

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

27. Oktober 2016

Svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner – en kvalitativ litteraturstudie av innvandrerkvinnenes erfaringer og opplevelser med egen svangerskapsdiabetes

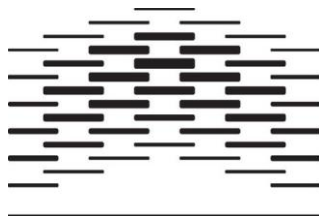
Kandidatnummer: 126

Veileder: Anna–Karin Valle & Ellen Blix

Antall ord: 16499

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse avdeling Kjeller



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag

Tittel: Svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner – en kvalitativ litteraturstudie av innvandrerkvinnenes erfaringer og opplevelser med egen svangerskapsdiabetes

Hensikt: Å undersøke innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med egen svangerskapsdiabetes (SD), og å utforske hva som kan motivere kvinnene til bedre SD egenomsorg.

Problemstilling: Hvilke erfaringer og opplevelser har gravide innvandrerkvinner med egen SD?

Metode og materiale: Systematisk litteraturstudie av seks primærkvalitative artikler med 103 informanter, analysert med kvalitativ tematisk syntese.

Hovedresultat: Resultatene er sammenfattet i to hovedtemaer og seks undertemaer. Hovedtemaet ‘*Hindrende faktorer for SD egenomsorg*’ viser hvordan kvinnenes opplevelse av SD egenomsorg påvirkes negativt mens hovedtemaet ‘*Motiverende faktorer for SD egenomsorg*’ viser kvinnenes beskrivelser av faktorer som styrker deres SD egenomsorg.

Konklusjon: Gravide innvandrerkvinner har behov for tilstrekkelig informasjon om risikoen for SD og dets komplikasjoner. Helsepersonell bør gi kulturelt tilpasset kostråd for å øke kvinnenes kunnskap om helsefremmede livsstil og forebygge SD senkomplikasjoner. De motiverende faktorene kan styrkes ved å gi tilstrekkelig støtte og øke kvinnenes medvirkning. Der ses et stort behov for mer forskning om emnet i en norsk kontekst.

Nøkkelord: Svangerskapsdiabetes, etniske minoriteter, innvandrerkvinner, kvalitative studier.

English abstract

Title: Gestational diabetes mellitus (GDM) among immigrant women

Aim: To explore the immigrant women's experiences with GDM and to find out what might motivate women to improve their GDM self-care.

Research question: How do immigrant women experience their GDM?

Method: A systematic literature review of six qualitative original articles with 103 informants, analyzed with a qualitative thematic synthesis.

Main results: Two main themes and six subthemes emerged. The theme "Hindering factors for GDM self-care" shows factors women experienced as obstructive for their GDM self-care while the theme "Motivating factors for GDM self-care" describes factors women experienced as positive to their GDM self-care.

Conclusion: Pregnant immigrant women need adequate information about the risks of GDM and its complications. Health professionals should give culturally appropriate dietary advice to increase women knowledge about health-promoting lifestyle and thus preventing GDM complications. This study suggests the need for research in a Norwegian context.

Key words

Gestational diabetes mellitus, ethnic minority, immigrant, qualitative research.

Innhold

1.0 BAKGRUNN	1
1.1 Hensikt og problemstilling	2
1.2 Avgrensing	3
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	4
2.1 Svangerskapsdiabetes	4
2.1.1 <i>Screening av SD og jordmors ansvar</i>	5
2.1.2 <i>Behandling av SD</i>	5
2.2 Jordmors møte med gravide innvandrerkvinner i svangerskapsomsorgen	6
2.3 Kulturelt perspektiv på helse og sykdom i svangerskapsomsorgen	7
2.3.1 <i>Sammenhengen mellom kultur og kostvalg</i>	8
2.3.2 <i>Betydning for kulturelt tilpasset ernæring og helseopplysning i svangerskapsomsorgen</i> ...	10
2.4 Jordmors perspektiv for forebyggende og helsefremmende arbeid	11
3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier	14
3.2 Søkeprosessen	15
3.3 Anvende inklusjons og eksklusjonskriterier	20
3.4 Kvalitetsgranskning av artiklene	20
3.5 Forforståelse	22
3.6 Etiske overveielser	22
4.0 RESULTAT	24
4.1 Dataanalyse	26
4.3 Hindrende faktorer for SD egenomsorg	33
4.3.1 <i>Mangel på kunnskap og informasjon om SD</i>	33
4.3.2 <i>Tidspress, tilleggs ansvar og økonomiskbelastning</i>	34
4.3.3 <i>Lite kulturelt tilpasset kostråd</i>	35
4.4 Motiverende faktorer for SD egenomsorg	36
4.4.1 <i>Støttende miljø</i>	36
5.0 DISKUSJON	40
5.1 Resultatdiskusjon	40
5.2 Hindrende faktorer for SD egenomsorg	40
5.2.1 <i>Mangel på kunnskap og informasjon om SD</i>	40
5.2.2 <i>Mangel på kulturelt tilpasset kostråd</i>	43
5.3 Motiverende faktorer til SD egenomsorg	44

5.3.1 Støtte fra familie og profesjonelle hjelpere.....	44
5.3.2 Fokusere på barnets helse og forebygge T2D	45
5.3.3 Betydning for Individuelt tilpasset informasjon.....	46
5.4 Metodediskusjon	47
6.0 Oppsummering.....	50
7.0 REFERENSER.....	52
Vedlegg 2: Kvalitets vurdering av inkludert og ekskludert studier	3
Vedlegg 3: Analyseprosessen tinn for trinn for tematiskesyntese 4 av inkluderte artikler	5

VEDLEGG:

Vedlegg1: Søkehistorikk for 5 databaser

Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering av artikler

Vedlegg 3: Analyseprosessen tinn for trinn for tematiskesyntese av 4 av inkluderte artikler

1.0 BAKGRUNN

Svangerskapsdiabetes (SD) er en av de største helsemessige utfordringene i svangerskapet og fødselsomsorgen. Antallet av kvinner som utvikler SD øker sterkt over hele verden. Det forekommer i mellom 1 – 14 % av alle svangerskap (Han, Middleton, Bubner & Crowther, 2015). I Norge er forekomsten særlig økende blant etniske minoritetsgrupper, spesielt innvandrerkvinner fra det indiske subkontinentet, Midtøsten og Nord- Afrika (Chawla, Amundsen, Hanssen & Iversen, 2006). Viktige risikofaktorer for SD er mors alder, fedme og en ikke-vestlig etnisitet (Han et al., 2015).

En norsk kohortstudie av alle gravide i Groruddalen i Oslo (STORK) viste at over 10% av alle kvinner hadde SD. Over 45% av Groruddalens innbyggere har innvandrere fra ikke-vestlige bakgrunn (Jenum et al., 2010). Ifølge Jenum et al, (2010) er Groruddalen ikke representativt for hele Oslo eller resten av landet med hensyn til sammensetning av etniske grupper eller sosioøkonomisk status, men det var omtrent 10% med SD, heriblant etnisk norske (Jenum et al., 2010). Landsdekkende tall fra medisinsk fødselsregister viser betraktelig lavere forekomst av diagnostisert SD. I 2014 var det cirka 3,8% prosent (Folkehelseinstituttet, 2014).

Forskjellen skyldes sannsynligvis at ikke alle gravide kvinner undersøkes systematisk for SD (Jenum et al., 2010). Av de kvinnene som ble registrert med SD i medisinsk fødselsregister, brukte 1 av 5 blodsukkersenkende legemidler fem år etter fødselen (Engeland et al., 2011). Dette viser at kvinner med SD har betydelig økt risiko for senere å utvikle type 2-diabetes (T2D). Risikofaktorene for å utvikle SD er i stor grad de samme som for T2D, inkludert etnisitet og alder (Engeland et al., 2011).

Antallet som utvikler SD kommer sannsynligvis til å øke ytterligere i fremtiden på grunn av generelt økende forekomst av fedme i befolkningen (Carolan, 2013a). Det økende fødealder og innvandrere fra høye risiko land, vil også være medvirkende faktorer. Kvinner fra Øst og Sør Asia, Midtøsten og Nord-Afrika har fem til ti ganger høyere risiko for å utvikle SD enn kvinner med etnisk vestlig bakgrunn, og regnes som høyrisikogruppe (Chawla et al., 2006;, 2011; Lawrence, 2011)

Selv om SD i de fleste tilfeller er forbigående og forsvinner relativt etter svangerskapet, er det likevel forbundet med betydelig mødre og spedbarns komplikasjoner så som hypertensjon, preeklampsi, føtale misdannelser, føtal makrosomi (fødselsvekt > 4,0 kg), protraisert fødselsforløp, skulderdystoci med tilhørende komplikasjoner, operative forløsninger, perinealskader og neonatal hypoglykemi (Chawla et al., 2006; Han et al., 2015).

Risikoen er høyest for de med tidlig innsettende og insulinkrevende SD. Denne gruppen har også økt prenatal mortalitet (Han et al., 2015).

Ifølge helsedirektoratet (2005), har innvandrerkvinnene med SD ofte dårlig regulert blodglukose, og er ofte insulinbehandlet under svangerskapet. Studier viser også at barn med mødre som har dårlig regulert blodglukose diabetes har større risiko for å bli overvektige og utvikle type 2 diabetes og hjerte og kar sykdom i tidlig voksen alder (Chawla et al., 2006; Jenum et al., 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det kommer også frem i litteraturen at kvinner med historier av SD har også en 6-7-dobling av fremtidig risiko for å utvikle T2D sammenlignet med kvinner uten SD (Carolan, 2013a; Engeland et al., 2011). På grunn av disse risikoene, er SD en betydelig utfordring for fødselsomsorgen, inkludert jordmødre og obstetrikere (Carolan, 2013a). For å gi god omsorg til kvinner med SD, kreves det at jordmor har en god forståelse for kvinnens erfaringer og opplevelser med SD, samt faktorene som kan påvirke til å oppnå bedre SD egenomsorg. Siden SD er forbundet med flere komplikasjoner under graviditeten, fødselen og senere helse for både kvinnen og barn, er det viktig at jordmor har kunnskap om sykdommen, risikofaktorer og komplikasjoner med SD, slik hun kan gi en tilpasset svangerskap og fødselsomsorg til kvinner med SD.

Det finnes flere studier om SD generelt og komplikasjoner, men det er få studier som belyser innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med egen SD, derfor vil denne studien undersøke mer om dette temaet.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke og få økt kunnskap om gravide innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med å bli diagnostisert med SD. Jeg har valgt å undersøke temaet ved å anvende en tilnærmet systematisk litteraturstudie av originale kvalitative studier, som undersøker innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med SD diagnosen. Dette mener jeg

er viktig for at jordmødre skal kunne møte gravide innvandrerkvinner og deres familie ut i fra deres ønsker og behov.

Ved å undersøke kvinnenes erfaringer med SD får jordmødre en bedre forståelse for kvinnens tanker, holdninger og opplevelser, samt deres ønsker og behov for profesjonell hjelp. Dette kan blant annet bidra til at jordmødre kartlegger kvinnens kunnskapsnivå om diagnosen og aktuelle utfordringer som kvinnen står overfor. Det vil også kunne gjøre det lettere for jordmødre å gi kvinnene nødvendig informasjon om sykdommen og dens komplikasjoner. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utarbeidet:

Problemstilling: *Hvilke erfaringer og opplevelser har gravide innvandrerkvinner med egen svangerskapsdiabetes?*

1.2 Avgrensing

Studien er avgrenset til etniske minoritetskvinner som kom fra ikke-vestlige land, og som har SD og deres møte med jordmødre og profesjonelle hjelpere ved svangerskapsomsorgen og spesialisthelsetjenesten ved oppfølging av SD. Studien vil legge vekt på hva disse kvinnene mener kan bidra til en bedre SD egenomsorg, med tanke på forebygging av SD-komplikasjoner for både under svangerskapet, fødselen og senere i livet.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Teorikapittelet skal inneholde, begrepsdefinisjoner og teoretiske perspektiver i oppgaven. Som for eksempel SD, innvandrere, kulturelt perspektiv på helse og sykdom i svangerskapsomsorgen, betydning for SD egenomsorg, sammenhengen mellom kultur og kostvalg, betydningen for kulturelt tilpasset ernæringsråd og helseopplysning i svangerskapsomsorgen og jordmors perspektiv på forebyggende og helsefremmende arbeid.

2.1 Svangerskapsdiabetes

Svangerskapsdiabetes (SD) er diabetes som oppstår under svangerskapet. Benevnelsen omfatter tre forskjellige undergrupper: pasienter hvor type 1-diabetes debuterer under svangerskapet, pasienter som på forhånd har type 2-diabetes, men hvor sykdommen først erkjennes under svangerskapet og pasienter som utvikler diabetes under svangerskapet. Det sistnevnte er egentlig SD og det er det som studien handler om (Sagen, 2011).

Med SD forstås diabetes som oppstår under graviditeten, og er blant de hyppigste metabolske komplikasjonene under graviditeten, og forekommer som et resultat av nedsatt insulinsekresjon i forhold til den økte insulinresistensen som skyldes svangerskapets hormonelle endringer (Backe, 2010; Sagen, 2011).

I løpet av svangerskapet tilkommer en økende insulinresistens. Årsaken henger trolig sammen med to faktorer. Økt mengde fettvev i kroppen og hormoner med anti-Insulinære effekter som utskilles fra placenta. Vanligvis foreligger det kun mindre forandringer i blodsukkernivåene hos gravide (Sagen, 2011).

Studier tyder på at SD utvikles hos kvinner med allerede økt insulinresistens før graviditeten og redusert insulinfrigjøring (Backe, 2010; Sagen, 2011). Hos kvinner med SD øker insulinutskillelsen utover graviditeten som hos friske kvinner, men det er redusert i forhold til den økte insulinresistensen. Det foreligger store etniske forskjeller når det gjelder forekomsten av SD (Sagen, 2011).

Flere risikofaktorer for SD er blitt identifisert. Noen viktige risikofaktorer for svangerskapsdiabetes er at mor er eldre, har høy pre-gravid kroppsmasseindeks (KMI) og høy

vektoppgang under svangerskapet. Samtidig som at det er høyere forekomst av svangerskapsdiabetes i flere etniske minoritetsgrupper.

Levevaner slik som røyking, enkelte kostholds faktorer og fysisk inaktivitet øker ytterligere risikoen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Det er vanlig at blodglukose normaliseres etter avsluttet svangerskap, men pasientene har en betydelig økt risiko for å utvikle T2D senere i livet. Jo tidligere i svangerskapet en svangerskapsdiabetes opptrer, jo større klinisk betydning har det å oppdage den ((Backe, 2010).

2.1.1 Screening av SD og jordmors ansvar

I følge retnings linjer for svangerskapsomsorgen skal alle gravide kvinner med økt risiko for SD tas peroral glukosetoleransetest. Risiko grupper for SD er: Innvandrere fra India, Pakistan Bangladesh, Sri Lanka (det indiske subkontinent) eller Nord- Afrika, tidligere påvist SD, Mors alder over 38år, Overvektige Med KMI>27 ved svangerskaps begynnelse (Helsedirektoratet, 2005). Jordmor ved svangerskapsomsorgen tar testen eller henviser kvinnen til å ta testen i svangerskapsuke 26-28, eller tidligere dersom de påvises glukosuri ved stikks i morgenurin. Glukosuri påvises hos 10-30 % av alle gravide, avhengig av undersøkelsestidspunkt og metode (Backe, 2010).

Glukosetoleransetest brukes for å fastslå om det foreligger nedsatt glukosetoleranse. Det skal tas første fastende blodglukose, deretter gis kvinnen 75g sukker løst opp i vann, og måles blodglukose verdier etter 2 timer (Backe, 2010).

SD kjennetegnes ved at den gravide har normal fastende blodglukose, mens 2 timer etter glukosebelastning er 7,9 – 11,1mmol/l. Dersom fastende blodglukose er over 6,7mmol/l foreligger per definisjon diabetes. Da er det ikke nødvendig med glukosebelastning (Backe, 2010 & Sagen, 2011). SD behandles med enten kost eller insulin avhengig av fastende blodglukoseverdien HbA1c. Det anbefales også etter kontroll med ny glukosebelastning 2-3 måneder etter fødselen (Backe, 2010 & Sagen, 2011).

2.1.2 Behandling av SD

Behandling ved SD følger de samme prinsippene som vanlig diabetes. I tillegg til råd om diet og om mosjon kan det være aktuelt med insulinbehandling (Backe, 2010). I følge WHO sine retningslinjer skal pasienter som ved en glukosetoleransetest i svangerskapet får diagnosen nedsatt glukosetoleranse, (totimers verdi P-glukose > 7,8 mmol/L) klassifiseres og behandles

som om de har diabetes under svangerskapet Sagen, 2011). Det finnes nå god dokumentasjon for at dette er viktig. Blant annet viser en stor randomisert Australsk studie at behandling av SD har bedre utkomme for både mor og barn, samt at hyppigheten av preeklampsi reduseres med en tredjedel og macrosomi med 50% og alvorlige prenatale komplikasjoner med 75% (Sagen, 2011).

Gravide med blodglukose verdi 7,8 - 9,0 mmol/l 2 timer etter glukosebelastning, behandles med kostråd etter vanlige retningslinjer og selvmonitoring av blodglukose. Ved selvmonitoring bør blodglukoseverdier være under 7,0 mmol/L 2 timer etter måltid. Kvinnen følges opp kommunehelsetjenesten av jordmor eller fast-lege. Og anbefales ny glukosebelastning etter 4-6 uker. Oppfølgingen innebærer at jordmor veileder og oppmuntre kvinnen til å forebygge SD komplikasjoner med kost og fysiske aktiviteter (Backe, 2010).

Gravide med 2-timers verdi > 9 mmol/L: Henvises til spesialavdeling. Pasienten læres opp i blodsukkermåling. Behandlingen er også her grundig kost- og mosjonsråd. Formålet med behandlingen er å oppnå blodglukoseverdi så nær på normal område som mulig. Blodsukkernivå er < 6 mmol/L fastende/før måltidene og < 7 etter måltidene (1,5-2 timer). Grunnleggende består denne behandlingen i en kost fattig på fett og langsomme karbohydrater. Hos ca. 20% kvinner er kostbehandling ikke tilstrekkelig, derfor suppleres med insulinbehandling (Sagen, 2011). De kostråd som generelt gjelder for gravide kan som hovedregel også anvendes til gravide med diabetes (Backe, 2010). Gravide kvinnen med SD kontrolleres hver 14 dag, eller oftere ved behov, men i sist måned av svangerskapet er det oftest behov for ukentlig kontroll hos spesialister team som består av, gynekolog, indremedisiner (endokrinolog), diabetes sykepleier og jordmor. Det er vanlig her i Norge å organisere kontrollene, slik at kvinnen treffer alle spesialistene, og utfører ultralydundersøkelse og tar blodprøver ved samme besøk. Det kan lett bli for mange kontroller, og da er derfor viktig at jordmor legge til rette for at den gravide ikke bruker unødvendige mye tid og at hun spares for unødvendig reise (Backe, 2010).

2.2 Jordmors møte med gravide innvandrerkvinner i svangerskapsomsorgen

Innvandrer defineres «*personer som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge og norskfødte med innvandrerforeldre*» (Statistisk sentralbyrå, 2016). Tallet fra (SSB) viser at det ved inngangen til 2016 bodde det 16,3%

innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. (Statistisk sentralbyrå, 2016). Innvandrerkvinner føder i gjennomsnitt noen flere barn enn den kvinnelige befolkningen som helhet, det er store individuelle forskjeller, avhengig av opprinnelsesland og botid i Norge (Brunvatne Reidun, 2006).

