

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
2018:66

Prevention i samband med graviditetsdiabetes  
- en litteraturstudie -

Laila Andersson  
Cemile Oskarsson Is



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Prevention i samband med graviditetsdiabetes – en litteraturstudie.
Författare:	Laila Andersson och Cemile Oskarsson Is
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Fristående kurs
Handledare:	Gabriella Norberg Boysen
Examinator:	Lena Nordholm

## Sammanfattning

Diabetes mellitus typ 2 är en sjukdom som ökar i västvärlden. I Sverige är det uppskattningsvis fyra procent av befolkningen som har sjukdomen. Att få diabetes typ 2, innebär en riskökning att drabbas av för tidig död, komplikationer såsom stroke, hjärtinfarkt, njursvikt, nervskador och allvarlig synnedsättning. Att befinna sig i ett prediabetestillstånd ger upp till 70 % risk att utveckla diabetes typ 2 på sikt. De kvinnor som haft graviditetsdiabetes tillhör denna grupp.

Att som kvinna drabbas av graviditetsdiabetes och sedan ha en förhöjd risk att utveckla typ 2 diabetes går att förhindra eller fördröja med livsstilsförändringar. Att förändra sin livsstil är en utmaning för de flesta och för nyblivna mammor ska detta införlivas i den nya rollen som förälder.

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor med graviditetsdiabetes som riskerar att få typ 2 diabetes upplever sin situation och vilket stöd de efterfrågar. En litteraturstudie har genomförts med kvalitativ innehållsanalys av åtta artiklar.

Analysen resulterade i att två huvudteman: 1) *behov av kunskap* och 2) *kontroll av livssituationen* och fyra underteman: 1) *livsstilsförändringar*, 2) *motivation*, 3) *stöd från närstående och andra* samt 4) *stöd från vården* kunde identifieras. Studien visar att det finns hinder att komma förbi för de nyblivna mammorna även efter det att de fångats upp av vården. Kvinnornas behov av kunskap beskrivs som en förutsättning för att göra nödvändiga livsstilsförändringar liksom det bristande stödet från närstående och vården. Den redovisar också de möjligheter som finns för att identifiera förebyggande insatser samt att ge dessa kvinnor det stöd de efterfrågar och behöver.

Nyckelord: *graviditetsdiabetes, prevention, typ 2 diabetes, motivation, kunskap, livsstilsförändringar, stöd.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Diabetes typ 2</b>	<b>4</b>
2.1.1	Prediabetes	4
2.1.2	Graviditetsdiabetes	5
2.2	<b>Sjuksköterskans roll</b>	<b>6</b>
2.3	<b>Kvinna, gravid och drabbad av graviditetsdiabetes</b>	<b>7</b>
2.4	<b>Föräldraskap</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>PROBLEM/SYFTE</b>	<b>9</b>
3.1	<b>Problemformulering</b>	<b>9</b>
3.2	<b>Syfte</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b>	<b>9</b>
4.1	<b>Litteraturstudie</b>	<b>9</b>
4.2	<b>Datainsamling</b>	<b>10</b>
4.3	<b>Dataanalys</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
5.1	<b>Behov av kunskap</b>	<b>11</b>
5.1.1	Livsstilsförändringar	11
5.1.2	Motivation	12
5.2	<b>Kontroll över livssituationen</b>	<b>12</b>
5.2.1	Stöd från närstående och andra	12
5.2.2	Stöd från vården	13
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
6.1	<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
6.2	<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
6.2.1	Reflekterande samtal	16
6.2.2	Föräldraroll	17
6.2.3	Hållbar utveckling	17
6.3	<b>Konklusion</b>	<b>18</b>
6.4	<b>Vidare forskning</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>
	<b>BILAGOR</b>	<b>25</b>
	<b>Bilaga 1 – Sökhistorik</b>	<b>25</b>
	<b>Bilaga 2 - Artikelöversikt</b>	<b>26</b>

# 1 INLEDNING

Diabetessjukdom påverkar hela människan, det är en del av det dagliga livet, den påverkar den drabbades livsvärld. Obehandlad diabetes förkortar liv och ger upphov till komplikationer och sämre livskvalité. Den utgör också en betydande vårdinsats för samhället i form av resurser. Dessbättre vet professionen till viss del hur debuten av typ 2 diabetes kan undvikas eller skjutas upp. Råden innebär att sikta mot normal vikt, rökstopp, daglig motion och hälsosam kost. Men utmaningen består också i hur diabetessköterskan ska möta och stödja för att främja hälsa och livskvalitet.

Att arbeta med livsstilsfrågor och hälsofrämjande arbete är en stor del av diabetessjuksköterskans vardag. En grupp som ökar i antal och går ner i åldrarna är de unga kvinnor som får graviditetsdiabetes och har en stor del av livet framför sig samtidigt som de har också en föräldraroll att införliva i sin vardag.

Efter att ha arbetat flera år som diabetessjuksköterskor kan vi konstatera att det kan vara svårt att nå dessa kvinnor i det förebyggande arbetet. Utmaningen är att få dessa mammor att komma till primärvården och få dem motiverade till livsstilsförändringar. Detta är bakgrunden till vårt ämnesval.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Diabetes typ 2

Diabetes mellitus typ 2<sup>1</sup> är en sjukdom som ökar i västvärlden, här i Sverige är det uppskattningsvis fyra procent av befolkningen som har sjukdomen (Diabetesförbundet 2017). Att få diabetes typ 2, innebär en riskökning att drabbas av för tidig död, komplikationer såsom stroke, hjärtinfarkt, njursvikt, nervskador och allvarlig synnedbättningsförmåga. En riskreduktion av dessa komplikationer kan observeras vid aktiv sänkning av blodsocker, blodfetter, blodtryck till normala nivåer och vid rökstopp. Hälso- och Sjukvården bör aktivt stödja och underlätta för individer att uppnå rökstopp och öka sin fysiska aktivitet, samt göra bra val av livsmedel och vid behov uppnå en viktreduktion (Socialstyrelsen, Nationella Riktlinjer för Diabetesvård 2017).

#### 2.1.1 Prediabetes

Att befinna sig i ett prediabetes tillstånd<sup>2</sup> ger upp till 70 % risk att utveckla diabetes typ 2 på sikt. Det är process som fortgår under flera år innan det går att diagnostisera diabetes typ 2. Individen har en ökad insulinresistens, med påföljande ökad insulinsekretion. Efter lång tid orkar inte kroppen producera tillräckligt med insulin och blodsockernivåerna ökar

---

<sup>1</sup> Diagnos **Diabetes typ 2** sätts vid uppmätt fasteglukos venöst eller kapillärt > 7,0 mmol/l uppmätt vid två olika tillfällen eller icke fastande > 11,1 mmol/l. Alternativt uppmätt HbA1c > 48 mmol/mol vid två olika tillfällen (socialstyrelsen 2015).

<sup>2</sup> **Prediabetes:** 10–15 % av befolkningen har nedsatt glukostolerans (IGT) och/eller förhöjt fasteglukos (IFG), med stor risk att utveckla diabetes. IFG (icke-diabetisk fastehyperglykemi): fP-glukos 6,1–6,9 mmol/L. IGT (nedsatt glukostolerans): OGTT (peroral glukosbelastning) tvåtimmarsvärde: kapillärt p-glukos 8,9–12,1 mmol/L, venöst p-glukos 7,8–11,0 mmol/L (Socialstyrelsen 2015).

i blodet och gränsen närmar sig för typ 2 diabetes (Tabák, Herder, Rathmann, Brunner & Kivimäki 2012).

### 2.1.2 Graviditetsdiabetes

Kvinnor som haft graviditetsdiabetes<sup>3</sup> befinner sig i ett prediabetestillstånd. Kvinnor som drabbas av graviditetsdiabetes ökar internationellt utifrån hur vanligt förekommande typ 2 diabetes är i befolkningen men också utifrån etnicitet, ålder, förhållandet mellan vikt och längd, så kallad Body Mass Index (BMI) (Ignell 2015). Tillståndet graviditetsdiabetes innebär att cellernas känslighet för insulin och insulinfrisättningen påverkas. Detta noteras såsom förhöjda blodsockervärden hos den gravida kvinnan. Om kvinnan inte tidigare har en känd diabetessjukdom definieras detta som graviditetsdiabetes. Graviditetsdiabetes ger en ökad risk för komplikationer hos både mamma och barn i form av till exempel kejsarsnitt, preeklampsi (havandeskapsförgiftning), förhöjt blodtryck under graviditet, skulderdystoci (barnet fastnar med axlarna under utdrivningsskedet) samt för en födelsevikt över 4500g (Socialstyrelsen 2015a, 2015b). Blodsockernivåerna bör normaliseras efter att barnet är fött. Den nyblivna mamman har då ändå en förhöjd risk att insjukna i typ 2 diabetes kommande år. Kvinnan kan sägas befinna sig i ett prediabetestillstånd (Berne & Persson 2002 s. 230).

