspirerte oss til å utforske videre hvordan kvinner opplever det å ha svangerskapsdiabetes, og hvilke følelsesmessige utfordringer opplever de? Gjennom forelesninger, praksiserfaringer og med kunnskapen om den økende forekomsten av svangerskapsdiabetes, er vi svært inspirert til å utføre en studie hvor vi forhåpentligvis vil åpne andres, og våre egne øyne for hvordan vi som helsepersonell kan bidra til at kvinnene opplever seg møtt på en empatisk måte, samtidig som vi skal informere, veilede, støtte og motivere kvinnene.

Allerede i arbeidet med prosjektplanen gjorde vi flere mindre litteratursøk som gjorde oss oppmerksomme på noe av forskningen som allerede finnes på emnet. En studie gjort i England beskrev to hovedtemaer om kvinnenes opplevelser med svangerskapsdiabetes; det ene var de sosiale og økonomiske stressfaktorene ved å ha diagnosen, og det andre var at de opplevde å bli stigmatisert av helsepersonell. De opplevde at det var et stort press på å gjøre store livsstilsendringer, og at deres svangerskap ble mye mer komplisert enn de hadde sett for

seg. Kvinnene poengterte at sunn mat ofte var dyrere enn rask, mindre sunn mat. De opplevde at de ble beskyldt for å ikke ha en sunn nok livsstil (Jarvie, 2017). I en annen britisk studie fortalte flere kvinner om hvordan de følte seg mistrodd av helsepersonell når de la frem glukosemålingene sine, og om hvordan de følte seg stemplet som “diabetiker” istedenfor “gravid”. Noen fortalte om gode møter med helsepersonell, men det var også flere som fortalte at de følte seg sett ned på. Holdningene fra helsepersonell gjorde at kvinnene bebreidet seg selv over å ha fått diagnosen svangerskapsdiabetes (Parsons et al., 2018).

I Norge estimeres det at 10% av gravide kvinner utvikler svangerskapsdiabetes gjennom ett eller flere av sine svangerskap (Friis et al., 2020). I andre etniske grupper, samt i store deler av verden er forekomsten enda høyere, opp mot 20-30% av alle gravide (Choudhury & Devi Rajeswari, 2021). Dette er store tall, som viser at det er en økning i antall kvinner med svangerskapsdiabetes. Vår teori er at befolkningen i verden stort sett blir tyngre, eldre og sykere når de får sine barn, og sammen med at stadig flere screenes for svangerskapsdiabetes, er det naturlig at forekomsten øker. I 2022 er det registrert 3346 fødsler i Norge hvor mor hadde svangerskapsdiabetes. I norsk medisinsk fødselsregister kan man også finne at i 2022 hadde 40% av de fødende en pregravid-BMI på $>25 \text{ kg/m}^2$, mens gjennomsnittsalderen for å få første barn er 30,2 år (Medisinsk fødselsregister (MFR), 2022). Folkehelseinstituttet rapporterte at i 2022 utviklet 17,1% av kvinner med fedme svangerskapsdiabetes. Av normalvektige kvinner utviklet kun 3,3% svangerskapsdiabetes. Tallene viser også at andel overvektige kvinner øker med paritet. 43% av de som får sitt tredje barn og 49% av de som får sitt fjerde barn er overvektige (Folkehelseinstituttet, 2023).

Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport at svangerskapsomsorgen må forberede seg på økende oppfølgingsbehov i årene fremover (Folkehelseinstituttet, 2023). Vi vet at dårlig regulert svangerskapsdiabetes er forbundet med en rekke komplikasjoner hos mor og barn, både hypertensive tilstander, induksjon, fødselskomplikasjoner som skulderdystoci, makrosomi og hypoglykemi (Friis et al., 2020). Svangerskapsdiabetes kan derfor være potensielt svært skadelig. Det er et så stort omfang av diagnosen i dag, at man må kunne kalle det et samfunnsproblem. Når omfanget blir så stort som 10% av Norges befolkning, vet vi at dette krever mye oppfølging både i svangerskapsomsorgen og i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til flere induksjoner, flere komplikasjoner og er derfor en stor økonomisk belastning for helsevesenet og samfunnet for øvrig.

Det er dystre tall, som betyr at dette at det et økende behov for jordmødre og annet helsepersonell med kompetanse om diagnosen. Vi skal behandle kvinner gjennom svangerskap og fødsel som er sykere, eldre og tyngre enn før. Det vil derfor være en viktig del av jordmoryrket å ha kunnskap om, og kompetanse i, hvordan man møter disse kvinnene best mulig. Ikke bare fordi de trenger økt overvåkning og er selektert som risikofødende kvinner, men også fordi de trenger vår informasjon, vår empati, vår forståelse og våre heiarop. Så hvordan finner man den delikate balansen mellom harde fakta og profesjonell omsorg? Hvordan forteller man noen om risikofaktorene ved å ha svangerskapsdiabetes, uten å skulle skape dårlig samvittighet, skam og selvbekredning hos kvinnene? Ønsket vårt med denne studien er å sikre oss kompetanse i hvordan kvinner opplever å leve med svangerskapsdiabetes slik at vi kan være bedre rustet til å møte dem, være enda mer klar over deres behov og deres tanker. Gjennom økt forståelse ønsker vi at kvinner skal føle seg motivert til å foreta nødvendige livsstilsendringer, med oss som støtteapparat.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å oppnå en dypere forståelse av hvordan kvinners liv påvirkes av å leve med svangerskapsdiabetes under svangerskapet, fødsel og i tiden etter. Gjennom bruk av tematisk syntese ønsker vi å systematisk analysere og syntetisere funn fra kvalitativ forskning, på tvers av flere studier som alle omhandler samme fenomen. Den tematiske syntesen handler om å finne fellesnevnerne, mønstre og likheter i litteraturen, for å frembringe ny innsikt. Vi vil bruke den nye innsikten til å fortolke materialet ved løfte det til en dypere forståelse av fenomenet. På denne måten ønsker vi å belyse emnet med ny forskning. Resultatet av syntesen vil presenteres og diskuteres, og det ferdige produkt er en tematisk metasyntese.

Forekomsten av svangerskapsdiabetes er økende i de fleste land i verden, noe som relateres til økende vekt og alder hos fertile kvinner. Det er estimert at 21,1 millioner gravide kvinner i hele verden i 2021 har forhøyet blodsukker i svangerskapet, hvor 80,3 % av disse er svangerskapsdiabetes (*IDF Diabetes Atlas*, 2021). Behandlingen for svangerskapsdiabetes er glukosemålinger, et sunt kosthold, fysisk aktivitet og eventuelt medikamentell behandling med blodsukkersonkende medisiner (Helsedirektoratet, 2023). Det er mye fokus på vekt, kosthold, kostråd og fysisk aktivitet - samtidig som man skal tre inn i rollen som gravid, forberede seg til fødsel og til livet med barn. Men hvordan føles dette for kvinnene? Hvilke

følelser knytter kvinnene til diagnosen sin? Gjennom å ha innsikt i kvinners følelser knyttet til diagnosen håper vi å kunne møte kvinnene med større forståelse i klinikken.

Vår problemstilling lyder som følger:

«Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever gravide kvinner med svangerskapsdiabetes?»

1.3 Oppgavens avgrensninger

I oppgaven gis det en enkel forklaring på hvordan kvinner i Norge screenes for svangerskapsdiabetes, men det vil det ikke beskrives hvordan man utfører det praktiske rundt blodsuktermålinger eller administrering av glukosesenkende medikamenter. Forfatterne vil gi en introduksjon til svangerskapsdiabetes som diagnose, men utelater prosedyrer og praktiske gjennomføringer knyttet til oppfølging i svangerskap, fødsel og barseltid. Dette utelates fordi det er ulike screeninger, prosedyrer, oppfølging med mer i ulike land, og fordi det er svært forskjellig oppfølging alt etter hvordan kvinnens blodsukker er regulert. Oppgaven tar heller ikke for seg hvilke følelsesmessige utfordringer kvinnene opplever under selve fødselen, eller annet som har med selve fødselen å gjøre direkte. Dette er gjort da man anser dette som lite relevant for problemstillingen.

Fordi oppgaven omhandler kvinnenenes subjektive opplevelser vil det ikke inkluderes funn som belyser partner eller helsepersonells opplevelser, tanker eller meninger. Oppgaven vil derfor omhandle kvalitative kilder, da forfatterne er på jakt etter beskrivelser, opplevelser, tanker, erfaringer og meninger. Det er derfor utelatt forskningsartikler med kvantitativ eller mix-method tilnærming. Det er heller ikke inkludert systematiske oversiktsartikler, men forfatterne har brukt flere av dem som en metode som forsøk på å oppsøke litteratur vi kunne gått glipp av gjennom våre litteratursøk.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Svangerskapsdiabetes

Svangerskapsdiabetes er en form for diabetes som utvikles under en graviditet. I de fleste tilfeller oppdages diagnosen i svangerskapets andre eller tredje trimester.

Svangerskapsdiabetes oppstår når kroppen ikke klarer å produsere nok insulin i forhold til insulinresistensen som følger av et normalt svangerskap. Resultatet blir da et forhøyet

blodsukker. Årsaken til at mange kvinner får svangerskapsdiabetes kan både være avhengig av livsstil og/eller genetikk (Friis et al., 2020). Det ene utelukker derfor ikke det andre.

I Norge antas forekomsten av svangerskapsdiabetes å være på rundt 10%, mens i noen etniske grupper antas forekomsten å være opp mot 20% (Friis et al., 2020). På verdensbasis påstår noe forskning at opp mot 25% av gravide kvinner har svangerskapsdiabetes. I land som India antas forekomsten å være opp mot 33% (Choudhury & Devi Rajeswari, 2021).

I Norge sier nasjonale retningslinjer at man kan måle HbA1c hos gravide inntil svangerskapsuke 16 dersom kvinnen har etnisk opprinnelse fra utenom Europa, om kvinnen har førstegrads slektninger med diabetes, om hennes BMI er lik eller over 30 kg/m². Det anbefales også måling av HbA1c hos kvinner som tidligere har hatt svangerskapsdiabetes eller nedsatt glukosetoleranse, hos de som har hatt fødsel- eller svangerskapskomplikasjoner assosiert med stort barn, samt hos de som har født barn over 4500 g (Helsedirektoratet, 2023).

Flerparten av kvinner i Norge får derimot påvist svangerskapsdiabetes mellom svangerskapsuke 24 og 28. En stor del av kvinner i Norge utfører en glukosebelastningstest, hvor kvinnen møter fastende og inntar 75 g glukose oralt. Blodsukkerverdier måles fastende og to timer etter inntak. Per i dag, 2024, er referanseverdiene i Norge fastende > 5,3 mmol/L og/eller >9 mmol/L to timer etter inntak av glukose oralt. Det finnes andre verdier for vurdering av manifest diabetes, både i form av HbA1c og glukosemålinger (Friis et al., 2020). Nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet (2023) skriver at følgende kvinner anbefales å ta glukosebelastningstest:

- Førstegangsfødende over 25 år
- Flergangsfødende over 40 år
- Kroppsmasseindeks over 25 kg/m² før graviditeten
- Etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika
- Tidligere påvist svangerskapsdiabetes eller tidligere svangerskaps- eller fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes (barn med fødselsvekt > 4500 g, fastsittende skuldre eller preeklampsi)
- Førstegrads slektning med diabetes (mor, far, søsken)
- Påvist nedsatt glukosetoleranse i ikke-gravid tilstand.

(Helsedirektoratet, 2023)

Dersom man ikke behandler svangerskapsdiabetes risikerer man komplikasjoner for både mor og barn gjennom svangerskap, fødsel, barseltid og i fremtiden. De mest kjente komplikasjonene i svangerskapet er hypertensive komplikasjoner og høy fødselsvekt (makrosomi) hos barnet (Friis et al., 2020). Hos de aller fleste forsvinner svangerskapsdiabetes etter fødsel, men kvinnen vil ha en mangedoblet risiko for utvikling av diabetes type 2 senere i livet. Det er også høy sannsynlighet for at mor kan utvikle svangerskapsdiabetes ved senere svangerskap (Helsedirektoratet, 2023).

Det foreligger anbefaling om at kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes bør kontrollere HbA1c 4 måneder postpartum, deretter årlig livet ut. Kvinner bør tilbys livsstilsråd for å redusere risiko for diabetes type 2, samt hjerte- og karsykdommer (Friis et al., 2020).

1.4.2 Kostregulert eller medikamentkrevende svangerskapsdiabetes

Den viktigste behandlingen av etablert svangerskapsdiabetes er livsstilsendringer. De første tiltak kvinnen bør rådes til er derfor kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet og opplæring i glukosemålinger kapillært (Friis et al., 2020). Dersom kvinnen klarer å regulere sitt blodsukker (fastende $<5,3$ og to timer etter måltid $<6,7$) kan kvinnen fortsette oppfølging i primærhelsetjenesten. Dette defineres som kostregulert svangerskapsdiabetes. Kvinnen anbefales likevel en obstetrisk vurdering i svangerskapsuke 36 (Friis et al., 2020). Dersom kvinnen ikke kommer i mål med å regulere blodsukkeret sitt gjennom kosthold, eller dersom det er andre faktorer som tilsier det, henvises kvinnen til videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Noen ganger trenger kvinnen glukosesenkende medikamenter for å senke blodsukkeret. I Norge er det mest vanlig at kvinnen tilbys enten metformin eller insulin (Helsedirektoratet, 2023).

1.4.3 Pasient

Gjennom denne masteroppgaven vil vi hovedsakelig omtale kvinner som har og/eller har hatt svangerskapsdiabetes som kvinner. Det kan også forekomme at kvinnene tiltales som deltaker, informant, gravid eller pasient. En pasient er en person som trenger helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Forfatterne vil forsøke å forholde seg til betegnelsen *kvinne*. Det vil ikke gjentas «gravid kvinne med svangerskapsdiabetes» gjennom teksten.

1.4.4 Helsepersonell

I følge helsepersonelloven menes helsepersonell som personer med autorisasjon etter § 48 a, eller personer med lisens etter § 49. Dette omhandler også personell i helse- og omsorgstjenesten, samt i apotek. Elever og studenter under utdanning til helsefaglige yrker defineres også som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999).

I denne studien blir begrepet helsepersonell hovedsakelig brukt om jordmor og lege, og eventuelt annet personell som følger kvinnen opp gjennom svangerskap, fødsel og i barseltid.

1.5 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 vil inneholde beskrivelse av oppgavens bakgrunn og hensikt, samt presentasjon av problemstilling. Videre følger det en beskrivelse av oppgavens avgrensninger og deretter en forklaring på diverse begrep som er mye brukt. Kapittel 2 omfatter en fordypning av oppgavens teoretiske rammeverk. Her vil det ikke bli utdypet noe videre forklaring på fenomenet svangerskapsdiabetes. Det vil her komme en beskrivelse av Aron Antonovskys salutogenese. Videre i kapittel 3 finner man oppgavens metodekapittel. Her vil det gjøres rede for tematisk syntese som metode, forberedelser før og gjennomføring av litteratursøk. Forskningsartiklene som brukes videre i analysen presenteres her i en litteraturmatrikse, og det vil drøftes hvilke etiske overveielser som er gjort gjennom litteratursøk, hvordan man har vurdert artiklens kvalitet, samt en beskrivelse av endelig utvelgelse av aktuell litteratur. Til slutt følger en redegjørelse for analysemetoden til Thomas og Harden (2008), før analyseresultatene presenteres. I kapittel 5 følger metode- og resultatdiskusjon. Her vil forfatterne forsøke å belyse diskusjonen gjennom det teoretiske rammeverk, samt ved å drøfte oppgavens funn i lys av annen forskning. I kapittel 6 følger et avslutningskapittel hvor man presenterer studiens konklusjon, samt implikasjoner for praksis og videre forskning. Oppgavens kapittel 7 inneholder litteraturliste. Vedlegg følger til slutt.

2.0 Teoretisk perspektiv

Malterud beskriver den teoretiske referanserammen som de brillene man tar på seg når man leser materialet (Malterud, 2017b, s. 47). Forfatterne forstår dette som en metode i å forstå meningen bak forskningen, gjennom bruk av modeller, teorier eller definisjoner. Man kan bruke modellene, teoriene og perspektivene som baktepper og inspirasjon gjennom forskningsarbeidet (Malterud, 2017b, s. 188-191). I dette kapittelet presenteres det anvendte teoretiske perspektiv for oppgaven. Gjennom arbeidet med oppgaven var det lenge usikkert hvilke teoretiske perspektiv man ønsket for studien. Dette ble dermed satt til side til etter analysen var påbegynt. Arbeidet med teoretiske perspektiver gikk deretter parallelt med analysen. På denne måten kunne man se noen av resultatene, og finne mer passende teoretiske perspektiv til å belyse oppgavens diskusjoner.

2.1 Helsefremming

Verdens Helseorganisasjon (WHO) beskriver helsefremming som et arbeid hvor mennesket skal gjøres mer i stand til å ta kontroll over, og forbedre sin egen helse (World Health Organization, 1986). Dette forstås som at man må gi mennesket gode forutsetninger for å kunne ta gode valg for sin egen helse. For å kunne ha forutsetning til å ta gode valg er man blant annet avhengig av å inneha nok kunnskap om hva som fremmer god helse.

2.2 Salutogenese

Salus er et latinsk ord, og betyr helse. Mens *genesis* er gresk, og betyr opphav eller opprinnelse (Lønne, 2022). Altså, helsens opprinnelse. Salutogenese er et konsept som omhandler hvordan vi forstår helse og velvære. Aron Antonovsky (1923-1994) var en kjent sosiolog som dannet salutogenesen som en motsats til patogenesen. Det mest sentrale innen salutogenese er hva som fremmer god helse, i motsetning til patogenesen hvor man legger vekt på årsaker til sykdom.

2.2.1 Opplevelsen av sammenheng

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at;

(1) Stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige.

(2) Man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller.

(3) Disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.

(Antonovsky, 2012, s. 41)

Antonovskys begrep «Sense of Coherence» (SOC) oversettes i Lindström og Erikssons (2015) «Haikerens guide til salutogenese» til «Opplevelsen av Sammenheng» (OAS). OAS ansees som et viktig verktøy for å kunne måle en persons helse. OAS blir ofte brukt som et begrep innenfor helsefremming. OAS består av tre ulike komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. En person kan ha en sterk eller svak OAS (Antonovsky, 2012, s. 39). Det første komponenten, *begripelighet*, handler om å forstå det stimuli man opplever eller utsettes for, ser sammenheng og får informasjon av stimuli istedenfor å oppleve stimuli som uforståelig, kaotisk eller uventet. Selv om stimuli er overraskende, vil personer med høy evne til begripelighet kunne forklare og forstå sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 39-40). *Håndterbarhet* er hvordan man vil kunne takle kravene man møter utfra hvilke ressurser man har tilgjengelig. Ressurser kan være en man stoler på eller har tillit til som partner, venn eller kollega. Det kan også være for eksempel Gud eller en lege. Dersom håndterbarheten er sterk vil man, når livet går oss imot, kunne takle det å gå videre. Dette fordi man ikke føler seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012, s. 40). Den tredje og siste komponenten er *meningsfullhet*. Det som gir mening i livet, det som er viktig og hvordan man følelsesmessig forstår livet. Med denne komponenten vil man kunne finne mening i en gitt situasjon og komme seg gjennom den på en god måte (Antonovsky, 2012, s. 41).