Mange av disse innvandrerne kom fra et ikke vestlige land, som har høye forekomster av diabetes, som for eksempel i Sør og Øst Asia og Nord Afrika. Ifølge folkehelseinstituttet (2015) er flertallet av nyankomne innvandrere unge voksne, og mange innvandrerkvinner får det første møtet med norsk helsevesen i forbindelse med graviditet og fødsel (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette sier seg selv at jordmødre i svangerskapsomsorgen bør være årvåkne i møte med disse innvandrerkvinnene ved svangerskapskonsultasjoner og tilrettelegge for bedre oppfølging og tidlig forebyggende tiltak for SD komplikasjoner. SD forebyggingen og behandlingen bygger i stor grad på begrepet egenomsorg.

Egenomsorg defineres som «*den enkeltes innsats for å fremme sin egen helse og forebygge sykdom*» (Allgot, 2011). Det kan bare oppnås gjennom kunnskap og brukermedvirkning. Brukermedvirkning i helsetjenesten innebærer utfordringer. Det er villet og ønsket av de fleste pasienter, og i noen grad lovfestet. Dette handler om å fremme pasientenes egenomsorg og å medvirke til at brukere får nok kunnskap, trygghet og selvfølelse til selv å vurdere og igangsette relevante og nødvendige tiltak relatert til egen helse (Allgot, 2011).

2.3 Kulturelt perspektiv på helse og sykdom i svangerskapsomsorgen

Et kulturelt perspektiv på helse og sykdom forsøker å få fatt i hvordan folk tenker, hvordan de vurderer og opplever hvordan de uttrykker seg og hvilket perspektiv på verden og på sitt forhold til andre mennesker (Eriksen, 2001). «*Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlem av et samfunn*» (Viken Berit & Magelssen, 2010).

Kultur kan også defineres som de skikker, verdier, og væremåter som overføres om enn i noe forandret form fra generasjon til generasjon (Eriksen, 2001) en annen definisjon sier at kultur er det som gjør kommunikasjon mulig, altså at kultur er de tankemønstrene, vanene og erfaringene som menneske har felles og som gjør at vi forstår hver andre. Kultur er knyttet til tradisjon, men mer presis er det å si at den ligger i menneskelig erfaring (Eriksen, 2001).

Et Kulturelt perspektiv krever kostbare løsninger fra hver enkelt av oss. De krever ganske enkelt av hver og en av oss at vi gir noe av oss selv, nemlig sympati og innlevelse. For å vite hvordan en skal handle i slike situasjoner, er det ikke nok å kjenne seg selv, selv om også det er nødvendig. Man må også vite mest mulig om den andres situasjon. Først da vil det være mulig å treffe en riktig beslutning (Viken Berit & Magelssen, 2010). Kunnskap om den andre gjør det kanskje ikke lett å ta beslutninger, men det gjør det i det minst mulig å kjenne konsekvensene av det man gjør. Og i et multietnisk, mangfoldig samfunn som det norske er det blitt nødvendig å vite noe om kultur for å arbeide med mennesker (Eriksen, 2001). Fordi kulturell praksis kan føre til både lidelse og velvære, er kultur noe vi som helsepersonell må forholde oss til. Vi må spørre oss selv om pasientens kultur er helsebringende eller ikke. Der kultur ikke er helsebringende, bør vi gå i dialog med pasienten og i felleskap utforske mulige alternativer.

Kulturell kunnskap kan være nyttig for å stille de riktige spørsmålene, for eksempel om pasienten faster, men kulturkunnskap alene kan ikke gi oss alle svarene. Derfor er det viktig å ha en viss innsikt i pasientens generelle kulturbakgrunn. Det kan gi oss en ide om hva pasienten oppfatter som relevant i en gitt situasjon (Viken Berit & Magelssen, 2010). Det viktigste er imidlertid å lytte til hva pasienten sier, og ta dette ved videre samarbeid for å fremme helse. Kulturbevissthet og sensitivitet kan danne grunnlaget for begrepet kulturkompetanse, som bli brukt om evnen til å forstå og fungere effektivt i møter med minoritetsbefolkningens behov (Kumar & Ayub, 2010). Vi må imidlertid ikke glemme at det kan være kulturforskjeller også innad i en etnisk grupper. Derfor må fokuset være på enkeltindividet.

Som helsearbeidere bør vi legge til rette for at pasienten kan opprettholde et positivt selvilde. Ved å bruke tolk i samtaler med innvandrere kan de bruke morsmålet sitt og få mulighet til å uttrykke seg med veltalenhet, og kjenne velværen dette gir. Slik kan vi kvalitetssikre det faglige innholdet i arbeidet vårt og utføre godt omsorgsarbeid (Kumar & Ayub, 2010)

2.3.1 Sammenhengen mellom kultur og kostvalg

Kulturelle fenomenene er fortolkningsmønstre, holdninger, forestillinger, tegn og symboler, normer og verdier (Eriksen, 2001). Det dreier seg om de meningsskapende prosesser hvor i gjennom slike fenomener formes og endres i samhandling mellom mennesker og under påvirkning av andre samfunnskrefter.

Matvaner skapes ut fra etnisk opprinnelse, kultur, religion, tilgjengelighet av matvarer, og økonomi, samt personlig smak. Hvordan en gruppe velger å konsumere og utnytte tilgjengelig mat er en viktig markør for "etnisitet" og ikke nødvendigvis matvarens ernæringsmessige sammensetning. Hvilke matvarer som velges, hvordan de tilberedes, antall måltider, tidspunktet for når man spiser og størrelser på porsjonene, er faktorer som utgjør en del av befolkningsgruppes kultur (Kumar, 2010). Kultur læres og er ikke biologiske bestemt. Den er et gruppefenomen, og overføres i en viss grad fra en generasjon til den neste (Eriksen, 2001). Matvaner er dynamiske og i stadig endring gjennom hele livet. Hvis man ønsker å påvirke til et sunnere kosthold, er det viktig å kartlegge målgruppens matvaner og å forstå den underliggende kulturelle konteksten for valgene som tas (Brunvatne Reidun, 2006).

Alle individer setter sammen et kosthold ut fra en rekke strukturelle føringer som ligger i det samfunnet de lever i. Hva som direkte påvirker oss til å velge den maten vi gjør, er avhengig av tilgang, i hvilke sosial kontekst maten skal spises, og den kulturelle konteksten vi lever i. Tilgangen styres av vår personlig økonomi, hvilke matvarer det faktiske er mulig å få tak i, samt vår kunnskap om hvordan maten påvirker i vår helse (Sortland, 2015).

Noen innvandrergrepper spiser tradisjonelt mye frukt og grønnsaker, og det er forbundet med redusert risiko for flere kroniske sykdommer. Men en studie av gravide kvinners kosthold basert på data fra STORK Groruddalen fant at innvandrerkvinnene i studien spiste mer usunt enn de etnisk norske. Sosioøkonomisk nivå og integreringsnivå så ut til å kunne forklare en god del av denne forskjellen i kosthold (Folkehelseinstituttet, 2015). Ifølge Fhi, (2015) kvinner med sørasiatisk bakgrunn er 5-10 ganger mer utsatt for SD enn norske kvinner. Sykdommen er spesielt utbredt hos innbyggere som har flyttet fra landsbygda til urbane strøk og dermed gjennomgått en betydelig endring i fysisk aktivitet og matinntak (Folkehelseinstituttet, 2015). Forskere sier at det er ønskelig at innvandrere i hovedsak forsetter med sine tradisjonelle matvaner, framfor å gå over til nyere vestlige vaner med snacks og godterier, og mener at mange innvandrernes tradisjonelle kosthold er sunt og fullverdig, men tar flere av dem opp det dårlige i det norske kostholdet når de kommer til Norge (Sortland, 2015; Aakervik, 2000).

Mange innvandrere fra India, Pakistan, Bangladesh og Sri Lanka kommer fra et enkelt tradisjonelt kosthold. De har typisk spist hjemmelagd brødtyper med mye fullkorn, samt linser, ris, bønner og grønnsaker, med lite kjøtt, brus godteri, brus og fast Food. I Norge og andre vestlige land møter de stor tilgang på mye fet og energirikt mat som representerer høystatus mat i landene de kommer fra, og som i tillegg smaker godt (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012). En av de viktigste grunnene til innvandrernes kostholdsendringer i sitt nye hjemland nettopp ligger i hva de oppfatter som status mat, og at i tilgangen på slike produkter er mye større i Norge enn hva de er vant med fra hjemlandet.

I mange kulturer i sørasiatiske land har all melkemat høy prestisje. Dessuten er det gjerne slik at kjøtt og meieriprodukter er statusmat i materielt fattige samfunn, det samme gjelder brus og fast Food. I Norge har man ikke mangel på noe av dette, og i tillegg er det et høyt prisnivå på frukt og grønnsaker. Dette er noe mange innvandrere reagerer på, siden slike sunne varer er billigere der de kommer fra (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012).

For at man skal kunne gi kostveiledning til personer med innvandrerbakgrunn, er det avgjørende å ha bakgrunnskunnskap om de kulturelle tradisjonene og eventuelt de religiøse føringer som påvirker de valgene som personen foretar. Den samme kunnskap er nyttig i forebyggende og i alle rådgivningssituasjoner der kosten er et tema slik ved SD. Dette stiller høye og utfordrende krav til helsepersonell, inkludert jordmødre og fastleger ved svangerskapsomsorgen når det gjelder å ha grunnkunnskap om de kulturelle tradisjonene og eventuelt de religiøse føringene som påvirker kostvalget til de innvandrerkvinner med SD (Brunvatne Reidun, 2006).

2.3.2 Betydning for kulturelt tilpasset ernæring og helseopplysning i svangerskapsomsorgen
Visse innvandrergrupper utgjør en spesiell risikogruppe når det gjelder kostrelaterte sykdommer slik som SD og DT2. En del årsaker kan forklares ut fra sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrke, inntekt, kultur og religion og ulik oppfatning av helse- og sykdomsbegrepene (Sortland, 2015). Derfor er det viktig ifølge Aakervik, (2000) når helsepersonell som jobber med innvandrere skal informere eller få fram med ny informasjon, er det vesentlig at de spør hva de enkelte innvandrerkvinnene selv tenker og mener er riktig. De kunnskapene og erfaringene om kosthold og helse som den enkelt selv har kan suppleres og utdypes i forhold til ernæringsopplysning og anbefalinger i Norge. Ved ulike sykdommer

som SD kan for eksempel kostholdet tilpasses situasjon i Norge. Da vil kjennskap til endringer i helse og kosthold ved migrasjonen være av betydning (Aakervik, 2000).

Det er også viktig at helsepersonell har klare holdninger til pasienten, og finner noe positivt ved pasientens eksisterende kosthold, og at man samtidig følger opp pasienten videre, slik at endringene faktisk blir gjennomført (Sortland, 2015). I dette tilfelle er det viktig at når man skal hjelpe gravide innvandrerkvinner med SD bør jordmødre og andre omsorgsgivere rette oppmerksomhet mot negative virkninger av SD for kvinnen, inkludert rolleforventninger, kulturelle, økonomiske problemer og kommunikasjonsbarrierer (Brunvatne Reidun, 2006). SD egenomsorg og endringer i levevaner er de viktigste temaene som må bevisstgjøres til innvandrerkvinner med SD. God kommunikasjon er avgjørende for å kunne forstå hva slags utfordringer man står overfor, og muligheten for å kunne mestre hverdagen ved svangerskapsdiabetes. God kommunikasjon er også viktig for å ta velinformerte beslutninger om forebyggings og behandlingsalternativer, og navigere seg gjennom tilbudene i helse og omsorgstjenesten (Attridge, Creamer, Ramsden, Cannings-John & Hawthorne, 2014).

2.4 Jordmors perspektiv for forebyggende og helsefremmende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid er tiltak som har siktemål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten (Mæland, 2010).

Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling (Mæland, 2010). Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at personen får større innsikt og tar mer bevisst valg. Noe som styrker opplevelsen av kontroll og mestring.

Forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade eller tidlig død. Det handler også om å fremme folkets helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. I dette ligger blant annet: Å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling. Å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold. Å stimulere folks evne til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig (Mæland, 2010). Mens sykdomsforebyggende arbeid er konsentrert om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom eller død. Dreier det helsefremmende arbeidet seg primært om å styrke helsen blant folk. I en sliktilnærming vektlegger altså først og fremst positiv ressurs for helse (Mæland, 2010).

Helsefremmende arbeid defineres som, ”*Prosessen som setter den enkelte så vel som felleskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse*” (Mæland, 2010, s 75). Den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse. At folk selv er villige til å gjøre noe, er viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2010). Helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige ressurser samt fysisk yteevne. Helsefremmende arbeid går ut over helsetjenestens ansvar. Det dreier seg ikke bare om sunn livstil, men om folkevelbefinnende, omsorg, Helsefremmende tiltak tar sikte på å styrke positive faktorer for helse og vil bidra til større likhet i helse (Hamre, 2010).

Empowerment og befolkningsmedvirkning står sentralt i det helsefremmende arbeidet. Begrepet kan best oversettes med << *det å finne større makt og kontroll over* >> (Hamre, 2010; Mæland, 2010, s 75). Den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltindividet og felleskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Det betyr at folk må få mer kunnskap om disse forholdene, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. Det å oppleve at man har rimelig kontroll på sitt liv, er sentralt for selvbildet og mestringsevnen. Følgelig har denne kontrollen også konsekvenser for mental og fysisk helse.

Det er viktig å benytte disse kunnskapene i svangerskapsomsorgen, spesielt til de risikogrupperne som er utsatt for å utvikle risikosvangerskap som for eksempel gravide kvinner med innvandrerbakgrunn som er utsatt for SD (Hamre, 2010; Mæland, 2010).

I møte med gravide kvinner med innvandrerbakgrunn som har SD så må jordmor og lege være spesielt lydhøre. Det forventes ikke at vi på forhånd skal kjenne til tradisjonene fra kvinnens hjemsted. Den beste måten å lære på, er å be kvinnen selv om fortelle. Først når vi vet nok om tradisjonelt kosthold fra kvinnens hjemsted, kan vi på en fornuftig måte forberede henne på å endre ugunstige kost og levevaner. Det kan bli nødvendig å finne fram kompromisser som ivaretar de viktige verdier for innvandrerkvinnen, samtidig som de ivaretar de gjennomførbare rutiner i norske SD (Brunvatne Reidun, 2006) Ved svangerskapskonsultasjoner, kan kostanamnese avsløre vaner som trenger korrigerings.

3.0 METODE OG MATERIALE

En metode er en fremgangsmåte og viser hvordan man innsamler og analyserer data, og dermed produserer det videre (Dalland, 2012).

I metodekapittelet beskrives valg av metode, de ulike kriteriene som baserer seg på hva som kan inkluderes og hva som ikke kan inkluderes i studien, hvordan det endelige studier ble funnet gjennom databasesøk, kvalitetsvurdering og videre valg som er tatt i forhold til design, utvalg, gjennomføring, analysemetoder beskrives og begrunnes (Reinar & Jamtvedt, 2010).

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap og forståelse av innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med å bli diagnostisert med SD.

I forkant av valget av temaet til masteroppgaven søkte jeg etter forsknings studier om innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med å bli diagnostisert med SD. Det viset seg at det er begrenset forskning om temaet, spesielt i Norge. Derfor vil oppgaven belyse og frambringe kunnskap om temaet.

Systematisk tilnærmet litteraturstudie og tematiske syntese med en kvalitativ metodetilnærming er valgt design til master oppgaven.

Kvalitativ forskning brukes til å undersøke subjektive menneskeerfaringer, opplevelser og holdninger, og man bruker ikke ofte statistiske metoder for analyse, slik som kvantitativ forsknings metode (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Derfor vil kvalitativ design muliggjør at jeg får svar på problemstillingen min, og dermed bidra til at jeg får økt kunnskap om overnevnt tema.

Kvalitativt design egner seg godt for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper hos de fenomenene som en skal studere (Malterud, 2011).

Ifølge Berg & Heather, (2013) er oversikter med kvalitative data nyttige av flere grunner. Først og fremst gir de et grundigere og mer presist svar på spørsmål om ”hvordan” og ”hvorfor” enn enkeltstudier og vil derfor ha større utsagnskraft enn hver enkelt studie har. De kan, og har ofte som mål å generere mer omfattende og generaliserende teori, og dermed gjøre resultater fra kvalitativ forskning mer relevant for grupper som helsepolitikere, klinikere og forskere (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Masterstudien er avgrenset til innvandrerkvinner som bor i et vestlige land, og som er diagnostisert med SD under graviditeten. Det vil si at de ikke har kjent diabetes før svangerskapet. Oppgaven har ikke avgrenset om kvinnen er førstegangs gravid eller flergangs gravid.

Aveyard, (2014) sier at før man starter et litteratursøk, er det viktig at å identifisere studiens inklusjon og eksklusjons kriterier, slik at en setter opp søkeord og sammensetning av søkeord, samt at man kan lettere identifisere de relevante studiene, og selektare de studiene som man skal og ikke skal inkludere i oppgaven (Aveyard, 2014).

Inklusjons kriterier: Innvandrerkvinner som har fått diagnosen SD under graviditeten, er første eller annengenerasjonsinnvandrere, bor i et vestlig land, er over 18 år, er gravide for første gang eller har hatt flere graviditeter. Primærstudier med kvalitative design, er skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Studier som ikke er eldre enn 15 år, og som undersøker kvinnens erfaring med å diagnostisert SD og som oppfyller inklusjonskrav skal tas med i oppgaven.

Eksklusjonskriterier: Studier som fokuserer på etniske majoritetskvinner, og kvinner med kjent diabetes før svangerskapet. Studier som er fra andre lander enn vestlige land, eller har fokus på kvinner under 18 år, artikler som er skrevet på et annet språk enn norsk, engelsk, dansk og svensk. Studier som er eldre enn 15 år. Studier som har et annet design enn kvalitative, skal ikke tas med oppgaven.

Problemstillingen er formulert etter SPIDER (S=sampel, PI= fenomen of interest, DI= design evaluation, R= research type) prosedyre. SPIDER er en metode som brukes istedenfor PICO, og er bedre egnet til kvalitative studier (Cooke, Smith & Booth, 2012).

Hvilke erfaringer og opplevelser har innvandrerkvinner med egen svangerskapsdiabetes?

S	Sample	Innvandrerkvinner
PI	Phenomen of interest	Kvinnens erfaringer/opplevelser med SD
DE	Design Evaluation	Kvalitative design
R	Research type	Primær kvalitative studier

3.2 Søkeprosessen

Til å begynne med har jeg utført et omfattende litteratursøk flere ganger alene, deretter gjorde jeg også flere litteratursøk sammen med bibliotekar 27/4, 27/5 og 2/6. Grunnen til at jeg har valgt å søke etter litteratur sammen med bibliotekar er fordi bibliotekarer er eksperter på søkefelt og har mer erfaring og kunnskap innen søke strategier og søketeknikker, de er bedre kjent med de aktuelle databasene som muligens gir bedre og mere relevante treff i søket. Aveyard, (2014) anbefaler å bruke bibliotekar under første systematiske litteratursøk (Aveyard, 2014).

For å finne relevante artikler til master oppgaven, søkt jeg på seks forskjellige databaser: Medline, Cinahl, Maternity and Infant Care, Embase, SveMed og Psycinfo. Disse databasene dekker ofte de fleste vitenskapelige forskningsartikler innen helse og sosial.

I søkeprosessen delte jeg opp problemstillingene i flere søke ord, og oversatte dette til engelsk. Jeg har brukt følgende engelsk ord: Gestational diabetes” som emneord; Ethnic minority *Emigration* immigration* Ethnic group* Refugee* migrant women* minority groups* som søke og tekstord. Så samlet jeg alle disse tekst/søkeord med OR og søkte på disse sammen med AND "Gestational diabetes” OR Gestational diabetes mellitus.

exp Gestational Diabetes/ or gestational diabetes mellitus *Emneord . Minority Groups/ or ethnic minority*. OR Minority Groups/ or ethnic minority*.OR ethnic group*.mp OR immigrant*.mp.