#### *Riktlinjer*

Inför denna risk ingår det i Nationella Riktlinjerna för diabetesvård (Socialstyrelsen 2017) att ”*erbjuda stöd till att förändra ohälsosamma levnadsvanor och systematiskt följa upp vikt, blodglukos och riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom till kvinnor som har haft graviditetsdiabetes*”. I de Nationella Riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ligger fokus på samtalsbaserade åtgärder (Socialstyrelsen 2018a). Råden delas in i tre kategorier: 1) *enkla råd*, 2) *rådgivande samtal* och 3) *kvalificerade rådgivande samtal*. De enkla råden ska vara som en kort information till individen och kan ses som en grund för att gå vidare med rådgivande samtal, dessa enkla råd ska kunna ges av alla professioner i vården.

De kvalificerade råden ska vara under flera sessioner, under en längre tid och med utbildad personal i ämnesområdet. Det främsta verktyget ska vara samtalet, detta kan i sin tur kompletteras med läkemedel eller aktivitetsmätare. Råden ska ges mot den bakgrund som är den enskilde individens förutsättningar och önskemål. De ska ses som stöd för att åstadkomma förändringar i de levnadsvanor som kan förhindra eller behandla sjukdom som konsekvens av ett ohälsosamt leverne (Socialstyrelsen 2018a.).

Socialstyrelsen (2011) konstaterar samtidigt att det saknas kunskap om det finns vinster och bättre förutsättningar med att ändra flera vanor samtidigt, och ger därför inga riktlinjer kring detta. Vad som kan vara till för- eller nackdel för den enskilde är dennes sociala miljö, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och var de bor. Ju lägre socioekonomiskt individen befinner sig desto sämre förutsättningar ges. Vad som motiverar till att börja röra på sig regelbundet och sedan behålla den nya vanan skiftar

---

<sup>3</sup> **Graviditetsdiabetes** (GDM): fP-glukos 5,1 mmol/L, OGTT med P-glukos  $\geq 10$  mmol/l efter 1h, eller  $\geq 8,5$  mmol/l efter två timmar. Om blodsockret inte normaliseras efter förlossningen skall GDM omdefinieras som typ 1 eller typ 2 (WHO 2006; 2011; Socialstyrelsen 2015).

över tid. Primärt ofta vikt och hälsa men på sikt kommer andra värden in såsom välbefinnande och avslappning (Josefsson & Lindwall 2010, ss.207–225).

Socialstyrelsen (2018a s. 13) ser att det går att uppnå en mer jämlik hälsa om det ges ökade förutsättningar att nå dessa individer i socialt utsatta grupper. Det finns från den svenska regeringens sida en fortsatt intention att arbeta inriktat med dessa förebyggande åtgärder. Regeringen har gett Socialstyrelsen ett fortsatt uppdrag till att under perioden 2018–2021 implementera dem i samarbete med Sveriges kommuner och Landsting. För professionen har det givits ut stöd för implementeringen i form av checklistor, informationsspecifikation och dokumentationsstöd. (Socialstyrelsen 2013, 2015c, 2015d). Även globalt finns det en uttalad intention att förebygga hälsa genom Agenda 2030 (Regeringskansliet, FN:s Globala mål 2015) där ett delmål (3.4) är att främja en hållbar hälsa och utveckling i icke smittsamma sjukdomar med förebyggande insatser och behandling.

I Riktlinjer för Graviditetsdiabetes Södra Älvsborgs sjukhus, Västra Götaland (2017) skall uppföljningen innebära en remiss ut till Primärvården under vecka 36 i graviditeten. Kvinnan ska kallas på besök mellan sex till tolv månader efter förlossning, besöket ska innehålla provtagningen avseende blodsocker, HbA1c (långtidssocker) blodfetter, urinäggvita, blodtryck, längd, BMI och midjemått. Samtal kring kvinnans livsstil och upplevda hälsa, erbjudas stöd och hjälp om så behövs. Efter första uppföljning ska kvinnorna kallas på återbesök med en till två års mellanrum.

## **2.2 Sjuksköterskans roll**

Vårdandets övergripande mål är hälsa, att hjälpa till god hälsa och förhindra eller dämpa effekterna av en eventuell förekommande sjukdom. Hälsa är vårdvetenskapens centrala fenomen, begrepp och fokus. Hälsa är ett tillstånd av jämvikt i relation till medmänniskor och livet i stort. Hälsan är unik för den enskilde och skiftar i karaktär och i situationer, hälsa är här och nu, då och framtid. Upplevelsen av hälsa påverkar och påverkas av vem man är, sin identitet, självkänsla och det liv man helst vill leva, sjukdom och ohälsa stör denna strävan. Vårdandets innersta kärna, idé och syfte är att stödja och att stärka hälsoprocesser och det är ur ett patientperspektiv detta skall ske. Vårdaren har som ansvar att möta och se patienten utifrån dess egna förmågor. Patientdelaktighet är centralt och lagstadgat i patientlagen (SFS 2014:821). Delaktighet innebär att vårdaren möter patienten och tar del av dennes erfarenheter och berättelser. Det är genom livsvärlden, såsom den erfars, som hälsa och sjukdom upplevs, och genom att ta del av patientens berättelse om sin livsvärld kan vårdare få en inblick i det som är patientens vardag. (Dahlberg & Segesten 2010, ss.47–49, 104).

Svensk Sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård har tagit fasta på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och de nationella riktlinjerna för diabetesvård och presenterat en generisk modell som stödjer diabetessköterskans omvårdnadsarbete. Här betonas vikten av att möta individen utifrån ett personcentrerat möte där hälsa och individens egen tolkning av ohälsa och sjukdom är central. Utbildning och stöd ska premieras. Verktygen som främst används är samtal och rådgivning, och de ska utgå från individens egen livsvärld och grad av motivation. De teman som tas upp är fysisk aktivitet, matvanor, tobak, alkohol, stress och

sömn (Svensk Sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård 2017).

Att arbeta vårdvetenskapligt innebär att se att patienten är mer än sin sjukdom, ifrågasätta hur dennes vardag ser ut och utgå ifrån vilka möjligheter och hinder patienten upplever. Patientens vardag innefattar även närstående, kultur, religion och socioekonomisk ställning. Varje nytt möte och samtal med patienten är en källa till lärande och fördjupad förståelse. Genom frågor kan patienten själv sätta ord på sina upplevelser och farhågor och i sin tur få en ökad insikt om både hälsohinder och möjligheter. Ökad självkänedom kan i sin tur ge ökad kraft och förmåga att hantera sin vardag. Vårdaren kan förmedla kunskap som kan vara till hjälp för både förståelse och hantering av den nya situationen som patienten befinner sig i. Att utgå från patientens egna frågor, funderingar och upplevelser ger en möjlighet att införliva nya aspekter på hälsa/ohälsa (Arman, Dahlberg & Ekebergh 2015 s. 141). Men förväntningar kan styra frågor och svar, från både patient och vårdare, mot ett håll som utestänger viktig information. Öppenhet, att vänta in som vårdare, är viktiga arbetsredskap (Dahlberg & Segesten 2010, s. 154).

Vårdarens öppenhet för patientens livsvärld är avgörande för hur stöd och hjälp kan utformas. Att möta patienten utifrån deras situation blir avgörande för hur väl sjuksköterskan kan stödja patientens hälsa, snarare än storleken och intensiteten på det program den enskilda kvinnan deltar i. Viktigast blir att förstå mekanismen för förändring hos den enskilde (Youngs, Gillibrand & Phillips 2016).

I en studie utförd av Youngs, Gillibrand och Phillips (2016) fann författarna att vårdarens öppenhet för patientens livsvärld var avgörande för hur stöd och hjälp kunde utformas. Att möta patienten utifrån deras situation blev skillnad för hur väl sjuksköterskan kunde stödja patientens hälsa, snarare än storleken och intensiteten på det hälsoprogram den enskilda kvinnan deltog i. Viktigast blev att förstå mekanismen för förändring hos kvinnan.

### **2.3 Kvinna, gravid och drabbad av graviditetsdiabetes**

I en studie av Persson, Winkvist och Mogren (2015) berättade kvinnorna först om att det till en början var chockartat att få diagnosen graviditetsdiabetes, men gradvis vände de sig, men de kände sig övervakade inte bara av vården utan även av omgivningen och om att ha ansvaret för barnets hälsa. Känslor av misslyckande, skuld och skam fanns beskrivna. Stödet från omgivningen och vården var avgörande menade kvinnorna för hur de tog sig igenom graviditeten. Men det ökade kravet som ställdes på kvinnorna för att upprätthålla god hälsa genomled de oftast villigt, för barnets bästa.

Att mötas av besked om sjukdom under sin graviditet kan skapa nya känslor och påfrestningar. Oro för sig själv och barnets hälsa kan rubba den vardagliga balansen, graviditet som ses som en naturlig del av en kvinnas liv kan istället kännas hotfullt och svårt att bemästra. Fokus från enbart glädje kan förskjutas till oro, nya krav tillkommer kring kost, motion, hålla normalt blodsocker och eventuellt medicinering i form av tabletter eller insulin injektioner. Oro för det som komma skall kan förta glädjen av nuet, det ovissa, det som inte går att planera. Välbefinnandet drabbas och hälsan påverkas. För den gravida kvinnan går det därför inte alltid att särskilja fysiska, psykiska eller

existentiella upplevelser från varandra En förändring av kroppen blir en förändring av den upplevda världen. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och som vårdare är det viktigt att förstå hur patientens identitet och självkänsla påverkas av sjukdom och ohälsa. När professionen närmar sig detta öppnar det upp för ett helhetsperspektiv på vårdande som bör råda enligt vårdvetenskapen (Dahlberg & Segesten 2010 s. 71,ss. 132–133).