2.2.2 Generelle motstandsressurser

Med generelle motstandsressurser mener Antonovsky (2012) at elementer vi har i form av høy intelligens, et solid ego og en vel integrert kultur, for å nevne noen, vil påvirke både OAS og helsen. De generelle motstandsressursene bygger opp livsopplevelser, fremmer en sterk OAS og bygger opp velværet (Antonovsky, 2012, s. 187).

2.2.3 Forskjellen mellom salutogenese og patogenese

Patologi er det samme som sykdomslære (Farstad & Roald, 2022). Patogenese er derfor læren om hvordan sykdom oppstår og utvikles (Kåss, 2020). I den salutogene teorien

vedkjenner man at det finnes patologi og sykdom, men man retter fokuset mot det som faktisk fører til velvære og god helse (Lindström et al., 2015). Patogenesen kan dermed sees på som salutogenesens motsats (Antonovsky, 2012, s. 25-26). Forskjellen kan enkelt forklares som at man ved å bruke et patogent perspektiv ønsker å avdekke sykdom, forstå sykdom og minimere risikofaktorer. Ved å bruke et salutogent perspektiv jobber man helsefremmende, ved for eksempel å styrke en persons OAS.

I dagens svangerskapsomsorg jobber man lite styrkende, med mye fokus på å avdekke og unngå risiko. Jordmor har derimot også en helsefremmende funksjon, og bør dermed også jobbe med en salutogen tilnærming. I dag fokuserer man på et bra outcome, altså en frisk mor med et friskt barn. Det er på veien mot et bra outcome lite fokus på kvinnes opplevelse av mestring. Man kan nesten gå så langt som å si at det i dagens svangerskapsomsorg er omtrent fravær av salutogent perspektiv. I jordmorutdanningens rammeplan fra 2005 står det; «Jordmoren skal utøve **helsefremmende**, forebyggende, undervisende, veiledende, rådgivende og behandlende virksomhet innenfor reproduktiv helse» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 4).

3.0 Metodekapittel

I metodekapittelet har man gjort rede for designet som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet. I denne studien ønsket forfatterne å utforske levde erfaringer fra kvinner med svangerskapsdiabetes, med spesielt fokus på hvilke følelser kvinnene kjenner på. Dette er et emne det fantes mye god, ny forskning på, noe man så på som en stor ressurs. Forfatterne ønsket å sammenstille og fortolke et utvalg av disse ressursene, for å kunne oppnå en ny, bredere og dypere forståelse av kvinners erfaringer. I dette kapittelet gjør man rede for metoden vi har valgt, og presenterer hvilke valg man har tatt i prosessen, hvor det endelige målet var å besvare forskningsspørsmålet.

3.1 Forfatternes forforståelse

Forståelse er det vi oppfatter, det vi innser eller begriper. Det som gir mening om noe, i form av flere delforståelser som blir til en helhetsforståelse (Sletnes, 2021). Vår forforståelse vil være med å prege det man har av meninger om bestemte tema. Som jordmor vil man møte mange kvinner med svangerskapsdiabetes, og det er derfor viktig å ha kunnskap om hvordan diagnosen påvirker deres selvfølelse, selvbilde og deres svangerskap. Ved å inneha denne kunnskapen vil man lettere kunne vite hvordan man bør møte disse kvinnene – hva er det de har behov for å vite? Hvordan oppleves informasjonen vi gir, og hvordan bidrar dette til å styrke eller svekke kvinnenes følelse av egenverdi? Dette, i tillegg til våre egne erfaringer, gjør at kvinnenes personlige opplevelser med diagnosen svangerskapsdiabetes er et spennende og viktig tema å se nærmere på. Malterud skriver at det ofte er slik at forforståelsen vår er viktig for å motiveres til å sette i gang med forskning på et bestemt tema (Malterud, 2017b, s. 44-46).

Våre tanker på forhånd er at vi kanskje finner noen kvinner som er overrasket over diagnosen, mens andre kanskje tenker at det handler mye om arv og genetikk. Vi tenker at vi nok finner kvinner som føler seg likegyldige til diagnosen, kvinner som føler på skam og kvinner som har følt seg stigmatisert i møte med helsepersonell og andre mennesker. Det er likevel viktig at vi her ikke har på oss skylapper, men har et bevisst forhold til forforståelsen vår (Malterud, 2017). Én av forfatterne har selv hatt svangerskapsdiabetes i sine tre svangerskap. Det vil derfor være ekstra viktig å holde ens egen forforståelse unna, slik at man er åpen for hva resultatene faktisk forteller oss. Samtidig ses det på som en styrke å kunne relatere seg til belastningene rundt sykdommen. Vi har et håp og et ønske om at vår forskning

kan bidra til at vi står bedre rustet til å møte gravide kvinner med svangerskapsdiabetes. Vi ønsker å møte dem med det de trenger – tilpasset informasjon, menneskelig empati og et åpent sinn.

3.2 Tematisk metasyntese

Denne studien omhandler kvinners følelser, opplevelser og erfaringer. Forskningsspørsmålet vårt besvares derfor best gjennom en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som har som mål å utforske opplevelser, følelser og erfaringer ved spesifikke fenomen. Kvalitativ forskning hører til under det fortolkende paradigmet (hermeneutikk). Kvalitativ forskning kan representere subjektive erfaringer, detaljerte beskrivelser og mangfold (Malterud, 2017b, s. 30-31).

Gjennom tidligere litteratursøk vi har gjort har vi sett at det finnes mye, både nasjonal og internasjonal, forskning på kvinners opplevelse av å leve med svangerskapsdiabetes. Vi har derfor ønske om å sammenstille og gjøre nye fortolkninger av allerede eksisterende forskning, gjennom en kvalitativ metasyntese. Kvalitativ metasyntese er et samlebegrep på forskningsmetoder hvor man bruker allerede eksisterende studier til å gjennomføre ny forskning. Forskerne vil gjennom systematiske litteratursøk finne studier som omhandler det samme fenomen, før man gjennom ulike prosesser kommer frem til nye resultat. Det finnes mange måter å utføre en kvalitativ metasyntese, hvor en av de mest kjente metodene er metaetnografi (Malterud, 2017b, s. 174-181). I denne studien ble det brukt tematisk metasyntese som forskningsdesign. Tematisk metasyntese er et begrep som brukes om en metasyntese utført etter Thomas og Hardens metode. Thomas og Harden beskriver en metode for syntetisering av primærstudier, bestående av tre ledd (Thomas & Harden, 2008). Metoden er mer utfyllende beskrevet i underkapittel 3.11.

3.3 Forberedelse til søkeprosessen

Gjennom systematiske litteratursøk var målet å finne relevante forskningsartikler som forteller oss hvordan gravide kvinner har opplevde å leve med svangerskapsdiabetes. Interessen for feltet ble vekket gjennom forelesninger ved Universitetet i Stavanger, samt gjennom forskningslitteratur presentert ved forelesninger. Før man kunne starte litteratursøk gjorde man et stort forarbeide med blant annet grundig lesing om svangerskapsdiabetes, lesing av tilgjengelige forskningsartikler, kurs i litteratursøk og referansehåndtering. Forfatterne

gjorde mindre litteratursøk i arbeidet med prosjektplanen, for å få en liten oversikt over hva som eksisterte av forskning. I forarbeidet brukte man også mye tid på å utforske MeSH-termer, såkalte Medical Subject Headings, samt tekstord og emneord til litteratursøk. Disse ordene sorterte man inn i både SPIDER og PICO. Begge er verktøy som kan brukes for å dekonstruere forskningsspørsmål for å lettere kunne formulere presise litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021).

3.4 SPIDER og PICO

Først ble det utarbeidet et SPIDER skjema, hvor vi har laget søkeord for å dekke populasjon/utvalg (S), fenomenet «svangerskapsdiabetes» (PI), hvilken type design vi ønsket for forskningen vi lette etter (D), opplevelsen vi ville utforske (E) og hvilken type forskning (R) som kunne gi oss dataene vi lette etter (Cooke et al., 2012). I første utgaven av SPIDER, samt søkelogg, brukte vi ordene «stigma» og «skam», men underveis ble vi gjort oppmerksomme på at «som man leter finner man». Valget ble derfor å fjerne disse ordene fra både SPIDER skjema, samt fra hele søkeprosessen. SPIDER-skjema er presentert i tabell 1.

3.4.1 Tabell 1 - SPIDER-skjema

S – sample	PI – Phenomenon of interest	D – Design	E – Evaluation	R – Research type
Kvinner	Svangerskapsdiabetes	Kvalitative datainnsamlings metoder som intervju, fokusgrupper eller observasjoner	Opplevelser, holdninger, følelser	Kvalitative studier
Women or woman	GDM or gestational diabetes mellitus	Interview* or focus group* or observation*	Experience* or emotional experience or perception* or attitude or personal experience	Qualitative or qualitative study or qualitative research

3.4.2 Tabell 2 - PICO

Population	Interest	Context
Gravide	Følelser	Svangerskapsdiabetes
	Oppfattelser	Diagnose
	Personlig innstilling	

3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forarbeidet til søkeprosessen arbeidet vi med å definere noen klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, for å lettere kunne luke bort litteratur som ble sett på som irrelevant. En metasynthese skal ha klare kriterier for hvilke studier som skal inkluderes, eller ekskluderes. Når man skriver en metasynthese er det relevant at man søker etter kvalitativ primærforskning (Malterud, 2017a) I tabell 3 presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.5.1 Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier	Begrunnelse
Fagfelleverderte studier.	Ikke-fagfelleverderte studier.	Sikrer en viss kvalitet, ved at forskningsartiklene skal være vurdert og godkjent av eksperter på fagfeltet.
Primærforskning.	Sekundærforskning, for eksempel metasynthese eller oversiktsartikkel.	Forfatterne ønsker å sikre best mulig forståelse av datamaterialet. Sekundære data vil kunne være farget av forskernes fortolkning.
Forskning publisert de siste 10 år.	Forskning eldre enn 10 år.	Dette ble ansett som et mindre viktig krav, men da man hadde god tilgang på rikt datamateriale ble det besluttet å fokusere på de siste 10 år. Få studier ble ekskludert av denne grunn.
Kvalitativ forskning.	Kvantitativ forskning eller mixed method.	Forfatterne er ute etter kvinnenes beskrivelser av subjektive opplevelser.
Gravide kvinner med svangerskapsdiabetes sine subjektive opplevelser og erfaringer.	Forskning hvor man ser på helsepersonells, eller pårørendes opplevelser.	
Internasjonal og nasjonal forskning		Forfatterne ønsket gjerne forskning fra større deler av verden, spesielt for å kunne belyse om kvinner av ulik etnisitet har ulikt tankesett både om selve diagnosen,

		kosthold, kunnskap og ressurser.
Forskning publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk.	Forskning publisert på språk vi ikke klarer å lese.	Forfatterne har ønsket å søke etter litteratur innen ens språkforståelse, grunnet begrenset tid, omfang og for å sikre riktig forståelse av data. Forfatterne ønsker ikke at relevante subjektive erfaringer forsvinner eller endres i automatiske oversettelser.

3.6 Søkeprosessen og databasevalg

Før selve søkeprosessen startet ble forfatterne enige om hva forskningsspørsmålet var. Vi ønsket å lete etter om gravide med svangerskapsdiabetes opplevde skam eller internalisert stigma med tanke på deres diagnoser. Etter flere runder med bearbeiding av dette ble vi enige om at det fortsatt var dette vi ønsket å utforske, men at vi måtte gå bredere ut i både litteratursøk, utvelgelse av relevant litteratur og i den tematiske syntesen. Forfatterne bestemte seg derfor for å sette ord som «skam» og «stigma» til side, og lete etter kvinners opplevelser av å leve med svangerskapsdiabetes, med hovedvekt på kvinnenenes følelser omkring fenomenet. Ved å være åpen for alle erfaringer som omhandler kvinners levde erfaringer med svangerskapsdiabetes ønsket vi å unngå publikasjonsbias eller utkommebias. Publikasjonsbias eller utkommebias kan oppstå når forskere velger å inkludere artikler for å fremme deres ønskede resultater, eller som støtter opp under forskernes forforståelse (Staff, 2015). Vi ville da ikke gjort en reell analyse av kvinnenenes faktiske opplevelser og erfaringer. Forfatterne valgte derfor bevisst å sette forskningsspørsmålet til side, og være åpne for hva resultatene fortalte oss (Thomas & Harden, 2008).

Forfatterne brukte lang tid på å utvikle en god søkestrategi. Litteratursøk ble utført flere ganger, både selvstendig, under veiledning og ved hjelp av universitetsbibliotekar. Våre første selvstendige litteratursøk, i mai og november 2023, gav få treff, selv om vi anså litteraturen for å være relevant. Disse søkene ble ansett som en måte å få oversikt over hva som allerede var publisert om emnet, og kunne på den måten danne grunnlaget for videre litteratursøk (Malterud, 2017a, s. 47). Etter veiledningstime med kontaktbibliotekar for helsevitenskap ved Universitetsbiblioteket i Stavanger i januar 2024, gikk vi i gang med forpliktende, systematiske litteratursøk. Forfatterne har forsøkt mange ulike sammensetninger av søkeord, MeSH-termer og trunkeringer, individuelt tilpasset hver enkelt database. Dette er

gjort for å sikre at vi ikke går glipp av relevant litteratur som vil styrke oppgavens validitet (Malterud, 2017a, s. 47-55).

De siste litteratursøk ble utført i perioden 24. – 31. januar 2024. Litteratursøk ble utført i velkjente databaser, og inkluderte søk i Cinahl, Embase og Pubmed. Vi forsøkte også å søke i Cochrane, men opplevde at litteraturen vi fant her var kvantitativ forskning.

Figur 1 viser søkeord, sammensetning og antall treff i databasen Embase utført 31. januar 2024. Linje 14 viser hvor mange artikler som ble inkludert videre basert på tittel og abstrakt. Søk utført i Cinahl og Pubmed (se vedlegg) ble gjort med lignende søkeord, tilpasset den enkelte databases MeSH-termer.

3.6.1 Figur 1 - Søkestrategi og antall treff i forskningslitteratur databasen Embase.

Database: Embase <1974 to 2024 January 30>

Search Strategy:

- 1 exp pregnancy/ (790010)
 - 2 exp pregnancy diabetes mellitus/ or exp gestational diabetes/ (12466)
 - 3 exp pregnant woman/ or exp mother/ (278345)
 - 4 exp diabetes mellitus/ (1240413)
 - 5 exp emotion/ (796655)
 - 6 exp attitude to pregnancy/ or exp attitude/ or exp attitude to health/ or exp patient attitude/ or exp maternal attitude/ (956557)
 - 7 exp perception/ (522428)
 - 8 exp qualitative research/ or exp qualitative analysis/ (208033)
 - 9 1 or 3 (956018)
 - 10 2 or 4 (1240413)
 - 11 exp personal experience/ or exp experience/ (108911)
 - 12 5 or 6 or 7 or 11 (2196702)
 - 13 8 and 9 and 10 and 12 (111)
 - 14 from 13 keep 2,7,10,13,45-46,51,56,62,65,67,69,71,80,84,90 (16)
-

3.7 Inklusjon og eksklusjon av aktuell forskningslitteratur

Etter litteratursøk var utført i nevnte databaser, startet screeningen av artiklene. Forfatterne startet utvelgelsesprosessen med å lese gjennom tittel og abstrakt. Her ble 692

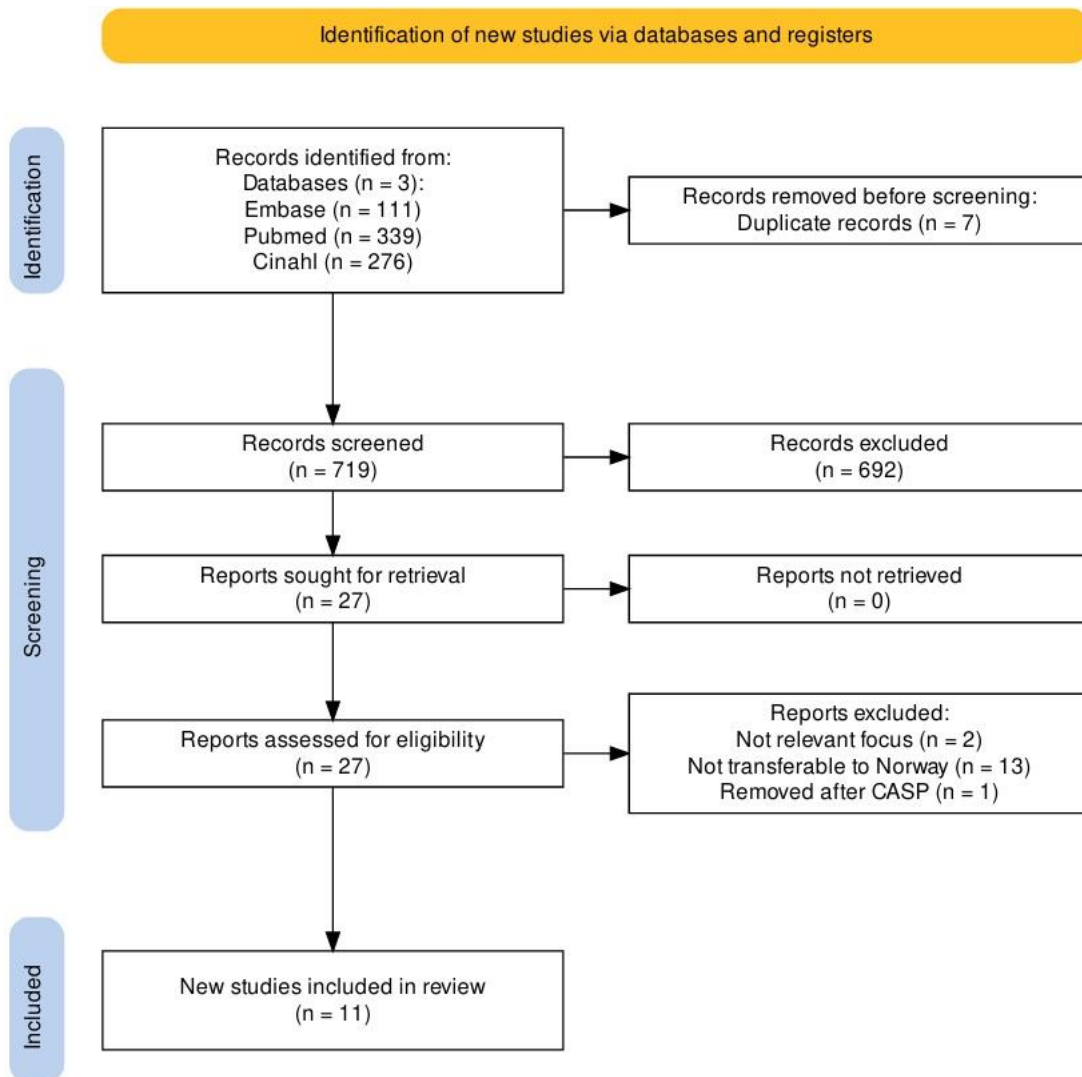
artikler, som ble ansett som irrelevante, ekskludert. I de fleste av de ekskluderte artiklene var årsaken at forskningsartikkelen var bygget på kvantitativ forskning, eller at man tydelig kunne forstå at artikkelen hadde et annet perspektiv. Man fant også 7 duplikatartikler som ble ekskludert i samme prosess. Forfatterne valgte å ta med videre 3 artikler som var systematiske oversiktsartikler, med hensikt i å lese gjennom litteraturhenvisninger for å oppdage aktuell forskning en kunne gått glipp av gjennom forfatterne egne litteratursøk.