AND.

exp Gestational Diabetes/ or gestational diabetes mellitus

Videre brukte jeg avgrensings knappen og avgrenset alle søkene i alle databasene til nyere studier fra 2000 til 2016, jeg har også avgrenset alle søkene til kvalitative studier.

Jeg brukte samme emneord og søkeord/ sammensette ord i alle databasene. Jeg har utført minst 3 søke runder i hver enkelt database, for å sikre at jeg får med meg rikelig data som er relevant i oppgavens problemstilling. Søkeprosessen ga følgende treff på de forskjellige databasene:

Medline: N= 62 treff

Cinahl: N=35 treff

Spycinfo: N = 15 treff

Maternity and infant Care: N = 3 treff

SveMed: N = 0 treff

Embase: N = 57

Søke fra disse seks databasene ga totalt 172 artikler, hvorav 7 var dubletter, dvs totalt antall treff var 165.

Her er et eksempel på søkehistorikk av databasene: De andre søkehistorikker har jeg tatt som vedlegg. (Se vedlegg 1)

Search for: limit 9 to ((qualitative research or qualitative study) and yr="2000 -Current")

Results: 3

Database: Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to April 2016>

Search Strategy:

-
- 1 gestational diabetes mellitus*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (3037)

 - 2 Ethnic groups.de. or ethnic group*.mp. (3024)

 - 3 diabetes mellitus*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)

 - 4 migrant*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (260)

 - 5 ethnic minority*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (267)

 - 6 minority group*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (161)

 - 7 refugee*.mp. [mp=abstract, heading word, title] (342)

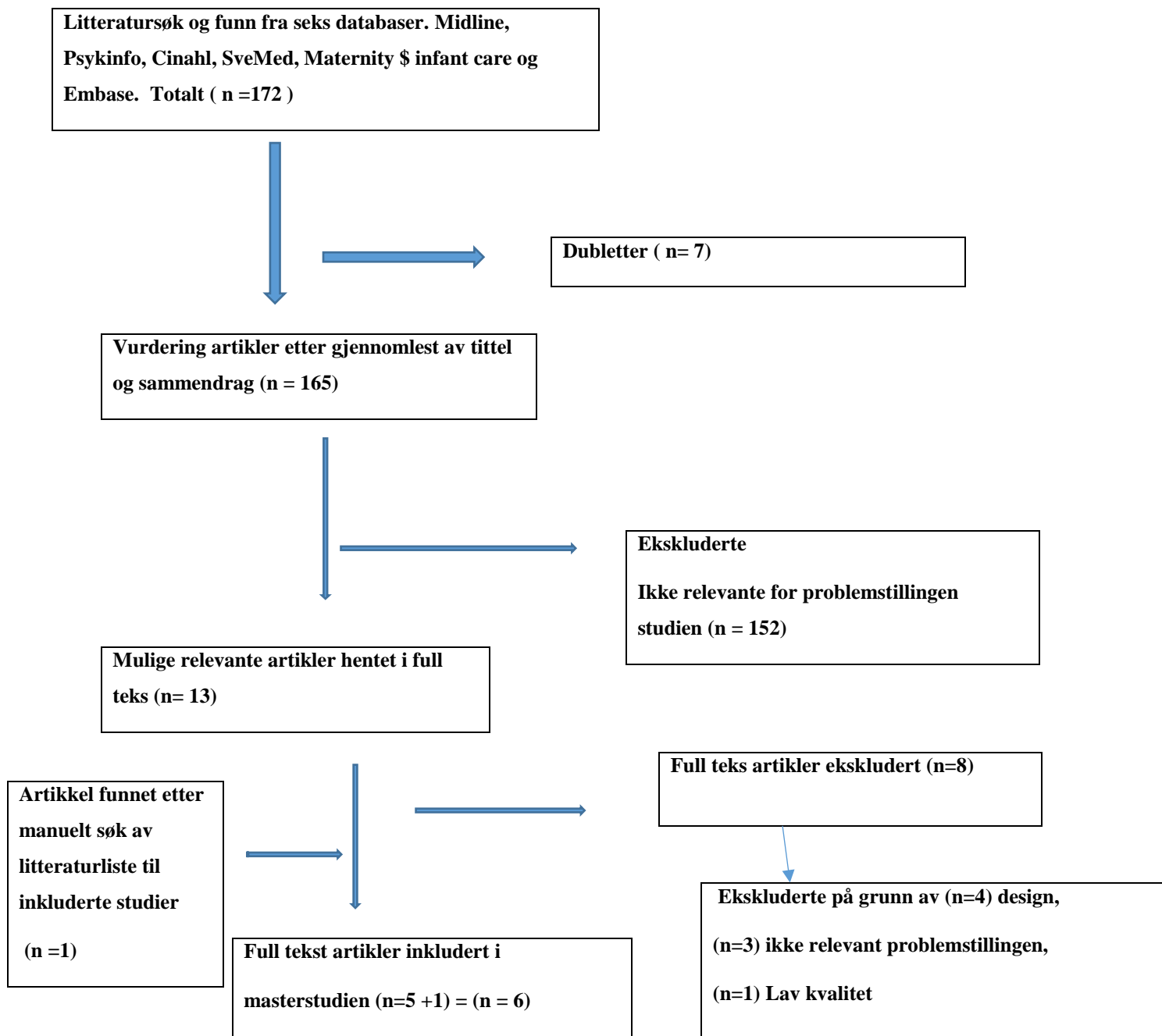
8 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 (3640)

9 1 and 8 (116)

10 limit 9 to ((qualitative research or qualitative study) and yr="2000 -Current").

Tabell 2: Antall søke treff og artikler som er vurdert til å være relevant til studien, og er hentet som full tekst:

Database	Søkeord	Begrensinger	Antall Treff	Mulige relevant artikler hentet ut i full tekst
Cinhal	”Gestational diabetes” ethnic minority* *Emigration* immigration* Ethnicall group* migrant women* minority groups*	Nyere artikkel fra 2000 til 2016.Kvatitaiv studier	35	(n = 5)
Psykinfo	Samme søke ord som Cinahl	Nyere artikkel fra 2000 til 2016. Kvalitativ studier	15	(n = 2)
Maternity and infant care	Samme søkeord som Cinahl	Nyere artikkel fra 2000 til 2016. Kvalitative studier	3	(n = 2)
SveMed	Samme søkeord som Cinahl	Nyere artikkel fra 2000 til 2016. Kvalitative studier.	0	0
Midline	Samme søkeord som Cinahl	Nyere artikkel fra 2000 til 2016. Kvalitative studier	62	(n = 3).
Embace	Samme søkeord som andre databaser	Nyere artikkel fra 2000 til 2016. Kvalitative St	57	(n=1)



Figur1: Flytskjema over seleksjonsprosessen for valg av artikler

3.3 Anvende inklusjons og eksklusjonskriterier

Jeg har anvendt inklusjon og eksklusjonskriteriene for oppgaven for selektering av artiklene. Ved gjennomlesning av titler og sammendrag har jeg ekskludert mange artikler som ikke var relevante for oppgavens problemstilling, samt syv artikler som var dubletter. Det ble hentet 13 artikler i full teks. Av disse 13 artikler var det 8 artikler som ble ekskludert.

Årsakene til eksklusjon av de 8 artiklene var på grunn av (n= 4) design. (n= 3) handlet ikke om innvandrerkvinner, (n= 1) lav kvalitet. (Se vedlegg 2)

3.4 Kvalitetsgranskning av artiklene

Denne studien baserer seg på kun selekterte vitenskapelige artikler publisert i referee-basert kvalitetssikrede artikler.

Metodisk kvalitet "Quality of methods" er vurdering av den helhetlige kvaliteten av en studie. Dette gjøres ved å vurdere studiens design, instrumenter og resultater og det benyttes ofte sjekklister til dette formålet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Formålet med kritisk vurdering av forskningsartikler er å vurdere den metodiske kvaliteten på studiene. Målet med denne vurderingen er å luke ut studier hvor man ikke kan stole på resultatene (Nortvedt et al., 2012).

Det er viktig at man utfører kritisk granskning og beskriver og vurderer kvaliteten på artiklene som skal tas med i oppgaven, slik at man kan vektlegge metodisk gode artikler. Hovedpunkter ved kritisk vurdering er å spørre seg selv en rekke spørsmål blant annet, Kan jeg stole på resultatene? Hva forteller resultatene? Kan resultatene overføres til min oppgave? Ved å stille alle disse spørsmål, hjelper det meg til å se artiklene med et kritisk blikk før jeg tar dem med i oppgaven.

Jeg har brukt sjekklisten for kritisk vurdering av kvalitative artikler fra Nasjonal kunnskapssenteret for helsetjenesten og inklusjonskriterier til oppgaven for å ekskludere artikler som enten er metodisk svake eller allikevel ikke er relevante for oppgaven. Sjekklisten inneholder 10 spørsmål en kan stille kvaliteten til kvalitative artikler med tanke på om de kvalitative artiklene oppfyller de kravene som gjelder. Hvert spørsmål har tre svar alternativer. For eksempel, "Ja", "uklart" eller "nei". Artikkelen må ha minst 8 ja alternativer for at den skal ha en høy kvalitet score, og under 6 "ja" svar regnes som lav kvalitets score (Nasjonalt kunnskapssenter, 2014).

Jeg hadde gjennomført kvalitetsgranskning av alle artiklene som ble hentet i fulltekst, dette ved å lese nøye gjennom hver enkelt artikkel flere ganger, mens jeg svarte på kontrollspørsmålene fra sjekklisten. Videre valgte jeg de artiklene som fyller inklusjonskriteriene for studien, og som jeg har vurdert til å være enten høyt eller middels kvalitet ut fra sjekklisten. Det er mulig at jeg har oversett noen svakheter i artiklene, fordi som regel skal det l være 2-3 personer som vurderer artiklenes kvalitet, men siden jeg skriver oppgaven alene, jeg har utført dette alene. Dette var en av utfordringene mine og en mulig svakhet av kvalitetsgranskning av studien, men jeg hadde brukt god tid og leste artiklene nøye flere ganger og vurderte etter min beste evne (Nortvedt & Graverholt, 2012).

Jeg har identifisert fem artikler fra søket til de seks databasene som oppfyller inklusjonskriteriene, pluss en artikkel som ble funnet fra et manuelt søk av litteraturlisten til de valgte artiklene. Til slutt satt jeg med seks artikler som oppfyller studiens inklusjonskriterier og er relevante for studiens problemstilling.

De seks inkluderte artiklene er fra vestlige land. To fra Sverige, en fra Canada og tre fra Australia. Fem av artiklene ble vurdert til å være av høy kvalitet, mens en artikkel ble vurdert til å være middels kvalitet (se vedlegg 3). Til sammen har artiklene data fra 103 etniske minoritetskvinner som ble diagnostisert med SD.

Nortvedt & Graverholt (2012) anbefaler også å vurdere om de inkluderte artiklene fyller kriterier for vitenskapelige artiklers krav, ved å blant annet vurdere om artiklene er oppbygget etter IMRAD-prinsippet (Nortvedt & Graverholt 2012).

Alle inkluderte artikler var oppbygd opp etter IMRAD-prinsippet, noe som styrker artiklenes kvalitet. Den ene artikkelen som jeg har vurdert å være middels kvalitet, skal allikevel være med i oppgaven. Dette er fordi den har en del opplysninger som er relevante for oppgavens problemstilling og har noen svar og oppklaringer om innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med egen svangerskapsdiabetes.

Fem av artiklene har jeg funnet fra vitenskapelige fagtidsskrift som publiserer artikler som ofte har gode metodiske kvaliteter. Ut fra databasene er også alle artiklene fra fagtidsskrift undersøkt og basert etter fagfellevurdering/peer review, noe som også styrker kvaliteten av inkluderte artikler (Aveyard, 2014).

3.5 Forforståelse

Ifølge Malterud, (2011) forforståelsen vår er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter. Dette er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet og fungerer som en matpakke (Malterud, 2011). Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv, og av den teoretiske referanserammen. Som regel er forforståelsen en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema. Malterud, (2011), sier at det er viktig at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse og ikke påvirker dataen i studien (Malterud, 2011).

I min studie var det innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med egen SD som skulle frem. Jeg syntes at jeg kunne forstå kvinnenens situasjon veldig godt, fordi i tillegg til at jeg er helsepersonell og har klinisk erfaring i møte med disse kvinnene er jeg selv innvandrer kvinne og har fått tre barn her i Norge, og dermed har en del personlig erfaring i møte med svangerskapsomsorgen som risikogruppe for SD. Malterud (2011) sier at det er nødvendig å kunne klare og sette sin egen forforståelse til side for å ikke påvirke dataene. Dette har jeg vært bevisst og gjort så langt det har latt seg å gjøre (Malterud, 2011).

3.6 Ethiske overveielser

Ethiske retningslinjer for kvalitativ metode: De etiske retningslinjene innenfor forskningssamfunn er de samme for kvalitative prosjekter som andre prosjekter. Alle vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske prinsipper som gjelder internt i forskningsmiljøer så vel som i forhold til omgivelsene (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Ethiske regler som er knyttet til forholdet mellom forskere, krever at forskeren utviser redelighet og nøyaktighet i presentasjon av forskningsresultater og vurderinger av andre forskerens arbeid. I følge Thagaard & lindegård, (2010) er etiske retningslinjer for forskning i forhold til prinsipper som også anvendes i internasjonale lærebøker. Informert samtykke, Konfidensialitet, Konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

Informert samtykke: Utgangspunktet for enhver forskningsprosjekt er prinsippet om at forskeren må ha deltakerens *informert samtykke*.

Konfidensialitet. Prinsippet om konfidensialitet innebærer at de som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir blir behandlet konfidensielt. Det vil si at forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på.

Konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter: et tredje grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis er knyttet til de konsekvensene forskningen kan ha for deltakerne. Det fremheves at forskeren har en ansvar for å unngå at de som utforskes utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

I denne studien ble gjort kvalitets og etisk vurdering av alle inkluderte artikler. Alle artiklene har et etisk kapittel hvor forfatteren beskriver og dokumenter godt hvordan studien oppfyller internasjonale etiske retningslinjer for forskning av mennesker. I disse står det at forfatterne blant annet søkte tillatelser ved ansvarlige organer for godkjenning for utføring av studien, samt at alle informantene hadde fått informert samtykke og undertegnet erklæring for deltakelse i studier. Deltakerens identitet og navn er anonymisert. Dermed har alle inkluderte studiene oppfylt kriterier for Helsinki Deklarasjonen og fyller kriteriene for etiske retningslinjer for forskning av mennesker og deres personlige data.

Etikk er svært viktig innenfor forskning. Spesielt innenfor kvalitativ forskning finnes det en rekke retningslinjer i forhold til forskningsetikk. Men også innenfor litteraturstudie man må ta stilling til de etiske dilemmaene man kan støtte på. I min studie er det viktig at jeg skiller mellom mine egenmeninger og det som er andres meninger, og det som er kommet frem som resultat av forskningen, dette har jeg vært nøye i oppgaven (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil jeg først presentere de inkluderte artiklens funn og kvalitets score i tabellform. Videre skal jeg presentere valgt analysemetode i oppgaven og funn relatert til oppgavens problemstilling.

Tabell 3: Presentasjon av inkludert studier og deres kvalitet

Forfatter + år, land og tittel	Hensikt	Design, metode	Deltakere og Sted	Studiens hoved- funn	Kvalitet
Kaptein et al;(201): Canada The Subjective Impact of a Diagnosis of Gestational Diabetes Among Ethnically Diverse Pregnant Women: A Qualitative Study	Å få innsikt i innvandrerkvinnerns opplevelse med svangerskapsdiabetes, deres oppfatninger om deres helsetilstand og risiko for utvikling av type 2 diabetes, samt deres oppfatning av faktorene som kan Fremme eller hindrer for egenkontroll av svangerskapsdiabetes	Kvalitativ beskrivende tilnærming av semi-strukturert telefon intervju, og tematiske analyse ble brukt for å analysere dataen	(n=19) Gravide kvinner fra forskjellige ikke vestlige etniskbakgrunn som diagnostisert med svangerskapsdiabetes etter gestasjonsuke 24. Deltakerne ble rekruttert 2 diabetisk poliklinikker i Toronto Canada.	Vanskeligheter: Økonomisk belastning, kulturelle forskjell angående kostråd Fordeler: Mindre vekt oppgang i graviditeten, vekt kontroll. Alarm/vekke klokka for å gjøre livsstilsendring. Sosial støtte,	Høy
Hjelm et al, (2012a) Sverige. Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women	Undersøke innvandrerkvinner fra Midtøstens oppfatning om helse og sykdom ved svangerskapsdiabetes. Og for å undersøke hvordan dette påvirker deres egenkontroll og egenomsorg i over tid? Samt søk av profesjonell hjelp	Kvalitativ Semi-Strukturert individuell intervjuer tre ganger. En gang under svangerskap, to ganger etter fødselen. 3 uker postpartum og 14 måneder etter fødselen. Analyse metode er ikke oppgitt.	(n=14) kvinner fra Midt-Østen som har diagnostisert med svangerskapsdiabetes I uke 28 i graviditeten. Rekruttert og intervjuet ved Helsestasjon for svangerskapsomsorg i Malmo i Sverige	Bekymring spesielt for barnet under graviditet, Feil informert, fokus for forebygging og livsstilsendring, økonomisk belastning, vanskelighet og misforstått informasjon, ønske oppfølging i postpartum.	Høy
Bandyopadhyay et al; (2011): Australia Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia.	Undersøke og forstå Sør-Asiatisk kvinnens erfaringer, tanker og forståelse om svangerskapsdiabetes under svangerskapet og risikoen for type 2 diabetes etter fødsel og hvordan de kan redusere risikoen.	Kvalitativ dybde intervju to ganger. Under svangerskap og etter 6 uker postpartum, tematisk analyse ble brukt som analyse metoden	(n= 17) gravide kvinner fra forskjellige ikke vestlige etniske bakgrunn. Deltakerne ble rekruttert og intervjuet på Svangerskaps poliklinikk ved Tertiary universitets sykehus Australia	Lav bevissthet og lav kunnskap om SD, Bekymring for babyen, oppnå en 'god lesing' og respons på insulin. Problemer, med å tilpasse kostråd. Vekt problemer og trening, vanskelig å vedlikehold av endring.	Høy

	Undersøke konsekvensen av diagnosen for kvinnen, partner og familie, og hvordan Diabetes egen kontroll ble informert og forstått			Usikkerhet om framtidens livsstilsendring.	
Forfatter, år, tittel og land	Hensikt	Design/metode	Deltaker og sted	Studiens hovedfunn	Kvalitet
Carolan, et al; (2012): Australia Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management	Å undersøke kvinnens erfaring med hvilke faktorer som kan fremmer eller hemmer med svangerskapsdiabetes egenkontroll blant kvinner i et lavt sosioøkonomisk og sosialt belastede område	Kvalitativt semi - strukturert intervju av 15 kvinner Individuelt (n=1), fokus gruppe intervju (n =4), telefon intervjuer (n=10). Tematisk analyse	(n =15) gravide kvinner med SD med 6 forskjellige Nasjonalitetsbakgrunn. Rekruttert under svangerskaps kontroller og oppfølging ved svangerskaps poliklinikk i western Region av Melbourne Australia. Intervjuet ved poliklinikken og kvinnens hjem	Tidspres, forstyrrelser fra familier, mangel på kunnskap om sv-dia og diabetes håndtering, Insulin som enkle måte å håndtere diabetes, fokusere barnets helse. Støtte fra partner, familie og profesjonelle hjelpere. Selv innsikt og fokusere muligheten for å forebygge type 2 diabetes	Høy
Hjelm et al; (2012b): Sverige Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden.	Å utforske oppfatninger om helse og sykdom ved SD hos gravide kvinner født i Afrika og i Sverige bor i Sverige. Et videre mål er å studere kvinnens oppfatning av tro på egenomsorg og omsorgssøket.	Kvalitativ Utforskende beskrivende studie. Semi-strukturerte intervjuer. Kvalitative innhold analyse av data ble brukt. Som analyse metode	(n=23) kvinner med SD, 13 kvinner født i Sverige og 10 kvinner fra Afrika. Kvinner er rekruttert fra en diabetes klinikk i Malmö i Sverige. Intervjuet i klinikken og hjem hos kvinner.	Engstelig, bekymring, Lite forståelse for årsaken og lav risiko bevissthet for SD. For Afrikanske kvinner, Feil informert, Bekymring for babys helse, bekymring for framtid type 2 diabetes, Tro på profesjoners hjelpere medisiner. Tro på (God, Allah) lav egenomsorg for SD, Mangel på oppfølging.	Middels
Carolan ,(2013b). Australia Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study	Undersøke og forstå etniske minoritetskvinner og kvinner fra lav sosioøkonomiske bakgrunns opplevelser med SD, og deres erfaringer til å oppnå for egenomsorg ved SD.	Kvalitativt semi- strukturert intervjuer og ett fokus gruppe intervju av 15 gravide kvinner med SD. (n =1) Individuelt intervju, (n =4) fokus gruppe intervjuer og (n=10) telefon intervjuer . Tematisk analyse ble brukt som analyse metode	(n=15) gravide kvinner, 10 innvandrerbakgrunn Og 5 Europeiske kvinner med lav sosioøkonomiske bakgrunn. Rekruttert svangerskaps kontroller ved svangerskaps poliklinikk i western Region av Melbourne Australia. Intervjuet ved poliklinikken og kvinnens hjem	Sjokk av diagnose, Vanskelig å akseptere med SD, arbeidet med å lære nye strategier, bedre følelser og kontroll i ettertid, se seg fram en sunnere fremtid, ha et støttende miljø	Høy

4.1 Dataanalyse

Analyseprosessen i oppgaven jeg tok utgangspunkt i er Thomas & Harden, (2008), sin tretrinnsanalyse som brukes til å gjennomføre tematisk syntese i kvalitativ forskning som er følgende: 1; Fri ”linje for linje” koding; 2: ”organisering av kodene i deskriptive temaer (kategorier)”. 3: Utvikle analytiske temaer på basis av de deskriptive temaene som er en ny fortolkning som går lenger enn originalstudiene (Thomas & Harden, 2008).