I den levda kroppen sammanflätas olika aspekter av den levda kroppen. För den gravida kvinnan går det därför inte alltid att särskilja fysiska, psykiska eller existentiella upplevelser från varandra (Dahlberg & Segesten 2010 ss. 132–133). En förändring av kroppen blir en förändring av den upplevda världen. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och som vårdare är det viktigt att förstå hur patientens identitet och självkänsla påverkas av sjukdom och ohälsa. När professionen närmar sig detta öppnar det upp för ett helhetsperspektiv på vårdande som bör råda enligt vårdvetenskapen (ibid.). Kvinnor som får graviditetsdiabetes följs enligt särskilt riktade vårdprogram (Södra Älvsborgs sjukhus 2017). Det innebär ökad information, uppföljning och tätare kontakter med barnmorska.

## 2.4 Föräldraskap

Att bli förälder är en av livets stora förändringar för både män och kvinnor. Det innebär att fokus från den egna individen förflyttas till en ny liten människa som behöver all hjälp och omsorg från start. Egna behov ställs i bakgrunden och en annan människas väl och ve ligger i ens händer. En trygg start och miljö för det lilla barnet ökar chanserna för att det ska få ett gott liv i framtiden. Ett bra samspel mellan föräldrar och barn ger lägre risk för att utveckla hälsohinder som vuxen och få en god livskvalité som både barn och sedermera vuxen. De vuxnas val av livsstil blir således även barnets val indirekt. Att nå ut till föräldrar om levnadsvanor är således också en del av föräldrastödet.

Matvanor är något man gärna för över till sina barn, och här kan effekt nås på kommande generationers kunskap kring kost och hälsa. Livsmedelsverket (2012, 2013) ger kostrekommendationer som grund för bättre val rörande diabetes. Nilsson (2013) hävdar att barn födda till kvinnor med graviditetsdiabetes hade en ökad risk att utveckla övervikt och fetma och tidig prevention kring hälsosam livsstil är viktigt för att förebygga ohälsa i kommande generation.

Föräldrastöd har utökats och förändrats genom åren. Så sent som 2018 önskade regeringen se en ny nationellt utformad strategi till föräldrastöd, där barnen via sina föräldrar ska kunna åtnjuta och ta del av det som ska leda till främjad hälsa och förebyggd ohälsa (Regeringskansliet 2018). Stödet kan vara Föräldrautbildning på Barnavårdscentralen (BVC), tillgång till Öppna förskolor och Familjecentral, Elevhälsa, möjlighet att träffa andra föräldrar med liknande frågeställningar samt information via internet. En del föräldrar väljer dock bort att delta i föräldrastöd, det beror då på att de inte ser något behov, att de inte har tid eller att det är praktiska hinder som gör att de inte kan delta (Folkhälsomyndigheten 2014). BVC:s roll för hälsofrämjande livsstil ingår i Barnhälsovårdsprogrammet (Rikshandboken 2018).

Att vara redo för en livsstilsförändring, när dessa kvinnor har en relativt ny livssituation som förälder har visat sig vara svårt (Lipscombe et al. 2014). Olika metoder och interventioner har prövats med skiftande framgång visar en studie av Yarrington och Zera



(2015). Författarna menar att mer tid bör ägnas åt att sammanföra flera åtgärder under den period i livet då kvinnorna är öppna för förändring i samband med deras nya livssituation som föräldrar.

## **3 PROBLEM/SYFTE**

### **3.1 Problemformulering**

Patienters upplevelser av diabetes är tämligen väl undersökt. I denna studie läggs fokus på en specifik grupp, nämligen kvinnor som har eller har haft graviditetsdiabetes och som löper en hög risk att utveckla typ 2 diabetes på längre sikt. Upplevelser kring graviditetsdiabetes och behovet av preventionen är däremot inte alls lika väl undersökt. Att drabbas av graviditetsdiabetes och ha en förhöjd risk att utveckla typ 2 diabetes går att förhindra eller fördröja med livsstilsförändringar. Däremot har det i tidigare studier visat sig att det är svårt att genomföra livsstilsförändringar och samtidigt ikläda sig den nya rollen som förälder.

Ambitionen med denna studie är att få fram mer kunskap i fråga om det förebyggande arbetet med de nyblivna mammor som haft graviditetsdiabetes. Efter att ha arbetat flera år som diabetessjuksköterskor har uppsatsförfattarna också noterat att det kan vara svårt att nå dessa kvinnor i det förebyggande arbetet. Utmaningen är att få dessa mammor att komma till primärvården och få dem motiverade till livsstilsförändringar.

Olika metoder och interventioner har prövats med skiftande framgång. Det som sannolikt ökar chanserna till livsstilsförändringar är att ägna mer tid åt att sammanföra flera åtgärder samtidigt, under den tid då kvinnorna har graviditetsdiabetes. Då verkar de vara mer mottagliga för livsstilsförändringar. Den aktuella studien fokuserar på vilka hinder eller möjligheter som föreligger för att kunna ge dessa kvinnor de bästa förutsättningarna för att motivera dem att vidta nödvändiga livsstilsförändringar samt vilket stöd de själva efterfrågar.

### **3.2 Syfte**

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor som har eller har haft graviditetsdiabetes och riskerar att få typ 2 diabetes upplever sin situation och vilket stöd de efterfrågar.

## **4 METOD**

### **4.1 Litteraturstudie**

I denna studie presenteras och genomförs en litteraturstudie utifrån de riktlinjer som Friberg (2012) och Axelsson (2012) återger. Syftet är att förmedla en översikt över kunskapsläget inom ett väl avgränsat område.

En litteraturstudie kan göras på två olika sätt. I en allmän litteraturöversikt beskrivs och analyseras ett urval av artiklar utan någon ingående systematik eller kritisk granskning av artiklarnas innehåll. En systematisk litteraturöversikt är mer ambitiös där författarna

försöker ”att förstå hur data hänger ihop och undersöker ”underliggande mönster i data” (Friberg 2012, s.141). I en allmän litteraturöversikt räcker det att göra en beskrivande presentation utan de inslag av tolkning och synteser som kännetecknar den systematiska varianten. En annan del av den systematiska litteraturöversikten är att jämföra de olika artiklarna utifrån artiklarnas teoretiska utgångspunkt, metod, syften och resultat (Friberg, 2012). Den aktuella studien utgår från en allmän litteraturöversikt.

## **4.2 Datainsamling**

För att identifiera relevanta artiklar utifrån den valda problemformulering och syftet så söktes artiklar i de vård- och hälsovetenskapliga databaserna Cinahl, Medline och PubMed. Sökningen inleddes med att begränsa utfallet artiklar genom att välja ett antal sökord som antogs skulle fånga det definierade forskningsproblemet (bilaga 1). Sökningarna i Cinahl och Medline gav ett stort antal ”träffar”.

Det var uppenbart att det stora antalet träffar behövde begränsas. Två exklusionskriterier infördes därför, vilket innebar dels att endast artiklar under tidsperioden 2010–2018 inkluderades, dels krav på att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (peer reviewed). Därutöver lades söksträngen ”type 2 diabetes AND life changes” till, vilket reducerade antalet artiklar markant.

Vid sökningen i Cinahl reducerades träfflistan från 100 till elva artiklar och av dessa valdes sju som sedan reducerades till tre efter att tre översiktsartiklar och en metodinriktad studie exkluderats. Översiktsartiklarna exkluderades då dessa inte skall inkluderas i en litteraturöversikt då de ska betraktas som sekundärkällor (Axelsson 2012). Ytterligare en artikel från Danmark tillkom genom sökning i Cinahl i ett senare skede då en större geografisk spridning önskades. Fyra artiklar från Cinahl kom alltså slutligen att inkluderas. Vid sökningen i Medline blev det 306 ”träffar” som efter samma exklusionskriterier som ovan resulterade i två inkluderade artiklar. Sökningen i PubMed genomfördes mer selektivt utifrån de tidigare sökningarna och gav nio ”träffar” varav två inkluderades. Sammanlagt har således åtta artiklar ingått i denna studie. Två av artiklarna kunde inte hämtas i fulltext via databasen utan beställdes och hämtades via biblioteket på Högskolan i Borås.

Det kan avslutningsvis konstateras att de valda artiklarna innehåller både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder, vilket har framhållits som en fördel för att få en heltäckande bild av verkligheten (Axelsson 2012).

## **4.3 Dataanalys**

Som vägledning för analysen av de valda artiklarna har Axelssons (2012) respektive Fribergs (2012) anvisningar om hur en allmän litteraturöversikt genomförs använts. Artiklarna har lästs igenom och sammanställts så att syfte, metod/urval och resultat för varje artikel redovisas på ett översiktligt sätt i en tabell (bilaga 2). Med detta tillvägagångssätt har en bra överblick över innehållet i artiklarna erhållits. Nästa steg har varit att gå från den översiktliga tabellen till textinnehållet i artiklarna, eller annorlunda uttryckt, från helhet till delar för att slutligen komma fram till en ny helhet (Axelsson 2012).