Med inn i neste steg av screeningen hadde man 27 forskningsartikler, hvor forfatterne las gjennom disse i fulltekst. Målet var her å luke ut de som kunne ansees som ikke relevante. De 3 systematiske oversiktsartiklene ble også gransket for potensielle kilder, men det ble ikke gjort funn av betydning. Forfatterne leste halvparten av studiene, og markerte i fargekoder for å få oversikt over om artiklene skulle inkluderes (grønn), ekskluderes (rød) eller om man var usikker (gul). De artiklene som ble markert gult gikk vi gjennom i fellesskap i etterkant.

Etter fulltekstlesing hadde forfatterne ekskludert 15 forskningsartikler. Av disse 15 ble 2 ekskludert grunnet irrelevant fokus (én omhandlet partners rolle, og én var sett fra helsepersonells perspektiv). Forfatterne hadde deretter resten av artiklene foran seg, og lagde en oversikt over nasjonalitet og deltakere. Vi besluttet i fellesskap å ekskludere 13 artikler som ble ansett som lite overførbare til Norge. Noen av artiklene hadde særdeles spesifikke deltakergrupper, bosatt i spesifikke deler av verden. Ett eksempel er én artikkel hvor deltakerne var indiske kvinner boende i en liten landsby i India. Vi så at de 12 artiklene man satt igjen med var overførbare til Norge, med forskning fra henholdsvis Norge, Danmark, England, Irland og USA. Disse artiklene hadde et rikt datamateriale, og forfatterne anså det derfor som riktig å gå videre med disse 12 artiklene til kvalitetsvurdering. Som forfatter og forsker vil man alltid kunne være usikker på om dette var riktig valg, eller om man har gått glipp av potensiell god forskning ved å ekskludere artikler basert på nasjonalitet. Det ble likevel sett på som for omfattende å skulle inkludere 27 artikler i vår tematiske metasyntese.

Forfatterne satt dermed igjen med 12 aktuelle forskningsartikler. Én av dem ble ekskludert i neste prosess – kvalitetsvurdering. Presentert i kapittel 3.6. I figur 2 presenteres et flytskjema, PRISMA flow chart. Dette er et verktøy hvor man gjennom et flytskjema illustrerer utvelgelsesprosessen av forskningsartikler, gjennom litteratursøk, screening, kvalitetsvurdering og inkluderte artikler (Haddaway et al., 2022). Dette gir en forenklet, lettest forklaring på prosessen.

3.7.1 Figur 2 - PRISMA flytskjema



Flytskjema som fremstiller søketreff, samt utvelgesprosessen gjennom lesing av tittel og abstrakt, fulltekstlesing og kvalitetsgranskning (Haddaway et al., 2022).

3.8 Vurdering av artiklens kvalitet

For å vurdere kvaliteten på de aktuelle artiklene brukte vi en sjekkliste for kvalitetsvurdering av kvalitativ primærforskning. Sjekklisten er gitt ut av selskapet Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP har gitt ut mange verktøy og sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler i alle varianter. I denne syntesen er forskningsartiklene kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklisten CASP Qualitative Studies Checklist. Sjekklisten består av 10 ulike spørsmål (presentert under tabell 4). Spørsmålene vurderer ulike deler av forskningsartiklene, fra studiens hensikt, om valg av metode, etiske overveielser og mer (Critical Appraisal Skills Programme, 2023) Vår vurdering er at en av de

viktigste refleksjonene sjekklisen åpner for – kanskje er vurderingen i om resultatet ansees som verdifullt. I det legger vi om forskningen tilfører ny kunnskap til samfunnet, og på denne måten er til nytte. Denne systematiske kvalitetsvurderingen ble utført i fellesskap av begge forfatterne. På denne måten kunne vi diskutere underveis, og dermed også sikre at innholdet var forstått av begge parter. I utgangspunktet kvalitetsvurderte vi 12 forskningsartikler. Etter kvalitetsvurderingen var gjennomført ble én artikkel ekskludert grunnet flere usikre momenter under kvalitetsvurderingen. Artikkelen hadde også fokus på en spesifikk gruppe kvinner boende i en spesifikk liten forstad i USA. Vi konkluderte dermed med at artikkelen muligens var av lavere kvalitet, og var mindre generaliserbar. Dermed ble det inkludert 11 forskningsartikler videre i studien. Alle artiklene ble ansett for å være av tilstrekkelig god kvalitet til å inkluderes i metasyntesen. Artiklene er presentert i underkapittel 3.9 Presentasjon av inkluderte forskningsartikler.

3.8.1 Tabell 4 - Kritisk kvalitetsvurdering

ARTIKKEL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ABRAHAM (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	N	U	Y	Y	U
BENTON (2023)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
DAVIDSEN (2023)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
DAYYANI (2019)	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y
DRAFFIN (2016)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
HELMERSEN (2021)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
JARVIE (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
PARSONS (2018)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
SHARMA (2021)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
SUN (2023)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
TOFT (2022)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
TOXVIG (2022)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y

Y = yes, U = uncertain, N = no. 1. Was there a clear statement of the aims of the research? 2. Is a qualitative methodology appropriate? 3. Was the research design appropriate to address the aim of the research? 4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research? 5. Where the data collected in a way that addressed the research issue? 6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered? 7. Have ethical issues been taken into consideration? 8. Was the data analysis sufficiently rigorous? 9. Is there a clear statement of findings? 10. How valuable is the research?

3.9 Presentasjon av inkluderte artikler

Forfatter, årstall og opphavsland	Tittel	Metode og antall deltakere	Hensikt	Konklusjon
Benton, M., Silverio, S.A. & Ismail, K. 2023, England.	<i>«It feels like medically promoted disordered eating» The psychosocial impact of gestational diabetes mellitus in the perinatal period.</i>	Semistrukturerte individuelle intervju av 33 multietniske kvinner.	Å utforske hvordan svangerskapsdiabetes påvirker kvinnene psykososialt. Samt opplevelsen av støtte under svangerskapet og i tiden etter fødsel.	Studien viser at kvinnene har behov for individuelt tilpasset informasjon fra helsepersonell. Den poengterer også viktigheten av støtte fra andre enn helsepersonell.
Davidsen, E., Terkildsen Maindal, H., Byrne, M., Kelstrup, L., Ovesen, P., Damm, P. & Kragelund Nielsen, K. 2023, Danmark.	A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark.	Semistrukturerte dybdeintervju av 20 kvinner.	Å utforske kvinners oppfatninger og opplevelse av å leve med svangerskapsdiabetes. Fokus på GDM-spesifikt stigma.	Studien viser at kvinner bebreider seg selv, og hvilke negative stereotyper kvinnene forbinder med svangerskapsdiabetes. Studien viser også hvordan kvinner kunne oppleve stigma fra helsepersonell.
Dayyani, I., Terkildsen Maindal, H., Rowlands, G., & Lou, S. 2019, Danmark	A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes.	Semistrukturerte intervju med 11 ikke-vestlige minoritetskvinner.	Å utforske hvordan gravide ikke-vestlige minoritetskvinner i Danmark opplevde informasjon fra helsepersonell, og hvordan de integrerte informasjonen inn i hverdagen sin. De ønsket også å utforske kvinnenes helsekompetanse.	Jevnt over var kvinnene fornøyde med informasjon og oppfølging på sykehus. Alle kvinnene klarte å utføre livsstilsendringer, av ulikt omfang. Hos kvinnene med liten helsekompetanse eller dårlig dansk, så man at kvinnene oftere opplevde redsel eller frustrasjon grunnet manglende forståelse av gitt informasjon.
Draffin, C. R., Alderdice, F. A., McCance, D. R., Maresh, M., Harper Md Consultant Physician, R., McSorley, O. & Holmes, V. A. 2016, Irland	Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study.	Fokusgrupper med 19 multietniske kvinner.	Å utforske bekymringer, behov og kunnskap hos kvinner med svangerskapsdiabetes.	Studien viser at kvinnene trenger mer individuelt tilpasset informasjon. Spesielt med fokus på hvordan integrere livsstilen inn i ulike kulturer, for eksempel kosthold.
Helmersen, M., Sørensen, M., Lukasse,	Women's experience with receiving advice on diet and Self-	Individuelle intervju med 12 kvinner. 6 av dem var	Å utforske hvordan kvinnene erfarte å motta råd om kosthold, samt glukosemålinger, både i	Studien viste at kvinnene jevnt over var fornøyd med oppfølgingen de fikk. Noen av kvinnene ønsket seg mer individuelt tilpasset

M., Laine, H. K., & Garnweidner-Holme, L. 2021, Norge	Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study.	immigranter, mens 6 av dem var etnisk norske.	primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De ønsket også å se på hvordan kvinnene erfarte samarbeid og kontinuitet mellom disse tjenestene.	kostholdsinformasjon, raskest mulig etter diagnostisering. Mange kvinner følte de selv måtte koordinere oppfølgingen når de sjonglerte mellom ulike helsetjenester.
Jarvie, R. 2017, England	Lived experiences of women with co-existing BMI \geq 30 and Gestational Diabetes.	Dybdeintervju med 27 kvinner.	Å utforske de levde erfaringene til kvinner med BMI over 30 og svangerskapsdiabetes, gjennom svangerskap og postpartum perioden.	Kvinnene ønsket seg mer individuelt tilpasset informasjon, spesielt råd om hvordan integrere livsstilen inn i deres kultur og økonomi. Kvinnene bekymret seg over stigmatisering.
Parsons, J., Sparrow, K., Ismail, K., Hunt, K., Rogers, H., & Forbes, A. 2018, England	Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study.	6 fokusgrupper fordelt på 35 kvinner, samt semistrukturerte intervju med 15 kvinner.	Å utforske erfaringene til kvinner med svangerskapsdiabetes, for å kunne optimalisere helseomsorgen til denne pasientgruppen.	Denne studien viser at helseomsorgen burde omorganiseres for å bedre ivareta kvinnene med svangerskapsdiabetes. Spesielt for å få kvinnene til være delaktige i behandlingen, og for å optimalisere oppfølgingen postpartum.
Sharma, A., Birkeland, K. I., Nermoen, I., Qvigstad, E., Tran, A. T., Gulseth, H. L., Sollid, S. T., Wium, C., & Varsi, C. 2021, Norge	Understanding mechanisms behind unwanted health behaviours in Nordic and South Asian women and how they affect their gestational diabetes follow-ups: A qualitative study.	6 fokusgrupper fordelt på 28 kvinner fra primært Norden og Sør-Asia.	Å skaffe økt kunnskap for å kunne optimalisere behandlingen av sør-asiatiske kvinner med svangerskapsdiabetes, gjennom å sammenligne de med nordiske kvinner med samme diagnose.	Studien viser at man kanskje må endre hvordan man trør frem i behandlingen av sør-asiatiske kvinner med svangerskapsdiabetes. Kvinnene trenger hjelp til å finne strategier for å mestre livsstilsendringene, istedenfor at man baserer seg på kvinnens evne til å utføre endringene på egenhånd.
Sun S., Pellowski J., Pisani C., Pandey D., Go M., Chu M.D., & Werner E.F. 2023, USA	Experiences of stigma, psychological distress, and facilitative coping among pregnant people with gestational diabetes mellitus.	Semistrukturerte dybdeintervju av 14 kvinner.	Å forstå kvinners erfaringer med å leve med svangerskapsdiabetes, og hvordan diagnosen påvirker kvinnenens psykiske helse. Fokus på stigma og mestringsstrategier.	Studien får frem viktigheten av å jobbe med svangerskapsdiabetesrelatert stigma, og hvordan dette påvirker kvinnenens mentale helse. Dette er viktig for å kunne fremme bedre mestringsstrategier hos kvinnene, bedre psykisk helse, og enda bedre fødselsutfall.
Toft J., Økland I. & Risa C. 2022, Norge	Gestational diabetes mellitus follow-up in norwegian primary health care: A qualitative study.	Semistrukturerte dybdeintervju av 14 kvinner.	Å utforske gravide kvinner med svangerskapsdiabetes sine erfaringer med oppfølging under svangerskapet og i tiden etter. De ønsket også å se på kvinnenens tanker om diabetesrisiko i fremtiden.	Kvinnene rapporterte manglende oppfølging i etterkant av fødsel. De ønsket seg mer individualisert oppfølging og støtte for å kunne holde på en sunnere, mer aktiv livsstil.

<p>Toxvig, L., Hyldgård Nielsen, J., & Jepsen, I. 2022, Danmark</p>	<p>Women's experiences with managing advice on gestational diabetes - a qualitative interview study.</p>	<p>Semistrukturerte intervju av 9 kvinner.</p>	<p>Å få innsyn i kvinners erfaringer med å motta livsstilsråd. Det diskuteres også hvordan helsepersonell møter kvinner med svangerskapsdiabetes.</p>	<p>Når kvinnene ble fulgt opp i poliklinikk kjente de på trygghet, samtidig som de følte seg overvåket. Kvinnene var bekymret for stigmatisering fra mennesker rundt seg. I tillegg så de på kvinnes mestringsstrategier for å endre livsstil. Kvinnene hadde behov for mer informasjon.</p>
--	--	--	---	--

3.10 Ethiske overveielser

En tematisk metasyntese er basert på eksisterende forskning. I alle de inkluderte forskningsartiklene var det beskrevet hvilke etiske overveielser forskerne hadde gjort. Ethiske overveielser er ulikt i ulike land, og vi kan derfor ikke være sikker på at det er utført etisk godkjenning etter norsk standard. Forfatterne valgte å ikke inkludere artikler hvor det ikke kom tydelig frem hvilke etiske overveielser som var gjort. Forskningsartiklene var publisert i fagfelleverderte tidsskrift.

Ved bruk av eksisterende primærkilder ville det ikke være relevant å søke etisk forhåndsgodkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da forfatterne ikke skulle forske på humant biologisk materiale. Det var heller ikke aktuelt å sende meldeskjema til Sikt (tidligere NSD) da man ikke skulle behandle personopplysninger i forskningen.

Det var svært viktig å bruke korrekt kildebehandling når en skulle bruke andres forskning. Det var også viktig å få frem både artikler og resultater selv om de ikke nødvendigvis presenterte det resultat forfatterne trodde de skulle finne. Det var viktig å vise respekt overfor andres arbeid, samtidig som man skulle sammenstille og fortolke resultatene man fant i de aktuelle forskningsartikler. Forfatterne ønsket å forme oppgaven i tråd med kjente forskningsetiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

De inkluderte forskningsartiklene i denne oppgaven ble ansett for å være av god kvalitet, men det kunne likevel ikke utelukkes at det kan være mangler som forfatterne ikke kunne identifisere. Artiklene var likevel å regne som relevante, da de gav svar på forfatternes formål med studien. Forskningen som ble inkludert i studien var regnet som overførbare til Norge, grunnet deres opphavsland. Artiklene var fra henholdsvis Norge, Danmark, Irland, England og USA. Dette var et bevisst valg gjort av forfatterne, da man hadde tilstrekkelig forskning fra land tilsvarende Norge. Samt at det ble ansett som uhåndterlig stort å skulle inkludere forskning fra hele verden. Det vil likevel være en svakhet ved oppgaven, da resultatene vil kunne være mindre generaliserbare til resten av verden.

3.11 Tematisk syntese

I denne metasyntesen er det brukt tematisk syntese som analysemetode. Tematisk analyse er en metode som ofte brukes som analysemetode i primærstudier. Mens i arbeidet med sekundærstudier ble det i 2008 beskrevet en ny analysemetode kalt tematisk syntese. Metoden er utviklet av Thomas og Harden (2008). Syntesen består av tre trinn som delvis overlapper hverandre. Analysen ble utført av forfatterne i fellesskap, 9. – 11. februar 2024.

4.0 Tematisk syntese og resultat

I dette kapittel presenterer forfatterne utførelsen av den tematiske syntesen. Etter litteratursøk er utført og forskningsartiklene er kvalitetsvurdert, var neste skritt selve syntesen. Syntesen bestod av tre ledd, som delvis fløt inn i hverandre. Syntesen ble utført av forfatterne i fellesskap, og startet med linje-for-linje koding av resultatavsnittene i forskningsartiklene. De to første trinnene i syntesen holdes nært til funnene i de inkluderte studiene. Det siste trinnet består av å utvikle de analytiske temaene der tolkningene går utover innholdet i de originale studiene. Dette er ifølge Thomas og Harden (2008) det vanskeligste og mest krevende trinnet da det kan være påvirket av forfatterens egen dømmekraft, kunnskap og forforståelse. Sist i kapittelet presenterer man resultater fra syntesen.

4.1 Linje-for-linje koding

Etter litteratursøk og kvalitetsvurdering var utført, hadde forfatterne inkludert 11 kvalitative forskningsartikler som omhandlet kvinners opplevelser av å leve med svangerskapsdiabetes. Som Thomas og Harden (2008) beskriver så ville ikke forfatterne at forskningsspørsmålet eller det teoretiske perspektivet skulle påvirke hvilke data man kunne finne i artiklene. Forfatterne hadde derfor lagt forskningsspørsmålet til side, for å få oversikt over hvilke resultater som faktisk kom frem i artiklene. Første del av den tematiske syntesen var å utføre en linje-for-linje koding i alle de inkluderte forskningsartikler (Thomas & Harden, 2008).

Forfatterne satt i fellesskap, og startet kodingen ved å gå gjennom hver enkelt linje i resultatavsnittene, for å finne de meningsbærende enhetene i teksten. Forfatterne brukte markeringstusj i ulike farger for å markere de ulike meningsbærende enhetene. Gjennom linje-for-linje koding kunne forfatterne fange opp betydningen av teksten som helhet, gjennom å trekke ut alle meningsbærende enheter (Thomas & Harden, 2008). Ved å gjøre dette i fellesskap kunne forfatterne diskutere underveis om man var i tvil om hvilken fargekode dataene tilhørte. Forfatterne la til nye fargekoder etter hvert som det ble nødvendig. Etter fargekodingen var utført i alle artikler satt forfatterne igjen med 288 unike markerte koder. Disse kodene dannet grunnlaget for resten av studien. Linje-for-linje kodingen beskrives som ett av nøkkelmomentene i syntetisering av kvalitativ forskning, da man som forsker bruker de unike kodene til å oversette tekstene til hverandre (Thomas & Harden, 2008).

4.2 Deskriptive tema

Andre trinn i syntesen var å sortere kodene man hadde funnet under linje-for-linje kodingen. Forfatterne satt i fellesskap og sorterte kodene inn i passende deskriptive tema. Forfatterne holdt seg nær datamaterialet, da fortolkningen ikke starter før i tredje trinn (Thomas & Harden, 2008). Deskriptiv betyr beskrivende, og omhandler hvordan noe *er*. I motsetning til normativ, som beskriver hvordan noe *bør være* (Stoltenberg, 2022). Man sorterte kodene fra linje-for-linje kodingen inn i 12 deskriptive tema. Det ene temaet, som omhandlet kvinnenes frykt for egen helse, fant man lite resultater på, og det ble derfor slått sammen med temaet «jeg vil ikke tilbake i boksen», hvor man har plassert koder som omhandler kvinnenes tanker om fremtiden etter gjennomgått svangerskapsdiabetes.