Tematisk syntese er en kvalitativ metode som har hensikt til å identifisere, analysere, og beskrive mønstre eller temaer i et materiale (Aveyard, 2014; Thomas & Harden, 2008).

Dataene i denne oppgaven består av resultater fra seks originale kvalitative studier.

Opgavens dataanalysen er basert på forskningsspørsmålet til oppgaven, som er ”*hvilke erfaringer og opplevelser har innvandrerkvinner med egne svangerskapsdiabetes*”? Kriteriene og måten data ble hentet på er framstilt i (tabell 4, 5, 6 og figur 2): Jeg brukte tabeller og figurer fordi de synliggjør arbeidsprosessen og den endelige studiens funn i et standardformat.

Det første trinnet linje for linje koding i den tematiske syntesen innebærer å bli godt kjent med datamaterialet nøye. I mitt tilfelle er mitt datamateriale resultatet av de inkluderte studiene. I dette tilfellet leste jeg gjennom alle inkluderte studier nøye slik at jeg ble godt kjent med alle studiene, og kunne nesten utenat hva hver enkelt studie handler om og dens funn. På denne måten fikk jeg god innsikt i informasjonen studiene kom med, slik at jeg kunne starte linje for linje kodingen. I denne studien hadde jeg mye materiale som var resultatet til inkluderte studier, derfor valgt jeg å bruke klipp og lim, hvor jeg klippet ut de meningsbærende setninger og utsagnene fra resultatet i inkludert studier og limte det inn i et dokument (se tabell 4), slik at jeg har oversikt over hele innholdet av resultatene til hvert tema. Dette anbefaler Aveyard (2014), og jeg synes at det er en god måte å organisere og ha oversikt over datamaterialet (Aveyard, 2014). Videre begynte jeg Fri linje for linje koding, ved å skrive opp i en kolonne de mest meningsbærende begrepene fra utsagnene som var mest interessante fra hver enkelt av de inkluderte studiene. Her var jeg opptatt av å fange opp meningsinnholdet av kodene som var relevante og kunne gi svar på forsknings spørsmålet. Etter at jeg identifiserte flere koder i hver enkelt studie, begynte jeg å sorterte og sammenligne alle kodene til alle inkluderte studier til kodene ble overkommelige.

Linje for linje kodingsprosessen av hver enkelt inkludert studiets resultat har vært en tidskrevende prosess, men avgjørende for å gå videre til trinn 2, organisering av kodene i deskriptive temaer (Thomas & Harden, 2008).

I trinn 2 begynte jeg å søke etter deskriptive temaer som beskriver det innholdsmessige. Jeg leste gjennom de identifiserte kodene flere ganger for å få oversikt over mønstre og kombinasjoner som kunne danne felles temaer. Videre gikk jeg gjennom de temaene som representerte datamaterialet best, samtidig som jeg sammenlignet kodene og de meningsbærende begrepene i de mulige temaene, som førte til en avgrensning av temaene. I dette trinnet ble det også klart hvilke temaer som ikke hadde nok støtte i datamaterialet til å stå som et eget tema, og hvilke som gikk inn i hverandre på tvers av studiene(Thomas & Harden, 2008).

I trinn 3 identifiserte jeg de analytiske temaene og navnga dem. Jeg kom med 2 hovedtemaer og seks undertemaer som går under hovedtemaene. Disse temaene vil forhåpentligvis gi svar på oppgavens problemstilling som er: *Hvilke erfaringer og opplevelser har innvandrerkvinner med egen svangerskapsdiabetes?*

Tabell 4, 5 og 6 viser analyseprosessen ”Tinn for Trinn” for to av de inkluderte artikler i studien. Tabellene presenter alle tre trinn i henhold til Thomas og Harden, (2008) sin tematiske syntese metode. De resterende fire inkluderte artikler har jeg lagt som vedlegg(Thomas & Harden, 2008) (se vedlegg Nr3).

Tabell 4: Analyseprosess trinn for trinn. Trinn 1: Linje for linje koding

Kaptein et al (2015)	Typiske utsagnene til meningsbærende setninger	Linje for linje Koding
<p>Many women saw managing GDM as an additional responsibility in their multiple roles. (S 120). Women noted that it was costly to make the necessary dietary changes recommended by the diabetes education program, such as increasing proteins, fruits and vegetables. “Well, it is not cheap, getting the kit, the needles and the testing kit.. So I’m keeping all my receipts. So I’m hoping that I’ll be reimbursed”</p> <p>Several women described difficulties adjusting to the recommended diet because their cultural</p> <p>dietary traditions were quite different. Some women acknowledged that developing GDM was the push they needed to begin adopting healthier behavior patterns. ” I haven’t gained very much weight. And I think that the weight that I’ve gained has been necessary weight. But I think that the healthy eating and the exercise, even if it is limited to a walk, has really been beneficial in terms of not gaining more than perhaps was necessary. Perhaps because of my BMI.” Luckily my husband is a little bit of a health nut so he’s been pushing me to eat healthier for the longest time. I just never listened before”.</p> <p>But my husband is being terribly supportive. There are no issues of sweets lying around and being tempting because we just don’t keep them at home</p>		<ul style="list-style-type: none"> - opplever SD selvkontroll som tilleggsansvar og flere roller. -Vanskelig å få tid til alle kravene til SD og hjem+ jobb+ andre barn. -Anbefalt kost er dyrt proteiner, frukt og grønnsaker. -Ønske om økonomisk støtte til medisiner og utstyrer, -Mange kontroller hos forskjellige spesialister og lengre ventetid. -Vanskelig og uvant kostregime ved SD på grunnen av kulturforskjellen. -SD tvinger kvinner til å endre levevane, trene og spise sunnere. -Opplever SD å være en motiverende effekt de trengte for å gjøre livsstilsendring -Overaskende mindre vekt oppgangen under svangerskapet sammenlikne tidligere svangerskapet. -Gode resultater etter kostholdsending -Å få støtte fra partner og familier som oppmuntrer til sunnere levevaner og SD selvkontroll

Bandyopadhyay at el, (2011)	Typiske utsagnene og meningsbærende setninger	Linje for linje Koding
	<p><i>Women reported feeling ‘upset’, ‘shocked’, ‘disappointed’, ‘scared’, ‘fearful’, ‘felt like crying’, ‘disbelief’, ‘surprised’ and had difficulty coming to terms with the diagnosis when told of their GDM test result. No efforts were made to individualize dietary requirements. They felt that if ‘your diet is restricted, and the quantity is reduced, and you have limited choice, then the baby does not get proper nutrition to grow’; and if the ‘mother does not gain weight in pregnancy then how would the baby grow’. This tension was also apparent in the postpartum interviews, when women mentioned increasing their food intake because they were breastfeeding. , they found it difficult to do additional exercise apart from walking and household chores. They experimented with foods, and substitution was undertaken to observe what type and kind of foods gave a ‘good reading. Their preoccupation with testing and maintaining good sugar levels was because of their fear about injecting insulin. The worst part of being diagnosed with</i></p>	<p><i>Skuffet, sjokkert, skremt, lei seg, overrasket og vanskelig å akseptere.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ble lettet etter normal blodsukker verdier i postpartum. - Sliter med å bli vant med ny standard kostregime for å kontrollere SD. - Får ingen individuell kost vurdering. -Lite mat valg mulighet, og mange restriksjoner. -Følger kostrådet, men uttrykker vanskelighet og frustrasjoner til å overholde alle kravene og strenge restriksjoner.

GDM for women was that they required insulin to control their blood glucose levels. Generally, women were happy with the care provided in managing their GDM, acknowledging that the care was better than in their home country. Although they were happy with the care they received, they nevertheless felt overwhelmed by frequent visits. Women felt that information about type 2 diabetes, risk of developing it and ways to reduce the risk was informative and helpful.

women were unsure about maintaining their current diet and lifestyle pattern postnatally, as they felt that lifetime control and management was challenging. all women talked about their desire to lose weight. Some had started regular walks, but most stated that housework and other activities already involved a lot of physical exertion and they had no energy to set aside time for additional exercise.

-Kvinner og partnere bekymret at baby ikke får i seg nok næring pga begrenset mat til mor.

-De mener også under amming, at mor øker matinntak pga ammingen. - Vanskelighet å spise deres tradisjonell kost, pga SD restriksjoner.

-Har vanskelighet for å bli vant med anbefalt mattype og forberedelsesmøtene og er misfornøyd kostrådet de hadde fått.

-De fleste kvinner forstår at de trenger å gå ned i vekt, og ville prøve dette. -Har vanskelighet med å utføre ekstra trening bortsett fra husarbeid og gå turer.

Tabell 5: Tematiskesyntese trinn 2: Fra kode til deskriptive temaer

Kaptein et al, (2014)	Linje for linje koding	Deskriptive temaer
	<p>Opplever SD selvkontroll som tilleggsansvar og flere roller.</p> <p>-Vanskelig å få tid til alle kravene til SD og hjem+ jobb+ andre barn.</p> <p>-Anbefalt kost er dyrt proteiner, frukt og grønnsaker.</p> <p>-Ønsker økonomisk støtte til medisiner og utstyrer,</p> <p>-Mange kontroller hos forskjellige spesialister og lengre ventetid.</p> <p>-Vanskelig og uvant kostregime ved SD på grunnen av kulturforskjellen.</p> <p>-SD tvinger kvinner til å endre levevane trene og spise sunnere.</p> <p>-Opplever SD å være motiverende effekt de trengte for å gjøre livsstilsendring.</p> <p>-Overaskende mindre vekt oppgang under svangerskapet sammenlignet med tidligere i svangerskapet.</p> <p>-Gode resultater etter kostholdsendring</p> <p>-Støtte fra partner og familier som oppmuntret til sunnere levevaner og SD selvkontroll</p>	<p>-Lite kulturell tilpasset kostråd - bekymring for babys helse.</p> <p>-Problem med økonomi</p> <p>-Tenker på babys helse.</p> <p>-Ønsker tilpasset tidlig informasjon.</p> <p>-Mindre vekt oppgang</p> <p>-Selvinnstikt</p> <p>-motivert til å endre livsstilen</p> <p>-Støtte fra familie</p>
Bandyopadhyay et al, (2011)	Linje for linje koding	Deskriptive temaer
	<p>Skuffet, sjokker, skremt, lei seg, overrasket og vanskelig å akseptere. Ble lettet etter normal blodsukker verdier i postpartum.</p> <p>- Sliter med å bli vant med ny standard kostregime for å kontrollere SD</p> <p>- Får ingen individuell kost vurdering.</p> <p>-Lite mat valgmulighet, og mange restriksjoner.</p> <p>-Følger kostrådet, men uttrykker vanskelighet og frustrasjoner til å overholde alle kravene og strenge restriksjoner.</p> <p>-Kvinner og partnere bekymret for at baby ikke får i seg nok næring pga begrenset mat til mor.</p> <p>-De mener også at under amming så øker mor matinntak pga ammingen. Vanskelighet å spise deres tradisjonell kost, pga SD restriksjoner. Har vanskelighet med å bli vant med anbefalt mattype og forberedelsesmøtene og er misfornøyd med kostrådet de hadde fått. De fleste kvinner forstår at de trenger å gå ned i vekt, og ville prøve dette.</p> <p>-Har vanskelighet med å utføre ekstra trening bortsett fra husarbeid og gå på turer.</p>	<p>Vanskelighet å akseptere. -Lite kulturell tilpasset kostråd.</p> <p>-Bekymrer for barnet ernæring.</p> <p>Ønsker å endre livsstilen</p> <p>-Vekt kontroll</p> <p>-Tenker på barnets helse.</p> <p>-Unngå Insulin behandling</p> <p>-Støtte fra familie og helsepersonell</p> <p>Personlig utvikling og selvinnstikt</p> <p>-Tenker på helse og forebygging T2D</p>

Tabell 6: Tematiskesyntese trinn 3: Fra deskriptive temaer til analytiske temaer

Kaptein, et al (2015)	Deskriptive	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<ul style="list-style-type: none"> -lite kulturell tilpasset kostråd - bekymring for babys helse. - Problem med økonomi -Tenker på babys helse. -Ønsker tilpasset tidlig informasjon. - Mindre vekttoppgang Selvinnsikt -motivert til livsstilsendring -Støttende, familie og omsorgsgivere 	<ul style="list-style-type: none"> -Tid og økonomisk belastning -Mangel på kulturelt tilpasset kostråd. -Støttende miljø -Fokusere barnets helse og, endre levevanen 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>
Bandyopadh yay at el, (2011)	Trinn 3: Deskriptive	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<ul style="list-style-type: none"> -Vanskelighet å akseptere. -Lite kulturell tilpasset kostråd. -Bekymrer for barnet ernæring og vekst. -Ønsker å endre livsstilen -Vekt kontroll -Tenker på barnets helse. -Unngå Insulin behandling -Støttene fra familie og profesjonelle hjelpere -Personlig utvikling og selvinnsikt. -Tenker på helse og forebygging T2D. 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel på kulturell tilpasset kostråd -Fokusere helse på barnets og mor. -Støttende miljø. -Individuelt tilpasset informasjon. 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>



Figur 2: Tematisk syntese, prosess og funn.

4.2 Presentasjon av resultater

I denne litteraturstudien ble det inkludert seks primær kvalitative studier med data fra 103 kvinner. Alle studiene er fra vestlige land, (n=2) Sverige, (n=3) Australia, (n=1) Canada. Deltakere er innvandrerkvinner med lav sosioøkonomisk bakgrunn som bor i vestlige land og som ble diagnostisert med SD. Alle inkluderte studier bidro til identifisering av to felles hovedtemaer, og seks under temaer. De to hovedtemaene er ”Motiverende faktorer og Hindrende faktorer” til SD egenomsorg.

Hovedtema 1: ”Hindrende” faktorer med tre undertemaer som, ”Mangel på kunnskap og informasjon om SD”, ”Tidspress, tilleggsansvar og økonomisk belastning”, ”Lite kulturelt tilpasset kostråd”. Disse faktorer påvirker SD egenomsorg negativt og kvinnene i studien opplevde disse som hindrende faktorer for SD egenomsorg”.

Hovedtema 2: ”Motiverende” faktorer med tre under temaer som «støttende miljø”, ”fokus på barnets helse og mors egenhelse” og ”Individuelt tilpasset informasjon”. Disse faktorene opplever kvinner til å være positivt og motiverende for SD egenomsorg.

4.3 Hindrende faktorer for SD egenomsorg

4.3.1 Mangel på kunnskap og informasjon om SD

I begynnelsen av diagnosen var de fleste kvinner forvirret og hadde begrenset forståelse av betydningen av SD egenomsorg, de uttrykte mangel på informasjon om sammenheng mellom SD egenomsorg og barnets helse. Slik uttrykker en kvinne hennes usikkerhet etter SD diagnose.

”They didn’t tell me what’s the side effects for the baby. They just told me, “You’ve got diabetes, you’d better control with this and that.” But they didn’t tell me, like, what are the side effects for having sugar levels up. . . like why it’s really important to monitor your sugar levels”(Carolan, Gill & Steele, 2012) Liknende sier kvinner fra Carolan, (2013b) sin studie.

” I was so surprised that I’m having too much sugar without any knowledge. Yeah, that’s one thing that I really did wish that somebody could tell me earlier” (Xioquan). (Carolan, 2013b)

Informasjonsmangel gjelder også tidligere besøk til svangerskapsomsorgen, hvor kvinnene ønsket å få generell informasjon om SD, årsaker, komplikasjoner og hvordan man kan unngå å utvikle denne tilstanden.

”if we could get information about gestational diabetes, how you can prevent it, when you can get symptoms and which...then I could have been rescued earlier...if I knew about preventive measures...I would follow them (Hjelm, Berntorp & Apelqvist, 2012b).

Noen kvinner hevder å ha fått informasjon fra omsorgsgivere om at SD er en forbigående tilstand, og at de kommer til å bli friske etter fødselen, men de må gå ned i vekt og ta kontakt med legen ved neste graviditeten. Derfor var de ikke bekymret over diagnosen

”It is not so serious and it will probably disappear after delivery and the doctor said that...I need to reduce my weight...and every time I get pregnant I need to contact the doctor” (Hjelm, Berntorp, et al., 2012a)

Kvinner opplever mangel på oppfølging postpartum, spesielt kvinner som ble intervjuet etter fødsel, som Carolan, (2013b) og Hjelm et al (2012a) sine studie noe som bekymrer kvinnene, da de ikke vet om de har diabetes type 2.

4.3.2 Tidspress, tilleggs ansvar og økonomiskbelastning

Kvinnene mener tidspress var en av deres største utfordringer de opplevde i starten med SD diagnosen. Dette inkluderte begrenset tid til å forstå og gi mening til deres SD diagnose, sammen med en følelse av at det haster å lære og gjennomføre umiddelbare tiltaket, som å måle blodsukker flere ganger om dagen, tenke og finne mening til situasjonen, skjønne betydning av å følge rådet og kostholds regimet som anbefales. Slik beskriver en av kvinnene i Carolan et al (2012) sin studie; *”as no time to think” (Lili) (Carolan et al., 2012)*

Kvinnene beskriver også at matlaging er tidskrevende og belastende for eksempel, planlegge og tilberede forskjellige middagsretter til familie en daglig. Finne tid til å gå på turer og være fysiske aktive i tillegg til å ha ansvar for andre barn, jobb og annet husarbeid.