Ett lämpligt sätt att strukturera artiklarnas innehåll är att finna teman i materialet som beskriver materialet på ett överskådligt sätt. Viktiga meningsbärande enheter (textavsnitt) abstraheras och sorteras in under lämpliga kategorier. Utifrån dessa kategorier kan successivt meningsbärande enheter sorteras in genom ett strukturerat arbetssätt (Lundman & Hällgren Graneheim 2017).

## 5 RESULTAT

Det har tidigare har nämnts är det svårt att nå kvinnor som haft graviditetsdiabetes i syfte att kunna erbjuda förebyggande insatser (Paez et. al. 2013). Studiens resultat visar att det finns hinder att komma förbi för både vårdpersonal och patienter även efter det att denna grupp av kvinnor fångats upp av vården. Resultatet av de artiklar som har analyserats beskriver hindren men också möjligheter som finns för att identifiera och utveckla förebyggande insatser samt att ge dessa kvinnor det stöd de efterfrågar och behöver.

Analysen av de valda artiklarnas textinnehåll kan sammanfattas i två huvudteman och fyra underteman:

Huvudtema	Undertema
Behov av kunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>• Livsstilsförändringar</li><li>• Motivation</li></ul>
Kontroll över livssituationen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stöd från närstående och andra</li><li>• Stöd från vården</li></ul>

### 5.1 Behov av kunskap

#### 5.1.1 Livsstilsförändringar

Den bristande kunskapen och förståelsen kring graviditetsdiabetes och livsstilsförändringar visade sig vara hög (Tokat, Snaci, Girgec, Kulhan & Özcan 2016). (Lie, Hayes, Lewis-Barned, May, White, & Bell 2013) menade dock att kvinnorna var medvetna om riskerna att utveckla diabetes men de hanterade det inte utifrån de kunskaper de faktiskt hade.

När det gällde kostråd och träning upplevdes rekommendationerna ibland vaga. De gravida kvinnorna ansåg att förmedlingen av den nya kunskap som skulle syfta till nödvändiga livsstilsförändringar hade brister som mammorna inte kunde ta ansvar för själva (Lie et. al. 2013). Framför allt efterfrågade kvinnorna råd om olika kolhydrater och fettsnåla matrecept under och efter graviditeten (Ferrara et. al. 2011). Enbart hälften ansåg att de hade fått relevant utbildning gällande kost. När det gällde träning hade de flesta kvinnorna inte fått någon relevant utbildning rörande fysisk aktivitet (Tokat et. al. 2016). En del av mammorna efterfrågade ett webbaserat program, där de kunde få råd om kost och motion vilket skapade flexibilitet och motiverade dem i deras vardag (O'Dea et. al.2015).

Bennet et. al. (2011) fann flera olika hinder för att kunna följa upp nyblivna mammor som haft graviditetsdiabetes. Några mammor menade att någon uppföljning inte var

nödvändig då de ansåg sig leva hälsosamt. En annan mamma menade att hon vid egenkontroller av blodsockret hade normala värden och därför inte behövde följas upp. Andra kvinnor uttryckte rädsla inför att få diagnosen typ 2 diabetes vid uppföljande kontroller. I en studie menade en av de deltagande kvinnorna att hennes barnmorska sagt att hon inte skulle vara orolig utan att hennes tillstånd skulle normaliseras efter förlossningen (Lie et. al. 2013). En annan synpunkt gällde att vården inte informerat kvinnorna om att blodsockret skulle följas upp årligen (ibid), trots att två av tre fått information om att göra egna kontroller av blodsockernivåer visste en lika stor andel inte hur länge de skulle fortsätta med dessa kontroller (Tokat et. al. 2016). Det fanns generellt sett ingen positiv inställning till livsstilsförändringar. Det viktigaste för dessa kvinnor var att ändra sina matvanor. Många av dem rapporterade att det var svårt att dagligen kontrollera blodsockret. De tyckte också att dieten tog bort livsglädjen (Svensson, Kragelund Nielsen, och Terkildsen Maindal 2018).

### **5.1.2 Motivation**

Ett av de största hindren för fysisk aktivitet är brist på egen motivation. Viktnedgång var den största motivationsfaktorn och därefter kom prevention mot framtida risk att utveckla diabetes typ 2 (Nicklas et. al. 2011).

Den vanligaste förklaringen i till att kvinnorna inte kom till uppföljningskontrollerna var de många krav som kvinnorna upplevde, som till exempel att tiden inte räckte till. Upprepad information, bättre tillgänglighet till primärvård och labb samt systematiska påminnelser till patienter kan påverka dessa kvinnors motivation (Paez et. al. 2013). Tidsbrist och den nya situationen med ett nyfött barn med oregelbundna vanor gav upphov till en känsla av otillräcklighet och emotionell stress (Bennet et. al. 2011).

Att ha släktingar som har typ 2 diabetes kan också påverka motivationen hos kvinnor att vidta nödvändiga livsstilsförändringar. De tyckte sig vara drabbade av ett öde som det inte gick att göra någonting åt. Men det fanns också de kvinnor som under graviditeten var motiverade till livsstilsförändringar för att detta var hälsosamt för barnet, men detta förändrades efter nedkomsten (Lie et. al. 2013).

En del kvinnor känner oro för barnet och att det är det som motiverar dem till att ändra livsstilen. Livsstilsförändringar upplevdes inte viktiga för egen del, utan gjordes mest för att undvika skuld och oro. Efter att barnet fötts så försvann motivationen, detta hade att göra med den egna livsföringen som inte längre hade någon påverkan på barnets hälsa. En kvinna nämnde att hon gav upp sin egen kropp en tid för barnets skull (Svensson, Kragelund Nielsen, och Terkildsen Maindal 2018).

## **5.2 Kontroll över livssituationen**

### **5.2.1 Stöd från närstående och andra**

Kvinnorna ville att familjen involverades, till exempel hjälp med maten, då den nya livssituationen medför att det är svårt att hinna laga olika måltider. Det är viktigt att familjen blir medveten om betydelsen av att fortsätta med hälsosam kost och träning för att förhindra debut av diabetes i framtiden. En omedelbar följd av att stödet från närstående brister är upplevelsen av att tiden inte räcker till. Tidsbristen kunde

aktualiseras i samband med återgång till arbete och kvinnorna kunde få skuld känslor av att lämna barnet för att träna. När det gäller att äta hälsosamt så upptäcktes även här hinder, såsom svårt att hinna med att göra olika måltider, tiden räckte inte till samt att det var för dyrt att laga hälsosam mat. (Nicklas et. al. 2011).

Ett annat hinder för att förmå dessa kvinnor att vidta nödvändiga livsstilsförändringar är svårigheterna att få till barnpassning. En del kvinnor hade ingen att lämna barnen till och en del andra var inte villiga att lämna barnen ifrån sig (O'Dea et. al. 2015). De efterfrågade stöd från familjen eller andra i det sociala nätverket, för att få tid och möjlighet att utöva fysisk aktivitet (Ferrara et. al. 2011; Paez et. al. 2014).

Flera av kvinnorna arbetade utanför hemmet och hade dåligt samvete över att lämna dem en hel kväll varje vecka. Flera av kvinnorna upplevde att de hade svårt att prioritera sig själva. Ett stort stöd för dessa mammor var därför vikten av att deras partner ställde upp och de var viktiga för dem (O'Dea et. al. 2015).

### **5.2.2 Stöd från vården**

Det efterfrågades också stöd från vårdpersonal. En del kvinnor upplevde att en del vårdare var dömande, genom att påstå att det behövde ändra livsstil utan att veta om de redan har ändrat livsstil. Dessa mammor menade att det var viktigt att utgå från deras livssituation för att de skulle lyckas med livsstilsförändringar (Nicklas et. al. 2011).

Ett annat problem som uppmärksammas i litteraturen är att de nyblivna mammorna menade att vården inte följde upp efter att kvinnorna uteblivit från inplanerade besök. Vissa kvinnor menade att vårdpersonal inte var tillräckligt tydliga med att deras tillstånd inte var något försvann efter graviditeten samt att fortsatta kontroller och livsstilsförändringar var av vikt (Paez et. al. 2014). Kvinnorna upplever vidare att de får träffa olika personer och att personalen inte är tillräckligt pålästa om patienten och att det brister i kontinuiteten (Bennett et. al. 2011).

En slutsats som kan dras är att en förändrad livsstil under och efter graviditeten kan förebygga kvardröjande övervikt hos dessa kvinnor. Kvinnorna efterfrågade mer information gällande hälsorisker efter graviditetsdiabetes. Det efterfrågades vidare en websida där de kunde kommunicera med andra mammor i liknande situation och på så vis, få tips om hur de kan träna med det nya barnet. En annan synpunkt var att telefonrådgivning fungerade bra för kvinnor med graviditetsdiabetes vilket medförde att vikten återgick till den ursprungliga (Ferrara et. al. 2011).