Man satt dermed igjen med 11 deskriptive tema presentert i tabell 5.

4.2.1 Tabell 5 - Deskriptive tema

Deskriptive tema	Tittel/innhold
«Å få svangerskapsdiabetes – totalt sjokk eller forventet?»	Reaksjoner over å få diagnosen
«Møtet med helsepersonell – støtte eller stigma?»	Møtet med helsepersonell
«Ingen forstår»	Støtte fra nærmiljøet
«Selvbebreidelse, skam og skyldfølelse»	Selvfølelse
«Når alle må ta hensyn»	Sosiale byrder
«Manglende kunnskap skaper frykt»	Manglende kunnskap
«Hva med barnet mitt?»	Frykt for barnets helse
«Grep i hverdagen»	Livsstilsendringer
«Å få kontroll»	Regulering av blodsukker
«Å bringe frem et friskt barn, deretter er jeg ikke av interesse»	Oppfølging postpartum
«Jeg vil ikke tilbake i boksen»	Tanker om fremtiden

For å få oversikt over kodene i de deskriptive temaene, gikk forfatterne i fellesskap gjennom alle koder i alle artikler, og lagde en sammenfatning i form av en tabell. Tabellen gir oss et innblikk i de ulike kodenenes betydning i den enkelte artikkel. I punkt 4.2.2 presenteres et mindre utdrag av tabellen, mens tabellen i sin helhet ligger vedlagt som vedlegg.

4.2.2 Tabell 6 - Eksempel fra sammenfatning av koder sortert under deskriptive tema

Deskriptivt tema	Benton (2023)	Dauidsen (2023)	Driffin (2016)
<i>«Å få svangerskapsdiabetes – totalt sjokk eller forventet?»</i>	Nesten alle kvinnene kjente på sjokk og vantro over at de hadde fått GDM. Vanskeligere å akseptere for de som anså seg selv for å ikke være i risiko for diagnosen. Noen kjente på usikkerhet grunnet verdier i grenseland for diagnosen.	Noen kvinner synes diagnosen var urettferdig da de selv ikke følte at de passet inn i det de anså som typisk for diagnosen (dårlige kostholdsvaner, lite fysisk aktivitet, høy BMI). En av kvinnene var overrasket over diagnosen da hun ikke så på seg selv som en person som kunne få diabetes. De følte seg plassert inn i en boks de egentlig ikke passet inn i. Etter hvert forsto kvinnene at diagnosen ikke nødvendigvis avhenger av det de anså som stereotyp for GDM. Noen var ikke så overrasket grunnet sin vekt og lave aktivitetsnivå.	De fleste kvinnene tok diagnosen veldig alvorlig, men noen av kvinnene var ikke bekymret. De med verdier i grenseland så på diagnosen som mindre skummel. De beskriver tristhet, angst, stress og utrygghet. Noen kjente på redsel og frykt.
<i>«Møtet med helsepersonell – støtte eller stigma?»</i>	Følte de ikke ble møtt på sine behov for psykisk hjelp. Følte seg ignorert. Måtte psyke seg opp før kontrolltimer, følte det var en kamp for å bli hørt. Ble ikke møtt på sine ønsker og behov. Kjente på påtvunget induksjon og hvilken avd man kunne føde på. Mange synes det var vanskelig å forholde seg til både svangerskapsomsorgen og sykehus. Lite kontinuitet.	Alt i alt var de godt fornøyd med oppfølgingen fra helsepersonell. De følte seg hørt og respektert. Noen ganger synes de alt fokuset på kosthold og vekt la enda mer tyngde på deres selvbebreidelse ovenfor diagnosen. Mye fokus på vekt og hva man spiser. Mange følte seg forhåndsdomte og stigmatisert av helsepersonell. De var viktig for kvinnene å bli møtt på riktig måte.	Kvinnene beskriver møtet med helsepersonell som givende. De følte seg mer motivert til livsstilsendringer. Alt i alt var de godt fornøyd med oppfølgingen de fikk på sykehus.

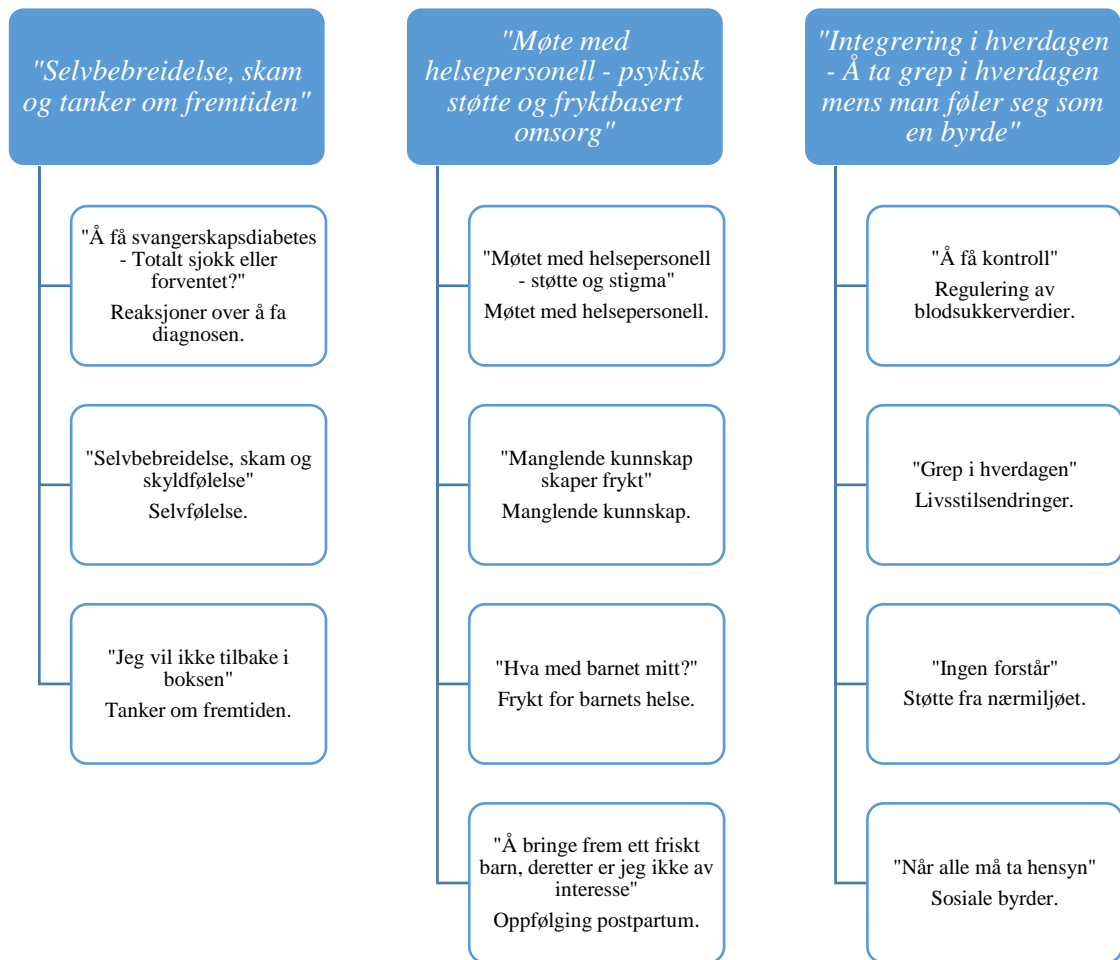
4.3 Analytiske tema

I tredje del av syntesen skulle forfatterne videreutvikle de deskriptive temaene til analytiske tema. Frem til nå hadde forfatterne holdt syntesen nær det primære datamaterialet, mens man nå skulle gå over til en mer fortolkende rolle. Thomas og Harden (2008) beskriver det tredje trinn i syntesen som kanskje det vanskeligste og mest kontroversielle. Her er

syntesen videre avhengig av forfatterens innsikt og evne til fortolkning (Thomas & Harden, 2008). Som forfatter bør man holde sin egen forforståelse unna, og være åpen for resultatene som kommer frem i syntesen. Å ha en induktiv tilnærming er særdeles viktig for å fange essensen av datamaterialet. Tanken bak en induktiv fremgangsmåte er å være åpen for det man måtte møte av funn, samtidig som meningen er å utvide ens egen kunnskap og å gi denne kunnskapen ny mening (Holmen, 2023). Her i form av fortolkning gjort av forfatterne. Meningen med å fortolke datamaterialet er å sammenfatte og fortolke data for å oppdage nye funn. Ved å løfte datamaterialet fra dets originale kilder ønsket forfatterne å oppnå en ny, dypere innsikt i materialet (Thomas & Harden, 2008).

Forfatterne gikk mange runder frem og tilbake i drøftingen om hvordan man kunne forstå de deskriptive temaene som en helhet. Man ble til slutt enig i at man kunne tenke seg en tredelt helhet. De analytiske temaene lyder som følger, *"Selvbebreidelse, skam og livet videre"*, *"Møtet med helsepersonell - Psykisk støtte og fryktbasert omsorg"* og *"Integrering i hverdagen – Å ta grep i hverdagen mens man føler seg som en byrde"*. Hvordan de deskriptive temaene samles til å enes om sin egen helhet i form av et analytisk tema presenteres under i figur 3. Videre i neste underkapittel vil de tre analytiske temaene presenteres og beskrives.

4.3.1 Figur 3 - Fra deskriptive tema til analytiske tema.



4.4 Resultater

I dette underkapittelet presenteres de tre analytiske temaene.

4.4.1 Selvbebreidelse, skam og tanker om fremtiden

Generelt er de aller fleste kvinner overrasket over å få diagnosen svangerskapsdiabetes. Mange kvinner kjenner på følelser som sjokk, redsel og stress etter diagnostisering (Benton et al., 2023; Davidsen et al., 2023; Dayyani et al., 2019; Draffin et al., 2016; Helmersen et al., 2021; Parsons et al., 2018; Sharma et al., 2021; Sun et al., 2023; Toft et al., 2022). Kvinner sier at de visste lite om risikoen for å få svangerskapsdiabetes (Parsons et al., 2018). Mange kvinner anser seg ikke som personer som kan få diabetes, og de har ikke tenkt at de er i risiko for å få svangerskapsdiabetes (Davidsen et al., 2023). Dette forteller oss

noe om at kvinnene også har en tanke om hva som er den stereotypiske person med svangerskapsdiabetes. Mange kvinner forbinder diabetes med høy BMI, lavt aktivitetsnivå og dårlige kostholdsvaner. Det er likevel noen kvinner som ikke er like overrasket. Dette kan skyldes at de hadde en større andel diabetes og overvekt i familien, samt grunnet deres lave fysiske aktivitetsnivå (Davidsen et al., 2023; Parsons et al., 2018; Toft et al., 2022).

Kvinner bebreider seg selv over å ha fått diagnosen. De beskriver at de er skuffet over sin egen kropp, og de bebreider seg selv over å ikke ha hatt en bedre livsstil tidligere i livet. Kvinner skammer seg over diagnosen, og kjenner på skyldfølelse ovenfor både seg selv og det ufødte barnet (Benton et al., 2023; Davidsen et al., 2023; Dayyani et al., 2019; Draffin et al., 2016; Helmersen et al., 2021; Jarvie, 2017; Parsons et al., 2018; Sharma et al., 2021; Sun et al., 2023; Toft et al., 2022; Toxvig et al., 2022). Mange kvinner kjenner på flauhet og mislykkethet, over å ikke klare å spise sunt nok eller være fysisk aktiv nok (Helmersen et al., 2021). Noen kvinner legger skylden på familiær historie med diabetes. De er dermed mindre bekymret grunnet etnisitet og kjent risiko (Davidsen et al., 2023; Draffin et al., 2016). «As I've said all along, it [T1DM] is in my genes, so that's why I have it [GDM]» (Davidsen et al., 2023). Dette forteller oss at noen av kvinnene omtrent forventer å få diagnosen, basert på deres familiære historie og etnisitet. Det fremstår likevel som at de fleste kvinner kjenner på skuffelse, skyldfølelse og selvbebreidelse over å få diagnosen svangerskapsdiabetes.

I etterkant av svangerskap og fødsel er det mange kvinner som er bekymret for risikoen for å utvikle diabetes type 2, både hos seg selv og barnet (Benton et al., 2023). Mange kvinner kjenner på frustrasjon over å måtte holde på deres nye livsstil, samtidig som en del kvinner også ser på deres nye livsstil som en motivator for å unngå diabetes type 2 senere i livet. Samtidig er de også bekymret for å havne tilbake i sine gamle kostholds- og aktivitetsvaner. (Sharma et al., 2021; Toxvig et al., 2022). Flere kvinner synes de får mangelfull informasjon om hva de bør gjøre for å forsøke å unngå diabetes type 2 i fremtiden (Sharma et al., 2021). Noen kvinner sier at de vil la være å få flere barn i frykt for å måtte gå gjennom et svangerskap med svangerskapsdiabetes igjen (Benton et al., 2023). Dette gjelder ikke alle kvinner, da flere likevel ønsker seg flere barn på tross av forhøyet risiko for å få diagnosen i neste svangerskap. Én kvinne fortalte at hun i senere svangerskap ikke ønsket å ta glukosebelastning fordi hun ikke ønsket å få diagnosen igjen (Davidsen et al., 2023). Dette kan anses som en form for fornektelse av diagnosen, da diagnosen vil være like reell om man diagnostiseres eller ikke

«I know there's a big risk of getting it [GDM] in the next pregnancy, but I would probably say no thank you [to test for GDM] because I know how it's been in this pregnancy [...] so, in the next pregnancy I will probably spare myself from the implications of having GDM [...] it's got to do with being put in this box again».
(Davidsen et al., 2023)

Alt i alt er kvinnene overrasket over å få diagnosen, og mange forteller at de gjerne ville visst mer om risikoen for å utvikle svangerskapsdiabetes på forhånd. Kvinnene er skuffet over kroppen sin, og bebreider seg selv for å ha hatt for høy BMI eller for lavt aktivitetsnivå. Det er likevel en del kvinner som ikke er overrasket, da de kanskje har mye familiær opphopning av diabetes, eller fordi de har hatt svangerskapsdiabetes før. Under svangerskapet er mange kvinner tyngt av negative følelser. I etterkant av svangerskapet er kvinner bekymret for å kunne utvikle diabetes type 2, men de opplever lite støtte og informasjon rundt dette.

4.4.2 Møtet med helsepersonell – psykisk støtte og fryktbasert omsorg

Når man har svangerskapsdiabetes, blir det naturlig nok ofte ekstra oppfølging under svangerskapet. I møtet med helsepersonell forteller kvinner om komplekse følelser ovenfor oppfølgingen de får både under svangerskap, fødsel og i barseltiden. Kvinner sier at de føler seg godt ivaretatt (Dayyani et al., 2019), samtidig som mange beskriver manglende kontinuitet, og følelsen av å være overvåket (Parsons et al., 2018; Toxvig et al., 2022). Mange kvinner føler seg hørt og respektert i møtet med helsepersonell (Davidsen et al., 2023), og de føler at oppfølgingen hjelper dem til å bli mer motiverte for livsstilsendringer (Dayyani et al., 2019). Tett oppfølging fra helsepersonell kan oppleves som skjerpene, og er i den forstand positivt (Toxvig et al., 2022). Under oppfølgingen i svangerskap syns mange kvinner likevel at det blir mye fokus på vekt og kosthold gjennom alle svangerskapskontroller. Normal oppfølging med samtaler omkring fødselsforberedelse, amming, tilknytning og det å skulle bli foreldre havner i andre rekke, mens mange kvinner kjenner på at det bare er glukosemålinger og størrelsen på barnet som er tema under svangerskapsoppfølgingen. Dette legger enda mer tyngde på kvinnenens negative følelser ovenfor å ha fått svangerskapsdiabetes (Davidsen et al., 2023; Jarvie, 2017; Sun et al., 2023).

Møtet med helsepersonell er derfor ikke bare positivt. I Benton et al. (2023) beskriver noen kvinner at de føler seg ignorert og lite møtt på sine behov for psykisk støtte under

svangerskapet. Kvinner beskriver at de må psyke seg opp i forkant av svangerskapskontroller, og at de ikke føler seg hørt. Svært mange kvinner beskriver at de føler seg stigmatisert av helsepersonell (Davidsen et al., 2023; Draffin et al., 2016; Jarvie, 2017). Noen føler seg krenket da BMI er den eneste årsaken til at de må gjennomføre glukosebelastningen (Jarvie, 2017). Informasjonen helsepersonell gav om risiko ved GDM blir av noen kvinner oppfattet som lærerikt, mens andre kvinner igjen oppfattet informasjonen som stigmatiserende (Sun et al., 2023).

Parsons et al. (2018) beskriver at helsepersonell fremstår som bekymret ovenfor barnets helse gjennom svangerskapet, en følelse som raskt blir overført til de gravide. Gravide kan derfor være redde for hvordan de kan ha påvirket barnet sitt (Benton et al., 2023). Mange kvinner beskriver en fryktkultur hvor de blir mistrodd og ikke respektert (Sun et al., 2023). Det blir oppfattet som fryktbasert omsorg i form av at helsepersonell brukte barnets helse som «utpressing» for å sikre compliance hos kvinnene (Parsons et al., 2018). Mange kvinner beskriver at frykten for barnets helse var den største motivasjonen for å endre livsstilen sin under graviditeten. Hovedsakelig var kvinnene redde for at barnet skulle utvikle makrosomi (Jarvie, 2017; Sharma et al., 2021; Sun et al., 2023; Toft et al., 2022). Kvinnene var både redde for hvordan dette kunne påvirke barnets helse og fødselen, samtidig som noen få kvinner forteller om redselen ved å bli stigmatisert for å ha fått et stort barn (Jarvie, 2017).

Helsepersonell har en svært viktig oppgave under oppfølgingen av gravide kvinner med svangerskapsdiabetes, noe som er å sikre at den gravide har fått god nok informasjon, for å faktisk kunne forstå risikoen ved diagnosen. Kvinner beskriver at de blir overveldet over all informasjonen de får etter diagnostisering (Benton et al., 2023), samtidig som flere beskriver at informasjonen ikke var god nok. Flere kvinner har gjort seg opp misforståelser om diagnosen. Mange oppsøker tilleggsinformasjon på internett og i nærmiljøet, da mange synes informasjonen de får fra helsepersonell er mangelfullt og foreldet (Benton et al., 2023; Helmersen et al., 2021; Sun et al., 2023). Flere kvinner bruker støttegrupper og forum på internett som en metode for å tilegne seg mer informasjon (Sun et al., 2023).

Toft et al. (2022) beskriver at det er behov for oppdatert kunnskap og informasjon om diagnosen. For lite kunnskap fører til manglende kontroll (Toxvig et al., 2022). Mange kvinner opplever at fastlegen har for lite kunnskap om svangerskapsdiabetes (Sharma et al., 2021). Det er en gjenganger at kvinner har behov for mer individualisert tilpasset informasjon, både av hensyn til kultur, økonomi og annet. På tross av at kvinner generelt føler at de får for lite informasjon gjennom svangerskapet, så beskriver likevel flere at informasjonen de har fått

om sykdommen, gjør at de kjenner på mindre skyldfølelse ovenfor å ha fått diagnosen. Noen kvinner får informasjon om at svangerskapsdiabetes ikke bare skyldes høy BMI eller lavt aktivitetsnivå, men at kroppen også påvirkes av genetikk og svangerskapshormoner (Davidsen et al., 2023). Dette gjør at flere kvinner opplever å få bedre selvtillit med mer informasjon, da de forstår at glukosemålinger ikke bare handler om maten de spiser.