”Like where do you find the time. . . having to go from being able to buy foods (ready cooked) and having to actually think about it, prepare it and cook healthy food. Yeah, lots of processed food (previously). . . That’s my biggest change, probably, going from never cooking. Leanne (Carolan et al., 2012)

Videre beskriver kvinnen at SD krever enorm tid i form av mange kontroller hos forskjellige spesialister, og ernæringsfysiologer som ofte ikke er tilrettelagt/tilpasset til kvinnens timeplaner og er også tidskrevende,

"Sometimes . . . I have to actually go back there [clinic] twice a week, I think the dieticians only, you can only book them on a Friday. . .but the obstetrician, only ...on a Monday... so that is hard with work"... Flora: (Carolan et al 2012).

liknende beskriver kvinner fra Kaptein et al, (2015) sin studie *"It makes your life-if you have a demanding job-very difficult because I would have some weeks where I'm having an ultrasound on Monday, I'm going to see the endocrinologist on Wednesday and the obstetrician on Thursday. So I'm missing 3 days in a week.and I know that's what our healthcare system is, that you go in and you sit there for 3 hours"*(Kaptein et al., 2015)

Kvinner opplever også SD diagnosen som økonomisk belastende, da de må lage forskjellige middagsretter til familien. På grunn av at de skal ha mat med mer grønnsaker, mer proteiner mindre sukker og fett og fiberrikt kost som ofte er dyrere enn det de er vant til å spise, dette mener kvinnene er forstyrende og er en ekstra kostnad i familiens budsjett.

We had three different dinners every night. . . I could have eaten the same thing without the carbs. . . but so boring. . . I made the choice. . . and you may not have the budget to buy crazy expensive things. . . but you have to expect a little bit more. . . maybe buying organic, interesting vegetables. Do something nice with it, you know, just make mealtimes feel nice Lili (Carolan et al 2012).

"Actually that's one thing I noticed about GDM is that groceries now are way more expensive. Everything that's on sale is like the cheap sugar stuff. But our grocery bill went up, that was the one thing that surprised me, Kaptein, et al, 2014). ...'it (food) is more expensive. Junk food is always cheaper " Health is more important than money(Hjelm, Bard & Apelqvist, 2012)

4.3.3 Lite kulturelt tilpasset kostråd

Kvinnene opplever at kostrådet er krevende, uvant og er ikke tilpasset til dere kulturell kost. Kvinnene sliter med å forstå hvordan de skulle tilpasse den nye kostregime. Spesielt de som er helt avhengig av deres kulturelle maten.

"I'm Indian and totally vegetarian so yIt's really hard to control the diet, 'cause I – 'cause, (my diet is composed of) "chapattis, rotis, more carbohydrates and sugar, so I don't have much choice to eaty" Gurtha.(Carolan, 2013b)

"I'm Filipino and in the Philippines the normal culture is you take a piece of meat and you stew it with whatever vegeta- bles you can get, but you always pad it out with a ton of rice. And so how I'm eating right now is the opposite of that. it's crazy" [CP 072710],(Kaptein et al., 2015)

Kvinner mener at de får en standardliste om det de kan spise og det de ikke kan spise, men begrenset detaljer om mengden, og hvor ofte de kan spise. De beskrev også at det fleste matvarer er ukjent for dem og er lite kulturelt tilpasset, samt mangelfull informasjon om ulike matvarer og ingredienser, og dette var særlig tilfellet for kvinner som ikke følger et vestlig kosthold.

” I did get appointments where I got some information. But I found it more outside of those appointments. I mean it was helpful, but it wasn't really in depth. Well like the food for instance, it wasn't a very extensive list of what you could eat, it was very limited and most of the food I eat wasn't on it”. (Carolan et al, 2012).

Kvinner og partnere var også bekymrede og mente at når kostholdet er begrenset og mengden er redusert, samt at man har begrenset med valgmulighet, så kan det påvirke og forårsake at fosteret ikke får riktig ernæring og dermed begrenses fosterets vekst. De mener at hvis kvinnen ikke spise nok så går hun ikke opp i vekt, og dersom mor ikke går opp i vekt så påvirker det fostret slik at fostret ikke vokser tilstrekkelig, og den blir vekstretardert.

”I thought, what is going to happen here? I have to have my foody I used to cry a loty (Prani) Because I think that now this problem (GDM)... would meanlylike I think that I could not eat anythingy not good for baby....because I feel too much weaknessy ”(Pina) (Bandyopadhyay et al., 2011)

4.4 Motiverende faktorer for SD egenomsorg.

4.4.1 Støttende miljø

Støtte fra familie og omsorgsgivere var en av de mest motiverende faktorene for bedre SD egenomsorg. Kvinnene uttrykte betydning for å få emosjonell støtte ved svangerskapsdiabetes, og mener dette hjelper med å være mindre engstelige og se situasjonen fra en positiv side, slik at de fokuserer forandring og bli motivert til bedre SD egenomsorg.

”He was very supportive in helping me get over things.....I found blood testing hard, and actually start hurting your fingers.[husband took his blood sugar too] The first time he did it he said, ‘Oh that was fine. That’s not going to hurt,’ (Lili).(Carolan, 2013b).

” And the main thing is the stress. But my husband is really caring. He always say, ‘No, nothing going to happen, so every- thing going to be good.’ So it was, I’m doing everything, whatever the doctors told me” (Carolan, 2013b).

De fleste kvinner i studien hevdet at deres partnere ga betydelige støtte og motivasjon til å håndtere situasjonen. For eksempel at partner spiser det samme kostholdet som kvinnen spiser og passer på at de ikke spiser mer enn det som er nødvendig, samt oppmuntrer dem til fysiske aktiviteter ved å gå på turer sammen med kvinnen. Dette hadde stor betydning for kvinnene og motiverte til bedre SD egenomsorg.

”Now actually my husband comes for a walk with me as well- ...he’s kind of like me: he doesn’t eat vegetables and he still doesn’t eat vegetables but he’s now cooking more for me and he’s healthier because he doesn’t, because if he’s going to eat junk food that’s just going to make me jealous. So he’s kind of trying to eat healthy as well for me. (Flora) (Caroland et al, 2012)

Yeah, sometimes I want to eat but my husband said that it is better for me not to.... He try to... discourage me from eating. (Loan) (Carolan, 2013b)

Kvinnen satt pris på støtte og gode veiledninger fra profesjonellhjelpere, da dette hjelper dem til å mestre situasjonen og motiverer til bedre SD egenomsorg

The diabetes educator is really friendly and feel, like—she explained things veryin a very good way Yes, yes and – like, she did a demo in front of me, how to inject yourself. It was really scary first time. They told me everything” (Gurtha)(Carolan, 2013b)

” Well they give me advicey everything they tell me, so I know what to do. “At hospital they give me too much information about diabetes. Just need to know what to do.. (Pina) (Kaptein et al., 2015).

4.4.2 Fokusere på barnets og mors helse

De fleste kvinner ønsker å minimere risiko for at barnet får skade eller komplikasjon på grunn av svangerskapsdiabetes. Derfor hadde de bestemt seg for å gjøre hva som helst for deres barn, og dermed var de motivert til bedre SD egenomsorg og endre levevane.

”I was very determined once I got over the upset to correct it ...by eating correctly and exercisingy I was very determined and was quite successful in keeping the sugars under controlyI was very determined to make sure I could absolutely do anything within my power to pair it with not allowing something to happen to the baby”(Carolan, 2013b)

Det som var viktigst for kvinnen var å beskytte og fokusere på deres ufødte barns helse, og dette var den største motivasjon til at mange kvinner valgt å endre sine levevaner. Å føde

friske barn var det de fleste kvinner var opptatt av og ville gjøre hva som helst for å tilfredsstille barnets behov og helse, tiltros for de utfordringene de står overfor vil de sikre å føde en sunn baby.

'your only thought is for the baby and for a favourable pregnancy outcome'.
(Bandyopadhyay et al, 2011).

Noen kvinner beskriver dere bekymring og håpet at barnet ikke ble påvirket SD. De tenkte ikke på deres egen helse, og sa det var greit for dem så lenge barnet har det bra *"I hope it (the child) will be healthy. For me it doesn't matter if I have diabetes, but I don't want my child to have diabetes in the future."* [R11](Hjelm, Berntorp, et al., 2012a).

Etter at kvinnene hadde fått god informasjon om SD, så var de bevisste overfor de risikoene de og barnet er utsatt for ved ukontrollert SD, de uttrykte deres oppmerksomhet for dette, men samtidig så på den positive siden av svangerskapsdiabetes diagnosen. De sa at de opplever dette som en advarsel for å gjøre et forebyggende tiltak for diabetes type 2 og dens senkomplikasjoner (Kapteinet et al, 2015; Hjelm et al, 2012b). De fleste av kvinnene har fått selvinnsikt og blitt motivert til å gjøre en livsstilsendring slik de kunne forebygge T2D.

4.4.3 Individuelt tilpasset informasjon

Kvinner i de fleste studier ga uttrykk for å ha fått bedre forståelse for deres situasjon. De var glade for og satt pris på den informasjon de fikk da dette hjalp med å skjønne sammenheng mellom utvikling av SD og deres levevaner, samt at de fikk vite betydningen av å gjøre livsstilsendringer, slik at de kunne unngå SD komplikasjoner (Hjelm et al 2012b, Carolan, 2013b).

"I was so surprised that I'm having too much sugar without any knowledge. Yeah, that's one thing that I really did wish that somebody could tell me earlier" (Xioquan). (Carolan, 2013b).

Kvinner mener selv om det var vanskelig å akseptere diagnosen i starten så er de allikevel glade for å vite om valgmulighetene de har nå, og dermed er motivert til å endre levevanene slik at de kan forebygge diabetes type 2. Mange kvinner har fulgt med SD egenomsorg regimet og mener at det er nyttig og ga allerede resultat med bedre blodsukker kontroll og generell helsefølelse.

”And it’s just, health-wise you’re definitely, you get your own diet working a little bit better because I never thought that I was in the category for getting adult diabetes, never occurred to me. So the information that that’s something that I need to be careful about I think is very helpful”. (Carolan, 2013b).

Generelt verdsatte de ernæringsmessige råd og utdanning de fikk og følte at de var heldige som fikk tilgang til nødvendig kunnskap for å gjøre en livsstilsendring i framtiden” *I was so surprised that I’m having too much sugar without any knowledge. Yeah, that’s one thing that I really did wish that somebody could tell me earlier” (Xioquan). (Carolan, 2013b).*

”I mean, people pay a lot of money to go out and get personal dieticians and nutritionists and information like that. And this way you’re sort of getting your life steered into the right path by lucky” (Leanne) (Carolan., 2013b) .

De var også overrasket over at svangerskapsdiabetes egenomsorg hadde den ekstra fordelen av å begrense vektøkningen under svangerskapet, dette opplever noen kvinner som også positivt (Carolan 2013b; Kaptein et al, 2015).

”It’s also good with my diabetes diet I ended up weighing pretty much the same at the end of the pregnancy as I did at the beginningy” (Lili) (Carolan, 2013b).

Kvinner som ikke fikk til å kontrollere deres blodglukose med kosthold, følger rådet de får fra profesjonelle hjelpere for holde blodglukose innen akseptable verdier med Insulin. Disse kvinnene snakker ikke om framtidsplanen og muligheten til å forebygge TD2.

”I need to follow all the rules, all this advice I have got from the doctor and health care...I need to take my insulin at the right time, I need to eat at the right time, I need to rest at the right time”. (Hjelm et al, 2012b).

5.0 DISKUSJON

5.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne masterstudien er å få økt kunnskap og forståelse for innvandrerkvinnenes erfaringer og opplevelser med egen SD. Funnene i denne studien knytter seg til kvinnenes egne opplevelser og beskrivelser fra inkluderte studier om deres erfaringer og opplevelser med egen SD. Kvinnenes erfaringer viser at det er en stor utfordring å håndtere SD diagnosen, og beskrev flere faktorer som oppleves som enten hindrende eller motiverende for å oppnå en bedre SD egenomsorg.

5.2 Hindrende faktorer for SD egenomsorg

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere studiens funn opp mot teoretiske perspektiver, hvor jeg skal trekke frem jordmors ansvar og funksjonsområdet i forbindelse med forebyggende og helsefremmende arbeid, samt diskutere opp mot tidligere forskning relatert til jordmors rolle i møte med innvandrerkvinner i svangerskapsomsorgen.

Jeg skal vektlegge det som anses å være hindrende for SD egenomsorg, slik at man legger til rette for at så mange som mulig blir motivert til SD egenomsorg og dermed forebygger SD komplikasjoner

Jeg skal vektlegge det som anses å være hindrende for SD egenomsorg, slik at man legger til rette for at så mange som mulig blir motivert til SD egenomsorg og dermed forebygger SD komplikasjoner.

5.2.1 Mangel på kunnskap og informasjon om SD

Funnene i studien viser de faktorene som kvinnene opplever å være hindrene for å oppnå SD egenomsorg er mest knyttet til starten av diagnosen, og var stort sett preget av at kvinnene var uforberedte på diagnosen på grunn av mangel på kunnskap og informasjon om sykdommen.

I følge Folkehelseinstituttet er flertallet av nyankomne innvandrere unge voksne, og mange vil få sitt første møte med norsk helsetjeneste i forbindelse med svangerskap og fødsel. Flertallet av dem har manglende kunnskap om organiseringen av helse og omsorgstjenestene og hvilke rettigheter man har. Slike kunnskaper er en viktig forutsetning for å kunne benytte seg av tilbudene som finnes (Folkehelseinstituttet, 2015).

Det forventes at gjentatte møter med en jordmor i svangerskapsomsorgen gir muligheter for kontinuerlig og individuelt tilpasset informasjon om livsstilsendring og kostholdsrådgiving til innvandrerkvinner og risikogruppene for SD generelt.

Funnene i studien viser derimot at kvinnene hadde fått begrenset kostholdsinformasjon og mulig risiko for SD fra sine jordmødre. Liknende resultater ble rapportert fra en norske studie der gravide kvinner manglet noe samtale og diskusjon med sin fastlege eller jordmor om deres kosthold og forebyggende informasjon. (Garnweidner, M., Sverre Pettersen & Mosdøl, 2013).

Kvinnene i min studie viste ikke om hva SD var før de ble diagnostisert. Men etter diagnosen fikk de mer informasjon og forklaring om sykdommen. Liknende resultater viser også en studie fra Australia der kvinnene fikk informasjon om sykdommen og dens utfordringer, samtidig som de fikk diagnosen (Lawrence, 2011). På grunn av dette opplevde flere av kvinnene i studien diagnosen som sjokkerende og en stor belastning både økonomiske og tidsmessig.

Kvinnene i studien savnet tidlig informasjon om sykdommen og mulige forebyggende helseopplysninger for å redusere mulige risikoer, slik at de kunne være forberedt på muligheten for å utvikle SD. Dette viste også Wennberg et al (2013) sin studie at mange kvinner har opplevde mangelfull kostveiledning og informasjon om kostrelatert sykdommer under svangerskapskonsultasjonen og rapporterte at kvinnene fikk veiledning og informasjon først når helseproblemer dukket opp under svangerskapet (Wennberg, Lundqvist, Högberg, Sandström & Hamberg, 2013). Dette viser mangelfullt fokus på helsefremmende og forebyggende helseinformasjon i svangerskapsomsorgen (Wennberg et al., 2013). Selv om de inkluderte studiene ble utført i andre land kan vi allikevel ikke se stor forskjell mellom disse landene og Norge når det gjelder oppfølging av risikogrupper i svangerskapsomsorgen.

Ifølge retningslinjen for svangerskapsomsorgen er formålet med svangerskapsomsorgen *«Å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte å sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig, uten sykdom eller skade som kunne vært forhindre; og å oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet»* (Helsedirektoratet, 2005).

Videre sier retningslinjen at kvinnens levevaner bør tas opp på den første svangerskapskontrollen og at i løpet av denne konsultasjonen skal jordmor innhente en stor mengde informasjon om kvinnen, og gjennomføre undersøkelser (Helsedirektoratet, 2005). Ifølge Kringeland, ” *Hovedmål for jordmorsvirksomhet er å bedre kvinnes og barnets helse i individuell, lokal, nasjonal og global sammenheng, samt å styrke jordmorfaget. Jordmor skal gi omsorg og rådgivning til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, foreta nødvendige overvåking av fosteret, lede fødselen og gi omsorg til det nyfødte barnet.* (Kringeland, 2010; S, 48).

Gravide innvandrerkvinner har stort behov for individuelt tilpasset informasjon, kontinuitet og helhetlig omsorg, og Jordmor har en viktig rolle, i form av helserådgivning og undervisning, ikke bare overfor kvinnene, men hele familien med tanke på SD relatert komplikasjoner (Kringeland, 2010).

Som helsepersonell har jordmor ansvar for å tilrettelegge tidlig informasjon og bevisstgjøre disse innvandrerkvinnene om SD ved første møte i svangerskapsomsorgen. Samtidig viser stadig mer forskning at grunnlaget for god helse legges tidlig i livet. Derfor er det viktig å forsterke det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tidlige livsfaser for å redusere senere helseproblemer til risikogruppen (Jenum et al., 2012).

Funene i min studie viser at noen kvinner ble informert av profesjonelle hjelpere om at sykdommen er et forbigående og et graviditetsrelatert problem. Dette virker hindrende for SD egenomsorg og gjorde kvinnene passive og mindre risikobeviste.

Det er en god grunn til å bekymre seg over utvikling av SD når 50% av kvinnene med insulin krevende SD utvikler til T2D innen 5-15år. Disse kvinnene har også økt risiko for hjerte og karsykdommer (Lawrence, 2011; Mosand, 2011). Å bli rammet av kroniske sykdommer innebærer ofte store belastninger både for den enkelte og de pårørende. Kroniske sykdommer har også betydelige konsekvenser for samfunnet ellers, blant annet gjennom tapt arbeidskraft, høye sosiale kostnader og utgifter til behandling og rehabilitering. Samfunnet vil derfor på mange måter nytte godt av å forbygge flere av de livstil og kostholds- relaterte kroniske sykdommene, og potensialet er stort ettersom man vet at livstil og kostrelaterte problemer lar seg påvirke og endre gjennom målrettede tiltak (Folkehelseinstituttet, 2015).

Devsam et al (2013) fant i sin studie at kvinner fra Midtøsten ble informert at SD ikke er alvorlig problem, og man antar at grunnen var at kvinnene var allerede insulinbehandlet og helsepersonell ville ikke skremme kvinnene, eller ville unngå stress og tilleggs komplikasjoner (Devsam, Bogossian & Peacock, 2013). Uansett grunn er det viktig å gi kvinnen riktig helseopplysning, slik at man fremmer individuell risikobevisthet. Tilstrekkelig og ikke skremmende informasjon er svært viktig for alle kvinner uavhengig av etnisk bakgrunn, slik at de kan delta aktivt i deres behandlingsopplegg for å redusere de negative konsekvensene av SD for både mor og barnet under svangerskapet og senere i livet (Devsam et al., 2013; Mæland, 2010).

Ifølge pasientrettighetsloven har alle pasienter rett til informasjon om sin helsetilstand og videre konsekvenser (Mæland, 2010). Helseopplysning må tilpasses mottakerens utdanning og kunnskapsnivå. Det er derfor viktig at jordmødre kartlegger kvinnens grunnkunnskap tidlig i svangerskapet, slik kan man legge til rette veiledning og informasjon når det gjelder SD (Backe, 2010; Jenum et al., 2012). Studiens funn tyder på at kvinnene opplevde diagnosen særlig utfordrende rett etter diagnosen ble satt, på grunn av at de ikke var forbered på dette. Jordmødre har en nøkkelrolle for risikobevistgjøring og informering av kvinner så tidlig som mulig om risikoen for diagnosen, samt gi forebyggende helseinformasjon og veiledning som fysisk aktivitet og kostholdsveiledning. Og på denne måten kan jordmødre forebygge SD og dens komplikasjoner, samt forberede kvinnen på mulige risikoer ved SD, og unngå at informasjon om sykdommen kommer brått på kvinnen og dermed hindrer bedre SD egenomsorg.