Ytterligare exempel på vad som efterfrågades var att kunna promenera med barnet i vagnen eller ett gym där det erbjuds barnvakt. Några tyckte att det skulle fungera med en träningsvideo hemma (Nicklas et. al. 2011). Mammorna önskade även att de kunde få ha med sig barnet till uppföljningsbesöket och att de generellt ville bli behandlade som under graviditeten (Bennett et. al. 2011).

## 6 DISKUSSION

### 6.1 Metoddiskussion

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor med graviditetsdiabetes som riskerar att få typ 2 diabetes upplever sin livssituation och vilket stöd de efterfrågar. En litteraturöversikt med hjälp av kvalitativ innehållsanalys har använts (Friberg 2012; Lundman & Hällgren Graneheim 2017). Friberg menar att kvalitativ metod är bra då syftet är att ta reda på deltagarnas upplevelser, förväntningar, erfarenheter och behov.

En svaghet med den kvalitativa innehållsanalysen är att tolkningen kan ligga alltför nära texten så att möjligheterna till abstraktion och tolkning försvåras. Det blir för mycket tonvikt vid textens uppenbara, manifesta, innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). Problemet kan också vara det omvända. Om man väljer för stora meningsbärande enheter riskeras att de innehåller mer än en företeelse. Idén är att inga data ska falla mellan två kategorier eller kunna placeras in under flera olika kategorier. Lundman och Graneheim menar dock att detta kan vara svårt att nå vid undersökningar som handlar om människors eller intervjupersoners egna upplevelser (ibid).

Den valda metoden är lämplig vid en litteraturöversikt och göra textnära tolkningar av vetenskapliga artiklar. Fördelen är att man med denna metod kan använda flera olika angreppssätt. Under uppsatsarbetet har det varit möjligt att arbeta induktivt, det vill säga att förutsättningslöst söka mönster i texterna och abstrahera innehållet till teman. Metoden har också skapat möjligheter att arbeta deduktivt, genom att utgå från redovisade teman för att med dem som verktyg finna nya betydelser i texterna (Lundman & Graneheim 2017).

För att minska risken för att förförståelsen påverkat läsningen av artiklarna i allt för stor utsträckning, så lästes de först var för sig och därefter jämfördes läsningarna med varandra. Detta skapar förutsättningar för att analysen och resultatet blir mer trovärdigt. Det är viktigt att förstå att förförståelse är något forskaren ofta är omedveten om och att den kan påverka ens tolkningar på ett icke önskvärt sätt (Norberg & Fagerberg 2017, s. 250). Andra tänkbara metoder hade varit olika varianter av textanalys, som till exempel diskursanalys<sup>4</sup> eller Grounded Theory.<sup>5</sup> Dessa bedömdes som i och för sig möjliga metoder, men också som alltför tidskrävande inom ramen för en kandidatuppsats.

I artiklarna används både kvalitativa och kvantitativa metoder, vilket ger en heltäckande bild av verkligheten (Axelsson 2012). De flesta av dem var från USA, medan en kom från Turkiet och en från Danmark. En svaghet kan vara att ingen av dem belyste upplevelsen ur ett svenskt perspektiv. I sökningen av relevanta artiklar för syftet så användes inklusions - och exklusionskriterier. Artiklar valdes från databaserna PubMed, Medline och Cinahl för att säkerställa att en bra bredd erhöles och att någon väsentlig artikel inte

---

<sup>4</sup> I diskursanalysen är språket ett centralt studieobjekt då det antas att språket också konstruerar den verklighet vi lever i. Fakta går enligt denna ansats inte att observera från en neutral utgångspunkt. Ett viktigt drag i diskursanalys är att forskaren intresserar sig för hur samhällsfenomen produceras och framställs (Börjesson & Palmblad 2017).

<sup>5</sup> Grounded Theory (GT) är en tolkningsansats där syftet är att utveckla teori utifrån att forskaren har ett öppet förhållningssätt till studieobjektet. Ett annat kännetecken hos GT är att datainsamling, analys och teoriutveckling hålls integrerade och inte åtskilda (Thorén-Jönsson 2017).

missades. Databaserna tillhandahåller artiklar som är relevanta inom ämnesområdena vårdvetenskap och medicin.

## 6.2 Resultatdiskussion

Det framkom att kvinnorna hade viss kunskap eller kunskap kring sitt tillstånd med vad graviditetsdiabetes kan innebära i deras framtida liv men agerade ändå utifrån ett annat perspektiv, med låg motivation och lite prioritering och aktivitet kring egna hälsan rörande kost, motion och uppföljande kontroller i sjukvårdens regi. Valen handlade ofta mellan egna behov kontra barnets/familjens behov.

Från vårdens sida hade kvinnorna inte uppfattat allvaret i informationen om risken att utveckla typ 2 diabetes under kommande år. Resultatet visade att vissa kvinnor i studien upplevde sig friska när deras blodsockervärden normaliserades efter förlossningen. Barnet var fött och friskt, de kunde släppa på sina dieter och barnets hälsa var inte i fara. Bidragande orsak till detta kunde vara att vården hade gett skiftande råd eller varit otydliga. En del av kvinnorna upplevde att det var för lite information och utbildning eller att det blev för krävande och inte anpassat efter den enskilda kvinnans situation (Lie et al. 2013). Några upplevde att läkaren och sjuksköterskan talade dömande och nedlåtande utan att först tagit reda på hur kvinnan levde. Kort sagt professionen hade inte lyckats att anpassa information och kunskap till den enskilda individen (Nicklas et al. 2011; Svensson, Kragelund Nielsen & Terkildsen Maindal 2018).

Downs och Ulbrecht (2006) fann att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes uppgav att endast 14 %, hade blivit motiverade att träna av läkare eller sjuksköterska för att förhindra utveckling av typ 2 diabetes. Sju procent av kvinnorna trodde också att utövandet av träning kunde förhindra eller fördröja typ 2 diabetes senare i livet, trots att det var standard för professionen att betona risken för utveckling av sjukdomen. Här finns utrymme att rannsaka professionen om den är så tydlig som den tror. Liknande resultat fann Kim et al. (2007) i en studie, att kvinnornas kunskap om graviditetsdiabetes och att det innebar en riskökning för typ 2 diabetes, inte ökade deras riskmedvetenhet. Detta kan vara en bidragande orsak till att många kvinnor faller ifrån sin uppföljning inom vården. Hon uppfattar sig inte som att hon behöver eller har användning för stöd och kunskap kring tillståndet. Enbart kännedom om att det förelåg en risk, var inte tillräckligt för att förmå dem att ändra beteende eller söka sig mer aktivt till vården.

Vad beträffar behov av stöd så visar litteraturstudien på hinder som till exempel bristande information, litet eller inget stöd från närstående, skuld känslor att lämna bort barnet, återgång till arbete och ont om eller ingen egen tid. Motsatsen, det vill säga att kvinnorna lyckades att ändra sin livsstil, var att de hade stöd från partner och övriga nära anhöriga. Att kvinnorna ser stödet som en viktig faktor har också visats i andra studier (Carolan, Gill & Steele 2012; Yee, McGuire, Taylor, Niznik, & Simon 2016). Downs och Ulbrecht (2006) går så långt som att mena att det är den person/partner som står kvinnan närmast som är avgörande för bästa resultatet, men också till varför det inte går så bra om stödet uteblir. Med denna kunskap så framstår det tydligt att kvinnorna efterfrågar stöd från närstående och vården. Särskilt viktigt att framhålla är att stödet från vården ska vara individanpassat så långt som möjligt. En studie visade att det var mycket svårt att få med sig kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes i en beteendeprocess som syftade till att öka

den fysiska aktiviteten. Andra insatser för livsstilsförändringar krävdes och bör anpassas till kvinnornas individuella behov som till exempel familjefokuserade insatser, hembesök och flexibla lösningar (Cheung, Smith, Van Der Ploeg, Cinnadaio, & Bauman 2011). Att preventionen och informationen som är gängse idag möjligen inte är anpassad för dessa kvinnor fullt ut är givetvis ett hinder.

En del av kvinnorna i studien nämnde att de saknade planerad uppföljning efter graviditet och förlossning. Detta är värt att ta till sig som sjuksköterska, så att den information och utbildning som ges, inte missförstås eller blir undermålig för den enskilda kvinnan. Det är angeläget att samverka mellan mödravård och efterföljande primärvård fungerar så att det blir tydligt i vad som är viktigt och hur uppföljningen kommer att se ut för kommande år. Det ska vara klart från den stund då kvinnan skrivs ut från mödravården, att hon inte ska behöva ta initiativ till att själv söka upp vård.

De inkluderade studierna är gjorda i västvärlden, främst USA, endast en kommer från Norden. Länderna skiljer sig åt rörande både hur hälso- och sjukvården är uppbyggd men även förmåner avseende föräldraledigheter och barnomsorg. Detta spelar roll för hur kvinnorna kan få stöd och hur tillgänglig den efterföljande vården är. I Sverige finns en relativt väl utbyggd primärvård där uppföljning ska ske och invånarna är listade och tillhör en namngiven vård- eller hälsocentral. Sverige har också en förmånlig föräldraledighet som kan gynna kvinnorna att under en längre tid inte känna sig pressade att snabbt återgå till arbetet. Detta kan vara bidragande framgångsfaktorer för kvinnorna och deras barn och som till viss del kan påverka att kvinnan kan få tid för egen hälsa i större utsträckning, möjligen. Fler studier gjorda i Norden är av intresse.