I etterkant av svangerskap, fødsel og barseltid er det flere kvinner som forteller om en følelse av å være overlatt til seg selv (Benton et al., 2023; Sharma et al., 2021). Flere kvinner forteller at de får tett oppfølging i svangerskapet, men i etterkant får de ingen oppfølging og føler seg veldig alene om veien videre. Dette strider veldig mot det at de blir fortalt gang på gang hvor høy risiko de har for å utvikle diabetes type 2 senere i livet. Kvinnene føler seg glemte av systemet, og har et ønske om bedre oppfølging i etterkant av fødsel (Benton et al., 2023; Parsons et al., 2018).

I Parsons et al. (2018) beskriver en kvinne det slik; «Once you've had your baby it's on your way mate, we're done with you. They don't bother... Once they're done with your baby they're done with their job».

Etter man har hatt svangerskapsdiabetes er det en generell anbefaling om å måle HbA1c (langtidsblodsukker) etter 4 måneder, samt deretter årlig livet ut (Friis et al., 2020). Mange kvinner kjenner på at dette tynger dem, da de opplever å måtte ta ansvar for denne oppfølgingen selv. Kvinner sier at de er etterlatt til seg selv, uten noen form for støtte, uten påminnelser om årlige målinger eller annet (Benton et al., 2023; Sharma et al., 2021; Toft et al., 2022). I Toft et al. (2022) står det at 9 av 14 kvinner målte HbA1c etter første svangerskap. Kun 1 av disse ble oppfordret av helsepersonell, mens resten tok initiativ selv.

4.4.3 Integrering i hverdagen – Å ta grep i hverdagen mens man føler seg som en byrde

Svangerskapsdiabetes er regnet som en livsstilssykdom. Dette betyr at mange må gjøre grep i livsstilen sin for å regulere sykdommen best mulig. Svangerskapsdiabetes påvirker hverdagen til kvinnene, både i form av kostholdsendringer og fysisk aktivitetsnivå. Kvinner opplever at de må ta store grep ved å endre innkjøpsvaner, kosthold og fysisk aktivitet (Dayyani et al., 2019). De fleste kvinner er klar over at de burde øke aktivitetsnivået sitt, men få av dem klarer å faktisk gjennomføre endringen (Dayyani et al., 2019). Dette legger enda

mer byrde til diagnosen hos mange kvinner, da de kjenner på mye dårlig samvittighet knyttet til lavt fysisk aktivitetsnivå (Toxvig et al., 2022).

Mange kvinner synes det er vanskelig å holde blodsukkeret innenfor gitte referanseverdier. Noen finner kontrolltimer hos helsepersonell som motivasjonsfaktorer for bedre regulering av blodsukkeret, mens andre blir veldig tynget av svangerskapskontrollene (Parsons et al., 2018; Sharma et al., 2021; Toft et al., 2022). I Draffin (2016) forteller noen kvinner at de jukser og lyver i rapporteringen av blodsukkerverdier. Noen gravide ser på insulinbehandling som et nederlag (Benton et al., 2023; Draffin et al., 2016). Flere kvinner beskriver at de synes det er vanskelig å regulere blodsukkeret alene, og at det er vanskelig å finne en balanse som fungerer (Toft et al., 2022). Noen kvinner synes at det nesten går over til å bli en slags spiseforstyrrelse, da de blir så opptatte av å holde seg innenfor glukosebelastninger (Draffin et al., 2016; Parsons et al., 2018; Toft et al., 2022).

Noen kvinner forteller at svangerskapsdiabetes oppleves som en sosial byrde. De må lage ulike måltid til seg selv og familiemedlemmer (Dayyani et al., 2019). Det oppleves som tøft for økonomien at man både måtte lage to ulike måltider, men også fordi mye av det som regnes som sunn mat er dyrere. Det er også en økonomisk belastning med all oppfølgingen under svangerskapet da flere kvinner må ta fri fra jobb, eller reise langt for å delta på sykehuskontroller (Jarvie, 2017). Noen beskriver diagnosen som isolerende (Benton et al., 2023; Sun et al., 2023).

I Benton et al (2023) og Dayyani et al. (2019) forteller noen kvinner at de føler seg frustrerte over manglende forståelse hos familie og venner. Noen kvinner deler kun informasjon om diagnosen med sine aller nærmeste, i frykt for å bli stigmatisert av andre (Davidsen et al., 2023). I Dayyani et al. (2019) deler noen kvinner at de fant god støtte i sin partner og i sin mor. De opplever likevel at partner kan fremstå veldig støttende under samtale, men at det i praksis oppleves vanskeligere. Et eksempel som beskrives er at en ektefelle bekymrer seg over størrelsen på kvinnens måltid, samtidig som han drikker Coca Cola foran henne.

En del gravide synes det er ubehagelig å måle blodsukkeret foran kollegaer, venner og familie. Dette kan føre til at i sosiale settinger velger de å droppe glukosemålingene. I Parsons et al. (2018) og Sun et al. (2023) forteller noen kvinner at de følte hele verden stigmatiserte dem, og at andre ser på dem, og tenker at deres vekt er årsaken til at de har fått

svangerskapsdiabetes. En kvinne forteller at hennes mor sa at hun ikke var overrasket over at datteren hadde fått diagnosen, grunnet datterens overvekt (Jarvie, 2017).

På tross av at mange kvinner opplever diagnosen som en byrde, er det også flere kvinner som finner støtte i familie, partner og venner (Driffin et al., 2016). Mange kvinner forteller at de bruker internett aktivt – både for å få skaffe seg mer informasjon om diagnosen, men også for å finne støtte og råd i grupper og forum (Benton et al., 2023; Helmersen et al., 2021). Kvinner opplever at de ikke kjenner på stigmatisering i støttegrupper på internett. De føler seg mindre alene om diagnosen, da andre kvinner deler sine opplevelser. «I really found that just in general in pregnancy, being able to commiserate with people who are in the similar – who are in a similar boat as me has helped a lot» (Sun et al., 2023).

5.0 Diskusjon

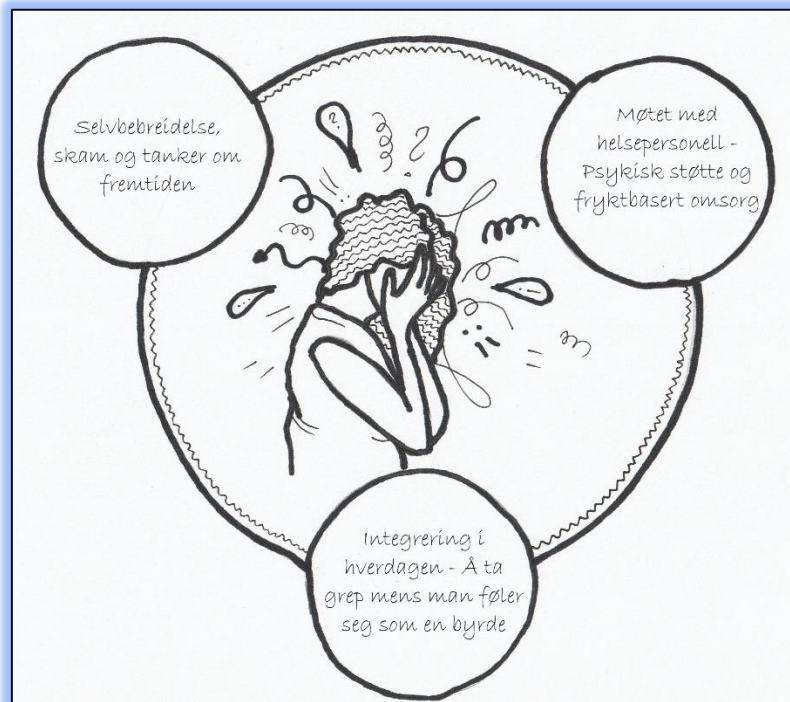
I første del av diskusjonen presenteres resultatdiskusjonen. Her diskuteres de analytiske temaene hver for seg. Resultatene diskuteres i lys av relevant forskning og vitenskapelig perspektiv. Etter resultatdiskusjonen følger metodediskusjonen. Her vil diskuteres oppgavens validitet, styrker og svakheter.

5.1 Resultatdiskusjon

I syntetiseringen ble det utviklet tre analytiske tema; «Selvbebreidelse, skam og tanker om fremtiden», «Møtet med helsepersonell – Psykisk støtte og fryktbasert omsorg» og «Integrering i hverdagen – Å ta grep mens man føler seg som en byrde». Kvinner kjente på en stor skam og bebreidet seg selv for å ha fått svangerskapsdiabetes. De skulle mestre glukosemålinger, følges tett opp av helsepersonell og samtidig glede seg over å skulle bli mødre. Kvinnene levde i et spenningsfelt mellom skam, mestring, prestasjon, nederlag og frykt. Gravide kvinner beskrev både positive og negative møter med helsepersonell, men en gjenganger er at de ønsket seg mer individuelt tilpasset informasjon. Kvinnene trengte et støttende nærmiljø, og brukte ofte internettforum og -grupper som en arena for å finne informasjon og støtte.

I de neste underkapitler følger resultatdiskusjon for hvert analytiske tema.

5.1.1 Figur 4 - Fremstilling av analytiske tema



Tegnet av forfatter IJMM, inspirert av @analiaregalini

5.1.2 Selvbebreidelse, skam og tanker om fremtiden

Resultatene peker på at kvinner hadde lite kunnskap om risikoen for å utvikle svangerskapsdiabetes (Parsons et al., 2018). Våre funn viser at kvinner generelt var overrasket over å få diagnosen svangerskapsdiabetes (Benton et al., 2023; Davidsen et al., 2023; Dayyani et al., 2019; Draffin et al., 2016; Helmersen et al., 2021; Parsons et al., 2018; Sharma et al., 2021; Sun et al., 2023; Toft et al., 2022). Kvinnene var overveldet av følelser som sjokk, redsel og stress etter å ha fått diagnosen. Dette er funn som støttes av internasjonal forskning, hvor det blant annet i en studie fra Sør-Afrika beskrives at for alle kvinnene i studien kom diagnosen svært overraskende (Muhwava et al., 2020). Det var likevel noen kvinner som ikke ble veldig overrasket, da de hadde en familiær opphopning av diabetes og overvekt i familien (Davidsen et al., 2023; Parsons et al., 2018; Sun et al., 2023; Toft et al., 2022). Dette forteller oss at noen kvinner vet mer om risikoen for å kunne utvikle diagnosen enn det andre gjør. Studier utført i land med større andel svangerskapsdiabetes enn mange vestlige land, beskriver likevel at mange kvinner var overrasket over å få diagnosen (Kragelund Nielsen et al., 2020). På den andre siden kommer det frem i en annen studie at noen kvinner med økt genetisk disposisjon, visste om risikoen, og derfor ikke tok diagnostiseringen særlig tungt (Martis et

al., 2018). Det fremstår som at hvilket land man kommer fra, ikke nødvendigvis trenger å være avgjørende for om man er forberedt på å få diagnosen eller ikke.

Det kan drøftes over hvorfor kvinner ikke er forberedt på å få diagnosen. I Norge er det omtrent 1 av 10 kvinner som får diagnosen (Friis et al., 2020), mens i noen etniske grupper får opp mot 2-3 av 10 kvinner svangerskapsdiabetes (Choudhury & Devi Rajeswari, 2021). På verdensbasis er dette store tall, og en kunne derfor tenke seg at informasjon om diagnosen burde være en større del av standard informasjon kvinner mottar under svangerskapskontroller. Kanskje har de også fått informasjonen, men ikke bearbeidet den da de ikke trodde det ville «ramme» dem selv. I Davidsen et al. (2023) beskrev kvinnene i studien at de ikke hadde sett på seg selv som personer som kan få diabetes. Dette tolker forfatterne som at kvinner sitter med sine egne ideer om hva som er en stereotypisk kvinne med svangerskapsdiabetes. Dette kan tyde på at kvinner ser på svangerskapsdiabetes som stigmatiserende, da det ofte forbindes med høy BMI, lavt aktivitetsnivå og dårlige kostholdsvaner. Dette bekreftes i Sun et al. (2023) hvor forskerne beskriver at stigmatisering fra andre (ikke helsepersonell) ofte hadde de samme holdningene til svangerskapsdiabetes som til diabetes type 2. Mange av kvinnene følte seg forhåndsdømte, og kjente på lite forståelse fra andre, som igjen skapte usikkerhet og internalisert stigma.

Det fremstår altså som at kvinner har en holdning, tanke eller idé om hvem som får, eller hvorfor noen får, svangerskapsdiabetes. Det er dermed ikke overraskende at mange kvinner opplever følelsesmessige utfordringer når de blir diagnostisert i svangerskapet. I Sun et al. (2023) ble det beskrevet at kvinnene kjente på skam og skyld, og at de følte seg mislykket. En annen studie legger til beskrivelser som skuffelse, irritasjon, skyldfølelse, tristhet og sinne etter diagnostisering (Martis et al., 2018). En større systematisk oversiktsartikkel fra Danmark, støtter opp under disse funnene. Her konkluderer forskerne med at kvinner kjente på ansvar over at de har fått diagnosen, som bidro til at de følte seg mislykket. Forskerne skriver at kvinner kjente på skyldfølelse ovenfor det ufødte barnet, og eventuell skade de potensielt kunne ha påført barnet sitt. Kvinner bebreidet seg selv mindre etter hvert som de tilegnet seg mer kunnskap om diagnosen (Davidsen et al., 2022). Økt kunnskap kan gjøre at kvinner kjenner på større mestring, og en større grad av håndterbarhet og begripelighet i møtet med svangerskapsdiabetes (Sinclair & Stockdale, 2011). En annen medvirkende faktor som gjør at kvinner kjenner på disse negative følelsesmessige utfordringene kan derfor være mangel på kunnskap om hva som forårsaker svangerskapsdiabetes.

Det viser seg at mange også har manglende kunnskap om risiko og forebygging mot diabetes type 2 senere i livet (Benton et al., 2023; Sharma et al., 2021). Forskningsartikkelen til Abraham og Wilk fra 2014 viser også til at noen kvinner var klar over at de hadde en økt risiko for å utvikle diabetes type 2, selv om de kanskje ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om viktigheten og muligheten til å forebygge ved hjelp av livsstilsendringer. Mange kvinner uttrykket frustrasjon over å måtte holde på denne nye livsstilen, samtidig som flere nevnte at den nye livsstilen også fungerer som motivator for å unngå diabetes type 2 i fremtiden. Flere kvinner var redde for å havne tilbake i gamle kostholds- og aktivitetsvaner når svangerskapet var over (Sharma et al., 2021; Toxvig et al., 2022). I en masteroppgave fra Høgskolen i Innlandet har forfatteren undersøkt hvordan man forebygger mot diabetes type 2, etter å ha hatt svangerskapsdiabetes. Her nevnes det blant annet at kvinner ønsket seg mer informasjon og hjelp til å holde på livsstilsendringer. Informasjon kunne virke motiverende, og dermed bidra til økt mestringsfølelse hos kvinnene (Helseth, 2022). I en annen studie blir det nevnt at undervisning om riktig kosthold- og aktivitetsvaner kunne vært svært interessant også i etterkant av fødsel, i arbeidet med å forebygge mot diabetes type 2 (Abraham & Wilk, 2014). I en kronikk fra 2009 beskrives det at kvinner er svært mottakelige for helseinformasjon under og etter svangerskap, og at man burde benytte denne muligheten til å gi informasjon og livsstilsråd som potensielt kan forebygge over generasjoner (Qvigstad et al., 2009).

Oppsummert kan man si at kvinner med svangerskapsdiabetes ofte opplever følelser som sjokk, redsel og stress ved diagnostisering. Mangel på forståelse og støtte forsterker de følelsesmessige utfordringene gravide kvinner møter. Stigmatisering rundt diagnosen, spesielt knyttet til vekt, aktivitetsnivå og kosthold, fører til følelser av skam og selvbebreidelse. Kvinner kjenner på ansvarfølelse overfor det ufødte barnet. Økt kunnskap om diagnosen kan redusere de negative utfordringene, og samtidig øke kvinnenens mestringsfølelse. Det er sees behov for støtte og veiledning, både under og etter svangerskapet, for å håndtere alle de følelsesmessige utfordringene, samt for å fremme god helse.

5.1.3 Møtet med helsepersonell – Psykisk støtte og fryktbasert omsorg

I møtet med helsepersonell opplevde kvinner med svangerskapsdiabetes en kompleks miks av følelser og opplevelser. Studier av Dayyani et al. (2019) og Davidsen et al. (2022) indikerer at mange kvinner følte seg godt ivaretatt og respektert i møtet med helsepersonell, noe som bidro til en styrket følelse av kontroll og håndterbarhet. Denne opplevelsen av støtte fra helsevesenet kan være avgjørende for å styrke kvinnenens OAS, som er sentral i

salutogenese (Antonovsky, 2012). Kvinner som opplevde denne støtten fra helsepersonell, følte seg ofte motiverte til å ta grep for å regulere sykdommen best mulig (Dayyani et al., 2019). Dette kommer også frem i studien til Helseth (2022), hvor kvinnene generelt var fornøyde med oppfølgingen under svangerskapet, men mindre tilfredse med oppfølgingen i etterkant av fødsel. God oppfølging fra helsepersonell har vist seg å være en viktig faktor for å redusere stress, sikre trygghet og en følelse av meningsfullhet hos kvinnene (Heinonen, 2021). Andre studier påpeker at jordmødres og annet helsepersonells negative følelser og fordommer kan påvirke kvinnene i en negativ retning (Abraham & Wilk, 2014), mens ved å bruke en salutogen tilnærming til kvinnen kan man gjennom informasjon, støtte, og positive tilbakemeldinger motivere kvinnene til å optimalisere livsstil (og generell helse) under og etter svangerskap (Abraham & Wilk, 2014; Heinonen, 2021; Sinclair & Stockdale, 2011). Ved en salutogen tilnærming kan jordmødre hjelpe kvinner til å kjenne på økt begripelighet og håndterbarhet i arbeidet med regulering av blodsukker, kosthold og aktivitetsnivå (Sinclair & Stockdale, 2011). Dette vil igjen kunne styrke kvinnes OAS.