5.2.2 Mangel på kulturelt tilpasset kostråd

Mangel på kulturelt tilpasset kostråd var en av utfordringene som kvinnene i studien opplevde som hindrende ved SD egenomsorg.

Til tross for vanskeligheten i å endre matvaner, viser flere studier at opplysninger som ble gitt av jordmor har mer effekt på kvinners kostholdsendringer enn informasjon innhentet fra andre kilder (Garnweidner et al., 2013). Gravide kvinner anser jordmødre som en troverdig kilde til ernæringsrelatert informasjon. Derfor har svangerskapsomsorgen et betydelig potensial for å fremme et sunt kosthold for gravide (Garnweidner et al., 2013).

Kostveiledning til innvandrere krever mer kunnskap av jordmor og fødselshjelpere, samt at man setter seg inn i kvinnens tradisjonskost og finner ut og veileder kvinnene ut fra det som er diabetesvennlig kost. Funnene i studien min tyder på at ernæringskommunikasjon i

svangerskapsomsorgen bør være mer målrettet mot kvinners kostvaner og kulturell bakgrunn, samt nivå av ernæringskunnskap.

Ifølge Holmboe-Ottesen & Wandel, (2012) er kulturelt tilpasset kostholdsråd til innvandrere en viktig løsning og krever at helsepersonell som er i kontakt med innvandrere kjenner deres kulturelle kosthold (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012). Resultater i flere studier viser også at kostholdsendringer er spesielt vanskelige, men understreket behovet for ekstra støtte for å hjelpe kvinnene med å finne en bedre måte å spise innenfor sine kulturelle normer og fortsatt opprettholde diabeteskosthold som anbefales ved SD egenomsorg. Studiene tydet på at helsepersonell bør tilby kulturelt tilpasset forebyggende kostråd til kvinner i etniske grupper som har høy risiko for å utvikle SD. Da det viste seg at vellykket kostbehandling av SD er forbundet med en lavere risiko for senere utvikling av T2D for både kvinnen og barnet senere i livet (Devsam et al., 2013; M. Garnweidner et al., 2013).

5.3 Motiverende faktorer til SD egenomsorg

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere de motiverende faktorene som kvinnene i studiene mener har bidratt til bedre SD egenomsorg. Disse er blant annet støtte fra familie og profesjonelle, fokus på barnets helse og forebygge T2D, samt å få individuelt tilpasset informasjon om sykdommen og komplikasjoner.

5.3.1 Støtte fra familie og profesjonelle hjelpere

Funnene i studien min viser at det å ha et støttende miljø ved SD er en av de viktigste faktorene som kvinnene opplevde som positive og motiverende for SD egenomsorg. Flere studier bekrefter at støtte fra kvinnens partner, familie og profesjonelle hjelpere har stor betydning for kvinnene når det gjaldt det å oppnå SD egenomsorg (Devsam et al., 2013; Lawrence, 2011; Persson, Winkvist & Mogren, 2010). Tilstrekkelig støtte på dette kritiske tidspunktet har stor betydning for kvinnene, slik at de blir mer mottakelig for informasjon og råd, og motiverer dem for SD egenomsorg.

Å inkludere kvinnens partner og familie til SD undervisning og gi gruppeveiledning viste seg også å ha stor effekt på SD egenomsorg. I følge Høye, (2013) er det flere fordeler med å gi veiledning som gruppe nokså like erfaringer hos pasienter med nesten samme sykdomsmønster. Dette kan forsterke veiledningseffekt og innlæring (Høye, 2013).

Forsterkning av læring i gruppe bygger på forutsetningen om at personer som gir hverandre ideer og utveksler meninger i et samlet forum, vil utvikle stor grad av felles forståelse. Gruppedynamiske læringsbetingelser gjør at deltakerne er motivert og villige til å lære av hverandre gjennom å ha et åpent sinn, utvikle felles språkforståelse og samsværeskoder (Devsam et al., 2013; Høye, 2013).

Profesjonell støtte påvirket også kvinnens erfaringer med SD positivt og motiverte dermed til SD egenomsorg. Kvinner som fikk tilstrekkelig støtte av helsepersonell følte seg ivaretatt og var motivert til å gjøre langsiktig livsstilsendringer. Mens manglende støtte derimot fra helsepersonell og ydmykende kommentarer etterlot kvinner i frustrasjon og skyldfølelse.

Emosjonell støtte og sympati umiddelbart etter SD diagnose kan påvirke til en mer vellykket SD egenomsorg og kan redusere antall kvinner som blir behandlet med insulin for å kontrollere deres SD. Dette er viktig slik at kvinnen klarer å mestre sin SD og dermed redusere SD komplikasjoner både for barnet og mor (Devsam et al., 2013; Persson et al., 2010).

5.3.2 Fokuserer på barnets helse og forebygge T2D

Til tross for mange utfordringer, oppfattet også flere kvinner fordeler med diagnosen. Flere studier bekrefter at kvinner følte at de anbefalte kostholdsendingene førte til bedre svangerskapsvektkontroll, og noen oppfattet diagnosen som et signal til å gjøre en sunnere livsstilsendring (Devsam et al., 2013; Lawrence, 2011). Flere studier viser at mange kvinner var mer bekymret for sitt ufødte barns helse enn sin egen helse, og følte seg moralsk tvunget til å overholde sine anbefalte SD egenomsorgsregimer (Devsam et al., 2013; Persson et al., 2010).

Kvinnene i min studie hadde fått forståelse for at barnets helse var i fare, og var dermed mer motivert til å beskytte barnet og ta ansvar for å håndtere sin SD. Dette var fordi barnet ble ansett som å være uskyldig i denne situasjonen og derfor var det morens plikt å beskytte sitt barn. Dette bekreftet også flere studier som viser at mange kvinner mener at barnets helse var viktig for kvinnene og de måtte gjøre hva som helst for å beskytte barnet (Devsam et al., 2013; Persson et al., 2010). Kvinner med SD er opptatte av å minimere fosterets helserisiko, og denne funksjonen kan gjøre dem mer mottagelige for tiltak for å oppnå bedre SD egenomsorg og forebygge T2D i fremtiden.

Svangerskapet regnes derfor som et av de viktigste tidsvinduene i et livsløpsperspektivet for å fremme helse og forebygge sykdom både hos mor og barn. Man kan anta at det å beskytte

fosteret i svangerskapet i seg selv er en motivasjon for kvinner til for eksempel å slutte å røyke eller gjøre fysiske aktiviteter og spise sunnere. Forskning tyder på at svangerskapet har en slik motiverende effekt på en del kvinner, men at dette kan variere og mange endrer vaner igjen etter fødselen (Devsam et al., 2013; Anne Karen Jenum et al., 2012)

5.3.3 Betydning for Individuelt tilpasset informasjon

Utdanningsnivå og sosioøkonomiske faktorer kan ha en stor betydning for kvinnens evnen til å ta initiativ og å søke informasjon om SD. En studie fra Sverige som undersøkte og sammenliknet oppfatninger om SD og strategien for å mestre sykdommen blant Svenske og kvinner fra Midtøsten viser at svenske kvinner tar initiativ til å håndtere sykdommen, og var motivert til å bekjempe den, mens kvinner fra Midtøsten syntes å tilpasse seg SD og viste passivitet og tok lite initiativ til å søke informasjon og virket mindre motivert til SD egenomsorg (Hjelm, Bard, Berntorp & Apelqvist, 2009).

Funnene i studien min viser at innvandrerkvinnene stoler og tror på profesjonelle hjelpere og tar imot de rådene de får og tilpasser dette. Å søke og nyttiggjøre informasjon har sine egne krav og forutsetninger for enkeltindividets evne.

Funnene i studien min viser at de fleste afrikanske kvinner ikke søker informasjon og kunnskap om SD utenom det de får fra profesjonelle hjelpere dermed har informasjon og veiledning fra profesjonelle hjelpere stor betydning for kvinner. De har begrenset tilgang til informasjon, da de fleste ikke kan språket godt nok, slik at de kan søke informasjon fra andre kilder, slik svenske kvinner gjorde (Hjelm et al, 2012b).

Dette tyder på at kvinnene har behov for riktig og individuelt tilpasset informasjon. Og at dette krever at jordmødre bør kartlegge kvinnens informasjonsbehov i møte med innvandrerkvinner i svangerskapsomsorgen. Slik at jordmor sikrer at kvinnen får riktig informasjon om SD, og dens komplikasjoner.

I følge Viken & Kumar (2010) er det mange innvandrere som kommer fra land som har biomedisinske dominerte helsetjenester vant med autoritært helsepersonell i helsekonsultasjoner, der de selv inntar en passiv rolle og mottar råd. Derfor er det viktig at svangerskapsomsorgen kjenner til disse kulturene i møte med gravide innvandrerkvinner, og orienterer kvinnene tidlig om organiseringen av helsetjenesten i Norge og implementerer individuell aktiv deltakelse av konsultasjoner og deres behandlingsplan (Kumar, 2010).

På denne måten kan profesjonelle hjelpere fremme brukermedvirkning i veiledningssituasjoner ved SD. I praksis kan dette gjøres slik at kvinnene finner ut og kommer med ideer om hvordan de kan oppnå SD egenomsorg og løse problemene sine. Kvinnene kan selv komme frem til en kostholdsplan de synes passer for dem. Jordmor bør lytte til dette, og skape en refleksjon mellom kvinnen og jordmor (Devsam et al., 2013; Hamre, 2010; Høye, 2013).

Systematiske oversiktsstudier viser at kulturelt tilpasset kostråd og individuelt tilpasset pasientinformasjon og opplæring viser å ha bedre effekt for blodglukosekontroll hos etniske minoriteter med T2D. Slik opplæring muligens øker kunnskap om diabetes og ernæring, samt mestringstro og egenkraftmobilisering hos pasienter. Forskning viser også at pasienter som får kulturelt tilpasset opplæring hadde bedre blodglukosekontroll seks måneder etter at opplæring er gitt og at noen har bedre blodglukosekontroll på lengre sikt, og trolig har mer kunnskap om diabetes og ernæring, og har mestringstro og egenkraftmobilisering (Attridge et al, 2014).

5.4 Metodediskusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke og få økt kunnskap om innvandrerkvinnens opplevelser og erfaringer med egen SD. Det har vært både spennende og utfordrende å gjennomføre studien. Min største utfordring var at det var første gang jeg benyttet kvalitativ forskningsmetode og generell forskningsmetode. Jeg benyttet meg av en metode som er detaljert systematisk, og som jeg kunne bygge på andres arbeider metodisk og har en rekke referanser til studier som benyttet samme metode. Reinar & Jamtvedt, (2010) skriver at når man er en uerfaren forsker eller student, som har begrenset kunnskap innen forskningsfelt og systematiske litteraturstudier, så er det gunstig å følge detaljerte prosedyrer som for eksempel: 1 Formulere spørsmål, 2 Anvende inklusjon og eksklusjons kriterier, 3 Gjøre litteratursøk, 4 Hente ut data, 5 Analysere data. Dette har jeg fulgt detaljert for å ha et system i oppgaven (Reinar & Jamtvedt, 2010). At jeg har vært bevist på min rolle og ståsted i forskningsmetoden mener jeg har vært en fordel og er en styrke i oppgavens metode.

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet- hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser? Valideringen skal klargjøre mulighetene og begrensningene ved det spesifikke vi har samlet oss om (Thagaard & Lindegård Henriksen, s 203). Spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen kan åpne for viktige

overveielser angående gyldighet (Malterud, 2011; Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Relevant er derfor igjen en sentral dimensjon for vitenskapelighet i forhold til validitet. Vi skal stille spørsmål om relevans til problemstillingen, datainnsamling, den teoretiske referanserammen, analysestrategien, og presentasjonsformen (Malterud, 2011).

Validitet er viktig i studier fordi det sier hva som kan oppfattes som sannhet og det kan plasseres som kunnskap som andre kan ha brukt for. Validitet er også viktig for å finne ut om vi får svar på det vi akkurat leter etter. I min studie var det innvandrerkvinnens erfaringer og opplevelser med egen SD som skulle frem. Jeg syntes at jeg kunne forstå kvinnenes situasjon veldig godt, fordi i tillegg til at jeg er helsepersonell og har kliniske erfaringer i møte med disse kvinnene, er jeg selv innvandrer kvinne og har fått tre barn i Norge. Jeg mener derfor at jeg har en del personlige erfaringer i møte med svangerskapsomsorgen som risikogruppe for SD.

Med begrepet innvandrerkvinner mener jeg i oppgaven en kvinne som er født i et ikke-vestlig land som bor i Norge og kvinner med foreldre som er født i ikke-vestlige land. Det vil si første og andre generasjonsinnvandrere.

Som alle studier har denne litteraturstudien sine metodiske svakheter og styrker. En av utfordringene var at noen av de inkluderte artiklene hadde ikke klare definisjoner for deltakernes etnisitet. For eksempel sier forfatterne at 80% av informantene ikke er europeiske/kaukasoide, men sier ikke noe om den gjenværende 20 % har vestlig bakgrunn eller ikke. Dette gjorde det vanskelig å vite om artikkelen skiller vest og øst Europeiske kvinner fra hverandre. Derfor er jeg usikker om jeg overholdt inklusjonskriteriene til studien min og er det en mulig svakhet i studien. Fordi det var mulig at jeg inkluderte i studien kvinner fra vestlige bakgrunn som egentlig skulle ekskluderes fra studien.

For eksempel har Hjelm et al (2012b) sin studie (n=23) 13 kvinner født i Sverige og 10 kvinner født i Afrika (se tabell 3). Studien mangler tydelig forklaring om deltakerens etnisiteter, for eksempel om informantene var etniske svenske eller om de er født i Sverige og er andregenerasjonsinnvandrere. Det kan være en forskjell mellom Norges og andre lands definisjoner på hva man definerer som innvandrer. Dette har vært utfordring og mulige svakhet i oppgaven siden en av studienes inklusjonskriterier var innvandrerkvinner med ikke vestlige bakgrunn. Til tross for usikkerheten om studien har jeg tatt den med i oppgaven, fordi studien

har et stort antall deltakere som har en lav sosioøkonomisk bakgrunn, og er blant de største risikogrupper for å utvikle SD.

En annen mulig svakhet er at som nevnt i kapittel 3.3, har jeg utført selektering og kvalitetsvurdering av inkluderte artikler alene, noe som kan forårsake at jeg har oversett svakheter i de inkluderte studiens kvalitet.

Ut fra min vurdering så er de fleste inkluderte studiene av høykvalitet, er utført i vestlige land som vi kan sammenlikne oss med og har samme innvandrergupper som vi har i Norge, dette kan være en styrke i studien min. En annen styrke er at jeg har i søkeprosessen utført tre søke runder med hjelp fra en bibliotekar, og at jeg har brukt seks databaser som er viktige kunnskapskilder for helseforskning. I kapittel 4 har jeg gjennom hele prosessen vært tydelig og forklart hvordan jeg har funnet studiemateriale, selektering av artiklene, datanalyse og studiens endelige funn.

Når det gjelder analyseprosessen har jeg lagt fram og presentert alle inkluderte studiers funn i tabellform. Videre presenterte jeg hvordan jeg kan analysere dem ut fra Thomas og Harden, (2008) sine tre trinn til den tematiske synteseprosessen (Thomas & Harden, 2008). Ifølge Aveyard, (2014) er det en fordel at man er minst to eller flere som koder og vurderer datamaterialet, og at man har stor nytte av å utsette materialet for forskjellige blikk, som fra ulike perspektiver kan legge merke til forskjellige nyanser av kunnskap. Malterud (2011) sier også at sannsynligheten for at et funn er gyldig om noe bestemt, kan styrkes dersom flere er enige om at dette er en rimelig konklusjon. (Aveyard, 2014; Malterud, 2011). Men det er alltid unntak, fordi i mitt tilfelle som student har jeg gjort dette alene, men har hele tiden diskutert med studieveileder og mine medstudenter. Ved å gjøre det på denne måten prøvde jeg å få flere blikk på materialet og fikk idéer og kommentarer. Derfor mener jeg at dette er en styrke i studien.

6.0 Oppsummering

Hensikten med oppgaven er å belyse og få økt kunnskap om innvandrerkvinnens egne erfaringer og opplevelser med SD. Samt å vite mer om hva som kan motivere kvinnene til bedre SD egenomsorg. SD er et økende problem med alvorlige komplikasjoner for både mor og barnet under svangerskap, fødsel og senere i livet. Sykdommen har økt de siste 20 årene, og man forventer at den kommer til å øke ytterligere på grunn av økende forekomst av fedme i befolkningen og økende innvandring fra risiko land.

Det at Jordmor har god kunnskap om problemstillingen og forebyggende metoder er viktig, med tanke på individuelt- og samfunnsperspektiv. For å belyse mer om dette problemet har jeg utført en tilnærmet systematiske litteraturstudie med kvalitativ tematisk syntese. Jeg har gjennomført systematiske litteratursøk gjennom vitenskapelig databaser, og inkludert seks originale artikler med kvalitativ design i studien. Studiens funn viste at innvandrerkvinnens opplevelser med å bli diagnostisert med SD var utfordrende og krevende. Det som er mest utfordrende og kvinnene opplevde som hindrende for å håndtere problemet og dermed oppnå bedre SD egenomsorg var mangel på kunnskap og informasjon på forhånd av diagnosen. Umiddelbar total endring av levevaner og kostråd som ikke var tilrettelagt mennesker med andre kulturelle bakgrunner enn vestlige land gjorde at kvinnene opplevde dette som vanskelig og hindret SD egenomsorg. Tidspress og tilleggsansvar i form av akutt livstillsending, overvåking av blodglukose flere ganger om dagen, og hyppige avtaler med flere profesjonelle hjelpere og mange vente timer hos disse kontrollene, gjorde at kvinnene opplevde det som hindrende i starten av diagnosen.

Funnene i studien viser også at de fleste kvinnene i ettertid fikk økt forståelse for sammenhengen mellom diagnosen og deres levemåte, og derfor ble de motivert til å endre levevanen og fokusere på å forebygge SD komplikasjoner både for barnet og for dem. Det som viste seg å være viktig til å motivere kvinnene til bedre SD egenomsorg var å ha støtte fra nær familie og profesjonelle hjelpere, fokusere på barnet og mors helse, samt å få tilstrekkelig individuelt tilpasset informasjon om SD og komplikasjoner. Innvandrerkvinnenes erfaring og opplevelse om egen SD viser at tidlig og individuelt tilpasset informasjon om sykdommen og

økt kunnskap er nøkkelen til vellykket SD egenomsorg og eventuelle forebyggende tiltak for diabetes over generasjonene.

Kunnskap om kvinnens opplevelser med egen SD, er viktig for jordmødre og andre helsepersonell slik at de gir støtte og god omsorg til kvinner i denne kritiske perioden. Kvinner som er diagnostisert med SD har større behov for tettere medisinsk oppfølging og sosial støtte slik at de mestrer situasjonen og reduserer komplikasjoner under svangerskapet og senere i livet. Selv om de inkluderte studiene er fra vestlige land som har samme innvandrergupper, og som vi kan sammenlikne oss med, både i organisering av helsetjenesten og sosioøkonomiske forhold. Det hadde vært spennende å se mer forskning om emnet i en norsk kontekst.