### **6.2.1 Reflekterande samtal**

Här finns således flera olika områden som kan förbättras för dessa kvinnor. Att stödja dem till att kunna prioritera sin egen hälsa, att öka stödet runt kvinnorna samt att vården blir tydlig, tillgänglig och inbjudande under lång tid efter kvinnan har fått sitt barn.

Att genom det professionella samtalet skapa en ökad möjlighet till självkänedom för kvinnan, utifrån hennes egna hinder och möjligheter, är uppenbart ett förhållningssätt som bör stärkas. Professionen kan inte bara ge upprepade råd om inte de först har försökt att sätta sig in i kvinnans unika situation och förutsättningar. Individuella möten måste till och kan inte slopas till förmån för gruppbaseade möten och dialoger. Om inte råden anpassas och vården därmed inte möter kvinnan i hennes vardag så är risken att vårdpersonalen talar förbi och inte med kvinnorna. Arman, Dahlberg och Ekebergh (2015, s. 200) menar att det vårdande samtalet lätt kan gå förlorat om mötena är hårt styrda och rutinbetonade. Professionens röst är stark och kan väga för tungt i förhållande till den enskilda kvinnans röst och hennes livsvärld. Det vårdande samtalets syfte är att ge kvinnorna kunskap och få dem att se möjligheterna till en förbättrad hälsa. Särskilt i tider av effektiviseringar har diabetessjuksköterskor en stor utmaning i att påtala det personliga mötets betydelse för kvinnorna att lyckas i deras strävan att nå en hälsosam livsstil.

Att aktivt utveckla sin förmåga att samtala med en reflekterande hållning är en av hörnstenarna för en god diabetesvård. Samtalet som instrument för att vårda är av stor



vikt, genom samtal där kvinnan får sätta ord på sin upplevelse av sin vardag, sina svårigheter och möjligheter, kan diabetessköterskan flika in kunskap och information som kommer kvinnan till godo och som ger henne en möjlighet att själv reflektera och se på sina egna val. Vad det innebär att i framtiden eventuellt utveckla diabetessjukdom, hur känner och tänker kvinnan kring detta, vilka känslor väcker detta, vad vill kvinnan själv uppnå, hur tänker hon sin framtid som kvinna och förälder. Kan samtalet få ta denna riktning innebär det en ökad förståelse för den egna hälsan och ett mer bestående lärande (Arman, Dahlberg & Ekebergh 2015 ss. 141–143).

### **6.2.2 Föräldraroll**

Kvinna och nybliven förälder som vill sitt barns bästa är en viktig aspekt att hålla i minnet. Kvinnorna var ju redan under graviditet angelägna om att göra det som krävdes för att barnet skulle må bra. Att fortsätta att vara en frisk och hälsosam förälder under kommande år och se sina barn växa upp kan också vara en drivkraft att fokusera på, då nås även de barn som har ärvt en risk för att utveckla typ 2 diabetes i vuxen ålder, att kunna lära sig hälsosam kost och rörelsevanor i tidiga år. Föräldrar spelar en viktig roll som modell för barnets ätande (Scaglioni, Salvioni, & Galimberti 2008). I annan studie framkommer liknande tankar från kvinnorna, att just vara fortsatt hälsosam, att finnas där för sina barn och vara en modell för dem (Yee et. al. 2016). En väg fram till kvinnans motivation att göra livsstilsförändringar var just att ha fokus på kvinnan som förälder (Carolan, Gill & Steele. 2016).

Ska diabetessköterskan vara mer aktiv i att ta med familjeperspektivet i samtalet? Flera av studierna tar upp att stödet från närstående är av stor vikt (Ferrara et. al. 2011, Nicklas et. al. 2011) men det omvända perspektivet ska inte glömmas bort, att kvinnan ger mer tillbaka till familjen när hon får en utvidgad kunskap kring kost och rörelse. Detta noterar även Yee et. al. (2016) i sitt resultat. Kan det på sikt utvecklas speciella program för dessa kvinnor/föräldrar där både föräldrarollen och en hälsosam livsstil kombineras utifrån dessa kvinnors förutsättning. Rollen som förälder pågår oftast i decennier och kvinnans tid för egen hälsa är fortsatt begränsad, för de flesta under lång tid. Kombination av föräldrautbildning och hälsofrämjande utbildning borde vara möjligt, då båda professionerna, BVC-sköterska och diabetessköterska, finns i Primärvården.

### **6.2.3 Hållbar utveckling**

Det finns idag inget modernt företag eller myndighet som inte också har hållbar utveckling med i sina handlingsplaner. Socialstyrelsen gav så sent som 2018 ut en lägesrapport kring hållbar hälso- och sjukvård med fokus på kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen 2018) där det konstaterades att det är av största vikt att begränsa och minska påverkan på vårt klimat när det gäller både skadliga vårdinsatser och läkemedelspåverkan på miljön. Sverige ska samarbeta och medverka till utveckling inom detta område och som grund ligger Agenda 2030 (Regeringskansliet 2015) och dess delmål. Att förhindra eller senarelägga debut av typ 2 diabetes hos kvinnor med graviditetsdiabetes blir då en direkt följd av de övergripande målen. Det finns en klart definierad målgrupp, och kunskap kring att sjukdomen kan undvikas eller senareläggas, handlingsprogram och policys är utformade, men professionen har en bit kvar till målet att nå dem alla. Studien har bidragit till en ökad förståelse varför kvinnorna gör andra val.

## 6.3 Konklusion

Kvinnorna efterfrågar mer råd om kost och motion. Vidare önskar de tydlig, individuellt anpassad och upprepad rekommendation rörande undersökningar och risker med sjukdomen.

Hinder som ses är tidsbrist, vilket gör att de har svårt att prioritera sig själva. Inställning till livsstilsförändringar är inte så positiv och motivationen avtar efter att barnet fötts. Samt att vårdpersonal ibland är dömande, även brist på stöd från sin partner kan vara ett hinder.

Möjligheter som underlättar för kvinnorna att skapa kontroll över sin livssituation kan vara webbaserade råd och möjlighet att kommunicera med andra i samma situation. De ser också träningsvideos för att kunna träna hemma som en underlättande faktor och organiserade grupper att träna eller promenera med samt stöd från omgivningen med bland annat matlagning och barnpassning. Telefonrådgivning kan underlätta, då de slipper transportera sig. En mer tillgänglig primärvård underlättar möjligheten att komma till undersökningarna samt samverkan mellan mödravård, BVC och primärvård. Möjlighet att få ta med barnen både vid undersökning och vid träning kan underlätta betydligt.

### 6.3.1 Förbättringsområden

- Att aktivt arbeta med att utveckla sin professionella hållning när det gäller vårdande och reflekterande samtal.
- Att utforma inbjudan till uppföljande besök hos diabetessköterskan som inbjudan utifrån ett hälsoperspektiv, inte sjukdomsperspektiv.
- Att vara pådrivande för att utforma en väl fungerande vård mellan mödravård, länssjukvård och primärvård för dessa kvinnor. Att aktivt diskutera just kvinnor med graviditetsdiabetes och uppföljning på nätverksträffar med diabetessköterskor.
- Att kombinerade föräldrautbildning med hälsofrämjande utbildning.

## 6.4 Vidare forskning

I en studie sågs tiden mellan sex till 12 månader efter förlossning som en bra tid för att nå kvinnorna (Nicklas et. al. 2011). En fråga som kan studeras vidare är vad kvinnorna själva anser vara den bästa tiden för när vården ska söka upp dem för uppföljning. En annan fråga är hur aktiva professionen bör vara för att motivera kvinnorna att komma till kontroller. Här är det viktigt med utformningen av inbjudan så att syftet med besöket tydligt framgår för kvinnan.

Ett vägval är om det ska fokuseras mer på hälsa och sund livsstil istället för att kalla till diabetesbesök. De nyblivna mammorna upplevde ju inte att de hade diabetes utan att de var friska, vilket är en helt riktig synpunkt då de endast har prediabetes. Det hälsofrämjande perspektivet måste kanske understrykas ännu tydligare. Det kan göras om primärvården öppnar upp och väljer att vinkla både inbjudan och besök hos diabetessköterskan utifrån ett hälsoperspektiv, snarare än fokus på sjukdomen diabetes som flera kvinnor i studierna värjde sig emot (Lie et. al. 2013, Paez et. al. 2013, Tokát et. al. 2016).

## 7 REFERENSER

(Referenser markerade med asterisk (\*) är de artiklar som ingår i studien)

Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M (red.) (2015) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber

Axelsson, Å. (2012) Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Høglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, ss. 173–188. Lund: Studentlitteratur.

\*Bennett, W., Ennen, C., Carrese, J., Hill-Briggs, F., Levine, D., Nicholson, W. & Clark, J. (2011) Barriers to and Facilitators of Postpartum Follow-Up Care in Women with Recent Gestational Diabetes Mellitus: A Qualitative Study. *Journal of Women's Health*, 20 (2), ss. 239–245. DOI:10.1089/jwh.2010.2233

Berne, C. & Persson, B. (2002) Graviditet. I C-D. Agardh, C. Berne och J. Östman (red.) *Diabetes*, ss. 213–228. Stockholm: Liber AB.