Selv om kvinner opplever å bli godt ivaretatt av helsepersonell, rapporterer de likevel om manglende kontinuitet og en følelse av å bli overvåket av helsepersonell (Parsons et al., 2018; Toxvig et al., 2022). Mange kvinner forteller om behovet for å psyke seg opp i forkant av svangerskapskontroller, samt om følelsen av å bli stigmatisert av helsepersonell. Flere beskrev at de ble plassert i en bås som 'diabetiker' istedenfor å bli sett på som 'gravid' (Davidsen et al., 2022; Draffin et al., 2016; Jarvie, 2017; Toft et al., 2022). Disse erfaringene indikerer at kvinner med svangerskapsdiabetes ble møtt med en patogen tilnærming. Blaaka og Schauer Eri (2008) fremhever hvordan helsepersonell balanserer mellom det menneskelige og det teknologiske, deres oppgave er å forstå kvinners situasjon og være til stede både fysiske og emosjonelt, samtidig som de må avdekke risiko gjennom et patogen perspektiv (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Kvinner bekrefter dette ved å beskrive hvordan svangerskapskontroller ofte er preget av fokus på vekt, kosthold og størrelsen på barnet, og mange opplever det som å være oppe til eksamen hver gang de møter opp (Davidsen et al., 2022; Draffin et al., 2016; Jarvie, 2017; Sun et al., 2023).

Helsepersonell spiller en avgjørende rolle i oppfølgingen av gravide kvinner med svangerskapsdiabetes, og det er viktig at de tilbyr grundig informasjon som bidrar til kvinnes forståelse av diagnosen og dens risikoer. I Parsons et al. (2018) beskrives en bekymring blant helsepersonell for barnets helse gjennom svangerskapet, noe som kan skape en fryktkultur blant de gravide. Denne bekymringen kan overføres til kvinnene og bidra til

følelsen av at de selv kan ha skadet barnet sitt (Sun et al., 2023). Det er rapportert om en praksis hvor helsepersonell brukte barnets helse som «utpressing» for å sikre kvinnes etterlevelse av anbefalte livsstilsendringer (Parsons et al., 2018). Dette bekreftes også i en studie fra Brasil, hvor en kvinne beskrev at hun hadde fått informasjon om at det kunne være vanskeligere for et keisersnittså å gro, at barnet kunne bli veldig stort eller at man kunne risikere en abort om man ikke regulerte blodsukkeret sitt godt nok (Mançú & Castro Almeida, 2016). Dette kan skape en fryktbasert omsorg som ikke nødvendigvis fremmer en konstruktiv tilnærming til håndteringen av svangerskapsdiabetes.

Samtidig er det viktig å adressere kvinnes opplevelse av å bli overveldet av informasjon etter diagnostisering. Mange kvinner følte seg overveldet over informasjonen de mottar, og flere opplevde samtidig at informasjonen de fikk fra helsepersonell ikke var tilstrekkelig, eller godt nok oppdatert (Benton et al., 2023). Dette kan føre til store misforståelser og usikkerheter rundt diagnosen og dens konsekvenser. Kvinner oppsøker ofte tilleggsinformasjon på internett, og i internettbaserte støttegrupper, for å fylle gapet i kunnskapen de opplever å få fra helsepersonell (Helmersen et al., 2021; Sun et al., 2023). Denne praksisen indikerer både et behov for bedre kommunikasjon fra helsepersonell, samt et økt fokus på å styrke kvinnes helsekompetanse for å bedre kunne forstå og håndtere diagnosen. Dette funnet støttes av studier som omhandler bruk av sosiale medier og støttegrupper på internett. Én systematisk oversiktsartikkel påpeker at internettgupper potensielt kan bedre svangerskapsutfall for mor, bidrar til redusert behov for oppfølging av helsepersonell og øker kvinnes mentale velvære under svangerskapet (Cheng et al., 2023).

På den andre siden kan det å informere om risiko være utfordrende når det gjelder å øke begripeligheten. For eksempel, å presentere komplikasjoner som relativ risiko og absolutt risiko krever en betydelig grad av helsekompetanse for å forstå. Dette kan være spesielt utfordrende når det gjelder tallforståelse og risikostatistikk (Rørtveit & Strand, 2001), og oversettelsen av slike komplekse begreper til forståelig informasjon for enkeltpersoner kan være vanskelig. Usikkerheten i å trekke slutninger fra gruppenivå til individnivå legger til kompleksiteten (Rørtveit & Strand, 2001), og understreker behovet for en tilpasset tilnærming som tar hensyn til den enkeltes unike situasjon og forståelsesevne.

Samlet sett peker disse funnene på viktigheten av en helhetlig tilnærming til oppfølgingen av kvinner med svangerskapsdiabetes. Ved å integrere prinsippene om salutogenese i svangerskapsomsorgen, kan jordmødre bidra til å styrke kvinnes mentale velvære og fremme bedre helseutfall på lang sikt. Dette krever en tilpasning av

oppfølgingsstrategier for å inkludere både de fysiske og mentale aspektene av kvinners helse, samt å anerkjenne å bygge på deres egne ressurser og mestringsevner.

5.1.4 Integrering i hverdagen – Å ta grep mens man føler seg som en byrde

Svangerskapsdiabetes viser seg å gi følelsesmessige utfordringer og krever betydelige endringer i kvinnes daglige rutiner, inkludert kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet (Dayyani et al., 2019). Det er utfordrende å iverksette disse endringene, men salutogenese kan gi et nytt perspektiv på hvordan kvinner kan møte disse utfordringene. I følge Antonovskys teori om OAS, handler helse ikke bare om fravær av sykdom, men også om tilstedeværelse av helsefremmende faktorer og en følelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Kvinner som lever med svangerskapsdiabetes kan utvikle en sterkere OAS ved å fokusere på de helsefremmende aspektene av livet sitt, for eksempel ved å være bevisst på ernæring og fysisk aktivitet som ikke bare er nødvendig for å kontrollere blodsukkerverdier, men også for å fremme generell god helse og velvære (Sagy et al., 2017, s. 7-13). Ved å innlemme sunne vaner i sin daglige rutine, kan de øke sin følelse av kontroll og mestring over sykdommen. Mens helsepersonell kan gi veiledning og støtte i denne prosessen, kan det være vanskelig for kvinner å implementere disse endringene i praksis, spesielt når de møter motstand fra sine omgivelser eller mangler ressurser som tid og økonomisk støtte (Eriksson & Lindström, 2005). I tillegg til de fysiske utfordringene, kan svangerskapsdiabetes også påvirke kvinnes mentale og emosjonelle velvære. Mange kvinner opplever følelser av skyld, frustrasjon og isolasjon knyttet til diagnosen. Stigma og manglende forståelse fra familie, venner og samfunnet kan forsterke disse følelsene og gjøre det vanskeligere for kvinner å håndtere de følelsesmessige utfordringene på en effektiv måte (Damm et al., 2016).

I tillegg kan sosial støtte spille en viktig rolle i å styrke kvinnes OAS. Familie, partner og venner kan bidra til å støtte og oppmuntre dem gjennom utfordringene med svangerskapsdiabetes. Det å føle seg støttet og forstått kan bidra til å redusere stressnivået og styrke kvinnes evne til å håndtere sykdommen på en mer effektiv måte (Lindström et al., 2015). Dette er funn som støttes i andre studier, blant annet en forskningsartikkel fra 2020, hvor forskerne forteller om kvinner som finner stor støtte i kollegaer, familie og ektefelle (Kragelund Nielsen et al., 2020). De gravide opplevde å få støtte til blant annet ekstra pauser på jobb, administrering av medisin, kostholdsendringer og annet.

Det er også viktig å anerkjenne betydningen av å søke informasjon og støtte fra eksterne kilder, for eksempel gjennom internettbaserte støttegrupper og forum. Å delta i slike fellesskap kan gi kvinner muligheten til å dele erfaringer, få råd og føle seg mindre isolerte (Lindström et al., 2015). Det finnes også studier som viser til at kvinner kan oppleve bedre blodsuktermålinger, samt økt livskvalitet, ved å delta i internettbaserte støttegrupper (Cheng et al., 2023; Elton, 2022). Dette kan bidra til å styrke deres følelse av sammenheng, og oppleve en følelse av fellesskap med andre i lignende situasjoner. Men på den andre siden er det viktig å erkjenne at for kvinner som søker informasjon og støtte på internett, er tilstrekkelig helsekompetanse avgjørende for at kvinnen skal kunne forstå og tolke den informasjonen hun finner. Uten en tilstrekkelig grad av helsekompetanse kan det være utfordrende å navigere gjennom kompleks informasjon, og det å kunne skille mellom pålitelige kilder og eventuell feilinformasjon (Sørensen et al., 2012).

I konklusjon kan vi fastslå at å anvende salutogenesens perspektiv gir oss en dypere innsikt i hvordan kvinner kan håndtere svangerskapsdiabetes på en måte som fremmer deres generelle helse og velvære. Gjennom å fokusere på helsefremmende faktorer, styrke sosial støtte og aktivt søke informasjon og støtte fra eksterne kilder, kan kvinner oppleve en sterkere Opplevelse av Sammenheng (OAS), og dermed være bedre rustet til å møte de følelsesmessige utfordringene kvinner opplever i møtet med svangerskapsdiabetes. Dette understreker nødvendigheten av å implementere en helhetlig tilnærming til behandlingen av diagnosen, som tar hensyn til både de fysiske, psykiske og sosiale aspektene av kvinners helse. Denne tilnærmingen illustrerer også hvordan helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak kan samvirke og forsterke hverandre, og dermed bidra til å optimalisere kvinners helseutvikling på lengre sikt (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

5.2 Metodediskusjon

I dette underkapittelet presenteres en diskusjon om metode og fremgangsmåter som ble anvendt i studien, med spesiell oppmerksomhet rettet mot evalueringen av intern og ekstern validitet. Vi har gjort en kritisk vurdering av i hvilken grad studien har lyktes i å undersøke det som var det tiltenkte målet, og om resultatene kan overføres til andre populasjoner eller situasjoner. I kapittel 3 beskrives det hvordan metoden er utført, mens analysen presenteres i kapittel 4.

5.2.1 Intern validitet

Å drøfte intern validitet handler om relevans – om det brukes relevante forskningsmetoder for å besvare forskningsspørsmålet, og relevant teoretisk perspektiv for å belyse oppgavens resultater. Intern validitet forteller oss noe om studiens troverdighet. Det er midlertidig troverdighet innenfor studiens egne premisser – ikke om resultatene er generaliserbare (ekstern validitet) (Malterud, 2017b, s. 23-25).

I denne studien ønsket forfatterne å utforske kvinners erfaringer med å leve med svangerskapsdiabetes. Det var kvinnenens subjektive følelser som var av interesse, og det var da et opplagt valg å bruke en kvalitativ metode. Kvalitative metoder gav oss mulighet til å lete etter erfaringer, meninger og holdninger hos deltakere og informanter (Malterud, 2017b, s. 30-31). Grunnet et stort omfang forskningslitteratur bestemte forfatterne seg for å gjøre en metasyntese. Malterud (2017b, s. 19-21) skriver at det produseres mye forskning i dag, som blir liggende ubrukt. Hun skriver om sløsing med forskning, og bærekraftig gjenbruk av eksisterende forskning. Så istedenfor å gjennomføre en egen primærstudie, valgte forfatterne å sammenfatte og fortolke eksisterende forskning for å besvare forskningsspørsmålet. Det vil kunne diskuteres om man ville funnet de samme funn om man hadde utført en egen primærstudie, da kvalitativ forskning vil være subjektiv. I samarbeid med veileder ble det valgt en fremgangsmetode for tematisk metasyntese utviklet av to professorer ved University of London (Thomas & Harden, 2008). Metoden er godt beskrevet i Thomas og Harden sin forskningsartikkel om tematisk metasyntese, men samtidig gir artikkelen rom for tolkning av utførelsen av dataanalysen. Det ble lett etter lignende oppgaver eller beskrivende litteratur, og man brukte både Malterud (2017) og Booth et al. (2022) for å forstå metoden enda bedre.

Det ble utarbeidet en inklusjons- og eksklusjonsliste over forskningslitteratur til metasyntesen. Her kan det debatteres om en ville kunne få et enda bredere søk om man hadde valgt å inkludere eldre forskning eller forskning på andre språk. Men grunnet oppgavens tidsbegrensning og omfang valgte man å la disse kriteriene stå. Det ble også kontrollert ift. eldre studier, og det viste seg at det var svært få studier som ble ekskludert på tross av avgrensning til de siste 10 år med forskning.

Forfatterne søkte først etter litteratur på egenhånd, men ble gjort oppmerksom på at man ville trenge hjelp av forskningsbibliotekar for å sikre at man fikk tilstrekkelig bredde på søket (Malterud, 2017a, s. 52-53), samtidig som man vil minimere uønskede resultater. Litteratursøkene forfatterne utførte tidlig i prosessen inkluderte også søkeord som «stigma» og «shame», noe som ville svekket forfatternes refleksivitet. Det er ønskelig å få en god

balanse i sensitivitet og spesifisitet (Booth et al., 2022). Man valgte å søke etter litteratur i kjente databaser, og fikk hjelp av universitetsbibliotekar til å sette opp forslag til søkeord. Det ble prøvd mange ulike sammensetninger av søkeord, men man vil likevel ikke kunne påstå at forfatterne har fanget opp all relevant litteratur. Kanskje ville man kunne fått flere og bedre treff med andre søkeord, andre sammensetningen av søkefraser eller i andre databaser.

Man har kun inkludert artikler som omhandler kvinner med svangerskapsdiabetes, og ikke andres (pårørendes eller helsepersonells) perspektiv. Dette styrker oppgavens interne validitet. Alle litteratursøk ble utført i fellesskap, og forfatterne gikk sammen gjennom alle titler for å ikke ekskludere forskning man burde tatt med. Forfatterne har dokumentert underveis for å sikre transparens i prosessen, og prosessen er videre presentert i flytskjema (Malterud, 2017b, s. 177-179). Man forsøkte å holde sin egen forforståelse unna under utvelgelsen av artikler, for å sikre god refleksivitet. De inkluderte studiene inkluderer data fra 237 kvinner som har eller har hatt svangerskapsdiabetes. Forfatterne brukte mye tid sammen på å sikre at artiklene var av god kvalitet, og at det var gjort etiske vurderinger i utarbeidelsen av forskningsartiklene.

Forfatterne har arbeidet sammen i par gjennom søkeprosessen og analyseprosessen. Dette anses som en styrke for studien, selv om analysen kan være påvirket av forfatterne som utførte studien. Forfatterne har forsøkt å gi en åpen fremstilling av søkeprosessen, samt vurdering av kvalitet og utvelgelse av artikler til syntesen. Dette bidrar til å sikre den interne reliabiliteten til studien, ved å gjøre inkluderingsprosessen reproduksjonsbar. I midlertidig er analysemetoden preget av fortolkning, noe som betyr at studien ikke kan anses som fullstendig reproduserbar (Booth et al., 2022, s. 174-175).

Malterud (2017b, s. 179-180) skriver at det er en stor fordel å ha erfaring fra analyse av kvalitative data i forkant. Begge forfatterne har tidligere skrevet kvalitative oppgaver på bachelornivå, men ikke i dette omfang. Vår mangel på erfaring vil derfor kunne påvirke utarbeidelsen av studien. Vi har gjort vårt ytterste for å unngå skjevhet i utvalg av artikler, og for være bevisst vår egen forforståelse i arbeidet med datamaterialet. Det er verdt å nevne at størsteparten av artiklene var skrevet på engelsk. Selv om forfatterne anser seg for å ha god språkforståelse, betyr dette også at man ikke kan garantere for at uttrykk kan bli misforstått eller informasjon tapt i oversettelsen. Vår evne til å utføre litteratursøk, gjennomføre metodeprosessen korrekt, analysere og fortolke vil kunne være preget av vår manglende erfaring med metoden.

Forfatterne har gjennom prosessen forsøkt å sikre at deres funn er pålitelige og troverdige. Samlet sett gir metasyntesen et pålitelig sammendrag av den tilgjengelige forskningen om kvinner med svangerskapsdiabetes, og med høy intern validitet styrkes tilliten til våre resultater.

5.2.2 Ekstern validitet

Et annet viktig moment å drøfte er hvorvidt oppgavens resultater er overførbare til andre kontekster. Med andre kontekster menes andre befolkningsgrupper i andre situasjoner (Booth et al., 2022, s. 158-159). Selv om forfatterne har forsøkt å sikre en høy intern validitet betyr ikke dette at resultatene nødvendigvis kan overføres til andre kontekster enn den anvendte deltakergruppen – kvinner med svangerskapsdiabetes. Man vil i dette underkapittelet drøfte hvorvidt man kan overføre resultatene fra analysen til andre pasientgrupper i andre settinger.

Høy BMI, lavt aktivitetsnivå, etnisitet og arv er faktorer som øker risikoen for at en kvinne får svangerskapsdiabetes (Friis et al., 2020). Kvinner med historikk med svangerskapsdiabetes er særdeles utsatt for å utvikle diabetes type 2 på et senere tidspunkt i livet. Risikofaktorer for diabetes type 2 er blant annet lavt fysisk aktivitetsnivå, høy BMI, etnisitet, røyking, høy alder og tidligere svangerskapsdiabetes. Behandlingen av sykdommen vil også være omtrent det samme som ved svangerskapsdiabetes – livsstilsendringer, og eventuelt behovet for glukosesenkende medikamenter (Helsedirektoratet).

En ser dermed svært mange likheter i forhold til risikofaktorer og behandlingen av svangerskapsdiabetes og diabetes type 2. Vil det da kunne være tenkelig at personer med diabetes type 2 føler på mye av den samme skammen som kvinner med svangerskapsdiabetes? Omtrent 200.000 nordmenn lever med diabetes type 2, og det viser seg at store andeler av disse kjenner på følelser av skam og skyld. Dette tror man skyldes at sykdommen er så tett forbundet med blant annet overvekt og lavt aktivitetsnivå (Tunstrøm, 2018). Én kvantitativ studie fra 2022 viste blant annet at 32,9% (av 510 deltakere) av de med diabetes type 2 følte på diabetes-relatert skam (Inagaki et al., 2022). Det vil være naturlig å reflektere over at noen av resultatene i metasyntesen vil kunne være overførbare til pasienter med diabetes type 2.

I studien er det inkludert 11 forskningsartikler fra hovedsakelig vestlige land som ansees som overførbare til Norge. Studier fra Danmark, Irland, England og USA er inkludert i

tillegg til norske studier. Dette betyr at det er vanskelig å vite hvilken overføringsverdi studien vil ha til ikke-vestlige land. En del asiatiske land har betraktelig høyere forekomst av svangerskapsdiabetes (Choudhury & Devi Rajeswari, 2021) enn det man ser i vesten. Dette kan relateres til et annet kosthold i andre deler av verden, men også til arv og etnisitet. Det er da ikke sikkert det er like stor andel kvinner som kjenner på skam over sin diagnose, men dette blir bare syning fra forfatterens side. Forfatterne har ingen oversikt over hvilke kriterier andre land bruker for å fastsette diagnosen, eller hvordan kvinnene følges opp offentlig (og/eller privat). Det kan tenkes at noen av resultatene er overførbare til gravide kvinner med svangerskapsdiabetes i andre deler av verden, men gjerne ikke alle resultater.

Selv om studien ikke kan ansees for å være overførbart til alle deler av verden, eller alle befolkningsgrupper kan det likevel drøftes om en del av resultatene kan være overførbare til andre sykdommer under svangerskap. Tenkte eksempler på dette kan være behovet for informasjon og støtte ved svangerskapskomplikasjoner (preeklampsi, tvillingsvangerskap og annet), det patogene fokus i oppfølgingen under svangerskap, samt ved andre sykdommer og/eller situasjoner under svangerskap som kan oppleves stigmatiserende (HIV/aids, psykiske lidelser, rusmisbruk, samlivsbrudd eller overvekt).