7.0 REFERENSER

- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I B. Viken & B. N. Kumar (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (1. utg., s. 205-215). Bergen: Fagbokforl.
- Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings-John, R. & Hawthorne, K. (2014). Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9, CD006424. doi: 10.1002/14651858.CD006424.pub3
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (3rd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Backe, B. (2010). Svangerskap og kroniske sykdommer. I B. Anne & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 239-251). Oslo: Akribe.
- Bandyopadhyay, M., Small, R., Davey, M. a., Oats, J. J. N., Forster, D. A. & Aylward, A. (2011). Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(4), 360-364. doi: 10.1111/j.1479-828X.2011.01322.x
- Berg, R. & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*, 23(2).
- Brunvatne Reidun, T. J., Heiberg Marit, Terje Jo, Bergsjø Per. (2006). Den gravide fra et annet land. I P. Bergsjø (Red.), *Svangerskapsomsorg* (4. utg., s. 170-175). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Carolan, M. (2013a). Gestational diabetes mellitus among women born in South East Asia: A review of the evidence. *Midwifery*, 29(9), 1019-1026. doi:10.1016/j.midw.2012.09.003
- Carolan, M. (2013b). Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. *Midwifery*, 29(6), 637-645. doi:10.1016/j.midw.2012.05.013
- 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, 99. doi: 10.1186/1471-2393-12-99
- Chawla, A., Amundsen, Å. L., Hanssen, K. F. & Iversen, P. O. (2006). Svangerskapsdiabetes hos kvinner fra Sør-Asia. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(8), 1041-1043.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. doi: 10.1177/1049732312452938

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (Metode og oppgaveskriving, 5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Devsam, B. U., Bogossian, F. E. & Peacock, A. S. (2013). An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: proposing a framework to enhance midwifery assessment. *Women and birth*,(2), e69. doi:10.1016/j.wombi.2012.12.003
- Engeland, A., Bjorge, T., Daltveit, A. K., Skurtveit, S., Vangen, S., Vollset, S. E. & Furu, K. (2011). Risk of diabetes after gestational diabetes and preeclampsia. A registry-based study of 230,000 women in Norway.(Report). *European Journal of Epidemiology*, 26(2), 157.
- Eriksen, T. H. (2001). *Flerkulturell forståelse* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Helse i innvandrerbefolkningen. Om helse og sykdom, risiko- og beskyttelsesfaktorer i innvandrerbefolkningen i Norge. Hentet 05.06.2016 [https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/ - innvandreres-helse](https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/-innvandreres-helse)
- Hamre, B. (2010). Svangerskapsomsorgen. I Brunstad Anne & Tagnander Eva (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 248-275). Bergen: fagbokforlaget.
- Han, S., Middleton, P. F., Bubner, T. K. & Crowther, C. A. (2015). Women's Views on Their Diagnosis and Management for Borderline Gestational Diabetes Mellitus. *Journal Of Diabetes Research*, 2015, 209215. doi: 10.1155/2015/209215
- Hjelm, K., Bard, K. & Apelqvist, J. (2012). Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3244-3256. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04069.x
- Hjelm, K., Bard, K., Berntorp, K. & Apelqvist, J. (2009). Beliefs about health and illness postpartum in women born in Sweden and the Middle East. *Midwifery*, 25(5), 564-575. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.007>
- Hjelm, K., Berntorp, K. & Apelqvist, J. (2012). Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1374-1386. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03834.x
- Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe*, 56(18891).
- Høyve, S. (2013). Flerkulturelt perspektiv ved helseveiledning av pasienter og pårørende IB. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 134-157). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jenum, A. K., Morkrid, K., Sletner, L., Vangen, S., Torper, J. L., Nakstad, B., . . . Birkeland, K. I. (2012). Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study. *Eur J Endocrinol*, 166(2), 317-324. doi: 10.1530/eje-11-0866
- Jenum, A. K., Sletner, L., Voldner, N., Vangen, S., Mørkrid, K., Andersen, L. F., . . . Birkeland, K. I. (2010). The STORK Groruddalen research programme: A population-based cohort study of gestational diabetes, physical activity, and obesity in pregnancy in a multiethnic population. Rationale, methods, study population, and participation rates. *Scandinavian journal of public health*, 38(5), 60. doi:10.1177/1403494810378921
- Kaptein, S., Evans, M., McTavish, S., Banerjee, A. T., Feig, D. S., Lowe, J. & Lipscombe, L. L. (2015). The Subjective Impact of a Diagnosis of Gestational Diabetes Among Ethnically Diverse Pregnant Women: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(2), 117-122. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.09.005>
- Kringeland, T. (2010). Jordmorvirksomheten. I Brunstad Anne & Tegnander Eva (Red.), *Jordmorboka* (s. 48-52). Oslo: Akribe.
- Kumar, B. N. (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I Viken Berit & Kumar Bernadette Nirmal (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 27-55). Bergen: Fagbokforl.
- Kumar, B. N. & Ayub, S. (2010). Folkehelse i et migrasjonsperspektiv. I Viken Berit & Kumar Bernadette N (Red.), *Svangerskapsomsorgen*. (1. utg., s. 171-189). Bergen: Fagbokforl.
- Lawrence, J. M. (2011). Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 15-24. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.10.003
- Garnweidner, M. L., Sverre Pettersen, K. & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), e130-e137. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.006
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mosand, R. (2011). Diabetes i et kulturperspektiv - veiledning til personer med minoritetsbakgrunn. I Skafjeld Anita & Graue Marit (Red.), *Diabetes : forebygging, oppfølging, behandling* (s. 327-335). Oslo: Akribe.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Nasjonalt kunnskapssenter. (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning
- . Hentet 20.05.2016 <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Persson, M., Winkvist, A. & Mogren, I. (2010). 'From stun to gradual balance' – women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 454-462. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00735.x
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, 5(3), 238-246. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0121
- Sagen, J. V. (2011). sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes : forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 19-61). Oslo: Akribe.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring : mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet, 15.06.16
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen->
- Statistisk sentralbyrå. (2016). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. Hentet 20.07.16 <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>
- Thagaard, T. & Lindegård Henriksen, O. (2010). *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode* (Systematikk og innlevelse, 4. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. (Research article). *BMC Medical Research Methodology*, 8(45), 45.
- Viken Berit & Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjell og dialog. I B. Viken & B. N. Kumar (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 59-78). Bergen: Fagbokforl.
- Wennberg, A. L., Lundqvist, A., Högberg, U., Sandström, H. & Hamberg, K. (2013). Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy. *Midwifery*, 29(9), 1027-1034. doi: 10.1016/j.midw.2012.09.005
- Aakervik, G. (2000). *Innvandring, helse og mat: Kunnskapsutvikling om endring i helse ved migrasjon*. Oslo: Almater forl.

Vedlegg 1: Søkehistorikk for 5 elektroniske databaser

Søkehistorikk Embase 02.06.16.

Database: Embase <1980 to 2016 Week 22>

Search Strategy:

Results: 57

-
- 1 exp pregnancy diabetes mellitus/ or gestational diabetes*.mp. (26062)
 - 2 minority group/ or ethnic group/ (68886)
 - 3 migrant/ (2329)
 - 4 ethnic diverse women.mp. (1)
 - 5 2 or 3 or 4 (71001)
 - 6 1 and 5 (307)
 - 7 limit 6 to (("qualitative (maximizes sensitivity)" or "qualitative (maximizes specificity)" or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)") and yr="2000 -Current") (57)
 - 8 limit 7 to (("qualitative (maximizes sensitivity)" or "qualitative (maximizes specificity)" or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)") and yr="2000 -Current") (57)

Database: PsycINFO <1806 to May Week 4 2016>

Search Strategy:

Results: 15

-
- 1 exp Gestational Diabetes/ or gestational diabetes*.mp. (361)
 - 2 exp "RACIAL AND ETHNIC GROUPS"/ (106689)
 - 3 exp Minority Groups/ or ethnic minority*.mp. (15627)
 - 4 ethnic group*.mp. (22218)
 - 5 immigrant*.mp. (21088)
 - 6 2 or 3 or 4 or 5 (136373)
 - 7 1 and 6 (47)
 - 8 limit 7 to (("qualitative (maximizes sensitivity)" or "qualitative (maximizes specificity)" or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)") and yr="2000 -Current") (15).

Søkehistorikk fra Midline 02.06.16

>Ovid Technologies, Inc. Email Service

>Results: 62

>-----

>

>Search for: limit 6 to (yr="2000 -Current" and ("qualitative (maximizes
>sensitivity)" or "qualitative (maximizes
>specificity)" or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)))

>Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to May Week 4 2016>

>Search Strategy:

>-----

>1 exp Diabetes, Gestational/ (8621)

>2 exp "Transients and Migrants"/ (9140)
>3 exp Minority Groups/ (11655)
>4 exp Ethnic Groups/ (131275)
>5 2 or 3 or 4 (146290)
>6 1 and 5 (276)
>7 limit 6 to (yr="2000 -Current" and ("qualitative (maximizes sensitivity)" or
>"qualitative (maximizes specificity)"
>or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")) (62)

Denne databasen har jeg bare som linke:

Søkehistorik fra Cinahl 02.06.16.

The export of your search results is complete. You may download the file
here: <http://exports.ebscohost.com/sdc/e06ef0f2-9c1e-4b47-bb12-86b57b00bee0.zip>



Thursday, June 02, 2016 7:26:27 AM

2.6.2016 Print Search History: EBSCOhost

Resulter 35

Query Limiters/Expanders Last Run Via Results

S8 S1 AND S6

S7 S1 AND S6

S6 S2ORS3ORS4OR S5

S5 (MH "Transients and Migrants") OR "migrant"

S4 "ethnic diversity" OR (MH "Cultural

Diversity")

S3 (MH "Immigrants") OR "immigrants"

(MH "Ethnic Groups") OR (MH "Minority

Groups") OR "ethnic minorities"

S1 (MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR

"gestational diabetes"

Vedlegg 2: Kvalitets vurdering av inkludert og ekskludert studier

Tabell 3: kvalitets vurdering av inkludert studier ved hjelp av sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative studier fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014 (NKS, 2014).

1. Er formålet med studien klart formulert?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012):	Ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ja
	Caroland, (2013)	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012):	Ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ukjent
	Caroland, (2013)	Ja
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012):	Ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ja
	Caroland, (2013)	Ja
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Kaptein, et al, (2014)	ja
	Hjelm et al; (2012):	Ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	ja
	Caroland, (2013)	Ja
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012):	Ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ja
	Caroland, (2013).	ja
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012)	uklar
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	ja
	Hjelm et al, (2012);	uklar
	Caroland, (2013)	Ja
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012):	ja
	Carolan, et al; (2012):	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011):	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Uklar
	Caroland, (2013)	Ja

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? □	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012);	Ja
	Carolan, et al; (2012);	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011);	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ja
	Caroland, (2013)	Ja
9. Er etiske forhold vurdert?	Kaptein, et al, (2014)	Ja
	Hjelm et al; (2012);	Ja
	Carolan, et al; (2012);	Ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011);	Ja
	Hjelm et al, (2012);	Ja
	Caroland, (2013)	ja
10: Er relasjon/rolle mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	Kaptein, et al, (2014)	ja
	Hjelm et al; (2012);	Ja
8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Carolan, et al; (2012);	ja
	Bandyopadhyay, et al; (2011);	ja
	Hjelm et al, (2012);	ja
	Caroland, (2013)	ja

Ekkluderte Artikler Og Eksklusjonsårsak.

Forfatter +År	Tittel	Eksklusjons Årsak
Yuen & Wong (2015)	Gestational diabetes mellitus: Challenges for different ethnic groups World journal of diabetes, 25 July 2015, Vol.6(8), pp.1024-32	Design
Smide Et Al,(2010)	Perception of healthy lifestyle information in women with gestational diabetes European Diabetes Nursing, 2010, Vol.7(1), pp.16-20	Design
Carolan Et Al, (2013)	Gestational Diabetes Mellitus Among Women Born In South East Asia: A Review Of The Evidence. Midwifery, September 2013, Vol.29(9), Pp.1019-1026	Design
Devsam Et Al (2013)	An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment <i>Women and Birth Volume 26, Issue 2, June 2013, Pages e69–e76</i>	Design
Oster Et Al (2014)	Diabetes in Pregnancy Among First Nations Women Qualitative Health Research, 2014, Vol.24(11), pp.1469-1480	Kvalitet
Persson Et Al (2011)	"Mission Impossible"? Midwives' experiences counseling pregnant women with gestational diabetes mellitus. Patient Education and Counseling, July 2011, Vol.84(1), pp.78-83	Ikke relevant problemstilling
Persson Et Al, (2010)	'From stun to gradual balance'– women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2010, Vol.24(3), pp.454-462	Ikke relevant for problemstilling
Lowrence, (2011)	Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2011, Vol.25(1), pp.15-24	Ikke relevant for problemstilling

Vedlegg 3: Analyseprosessen tinn for trinn for tematiskesyntese 4 av inkluderte artikler

Analyseprosessen trinn 1: linje for linje koding

Forfatter + år Carolan et al (2012)	Utsagnene	Linje for linje koding
<p><i>"no time to think it through". "First week, I mean they told me which foods to avoid and so forth, but again that was very limited. I wasn't eating very much anyway during my pregnancy . . . "Like where do you find the time. . . having to go from being able to buy foods (ready cooked) and having to actually think about it, prepare it and cook healthy food. Yeah, lots of processed food (previously). . . That's my biggest change, probably, going from never cooking". " We had three different dinners every night. . . I could have eaten the same thing without the carbs. . . but so boring. . . I made the choice. . . and you may not have the budget to buy crazy expensive things. . . but you have to expect a little bit more. . . maybe buying organic, interesting vegetables. Do something nice with it, you know, just make mealtimes feel nice.</i></p>	<p>Opplevs som skokk og forvirring ved SD positiv test - Vanskelighet å lære seg selvkontroll av SD. -Oppfordrende og tidskrevende med SD selvkontroll. -Mindre tid til å forstå og finne mening av SD. -Krever umiddelbar endringer, både kost og general levevanen. -Begrenset mat varer og lite valg muligheter. -Diabetes vennlig kost er utfordrende, krever mye tid, spesielt de kvinnene som ikke er vant å lage mat, det trenges tid til å tenke og lære seg betydning for sunnkost, kjøpe og forberede maten.</p>	
<p><i>"I don't cook the food... it is bad to say I won't eat (the food that her mother-in-law cooks). . . rice. . . she says it is healthy for the baby". . . " The other week I had a small bowl of pasta. . . my sugars were very high then. . . Because when I'm eating with my Mum. . . it's like you can't expect everybody to change everything. . . "They didn't tell me what's the side effects for the baby. They just told me, "You've got diabetes, you'd better control with this and that." But they didn't tell me, like, what are the side effects for having sugar levels up. . . like why it's really important to monitor your sugar levels". " I did get appointments where I got some information. "But I found it more outside of those appointments. "Well the information they gave me was very basic so I looked up a lot on the internet and worked it out myself really". Participants described being willing to do whatever they were required to do, in the baby's best interest. "Just cooking healthy food. . . and just walking, yeah, that makes the baby stronger".</i></p>	<p>- Kvinner trenger tid til å bli vant med det ekstra arbeidet som kreves ved SD diagnosen. Som hyppige blodsukker målinger, spise oftere kost restriksjoner, fysiske aktiviteter og hyppige kontroller. -Vanskelighet til å tilpasse seg den nye kostregime fordi den forstyrr familiens rutiner og det koster mer, å lage flere retter trenger ekstra arbeid og tid. -Vanskeligheter til å ikke kunne spise det alle andre spiser familien og venner pga SD. -Kan ikke si nei, eller endre hele familiens kost når familien lager mat og overtaler å spise fordi den er bra for barnet, noe som øker blodsukker verdier. -Vanskeligheter å delta sosiale arrangementer og felles religiøse feiringer på grunn av høy karbohydrat matvarer, hvis man ikke for lov å spiser det man er vant, man blir lit leie seg. -Kvinner forteller å ha mangel for både kunnskap og informasjon om SD. -Ikke fått informasjon om betydningen for kostendring og blodsukker kontroll, og konsekvensene for høyt blodsukker for barnet. Forvirret informasjon om kosthold, for general, begrenset råd og tilpasset informasjon om hvordan de skal håndtere og tilpasser seg den nye kraven, SD egenkontroll. -For lite informasjon om forskjellige matvarer og ingrediensen og spesielt lite tilpasset til kvinner som ikke vant med vestens kosthold. -Noen kvinner søkte informasjon på nettet og fant ut selv noe relevant informasjon om SD selvkontroll. -Noen kvinner syntes Insulin som god alternativ for SD egenkontroll. -Kvinner var interessert til å gjøre hva som helst for redusere barnets helse risikoer. -Lite forståelse hvordan sunnkost og fysiskaktiviteter på virker barnets helse. -Noen kvinner forstår at dere levevaner var forårsaket for SD, og ønsker å gjøre livsstilsendringer og beskytte babyene sine nå. -Noen kvinner var redd for blodsukker måling de satt pris på støtten fra familien oppmuntrer kvinner til å mastre SD selvkontroll. -Noen kvinner er fornøyd og satt pris på støtten de fikk fra omsorgsgivere, som for eksempel å forklare og demonstrerer hvordan de måler blodsukker. -Kvinner fått økt forståelse for at de må klare seg selv med SD selvkontrollen. -De har lært og fått økt forståelse for betydning for å forebygge</p>	
<p><i>"I was very determined to make sure I could do absolutely anything within my power to not allow any, something to happen to the baby. I knew I had brought it on myself by being overweight. . .I felt very responsible"</i></p>	<p></p>	
<p><i>"I was a bit fed up and upset with myself. My husband was very supportive. . . he helped me get over things like the finger pricks. . . he did his own one day just to show it wasn't a big deal". "The diabetes educator is really friendly. . .she explained things very like, in a very good way Yes, yes and – like, she did a demo in front of me, how to inject yourself. It was really scary first time". " I realised it was up to me. . .no one else. . . there was no point in cheating. . . I would be just cheating myself". .</i></p>	<p></p>	
<p><i>"It's good to learn about it, otherwise the way I was going, definitely I would have diabetes 2. I didn't know about it but now I can control myself</i></p>	<p></p>	