Börjesson, M. & Palmblad E. (2017) Konstruktionism och diskursanalys. I M. Granskär & B. Høglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, ss. 205–218. Lund: Studentlitteratur.

Carolan, M., Gill, G., & Steele, C. (2012). Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 99. DOI: 10.1186/1471-2393-12-99

Cheung, N-W., Smith, B-J., van der Ploeg, H P., Cinnadaio, N. & Bauman, A. (2011). A pilot structured behavioural intervention trial to increase physical activity among women with recent gestational diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92(1), E27-E29. DOI:10.1016/2011.01.013

Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Downs, D S.& Ulbrecht, J. (2006). Understanding Exercise Beliefs and Behaviors in Women With Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 29(2), ss. 236-240.

\*Ferrara, A., Hedderson, M., Albright, E. S., Quensberry, C., Peng, P., Feng, J., Ching, J. & Crites, Y. (2011) A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with gestational diabetes mellitus reduces diabetes risk factors: a feasibility randomized control trial. *Diabetes Care*, 34(7), ss. 1519–1525. DOI:10.2337/102221

Folkhälsomyndigheten (2014) Föräldrar spelar Roll. Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete. <http://www.mfof.se/Documents/foraldrastod/foraldrar-spelar-roll-vagledning-i-lokalt-och-regionalt-foraldrastodsarbete.pdf> [2018-10-05]

Friberg, F. (2012) Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, ss. 133–143. Lund: Studentlitteratur

Ignell, C. (2015). *Gestational diabetes mellitus – prevalence in southern Sweden and risk factors for subsequent diabetes*. 2015:83, Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series, 2015, Vol.2015:83.  
<http://portal.research.lu.se/ws/files/4008551/7964727.pdf>

Josefsson, K. & Lindwall, M. (2010) ”Motivation till motion och fysisk aktivitet”. I Hallberg, L. R-M. (red.) *Hälsa och livsstil. Forskning och praktiska tillämpningar*, ss. 207–225. Lund: Studentlitteratur

Kim, C., McEwen, L., Piette, J., Goewey, J., Ferrara, A. & Walker, E. (2007). Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 30(9), 2281-6. DOI:10.2337/dc07-0618

\*Lie, M., Hayes, L., Lewis-Barned, N., May, C., White, M. & Bell, R. (2013) Preventing Type 2 diabetes after gestational diabetes: women’s experiences and implications for diabetes prevention interventions. *Diabetic Medicine*, 30, ss. 986-993. DOI: 10.1111/dme.12206

Lipscombe, L., Banarjee, A-T., McTavish, S., Mukerji, G., Lowe, J., Ray, J., Evans, M. & Feig, D. (2014) Readiness for diabetes prevention and barriers to lifestyle change in women with a history of gestational diabetes mellitus: rationale and study design. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 106(1), ss. 57–66. DOI:10.1016/j.diabres.2014.07.019

Livsmedelsverket 2012 *Nordiska Näringsrekommendationerna. Bakgrund, principer och användning*. Stockholm  
<https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyror/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf> [2018-10-05]

Livsmedelsverket 2013 *Synen på bra matvanor och kostråd, en utvärdering av Livsmedelsverkets råd. Rapport 22*  
<https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyror/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf> [2018-10-05]

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Høglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, ss. 219–234 Lund: Studentlitteratur

\*Nicklas, J., Zera, C., Seely, E., Abdul-Rahim, Z., Rudloff, N. & Levkoff, S. (2011) Identifying postpartum intervention approaches to prevent type 2 diabetes in women with a history of gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:23, ss 1-8. DOI:10.1186/1471-2393-11-23

Nilsson, C. (2013). *Gestational Diabetes Mellitus- Future risk for mother and child*. Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series, 2013, Vol. 2013:42. <http://portal.research.lu.se/ws/files/3338155/3633407.pdf>

Norberg, A. & Fagerberg, I. (2017) Fenomenologisk hermeneutik. I M. Granskär & B. Høglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, ss. 249–261. Lund: Studentlitteratur

\*O’Dea, A. Tierney, M., McGuire, B., Newell, J., Glynn, L., Gibson, I., Noctor, E., Danyliv, A., Connolly, S. & Dunne, F. (2015) Can the Onset of Type 2 Diabetes Be Delayed by a Group-Based Lifestyle Intervention in Women with Prediabetes following Gestational Diabetes Mellitus (GDM)? Findings from a Randomized Control Mixed Methods Trial. *Journal of Diabetes Research*, ss. 1-11. DOI:10.1155/2015/798460

\*Paez, K., Eggleston, E., Griffey, S., Farrar, B., Smith, J., Thompson, J. & Gillman, M. (2014) Understanding Why Some Women with a History of Gestational Diabetes Do Not Get Tested for Diabetes. *Women's Health*, 24 (4), ss. 373–379. DOI: 10.1016/j.whi.2014.04.008

Patientlagen (SFS 2014:821) Sveriges Riksdag, Stockholm  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821) [2018-10-05]

Persson, M., Winkvist, A., & Mogren, I. (2015). Lifestyle and health status in a sample of Swedish women four years after pregnancy: a comparison of women with a history of normal pregnancy and women with a history of gestational diabetes mellitus. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 57. DOI:10.1186/s12884-015-0487-2

Regeringskansliet, FN:s Globala Mål för Hälsa 2015. Stockholm.  
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/globala-mal-for-hallbar-utveckling/> [2018-11-06]

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018) Stockholm. Nationell strategi för ett förstärkt föräldraskapsstöd. <http://www.mfof.se/sv/foraldraskapsstod/Ny-nationell-strategi-for-foraldraskapsstod/> [2018-10-05]

Rikshandboken Barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Halsosamtal-pa-BVC/Framja-halsosamma-levnadsvanor/> [2018-09-16]

Scaglioni, S., Salvioni, M. & Galimberti, C. (2008), Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour, *The British journal of nutrition*, vol. 99, pp. S22-5. DOI:10.1017/S0007114508892471

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/socialstyrelsens.nationella.riktlinjer.for.sjukdomsforebyggandemetoder.pdf> [2018-09-16]

Socialstyrelsen (2013) *Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-8-3> [2018-10-03]

Socialstyrelsen (2015a) *Graviditetsdiabetes* Stockholm  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-52>  
<https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna/graviditetsdiabetes1> [2018-09-16]

Socialstyrelsen (2015b). *Gränsvärden för graviditetsdiabetes. Stöd för beslut om behandling*. ISBN 978-91-7555-324-5. Stockholm:  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-52> [2018-09-16]

Socialstyrelsen (2015c) *Checklista för införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-11> [2018-10-03]

Socialstyrelsen (2015d). *Informationsspecifikation för levnadsvanor. Tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19746/2015-2-50.pdf>.  
[2018-10-03]

Socialstyrelsen (2017) *Nationella riktlinjer för diabetesvård*, ISBN 978-91-7555-424-2  
<https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerpreventionochbehandlingvidohalsosammalevnadsvanor>. [2018-10-03]

Socialstyrelsen (2018a) *Nationella Riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. ISBN 978-91-7555-470-9  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>  
[2018-11-06]

Socialstyrelsen (2018b) *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården med kroniska sjukdomar*. Lägesrapport 2018. Stockholm  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20816/2018-2-4.pdf>  
[2018-12-03]

Svensk Sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård  
*Levnadsvaneförändringar vid prediabetes* (2017). Stockholm  
<https://www.swenurse.se/globalassets/sektioner--natverk/diabetesnurse-sfsd/prediabetes-till-webb-efter-korr-20-april.pdf> [2018-09-27]

\*Svensson, L., Kragelund Nielsen, K., & Terkildsen Maindal, H (2018) What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (2), ss. 756–764. DOI: 10.1111/scs.112506

Södra Älvsborssjukhus, Västra Götalandsregionen (2017). *Diabetes under graviditet-utredning och hantering*.  
<https://www.google.se/search?q=v%C3%A4straANDg%C3%B6talandANDv%C3%A5>

[rdprogramANDgraviditetsdiabetes&rlz=1C1GGRV\\_enSE751SE751&oq=v%C3%A4straANDv%C3%B6talandANDv%C3%A5rdprogramANDgraviditetsdiabetes&aqs=chrome..69i57.17127j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](#) [2018-09-27]

Tabák, A., Herder, C., Rathmann, W., Brunner, E. & Kivimäki, M. (2012). Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379(9833), ss. 2279–2290. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60283-9

Thorén-Jönsson, A-L. (2017) Grounded theory. I M. Granskär & B. Høglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, ss. 153–178. Lund: Studentlitteratur.

\*Tokat, A., Snaci, M., Girgec, S., Kulhan, N. & Özcan, C. (2016) Postpartum education and lifestyle changes for preventing type 2 diabetes in Turkish women with previous gestational diabetes: A retrospective study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), ss. 427–435. DOI:10.1111/ijn.1245

Ulbrecht, J. (2006). Understanding Exercise Beliefs and Behaviors in Women With Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 29(2), ss. 236-240.