6.0 Avslutning

Avslutningsvis gjentas oppgavens problemstilling, før konklusjon og implikasjoner for faget og videre forskning presenteres. Oppgavens problemstilling; «Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever gravide kvinner med svangerskapsdiabetes?»

6.1 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske hvilke følelsesmessige utfordringer gravide kvinner erfarer når de lever med svangerskapsdiabetes. Bedre selvfølelse gir økt selvtillit og mestringsfølelse, som igjen skaper motivasjon for endring. Ved å ha økt innsikt i kvinners opplevelser vil vi også få økt kunnskap om kvinnenes behov for støtte og forståelse i oppfølgingen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Vi anser dette som viktig kunnskap for å kunne forbedre støtten helsepersonell gir kvinner med svangerskapsdiabetes.

Svangerskapsdiabetes kan utgjøre en betydelig utfordring for kvinner under graviditet, fødsel og i barselperioden. Gjennom våre resultater og diskusjoner har vi dykket ned i ulike aspekter ved denne tilstanden, og det er tydelig at mange kvinner opplever mange følelsesmessige utfordringer.

For det første viser resultatene at diagnosen ofte kommer som en overraskelse for kvinnene, og mange føler seg belastet av skyld og skam knyttet til risikofaktorer som overvekt og inaktivitet. Den psykologiske belastningen forsterkes av mangel på informasjon og støtte, inkludert informasjon om risikoen for å utvikle diabetes type 2 senere i livet. Man ser at mange kvinner bebreider seg selv over å ha fått diagnosen. Behovet for emosjonell støtte og oppmuntring er avgjørende for å hjelpe dem med å håndtere disse følelsene.

I møtet med helsepersonell opplever kvinner en kompleks blanding av følelser, hvor noen føler seg godt ivaretatt og respektert, mens andre rapporterer om manglende kontinuitet og konstant fokus på vekt, kosthold og blodsuktermålinger. Dette illustrerer behovet for en mer empatisk og helhetlig tilnærming til omsorgen for gravide kvinner med svangerskapsdiabetes, som tar hensyn til både deres fysiske, psykiske og sosiale behov. Jordmødre står ofte i utfordringen med å avdekke eventuell patologi samtidig som de skal være emosjonelt til stede for kvinnene, og det er viktig at de får opplæring og støtte for å kunne håndtere denne balansen på en god måte.

Sammenfatningsvis peker resultatene på at det er viktig å understreke betydningen av samspillet mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for å optimalisere

kvinner helseutvikling på lengre sikt. Ved å fokusere på å styrke kvinnenes indre ressurser og mestringsevne, kan helsepersonell bidra til å fremme en følelse av sammenheng og opplevelse av kontroll hos kvinnene. Implementeringen av en slik helhetlig tilnærming kan bidra til å redusere den psykiske belastningen, samt øke livskvaliteten for kvinner med svangerskapsdiabetes på lang sikt.

6.2 Implikasjoner for faget og videre forskning

Denne tematiske metasyntesen belyser følelsesmessige utfordringer hos kvinner med svangerskapsdiabetes. Målet er at denne studien skal kunne skape økt oppmerksomhet rundt den patogene oppfølgingen av kvinner med svangerskapsdiabetes. Årsaken til at studien er utført fra starten av er for å få en økt forståelse for hvordan det er å leve med svangerskapsdiabetes, og på samme tid skape rom for refleksjoner over hvordan man som jordmor best kan ivareta kvinner med svangerskapsdiabetes. Som jordmor skal man ha nødvendig kompetanse til å utøve jordmoryrket på en ikke-stigmatiserende måte, samtidig som man skal kunne arbeide helsefremmende og forebyggende (Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning, 2023). Resultatene kan skape refleksjoner om hvordan man kan utøve faget på en ikke-stigmatiserende måte, samtidig som vi skal sikre best mulig utfall for både mor og barn.

Videre praksis bør rettes mot å bedre adressere den psykologiske belastningen gravide kvinner med svangerskapsdiabetes opplever. Jordmødre og annet helsepersonell som arbeidet med disse kvinnene bør være særdeles oppmerksomme på behovet for emosjonell støtte, forståelse og oppmuntring gjennom hele svangerskapet. Man ser også et stort behov for mer informasjon om forebygging av diabetes type 2 etter gjennomgått svangerskap. Det er også viktig å fremme en mer helhetlig omsorg for kvinner med svangerskapsdiabetes, som tar hensyn til deres fysiske, psykiske og sosiale behov. Dette kan som forslag integrere prinsippene om salutogenese i svangerskapsomsorgen, for å kunne styrke kvinnenes indre ressurser og mestringsevne.

Implikasjoner for jordmorutdanningen i Norge er at det med fordel bør legges vekt på informasjon om de psykososiale aspektene ved svangerskapsdiabetes. Studentene bør få kommunikasjonstrening og opplæring i å gi emosjonell støtte i konsultasjonspraksis, samtidig som en selvsagt konstant arbeider med å avdekke patologiske tilstander. Dette kan gjelde ved

mange ulike sykdommer og tilstander under svangerskapet. Dette kan bidra til å ruste jordmødre til å møte kvinners komplekse behov på en mer helhetlig måte.

Det er behov for forskning som ser på effekten av ulike former for psykososial støtte på kvinners mentale helse under svangerskapet. Vi ser også et behov for forskning som ser på hvordan psykososiale utfordringer påvirker gravide kvinner, samt om fenomener som skam og skyldfølelse kan påvirke tilknytningen til det ufødte barnet. Det oppfordres også til mer forskning på hvordan helsefremmende, helhetlige tilnærminger til svangerskapsomsorg kan optimaliseres til å bedre støtte kvinner med svangerskapsdiabetes. Det er til slutt en allmenn oppfordring til å utforske kvinners opplevelser av møtene med helsepersonell både før, under og etter svangerskap, noe som kan bidra til å forbedre praksisen innen helseomsorgen.

Litteraturliste

- Abraham, K. & Wilk, N. (2014). Living with gestational diabetes in a rural community. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 39(4), 239-245. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000047>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Benton, M., Silverio, S. A. & Ismail, K. (2023). "It feels like medically promoted disordered eating": The psychosocial impact of gestational diabetes mellitus in the perinatal period. *PLoS One*, 18(7), e0288395-e0288395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288395>
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Booth, A., Sutton, A., Clowes, M., Martyn-St James, M. & Booth, A. (2022). *Systematic approaches to a successful literature review* (Third edition. utg.). SAGE.
- Cheng, Z., Hao, H., Tsofliou, F., Katz, M. D. & Zhang, Y. (2023). Effects of online support and social media communities on gestational diabetes: A systematic review. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 180, 105263-105263. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105263>
- Choudhury, A. A. & Devi Rajeswari, V. (2021). Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 143, 112183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112183>
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2023). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Damm, P., Houshmand-Oeregaard, A., Kelstrup, L., Lauenborg, J., Mathiesen, E. R. & Clausen, T. D. (2016). Gestational diabetes mellitus and long-term consequences for mother and offspring: a view from Denmark. *Diabetologia*, 59(7), 1396-1399. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-3985-5>
- Davidson, E., Maindal, H. T., Rod, M. H., Olesen, K., Byrne, M., Damm, P. & Nielsen, K. K. (2022). The stigma associated with gestational diabetes mellitus: A scoping review. *EClinicalMedicine*, 52, 101614-101614. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101614>
- Davidson, E., Terkildsen Maindal, H., Byrne, M., Kelstrup, L., Ovesen, P., Damm, P. & Kragelund Nielsen, K. (2023). A qualitative investigation into the perceptions and experiences of the stigma attached to gestational diabetes mellitus among women in Denmark. *Diabetes Res Clin Pract*, 203, 110858. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110858>
- Dayyani, I., Terkildsen Maindal, H., Rowlands, G. & Lou, S. (2019). A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scand J Caring Sci*, 33(3), 621-631. <https://doi.org/10.1111/scs.12655>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Draffin, C. R., Alderdice, F. A., McCance, D. R., Maresh, M., Harper Md Consultant Physician, R., McSorley, O. & Holmes, V. A. (2016). Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study. *Midwifery*, 40, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.019>
- Elton, L. (2022). Knowledge, community and care: Digital biocitizenship in gestational diabetes. *Social Health Illn*, 44(9), 1408-1426. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13516>

- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59(6), 460-466.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Farstad, I. N. & Roald, B. (2022, 21.10). *Patologi*. Store Norske Leksikon. Hentet 11.04.24 fra <https://sml.snl.no/patologi>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning. (2023). *Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning* (FOR-2023-06-05-822). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2023-06-05-822/KAPITTEL_9#KAPITTEL_9
- Friis, C. M., Roum, E. M. S., Holm, H. O., Toft, J. H., Roland, M. C. P. & Thordarson, H. B. (2020, 16.02). *Svangerskapsdiabetes*. *Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp*. ePub. Hentet 27.02.24 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/svangerskapsdiabetes/>
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 18. <https://doi.org/10.7557/14.237>
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C. & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Heinonen, K. (2021). Strengthening Antenatal Care towards a Salutogenic Approach: A Meta-Ethnography. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5168. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105168>
- Helmersen, M., Sørensen, M., Lukasse, M., Laine, H. K. & Garnweidner-Holme, L. (2021). Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882077>
- Helsedirektoratet. (05.08.2022). *Diabetes type 2*. Helsedirektoratet. Hentet 20.03 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-2/>
- Helseth, B. L. B. (2022). Forebygging av Type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes. I. Inland Norway University.
- Holmen, H. A. (2023, 17.10). *Induktive slutninger*. Store Norske Leksikon. Hentet 26.02.24 fra https://snl.no/induktive_slutninger
- Inagaki, S., Matsuda, T., Muramae, N., Abe, K. & Kato, K. (2022). Diabetes-related shame among people with type 2 diabetes: an internet-based cross-sectional study. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 10(6), e003001. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2022-003001>
- Jarvie, R. (2017). Lived experiences of women with co-existing BMI≥30 and Gestational Diabetes Mellitus. *Midwifery*, 49, 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.009>
- Kragelund Nielsen, K., Vildekilde, T., Kapur, A., Damm, P., Seshiah, V. & Bygbjerg, I. C. (2020). "If I Don't Eat Enough, I Won't Be Healthy". Women's Experiences with Gestational Diabetes Mellitus Treatment in Rural and Urban South India. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093062>
- Kåss, E. (2020, 10.08). *Patogenese*. Store Norske Leksikon. Hentet 11.04.24 fra <https://sml.snl.no/patogenese>
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Lønne, A. (2022). *Salutogenese*. Hentet 06.03 fra <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Mançú, T. d. S. & Castro Almeida, O. S. (2016). KNOWLEDGE AND FEELINGS OF DIABETIC PREGNANT WOMEN ABOUT GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND TREATMENT. *Journal of Nursing*

- UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 1474-1482. <https://doi.org/10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201616>
- Martis, R., Brown, J., McAra-Couper, J. & Crowther, C. A. (2018). Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control - a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1710-8>
- Muhwava, L. S., Murphy, K., Zarowsky, C. & Levitt, N. (2020). Perspectives on the psychological and emotional burden of having gestational diabetes amongst low-income women in Cape Town, South Africa. *BMC Womens Health*, 20(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01093-4>
- Parsons, J., Sparrow, K., Ismail, K., Hunt, K., Rogers, H. & Forbes, A. (2018). Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18, 1-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1657-9>
- Qvigstad, E., Voldner, N., Bollerslev, J. & Henriksen, T. (2009). Diabetes i svangerskapet - forebygging over generasjoner. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 129(23), 2494-2496. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0712>
- Rørtveit, G. & Strand, R. (2001). Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(11).
- Sagy, S., Mittelmark, M. B. & Eriksson, M. (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (1st 2016. utg.). Cham: Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Sharma, A., Birkeland, K. I., Neramo, I., Qvigstad, E., Tran, A. T., Gulseth, H. L., Sollid, S. T., Wium, C. & Varsi, C. (2021). Understanding mechanisms behind unwanted health behaviours in Nordic and South Asian women and how they affect their gestational diabetes follow-ups: A qualitative study. *Diabet Med*, 38(10), e14651. <https://doi.org/10.1111/dme.14651>
- Sinclair, M. & Stockdale, J. (2011). Achieving optimal birth using salutogenesis in routine antenatal education. *Evidence based midwifery*, 9(3), 75.
- Sletnes, K. B. (2021, 18.03). *Forståelse*. Hentet 27.02.24 fra <https://snl.no/forst%C3%A5else>
- Staff, A. (2015, 23.06). *Bias*. Hentet 04.03.24 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Stoltenberg, C. (2022, 26.01). *Deskriptiv*. Store Norske Leksikon. Hentet 26.02.24 fra <https://snl.no/deskriptiv>
- Sun, S., Pellowski, J., Pisani, C., Pandey, D., Go, M., Chu, M., Ruan, J. & Werner, E. F. (2023). Experiences of stigma, psychological distress, and facilitative coping among pregnant people with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1-643. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05949-z>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80-80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Toft, J. H., Økland, I. & Risa, C. F. (2022). Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian primary health care: a qualitative study. *BJGP Open*, 6(1). <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0104>
- Toxvig, L., Hyldgård Nielsen, J. & Jepsen, I. (2022). Women's experiences with managing advice on gestational diabetes - a qualitative interview study. *Sex Reprod Healthc*, 34, 100780. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100780>
- Tunstrøm, S. H. (2018). *Mange føler skam over å ha diabetes type 2*. Lev med diabetes. Hentet 20.03 fra <https://levmeddiabetes.no/2018/05/fole-skam-a-diabetes-type-2/>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005, 01.12.05). *Rammeplan med forskrift for*

jordmorutdanning. Hentet 11.04.24 fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 06.03 fra

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Vedlegg

Cinahl - søkelogg januar 2024

Interface - EBSCOhost Research Databases
Search Screen - Advanced Search
Database - CINAHL with Full Text

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S12	S3 AND S8 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	412
S11	S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	8,888
S10	Pregnancy-Induced Diabetes OR pregnancy diabetes	Search modes - Boolean/Phrase	8
S9	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR "Diabetes, Gestational"	Search modes - Boolean/Phrase	8,884
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	796,759
S7	view* OR perception* OR emotion* OR feeling* OR opinion*	Search modes - Boolean/Phrase	526,545
S6	(MH "Perception+") OR "perception"	Search modes - Boolean/Phrase	149,779
S5	"attitude" OR (MH "Attitude to Illness+")	Search modes - Boolean/Phrase	210,803
S4	(MH "Emotions+") OR "feeling"	Search modes - Boolean/Phrase	203,228
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	266,212

S2	(pregnan* OR expecting) AND (woman OR mother* OR female* OR mom* OR mum*)	Search modes - Boolean/Phrase	264,768
S1	(MH "Expectant Mothers") OR "pregnant women"	Search modes - Boolean/Phrase	48,178

Nederst i skjemaet

Lagt til filter: 412 treff, la på «peer review» + «english» + årstall 2013-2024 = 276 treff. Gått gjennom alle titler og tatt med 31 artikler videre til lesing av abstrakt.

Pubmed - søkelogg januar 2024

```
(((((((feelings[MeSH Terms])) OR (emotions[MeSH Terms])) OR (attitude[MeSH Terms]))
OR (experience, life[MeSH Terms])) AND (qualitative research[MeSH Terms]) AND
(((gestational diabetes[MeSH Terms]) OR (gestational diabetes mellitus[MeSH Terms])) OR
((diabetes, pregnancy induced[MeSH Terms])) AND (((("women"[MeSH Major Topic]))
OR (pregnant women[MeSH Terms])) OR (woman, pregnant[MeSH Terms])) OR (women,
pregnant[MeSH Terms])) OR (pregnant women[MeSH Terms]) AND ((fft[Filter]) AND
(english[Filter]))) AND (2013:2024[pdat])
```

Treff: 339

Systematisk oversikt over koder i artiklene

	BENTON (2023)	DAVIDSEN (2023)	DAYYANI (2019)	DRAFFIN (2016)	HELMERSEN (2021)	JARVIE (2017)
-REAKSJON OVER DIAGNOSEN	Nesten alle kvinnene kjente på sjokk og vantro over at de hadde fått GDM. Vanskeligere å akseptere for de som anså seg selv for å ikke være i risiko for diagnosen. Noen kjente på usikkerhet grunnet verdier i grenseland for diagnosen.	Noen kvinner synes diagnosen var urettferdig da de selv ikke følte at de passet inn i det de anså som typisk for diagnosen (dårlige kostholdsvaner, lite fysisk aktivitet, høy BMI). En av kvinnene var overrasket over diagnosen da hun ikke så på seg selv som en person som kunne få diabetes. De følte seg plassert inn i en boks de egentlig ikke passet inn i. Etter hvert forsto kvinnene at diagnosen ikke nødvendigvis avhenger av det de anså som stereotyp for GDM. Noen var ikke så overrasket grunnet sin vekt og lave aktivitetsnivå.	De fleste kvinnene tok diagnosen veldig alvorlig, men noen av kvinnene var ikke bekymret. De med verdier i grenseland så på diagnosen som mindre skummel. De beskriver tristhet, angst, stress og utrygghet. Noen kjente på redsel og frykt.	Redsel over diagnosen. De som så vidt er innenfor GDM-kriterier ble noe forvirret. Noen tror de har diabetes livet ut.	Mange kvinner var sjokkert over diagnosen. Vanskeligere å akseptere for dem som ikke anså seg selv for å være i risiko for diagnosen.	
MØTET MED HELSEPERSONELL	Følte de ikke ble møtt på sine behov for psykisk hjelp. Følte seg ignorert. Måtte psyke seg opp før kontrolltimer, følte det var en kamp for å bli hørt. Ble ikke møtt på sine ønsker og behov. Kjente på påtvunget induksjon og hvilken avd man kunne føde på. Mange synes det var vanskelig å forholde seg til både svangerskapsomsorgen og sykehus. Lite kontinuitet.	Alt i alt var de godt fornøyd med oppfølgingen fra helsepersonell. De følte seg hørt og respektert. Noen ganger synes de alt fokuset på kosthold og vekt la enda mer tyngde på deres selvbebreidelse ovenfor diagnosen. Mye fokus på vekt og hva man spiser. Mange følte seg forhåndsdomte og stigmatisert av helsepersonell. De var viktig for kvinnene å bli møtt på riktig måte.	Kvinnene beskriver møtet med helsepersonell som givende. De følte seg mer motivert til livsstilsendringer. Alt i alt var de godt fornøyde med oppfølgingen de fikk på sykehus.	«Du må ta vare på deg selv». Redsel for å bli dømt eller stigmatisert ved høye blismålinger.	Anså helsepersonell som viktig for å få gode råd til livsstilsendringer. Varierende kontinuitet mellom svangerskapsomsorgen og sykehus. Flere beskriver at fastlegen har for lite kunnskap om GDM. Alt i alt var de aller fleste godt fornøyd med hjelpen de fikk fra helsepersonell, under oppfølging av GDM.	Kvinnene følte seg stigmatisert i de tilfellene hvor BMI var eneste grunn til at de måtte ta glukosebelastning. Helsepersonell fortalte kvinnene at deres BMI, deres kosthold og deres livsstil var årsak til deres GDM. De følte seg dømt og mistrodd ifht kosthold. Noen følte det var konstant fokus på vekt, på alle kontroller.
STØTTE FRA NÆRMILJØET	Frustrasjon over forståelse fra familie og venner. Spesielt over byrden ang kostholdet. «Ingen	Noen av kvinnene delte diagnosen med venner, kollegaer og familie, mens	Noen kvinner følte ikke familie og venner forstod diagnosen, da de ikke	Positiv støtte fra venner, partner og familie hjalp i reguleringen av blodsukkeret.	Mange brukte venner, familie og internett for støtte og informasjon	Kvinnene følte seg dømt av andre mtp at deres vekt er årsak til GDM. En mor

	forstår». Noen føler seg isolert grunnet diagnosen. Viktig med en støttende partner. Ble ansett som viktig med støttegrupper på internett.	andre fortalte det kun til de nærmeste i frykt for å bli stigmatisert. Noen ville ikke vise andre at de målte blodsukker eller tok insulin. Var de på sosiale tilstelninger droppet de ofte målinger i frykt for andres stigmatisering. Noen tenker det hadde vært fint med støttegrupper/matlagningsgrupper mm. Andre ville ikke identifisere seg med å være «diabetiker».	hadde kunnskap om den fra før. Partner ønsket å støtte kvinnen gjennom nødvendige livsstilsendringer, men de viste liten vilje til å gjennomføre endringer selv. Kvinner sier deres mor ofte var en god støtte. Kvinnene virker ensomme i sin nye livssituasjon.	grunnet noe manglende oppfølging hos helsepersonell.	sa at hun ikke var overrasket over diagnosen grunnet datterens vekt.	
SELVFØLELSE	Kvinnene føler seg skuffet over sin egen kropp. De kjente på skyldfølelse og skam. Selvbebreidelse over å «skade» sitt eget barn, beskriver intern «mødreshaming».	De kjenner på selvbebreidelse fordi GDM er en livsstilssykdom. Og de kjenner da på at de burde klart å unngå sykdommen om de hadde hatt en bedre livsstil. Mange kjenner på skyld og selvbebreidelse. De har skylden for at de er overvektige og for at de har fått diagnosen. Noen legger skylden for diagnosen på familiær historie med diabetes. «It's in my genes, so that's why I have GDM». De tror de ville unngått diagnosen om de hadde vært normalvektige. De vil ikke fortelle så mange om diagnosen da de bebreider seg selv, og tenker at kroppen svikter dem.	Flauhet.	Selvbebreidelse. Kjenner på skyld over diagnosen. Noen legger skylden på familiehistorie eller etnisitet. Fornektelse.	Noen kjente på skam og skyldfølelse ovenfor å ha fått diagnosen. Selvbebreidelse over å ikke ha spist sunt nok, eller å ikke ha vært fysisk aktiv nok.	Skammer seg over sin egen vekt. Ønsker gjerne å ned i vekt, men synes det er vanskelig økonomisk. «obese» er et forferdelig ord, kvinnene kjenner på skam over ordet.
ØKONOMISKE OG SOSIALE BYRDER			Opplevdes som en byrde å måtte lage ulike måltider til seg selv og andre. Diagnosen kunne oppfattes som en byrde i sosiale settinger.		Kvinnene synes det er dyrt å spise sunt. Kvinnene synes maten var for dyr, og at maten ikke ble akseptert av resten av familien slik at de måtte lage to måltider. Oppfølgingstimene på sykehuset ble også dyrt for kvinnene både grunnet reisevei, men også grunnet tid borte fra jobb.	

MANGLENDE KUNNSKAP	Overveldet over all informasjonen etter ny-diagnostisering. Ond spiral av depressive tanker, kombinert med manglende kunnskap skaper stor frykt. Opplevde at informasjon var utdatert og ikke god nok. Føler de har lært så mye at de ikke er like redd for å skulle få GDM igjen.	Kvinnene forteller at informasjon om hvordan sykdommen faktisk virker, gjorde at de kjente på mindre skam og skyld over diagnosen. De ble lettet over at diagnosen ikke bare skyldtes deres livstil, men også hadde å gjøre med hormoner, morkakefunksjon og arv. De fikk bedre selvtillit med mer informasjon, da de forsto at glukosemålingene ikke bare handlet om hva de spiste.	Forfatterne sendte ut informasjonsskriv i anledning rekruttering til studien. Kvinnene syns informasjonsskrivet var til god hjelp. Kvinnene hadde gjort seg opp misforståelser om diagnosen. For eksempel trodde en kvinne at hun kunne senke blodsukkeret med å drikke mer vann, fordi helsepersonell hadde fortalt hadde at det var sunt med vann. Det kom frem at kvinnene som ikke snakket språket godt, heller ikke hadde god nok forståelse av informasjonen de hadde fått om diagnosen.	Overveldende. Mange forstod ikke kompleksiteten av diagnosen.	Stort behov for informasjon etter ny-diagnostisering. Ikke-etnisk norske var mer fornøyd med informasjon og oppfølging i svangerskapsomsorgen. Mens etnisk norske kvinner ofte hadde støtte behov for mer individualisert informasjon, gjerne i spesialisthelsetjenesten. Kvinner oppsøkte informasjon på internett, og i nærmiljøet.
FRYKT FOR BARNETS HELSE	Føler på frykt for barnets helse. Var redd barnet ikke skulle overleve. Redd for at alt man spiser skal kunne påvirke barnet. Kvinnene var redd for hvilken påvirkning insulin kunne ha på barnet.			Mange visste ikke om risikoen for fødsel og barnets helse ved GDM.	Kvinnene var klar over risikoen for makrosomi. Kvinnene var redd for å bli stigmatisert om de fikk et stort barn.
LIVSSTILSENDRINGER	Vanskelig å ha overskudd til å nyte svangerskapet, da GDM ble ansett som en fulltidjobb. Stressfaktorer knyttet til kostholdsendringer gjorde kvinnene usikre. Barnets helse var en stor motivasjonsfaktor for livsstilsendring under svangerskapet.		GDM påvirket hverdagen deres. Det var nødvendig med livsstilsendringer, spesielt mtp kosthold. De måtte endre hva de handlet og hvordan de lagde mat. Alle kvinnene var klar over viktigheten av fysisk aktivitet, men få av dem økte faktisk aktivitetsnivået sitt.	Mange syns det var vanskelig med livsstilsendringer. Spesielt etnisiteter med karbobasert kosthold. De fleste var motivert til å forsøke å endre livsstil, men syns det var vanskelig i sosiale settinger.	
REGULERING AV BLODSUKKER	Ble ansett som en stor stressfaktor å skulle regulere blodsukkeret. Redsel for å måtte trenge insulinbehandling. Insulin ble sett på om et nederlag.			Løy og jukset når de rapporterte målinger, grunnet fornektelse og for å unngå insulin. Noen sier de nesten slutter å spise pga frykt for høye målinger.	Flere ikke-etniske kvinner likte ikke å skulle selv følge med på blodsuktermålingene sine. Det ble ansett som en byrde.

OPPFØLGING POSTPARTUM	Kvinnene syns de fikk lite oppfølging etter fødsel. De føler seg veldig forlatt til seg selv, ingen støtte. De årlige målingene av HbA1c motiverer noen kvinner til å holde på å en sunnere livsstil.	
TANKER FOR FREMTIDEN	Mange fortsatte å være bekymret for risiko for DIA2 senere i livet, for både seg selv og barnet. Stressfaktor å skulle teste seg jevnlig. Noen kvinner fikk videre problemer med vurdering av kosthold postpartum og hvordan dette kunne påvirke både dem selv og barnet. Noen valgte å la være å få flere barn grunnet risikoen for å få GDM igjen. Noen ville likevel ha flere barn.	En kvinne forteller at hun i senere svangerskap ikke har lyst til å ta glukosebelastningstesten, da hun ikke vil tilbake i «boksen» hun har følt seg plassert i.

	PARSONS (2018)	SHARMA (2021)	SUN (2023)	TOFT (2022)	TOXVIG (2022)
REAKSJON OVER DIAGNOSEN	Flere kvinner var veldig overrasket over å få diagnosen. Noen kvinner kjente på en følelse av panikk, og noen brøt ut i tårer. Noen kvinner tenkte at de gjerne ville visst mer om risikoen for diagnosen på forhånd. Noen var sjokkert, mens andre ble ikke veldig overrasket grunnet familier historie med diabetes.	Kvinnene var sjokkert over å få diagnosen. Flere benektet diagnosen. De ville ikke identifisere seg med GDM.	Ved diagnostisering kjente kvinnene på overveldelse og stress. Det var skummelt, og de googlet mye. I starten gråt de mye, og var bekymret. En kvinnene var frustrert over å få diagnosen da hun anså seg selv for å være sunn og frisk. De første ukene var tøffe.	Sjokk over diagnosen. Helseangst. De fleste anså seg ikke som i risiko. De med diabetes i familien, eller med overvekt var mindre overrasket.	
MØTET MED HELSEPERSONELL	Kvinnene kjente på et komplekst forhold til helsepersonell. De følte seg både godt ivaretatt samtidig som de følte seg overvåket. De følte ofte informasjonen var truende og påtvungen. Flere kvinner syns at det var vanskelig å forholde seg til helsepersonell, samtidig som det også var en motiverende faktor for å holde blodsukkeret i sjakk. Mange ble	Kvinner opplevde ulike meninger fra helsepersonell angående retningslinjer eller behov for glukosebelastning.	Kvinnene følte seg stigmatisert i møte med helsepersonell. Informasjon om risiko ved GDM ble av noen kvinner oppfattet som lærerikt, mens andre oppfattet det som stigmatiserende. Kvinnene følte at de ble snakket til på en måte som gjorde at de følte seg mislykket. I stedet for å bruke ord som «du har fått svangerskapsdiabetes», sa noen	Trenger støtte og bekreftelse fra helsepersonell.	Tett oppfølging fra helsepersonell opplevdes som skjerpene, og i den forstand positivt. Trenger råd og bekreftelse, men føler seg også litt overvåket.

veldig stresset av alt presset de følte fra helsepersonell. Noen kjente ikke på noe press, og følte seg godt ivaretatt. Alt i alt så føler kvinnene at helsepersonellet var bekymret for barnets helse i svangerskapet, og dette overførte frykt til de gravide. Kvinnene følte seg stigmatisert, og mistrodd. Kvinnene følte de ble stemplet som «diabetikere» istedenfor som «gravide». Kvinnene følte seg godt ivaretatt på tross av alt det negative.

helsepersonell «du besto ikke glukosetesten». Noen kvinner følte at helsepersonell så ned på dem, og at de brukte frykt for å skremme kvinnene. «Fryktkultur». Kvinnene følte de ikke ble respektert, de følte seg mistrodd og at helsepersonell la skylden over på kvinnen selv. Mye fokus på vekt og skyld.

STØTTE FRA NÆRMILJØET

Kvinnene kjente på stigma fra hele verden rundt seg. De følte at andre så på dem, og så at det var deres overvekt som var skyld i deres GDM.

Flere valgte å ikke informere familie og venner om diagnosen fordi de kjente på skyld. De forstod likevel at det å informere venner og familie kunne hjelpe dem til å lettere gjøre livsstilsendringer. Asiatiske kvinner i studien tok til seg informasjon fra eldre generasjoner, grunnet respekt. Noen kjente på skyld ovenfor hvordan GDM påvirket deres familie og deres eldre barn.

Kvinnene følte seg stigmatisert av andre. De følte andre ikke forsto diagnosen, og følte at de måtte forklare alle. Kvinnene følte de fikk uønskede råd, og følte at de ble sett på som stereotyper (på samme måte som DIA2). Vekt-stigma var vanskelig for kvinnene, de følte de ble sett på som late og tjukke. Selv om kvinnene hadde mange mennesker i livet sitt, så følte mange seg veldig ensomme o diagnosen. De forstår ikke alt. Det var likevel viktig for kvinnene å kunne dele med sine nærmeste. Internettgrupper, samt å lese andres erfaringer om å leve med GDM gjorde at kvinnene følte seg mindre alene om diagnosen, og at de følte på mindre stigmatisering. De følte seg mer komfortable med diagnosen da det var mange andre kvinner med diagnosen i samme støttegruppene på internett. «Vi er i samme båt, det har hjulpet masse». Gruppesamfunn på internett gir kvinnene mye støtte, mindre stigmatisering og mer informasjon om GDM.

Sårende kommentarer fra andre mtp kosthold. Synlig diagnose grunnet målinger og evt insulin.

Synlig diagnose da kollegaer legger merke til blodsuktermålinger. Opplevdes negativt. Sårende kommentarer om ens spisevaner.

SELVFØLELSE

Kvinnene er skuffet over seg selv, og føler seg mislykket fordi de ikke klarer å ha en sunn nok livsstil.

Selvbebreidelse ovenfor at deres levevaner skal påvirke deres ufødte barn. GDM var forbundet til skam, alder og vekt som igjen påvirket deres livsstil. «Er du tjukk er du

Noen av kvinnene var klar over risikoen ved GDM, grunnet høy BMI eller familier historie med diabetes. En av kvinnene kjente på dødsangst og/eller frykt for egen helse. Internalisert stigma gjør at

Kvinnene kjenner på skam og flauhet over diagnosen. Føler seg som dårlige mødre. Noen er mindre bekymret grunnet etnisitet og kjent risiko.

Føler seg annerledes. Noen kvinner kjenner på skyldfølelse knyttet til diagnosen. En trodde diagnosen var relatert til hennes overvekt, og at det derfor er hennes egen skyld. En indre

		dum, og klarer ikke ta riktige valg for deg selv».	kvinnene kjenner på skam, skyld og mislykkethet. Flere føler på skam fordi de ikke har gått ned i vekt eller gjort livsstilsendringer før de ble gravide. De følte på veldig mye skyldfølelse ovenfor diagnosen. Kvinnene kjenner på mye skyld om de ikke klarer å følge livsstilsrådene de hadde fått. Internalisert stigma gjør at kvinnene kjenner på angst, stress, overveldelse og frykt. En av kvinnene forteller at hun «rømte» fra virkeligheten med å gå turer, høre podcast og musikk, for å slippe å tenke på diabetes, og klare å nyte livet litt.		stemme sier at hun er en dårlig mor.
ØKONOMISKE OG SOSIALE BYRDER			GDM føltes veldig isolerende, da de ikke hadde noe kjennskap til andre med diagnosen. Dette med støttegrupper på internett var viktig for noen av kvinnene.		
MANGLENDE KUNNSKAP		De syns det ble mye svangerskapskonsultasjoner, men samtidig så trengte de mye informasjon. Opplever at fastlegene hadde for lite informasjon om GDM. Lite individuelt tilpasset informasjon.	Noen av kvinnene fortalte at nesten all kunnskapen de hadde om diagnosen, hadde de fått gjennom støttegrupper eller forum på internett.	Manglende kunnskap om GDM. Behov for oppdatert kunnskap.	Noen kvinner opplevde manglende informasjon etter å ha gått gjennom glukosebelastning. Ventetiden på å få tilbakemelding på resultatet var frustrerende. Manglende kunnskap om påvirkning på barnets helse, samt om GDM generelt. Manglende kunnskap gir mindre kontroll.
FRYKT FOR BARNETS HELSE	«Alt jeg tenkte på var hvordan jeg hadde skadet mitt barn». Mange av disse tankene var refleksjoner som kom grunnet frykt for barnets helse. En kvinne følte helsepersonell brukte barnets helse som «utpressing» for å sikre compliance. De ble fortalt at dersom de ikke regulerte blodsukkeret sitt bedre kunne det i verste fall føre til barnets død. Noen kvinner følte på at det nesten var som at sykehuset eide babyen, ikke at det var deres egen. Hypoglykemi nevnes.	Redsel for makrosomi, når de fikk diagnosen.	Barnets helse var en stor motiverende faktor for livsstilsendringer. Flere av kvinnene uttrykte følelse av angst, frykt og uro over barnets helse, over svangerskapet og over den forestående fødselen.	Bekymring for barnets helse, ønske om å unngå makrosomi.	
LIVSSTILSENDRINGER	Noen kvinner gjorde ingen endringer i livstilen sin, og	Kontrolltimer motiverte kvinnene til å holde på en bedre livsstil. De fleste		Noen føler nesten de får en spiseforstyrrelse.	Noen belønner seg selv med snacks i premie. Andre forsøker

	<p>opplevde at det gikk helt fint likevel.</p>	<p>var motivert for en mer aktiv livsstil, i motsetning til hva som er vanlig tankegang hos mange asiatiske kvinner. Vanskelig å få tid til fysisk aktivitet i en travelt hverdag. Noen trente hjemme, andre på treningsstudio. De foreslo grupper for gravid-trening.</p>		<p>å unngå å ha snacks eller usunn mat tilgjengelig hjemme. Fysisk aktivitet er også mer på å gjøre en bedre rustet til fødsel. Noen anser husarbeid som fysisk aktivitet. Noen hadde dårlig samvittighet grunnet lite fysisk aktivitet.</p>
REGULERING AV BLODSUKKER	<p>Kvinnene var overveldet, og kjente på frykt relatert til alle sykehuskontroller og det at de måtte kontrollere blodsukkeret sitt. Kvinnene kjente på at det var fælt med glukosemålinger, da det føltes som de mislykkes hver gang verdiene var for høye. De synes det var veldig tøft når de ikke klarte å holde glukosemålingene innenfor ønskede verdier. Dette gikk ut over kvinnens forhold til mat.</p>		<p>Vanskelig å regulere blodsukkeret alene. Vanskelig å finne balanse.</p>	
OPPFØLGING POSTPARTUM	<p>Noen kvinner følte seg så traumatisert av oppfølgingen de fikk i svangerskapet (alt presset om blodsukkermålinger og risikofaktorer) at dette skremte dem fra å ville ta oppfølgende målinger etter fødsel. Flere kvinner kjente på lite oppfølging etter fødsel, de føler at nå blir de etterlatt til seg selv. På tross av alt risikoen de har fått informasjon om. Kvinnene ønsket å bli fulgt opp, og å ikke bli glemt av systemet.</p>	<p>Kvinnene følte seg overlatt til seg selv etter fødsel. De hadde fått så mye oppfølging gjennom svangerskapet, og nå var det plutselig ingenting. Kvinnene måtte selv ta initiativ til HbA1c-kontroller senere i livet. De mener de burde være et organisert tilbud. Ønsker videre oppfølging for å lettere holde på livsstilsendringer gjort i svangerskapet.</p>	<p>De fleste kjenner på lite oppfølging sammenlignet med i svangerskapet. Bare to av dem ble oppfordret til å beholde livsstilsendringer. 9 av 14 kvinner målte HbA1c etter første svangerskap. 13 av dem på eget initiativ.</p>	
TANKER FOR FREMTIDEN		<p>Frustrasjon ovenfor å måtte holde på livsstilsendringer for å unngå diabetesrisiko i fremtiden. De asiatiske kvinnene var redd for hvordan diabetes i fremtiden ville påvirke oppdragelsen av deres barn. De ønsket seg en informasjonsside på internett om diabetes senere i livet, gjerne med oppskrifter mm.</p>	<p>Motivert for livsstilsendringer da de redd de kommer til å få DIA2 i fremtiden. Noen måler sporadisk bls postpartum og inn i senere svangerskap pga risiko.</p>	<p>Ønsker å holde en sunn livsstil for å være mindre disponert for diabetes i fremtiden. Bekymring for å havne tilbake til gamle vaner.</p>