WHO (2006) *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia?*

[http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes\\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf) [2018-09-27]

WHO (2011) *Used of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus* [http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c\\_2011.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf) [2018-09-27]

Yarrington, C., & Zera, C. (2015). Health Systems Approaches to Diabetes Screening and Prevention in Women with a History of Gestational Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 15(12), ss. 1-6. DOI:10.1007/s11892-015-0687-1

Yee, L., McGuire, J., Taylor, S., Niznik, C., & Simon, M. (2016). Factors promoting diabetes self-care among low-income, minority pregnant women. *Journal of Perinatology*, 36(1), ss. 13-18. DOI:10.1038/jp.2015.134

Youngs, W., Gillibrand, W. & Phillips, S. (2016). The impact of pre-diabetes diagnosis on behaviour change: an integrative literature review. *Practical Diabetes*, 33(5), ss. 171–175. <http://dx.DOI.org/10.1002/pdi.2030> [2018-10-07]



# BILAGOR

## Bilaga 1 – Sökhistorik

Databas	Sökord samt ”exklusionskriterier”	Träffar	Antal utvalda	Datum
Cinahl	Gestational diabetes AND prevention AND postpartum	100		2018-09-15
Cinahl	Gestational diabetes AND prevention AND postpartum samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	68		2018-09-15
Cinahl	Gestational diabetes AND prevention AND Postpartum AND type 2 diabetes 2 AND life style changes samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	11	<b>3</b>	2018-09-16
Cinahl	Gestational diabetes AND Postpartum AND type 2 diabetes 2 AND experience samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	18	<b>1</b>	2018-10-08
Medline	Gestational diabetes AND prevention AND postpartum	306		2018-09-16
Medline	Gestational diabetes AND prevention AND postpartum samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	222		2018-09-16
Medline	Gestational diabetes AND prevention AND Postpartum AND type 2 diabetes 2 AND life style changes samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	23	<b>2</b>	2018-09-16
PubMed	Gestational diabetes AND prevention AND postpartum AND type 2 diabetes 2 AND life style changes samt ”tidsperiod” och ”peer reviewed”	9	<b>2</b>	2018-10-20

## Bilaga 2 - Artikelöversikt

Författare mm	Syfte	Metod/urval	Resultat
Bennett, Wendy L. et al. (2011) Barriers to and Facilitators of Postpartum Follow-Up Care in Women with Recent Gestational Diabetes Mellitus: A Qualitative Study. <i>Journal of Women's Health</i> . USA	Undersöka hinder och möjligheter att genomföra uppföljning av kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes.	22 semistrukturerade intervjuer, 13 personliga, 9 per telefon.  Kvalitativ metod.	Fyra generella teman som illustrerade hinder och sex som underlättade uppföljning erhöles i analysen. Emotionell stress i samband med att anknyta till den nyfödda, rädsla att få diabetesdiagnos vid uppföljningen var de största hindren, medan möjlighet till barnpassning och en önskan om att få uppföljning angavs vara något som starkt underlättade just detta
Ferrara, A et al. (2011) A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with gestational diabetes mellitus reduces diabetes risk factors: a feasibility randomized control trial. <i>Diabetes Care</i> . USA	Få kvinnor med graviditetsdiabetes att återgå till sin ursprungsvikt innan graviditeten för att minska risken för diabetes.	Urval (197) efter initial telefonkontakt, enkätundersökning urvalskriterier, förstagångsbesök samt samtycke. Tre interventionsfaser bestående av direkta möten med dietister och uppföljande telefonkonsultationer. Experimentgrupp och kontrollgrupp.  Kvantitativ metod.	Förändrad livsstil under graviditeten och postpartum kan förebygga kvardröjande övervikt. Strategier i syfte att hjälpa kvinnor efter graviditet att övervinna hinder för fysisk aktivitet är nödvändiga
Lie, M. L. S. et al. (2013) Preventing Type 2 diabetes after gestational diabetes: women's experiences and implications for diabetes prevention interventions. <i>Diabetic Medicine</i> , 30. USA	Undersöka faktorer som påverkar erfarenheterna av graviditetsdiabetes och att få fram kvinnors uppfattning om möjligheten till livsstilsförändringar i syfte att förebygga diabetes de två första åren efter barnafödandet.	Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer med 31 kvinnor.	Kvinnorna var medvetna om riskerna att utveckla diabetes men hanterade det inte utifrån de kunskaper de ändå hade. Graviditeten motiverar kvinnorna till livsstilsförändringar för att detta är hälsosamt för barnet, men detta förändras efter nedkomsten. Trötthet, bindningen till barnet och betungande krav är hinder de första månaderna

			postpartum. Senare är det arbete, familj och barnens utveckling som utgör tydliga hinder för dessa kvinnor.
Nicklas, Jacinda M. et al (2011) Identifying postpartum intervention approaches to prevent type 2 diabetes in women with a history of gestational diabetes. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . USA.	Identifiera a) hinder och möjligheter till livsstilsförändringar postpartum och b) specifika interventionsstrategier som möjliggör deltagande i förebyggande program.	Kvalitativ studie; fokusgrupper och informantintervjuer. Grounded Theory användes vid analys av fokusgrupperna med öppen kodning inledningsvis som sedan utvecklades till teman och kategorier. Vid analys av intervjuer användes vanlig frekvensfördelning.	Teman som framträdde från fokusgrupperna var hinder att ändra kost och att träna mer. Frustration över att känna sig dömda av behandlande läkare under graviditeten var ett annat resultat. Bristande motivation, utmattning, ekonomiska svårigheter, arbetsrelaterade hinder nämndes också. Andra resultat visade önskemål om att få kostråd, tillgång till gym med möjlighet till barnpassning under träningspassen, att kunna träna hemma med hjälp av livsstilscoach.
O'Dea, Angela et al. (2015) Can the Onset of Type 2 Diabetes Be Delayed by a Group-Based Lifestyle Intervention in Women with Prediabetes following Gestational Diabetes Mellitus (GDM)? Findings from a Randomized Control Mixed Methods Trial. <i>Journal of Diabetes Research</i>	Utvärdera ett gruppbaserat interventionsprogram riktat till kvinnor med prediabetes efter graviditetsdiabetes.	50 kvinnor, slumpmässigt urval, kvalitativa personliga intervjuer samt statistisk analys av ett stort antal hälsovariabler, Kontrollgrupp och experimentgrupp.  Litet antal deltagare.	Resultatet visade att den största effekten kunde avläsas på de psykosociala faktorerna. Områden som stress, diet, självuppfattning och livskvalitet visade signifikanta förbättringar i experimentgruppen. Andra faktorer som viktkontroll och diet förbättrades inledningsvis men visade sig försvinna efter uppföljning ett år efter programstarten. De kvalitativa resultaten från intervjuerna sammanföll med de statistiska analyserna. Det kan nämnas att bara deltagandet i sig bidrog till att kvinnorna stärktes i det att prioritera sig själva och deras hälsa framför familjens behov.

<p>Paez, Kathryn A. (2014) Understanding Why Some Women with a History of Gestational Diabetes Do Not Get Tested for Diabetes. <i>Women's Health</i>. USA.</p>	<p>Utreda vad som hindrar kvinnor att bli testade avseende risken att få diabetes typ 2 efter graviditetsdiabetes.</p>	<p>Urval 139 personer. Utnyttjande av patientdata för att undersöka huruvida postpartum diabetestest skett. Enkätundersökning som sedan bearbetades med statistiska mätmetoder. Djupintervjuer av 22 personer som komplement till den kvantitativa metoden.</p>	<p>Vanligaste förklaringen till att inte ha blivit testad var många krav som tiden inte räckte till för. Upprepad information, bättre tillgänglighet till primärvård och labb samt systematiska påminnelser till patienter kan påverka de kvinnor som är svåra att nå.</p>
<p>Svensson, Line m. fl. (2018) What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>. Denmark</p>	<p>Undersöka hur danska kvinnor upplevde förändringen från att ha graviditetsdiabetes till perioden postpartum med behov av fortsatta rekommendationer.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med sex kvinnor. Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Oro för barnets hälsa var den viktigaste motivationen för att kvinnan själv skulle vidta livsstilsförändringar under graviditeten. Efter nedkomsten blev det nyfödda barnet fokus för kvinna. Ett tydligt behov var socialt och känslomässigt stöd från partnern för att kunna motivera sig för att prioritera och upprätthålla en hälsosam livsstil. De upplevde också att kontakterna med och initiativen från vården var begränsade.</p>
<p>Tokat, Aluş et al (2016) Postpartum education and lifestyle changes for preventing type 2 diabetes in Turkish women with previous gestational diabetes: A retrospective study. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. Australia.</p>	<p>Undersöka dels utbildningen som ges postpartum och dels livsstilsförändringar hos turkiska kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes.</p>	<p>Urval 111 kvinnor. Telefonintervjuer med kvinnor som fött barn inom en 3–4 års period tidigare med konstaterad graviditetsdiabetes. Deskriptiv statistik.</p>	<p>De flesta kvinnorna hade inte fått någon relevant utbildning angående fysisk aktivitet. Nästan hälften hade inte fått kostråd. Trots att två av tre fått information om att göra egna kontroller av blodsockernivåer, visste en lika stor andel inte hur länge de skulle fortsätta med dessa kontroller.</p>