<p><i>'First of all I am very worried for the baby ...that he will be affected by the diabetes.'</i> [Respondent (R)1 <i>I don't know if I was much upset by hormones. I was sensitive or I don't know, but I didn't think I got the care I needed...I felt so sad and I got a very negative comment from a midwife...and she talked about relations...questioned my relations to my children...'</i> <i>'...before I was worried...but ...he (the doctor) said it is gone now...that makes me feel calm.'</i> <i>fewer reported being informed by health professionals that it was a transient disease: 1: 'I don't know. They (health care staff) say it will disappear after I have delivered the child...'</i></p>	<p>General bekymring spesielt for babys helse og konsekvensen for SD. -Ikke fått informasjon og omsorgen de trengte under fødselen og barseltiden. -Mindre bekymret etter at legen informert at SD er borte postpartum kontrollen, uten å informere senere risikoen. -Feil informert. Usikkerhet framtidig helse, og hvor lenge SD varer. -Bekymrer seg igjen Et år etter fødselen, for barn oppdragelse i tilfelle mor får diabetes og ikke kan ta vare på barnet sitt eller dør tidlig. -Tenker på baby's framtid, konsekvensen for SD, og risiko for framtididiabetes. Sunnkost og fysiske aktiviteter under graviditet er viktig å vedlikeholde helse, og forebygge senere komplikasjoner. Ser viktigheten for å unngå ting som påvirke helse, stress og unødvendig bekymring, være fysiske aktiv og spise sunnkost. Ta vare på psykiske helse, Prøve å være avslappet, unngå å være lei og irritert. Kvinner og familien manglet informasjon og kunnskap om SD og egenomsorg under svangerskapet. – -Mer fokusert om sunnkosthold, mindre sukker og fett og mer fiber under graviditet og et år senere. -Sunnere livstil. -Opplever at diabetes kost er dyrere enn andre matvarer. – -Prioritering av sunnkost og helse. -Mer fysiske aktivitet tre måneder og et år etter fødselen. -Lært seg selv blodsukker måling under svangerskap, men etter fødselen oppga å ikke gjøre dette fordi de ikke hadde fått informasjon å måle blodsukker etter fødselen. -Noen har kommunikasjonsproblemer, mener det hjelper med prof-tolk. Respekterer og følger opp rådet de får fra omsorgsgivere. -Fått god oppfølging under svangerskap, men oppleves å ha fått lite oppfølging og informasjon postpartum.</p>
<p><i>Worries for the health of the child diminish over time, and at the second and third interviews, worries are more related to inheritance, their own health and developing diabetes, and thus at the last interview, the worries are about being unable to bring up the child:</i></p>	
<p><i>'I'm very worried...most worried for the child...' [R1] '...only worried that I will get diabetes...I do care about my health for the sake of my children so that I can bring them up. When you have diabetes you get worried...maybe I will die early.'</i> [R] <i>'when thinking of the baby I'm still worried, as I have had it during pregnancy it might have been transferred to the child and the baby might suffer from it in the future.'</i> [R6]. <i>Diet and exercise were mentioned during pregnancy as being important for maintaining health and preventing complications related to GDM</i> <i>'Avoid things that cause poor health to me, take exercise and control my dietary habits.'</i> [R9] 3: <i>'Try to avoid being worried and being nervous and irritated.'</i> [R1] <i>'Eating as much vegetables as possible and avoiding other sweets, nuts or juice and cola...little fat...dark bread and crispbread...'</i> [R] <i>... 'it (food) is more expensive. Junk food is always cheaper " Health is more important than money".</i> <i>Exercise seems to be more frequent at the second and third interviews: 'I exercise a good deal, I walk a lot...'</i></p>	
<p><i>During the time I had GDM it was excellent. But since delivery I have not been satisfied, as they just let you go...Follow-ups should be earlier. They didn't call me until one year after, but I had wanted regular check-ups after delivery, when breast-feeding. Not just let you be in doubt</i></p>	

Forfatter + år	Utsagnene	Linje for linje koding
Carolan, (2013b)	<p>Most women were shocked and distressed to discover they had tested positive for gestational diabetes.(s 639)-<i>I was sneaking ... a bit more junk food all the time and y When I found out the result, well that... that's my body telling me that, you know, I need to change my way". "I'm Indian and totally vegetarian so....It's really hard to control the diet, 'cause I – 'cause, (my diet is composed of) chapattis, rotis, more carbohydrates and sugar, so I don't have much choice to eat"</i>I feel it's kind of a little bit inconvenient [sic] because having everything, food. ..measured..and the finger pricks hurt but I can do anything for this babyy (Tran) <i>sometimes I feel breathlessyand my feet and hands got swollenyso it's a little bit hard for me, but I'm doing as much (exercise) as I can. It's all for the baby. "...she just gave me the list of what I have to eat and not eat. I am sticking to it because I don't want to take the insulin unless I have to do it....I was a bit scared."</i>I felt I had brought it on myself I was very determined once I got over the upset to correct it ...by eating correctly and exercisingy I was very determined and was quite successful in keeping the sugars under controlyI was very determined to make sure I could absolutely do anything within my power to pair it with not allowing something to happen to the baby.."</p> <p>"And I was so surprised that I'm having too much sugar without any knowledge. Yeah, that's one thing</p>	<p>-skokk pga diagnosen -Spiste usunn, Kroppen forteller å e levevane. - Vanskelighet å kontrollere bl.sukkk , da hennes kulturellkost er bare karbohydrater. -Vanskelig å vene seg ny den kostregime. -Vanskelig å måle alltid bl.s, +mat Vanskelig å trene, men gjør dette barnet. -Bekymrer for at baby ikke får i seg næring. – bestemt å gjøre alt dette kravene babys helse, Redd å stikke fingerer, unngår insulin behandling og overhold SD egenkontroll. Føler seg skyldig, for å forårsake komplikasjoner for babyen, -- motivert til livstilsendring. -Holde bl.s under kontroll.</p>

<p>that I really did wish that somebody could tell me earlier.</p> <p><i>He was very supportive in helping me get over things ...I found blood testing hard, and actually start hurting your fingers.[husband took his blood sugar too] The first time he did it he said, 'Oh that was fine. That's not going to hurt,</i></p> <p>The diabetes educator is really friendly and feel, like—she explained things veryyin a very good way Yes, yes and – like, she did a demo in front of me, how to inject yourself. It was really scary first time. They told me everything .”<i>I just walk the next 15 min straight after the meal it really, really helped” (keep the BSLs lower)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Beskyte barnet. Lært sammenheng mellom aktivitet mat og bl-sukker. -Ønsket tidligere informasjon om S -viste ikke om at det er sukker i mat -Støtte og oppmuntring fra partner å håndtere problemer. - fått nøkk informasjon - støtte fra omsorgsgivere. Forklarer demonstrerer hvordan måles blodsukker. -Gå turer 15min, normaliserer blodsukker
---	--

Hjelm et al (2012b)

Utsagnene

Linje for linje koding

<p><i>”It is not so serious and it will probably disappear after delivery and the doctor said that...I need to reduce my weight...and every time I get pregnant I need to contact the doctor”.</i></p> <p><i>”if we could get information about gestational diabetes, how you can prevent it, when you can get symptoms and which...then I could have been rescued earlier...if I knew about preventive measures...I would follow them... ” I just wondered...perhaps you can know after you have had the child if you really are a diabetic...I don't really know if I have it [GD] or not”...</i></p> <p>Most of the African-born women said “I don't know' the cause of the disease. but some added individual factors, such as: ‘if you use too much sugar or such things... and my aunts have diabetes...’ while another added social factors such as ‘being alone in an alien country one ponders about the life situation’.</p> <p>” Hearing an alarm bell. ”worried for the child...that the child will be too big...if you get type 2 diabetes...followed by coronary heart disease, stroke...that worries me”.</p> <p>”you are not free, you need to control diet, time for meals...monitoring blood glucose...you need to follow rules and times...The worst is getting insulin... ”Exercising...and eating more fibres and less sweets”</p> <p><i>the right diet...it is much more expensive than ordinary food. So it is hard to manage”... ”I need to follow all the rules, all this advice I have got from the doctor and health care...I need to take my insulin at the right time, I need to eat at the right time, I need to rest at the right time”.</i></p>	<p>Negative følelser som tristhet, panikk, skokk og bekymring når de ble påvist SD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvinner fra Afrika tok ikke diagnosen som seriøst. -Lege informerte at den kommer å forsvinne etter fødselen. -Trenger å ned i vekt, og ta kontakt til lege når hun blir gravid. -Kvinner ønsket informasjon om SD, hvordan man får, symptomer og forebyggende metoder, slik at de kunne forebygget SD. -Kvinner vet ikke om de hadde diabetes etter fødselen og hvordan man kunne finne ut om dette. - Afrikanske kvinner visste ikke om årsaken for SD, tror det er på grunn av, spise mer sukker, ha familie med diabetes, eller endret livssituasjonen og å være alene i det nye landet. Noen av kvinner sa at det har økt risiko for få utvikle diabetes i framtiden. Ser som positiv alarm som sier våkne opp. -Svenskekvinner bekymrer for konsekvensen for SD, som å føde for storbarna, T2d og med følgelse risikoer-Bekymrer også endring av livsstilen og ekstra arbeidet det innebærer med SD selvkontroll. Kvinner opplever anbefalt kosthold som dyrer enn vanlig mat, og er vanskelig å håndtere. Vil forebygge SD komplikasjoner ved å trene, spise sunnkost og mindre godteri. -Følge regler og anbefalinger fra omsorgsgivere. - Kvinner ønsker støtte for å håndtere SD kravet og for å oppnå SD selvkontroll
--	---

Analyseprosessen trinn 2: fra linje for linje koding til deskriptive temaer

Forfatter + år	Linje for linje koding	Deskriptive temaer (kategorier)
Carolan et al (2012)	<p>Opplevs som skokk og forvirring ved SD positiv test</p> <p>-Vanskelighet å lære seg selvkontroll av SD.– Oppfordrende og tidskrevende med SD selvkontroll. - Mindre tid til å forstå og finne mening av SD.</p> <p>- Krever umiddelbar endringer, både kost og general levevanen.</p> <p>-Begrenset mat varer og lite valg muligheter.</p> <p>-Diabetes vennlig kost er utfordrende, krever mye tid, spesielt de kvinnene som ikke er vant å lage mat, det trengs tid til å tenke og lære seg betydning for sunnkost, kjøpe og forberede maten. - Kvinner trenger tid til å bli vant med det ekstra arbeidet som kreves ved SD diagnosen. Som hyppige blodsukker målinger, spise oftere kost restriksjoner, fysiske aktiviteter og hyppige kontroller.</p> <p>-Vanskelighet til å tilpasse seg den nye kostregime fordi den forstyrer familiens rutiner og det koster mer, å lage flere retter trenger ekstra arbeid og tid.</p> <p>-Vanskeligheter til å ikke kunne spise det alle andre spiser familien og venner pga SD.</p> <p>-Kan ikke si nei, eller endre hele familiens kost når familien lager mat og overtaler å spise fordi den er bra for barnet, noe som øker blodsukker verdier.</p> <p>-Vanskeligheter å delta sosiale arrangementer og felles religiøse feiringer på grunn av høy karbohydrat matvarer, hvis man ikke for lov å spiser det man er vant, man blir litt lei.</p> <p>-Kvinner forteller å ha mangel for både kunnskap og informasjon om SD.</p> <p>-Ikke fått informasjon om betydningen for kostendring og blodsukker kontroll, og konsekvensene for høyt blodsukker for barnet.</p> <p>Forvirret informasjon om kosthold, for general, begrenset råd og tilpasset informasjon om hvordan de skal håndtere og tilpasser seg den nye kraven, SD egenkontroll.</p> <p>-For lite informasjon om forskjellige matvarer og ingrediensen og spesielt lite tilpasset til kvinner som ikke vant med vestens kosthold.</p> <p>-Noen kvinner søkte informasjon på nettet og fant ut selv noe relevant informasjon om SD selvkontroll. -Noen kvinner syntes Insulin som god alternativ for SD egenkontroll.</p> <p>-Kvinner var interessert til å gjøre hva som helst for redusere barnets helse risikoer.</p> <p>-Lite forståelse hvordan sunnkost og fysiskaktiviteter på virker barnets helse.</p> <p>-Noen kvinner forstår at dere levevaner var forårsaket for SD, og ønsker å gjøre livsstilsendringer og beskytte babyene sine nå.</p> <p>-Noen kvinner var redd for blodsukker måling de satt pris på støtten fra familien oppmuntrer kvinner til å mastre SD selvkontroll.</p> <p>-Noen kvinner er fornøyd og satt pris på støtten de fikk fra omsorgsgivere, som for eksempel å forklare og demonstrerer hvordan de måler blodsukker.</p> <p>-Kvinner fått økt forståelser for at de må klare seg selv med SD selvkontrollen. -De har lært og fått økt forståelser for betydning for å forebygge T2D</p>	<p>- Vanskelighet med SD Selvkontroll.</p> <p>-Tidskrevende</p> <p>-Vanskelighet og lite tilpasset kostråd</p> <p>-Vanskelighet å overholde anbefalt kostregime.</p> <p>-Forstyrer familiens rutiner.</p> <p>-Påvirker sosiale liv</p> <p>-Behov for individuell tilpasset informasjon.</p> <p>-Behov for individuell og kulturell tilpasset kostråd</p> <p>-Insulin god alternativ.</p> <p>-Motivert livsstilsendring.</p> <p>-Personlig utvikling og selv innsikt.</p> <p>-Støttende fra familie og omsorgsgivere.</p> <p>-Tenker barnets på helse</p>

Forfatter + år	Linje for linje koding	Deskriptive temaer (kategorier)
Hjelm et al (2012a)	<p>General bekymring spesielt for babys helse og konsekvensen for SD.</p> <p>-Har ikke fått informasjon og omsorgen de trengte.</p> <p>-Mindre bekymret etter at legen informert at SD er borte postpartum kontrollen, uten å informere senere risikoen.</p> <p>-Feil informert.</p> <p>Usikkerhet framtid helse, og hvor lenge SD varer.</p> <p>-Bekymrer seg igjen et år etter fødselen, for barn oppdragelse i tilfelle mor får diabetes og ikke kan ta vare på barnet sitt eller dør tidlig.</p> <p>-Tenker på babys framtid, konsekvensen for SD, og risiko for framtid diabetes.</p> <p>Sunnkost og fysiske aktiviteter under graviditet er viktig å vedlikeholde helse, og forebygge senere komplikasjoner.</p> <p>-Ser viktigheten for å unngå ting som påvirke helse, stress og unødvendig bekymring, være fysiske aktiv og spise sunnkost. Ta vare på psykiske helse, Prøve å være avslappet, unngå å være lei og irritert.</p> <p>-Kvinner og familien manglet informasjon og kunnskap om SD og egenomsorg under svangerskapet.</p> <p>-Mer fokusert om sunnkosthold, mindre sukker og fett og mer fiber under graviditet og et år senere. -Sunnere livstil. -Opplever at diabetes kost er dyrere enn andre matvarer.</p> <p>-Usunt mat er billigere enn sunt mat.-Prioritering av sunnkost og helse.</p> <p>-Mer fysiske aktivitet tre måneder og et år etter fødselen.</p> <p>-Lært seg selv blodsukker måling under svangerskap, men etter fødselen oppga å ikke gjøre dette fordi de ikke hadde fått informasjon å måle blodsukker etter fødselen.</p> <p>-Noen har kommunikasjonsproblemer, mener det hjelper med prof-tolk.</p> <p>-Respekterer og følger opp rådet de får fra omsorgsgivere.</p>	<p>- Feil informasjon</p> <p>Økonomiske belastning</p> <p>Mangel på tilpasset informasjon om SD selvkontroll</p> <p>Mangel på oppfølging postpartum</p> <p>Fokusere barnets helse</p> <p>Bekymrer for T2D.</p> <p>Selv innsikt og livsstilsendring.</p> <p>Fokusere på framtidshelse.</p>

	-Fått god oppfølging under svangerskap, men oppleves å ha fått lite oppfølging og informasjon i postpartum.	Tillitt og tro på omsorgsgivere
Forfatter +år	Linje for linje koding	Deskriptive temaer (kategorier)
<i>Carolan (2013),</i>	<p>Sjokk pga diagnosen</p> <p>-Spiste usunn, Kroppen forteller å endre levevane</p> <p>- Vanskelighet å kontrollere bl.sukkeret , da hennes kulturellkost er bare karbohydrater.</p> <p>-Vanskelig å vene seg ny den kostregime.</p> <p>-Vanskelig å måle alltid bl.s, + mat</p> <p>Vanskelig å trene, men gjør dette for barnet.</p> <p>Redd å stikke fingrer, unngår insulin behandling og overhold SD egenkontroll.</p> <p>Føler seg skyldig, for å forårsake komplikasjoner for babyen, -- motivert til livsstilsendring.</p> <p>-Holde bl.s under kontroll.</p> <p>-Beskyte barnet</p> <p>Lært sammenheng mellom aktivitet, mat og bl-sukker.</p> <p>-Ønsket tidligere informasjon om SD</p> <p>-viste ikke om at det er sukker i maten. -</p> <p>-Støtte og oppmuntring fra partner å håndtere problemer.</p> <p>- fått nøkk informasjon</p> <p>- støtte fra omsorgsgivere. Forklarer og demonstrerer hvordan måles blodsukker.</p> <p>-Gå turer 15min, normaliserer blodsukker</p>	<p>-Lite kulturell tilpasset kost</p> <p>- Selv innsikt</p> <p>- bekymring babys.</p> <p>Tenker på babys helse.</p> <p>-Unngå insulin behandling</p> <p>-Ønsker tilpasset tidlig informasjon.</p> <p>Mangel på kunnskap om SD</p> <p>-ønsker å Endrelivsstilen</p> <p>-Støttende, familie</p> <p>-Hjelp fra omsorgsgivere.</p>

Forfatter +år	Linje for linje koding	Deskriptive temaer (kategorier)
<i>Hjelm et al, (2012b)</i>	<p>Negative følelser som tristhet, panikk, sjokk og bekymring når de ble påvist SD.</p> <p>- Kvinner fra Afrika tok ikke diagnosen som seriøst.</p> <p>-Lege informerte at den kommer å forsvinne etter fødselen.</p> <p>-Trenger å ned i vekt, og ta kontakt til lege når hun blir gravid.</p> <p>-Kvinner ønsket informasjon om SD, hvordan man får, symptomer og forebyggende metoder, slik at de kunne forebygget SD.</p> <p>-Kvinner vet ikke om de hadde diabetes etter fødselen og hvordan man kunne finne ut om dette.</p> <p>- Afrikanske kvinner visste ikke om årsaken for SD, tror det er på grunn av, spise mer sukker, ha familie med diabetes, eller endret livssituasjonen og å være alene i det nye landet.</p> <p>Svenske kvinner tror det er pga arv, hormonalforandringer og personlig og sosial faktorer, som stress.</p> <p>Noen av kvinner sa at det har økt risiko for få utvikle diabetes i framtiden. Ser som positiv alarm som sier våkne opp.</p> <p>-Svenskekvinner bekymrer for konsekvensen for SD, som å føde for storbarna, T2d og med følgende risikoer-</p> <p>Bekymrer også endring av livsstilen og ekstra arbeidet det innebærer med SD selvkontroll.</p> <p>Kvinner opplever anbefalt kosthold som dyrer enn vanlig mat, og er vanskelig å håndtere.</p> <p>Vil forebygge SD komplikasjoner ved å trene, spise sunnkost og mindre godteri.</p> <p>-Følge regler og anbefalinger fra omsorgsgivere.</p> <p>- Kvinner ønsker støtte for å håndtere SD kravet og for å oppnå SD selvkontroll</p>	<p>- Bekymrer for diagnosen</p> <p>-Feil informert.</p> <p>-Tillit og tro på Omsorgsgivere</p> <p>-Behov for individuelt tilpasset informasjon.</p> <p>-Mangel på kunnskap om SD</p> <p>-Mangel på Oppfølging.</p> <p>-Motivert til livsstilsendring og forebygge T2D.</p> <p>-Økonomiske belastning.</p> <p>-Behov for støttende miljø</p>

Analyseprosessen trinn 3: Fra deskriptive temaer til analytiske temaer A og B

Carolan et al, (2012)	Trinn 3: Deskriptive temaer til	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<ul style="list-style-type: none"> -Vanskelighet med SD Selvkontroll. -Tidskrevende -Vanskelighet og lite tilpasset kostråd -Vanskelighet å overholde anbefalt kostregime. -Forstyrer familiens rutiner. -Påvirker sosiale liv -Behov for individuell tilpasset informasjon. -Behov for individuell og kulturell tilpasset kostråd -Insulin god alternativ. -Motivert livsstilsendring. -Personlig utvikling og selv innsikt. -Støttende fra familie og omsorgsgivere. -Tenker barnets på helse 	<ul style="list-style-type: none"> -Manger på informasjon -Tidspress og tilleggs ansvar --Mangel på kulturelt tilpasset kostråd - Fokus på helse -støttende miljø 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>

Hjelm et al, (2012a)	Trinn 3: Deskriptive temaer til	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<p>Feil informasjon Økonomiske belastning Mangel på tilpasset informasjon om SD selvkontroll Mangel på oppfølging postpartum Fokusere barnets helse Bekymrer for T2D. Selv innsikt og livsstilsendring. Fokusere på framtidshelse. Tillitt og tro på omsorgsgivere</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mangel på tilpasset Informasjoner, feil informasjon -Økonomiske belastning -Fokusere på barnets og mors helse -Tillit og tro på profesjonell hjelpere 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>

Carolan, (2013b)	Trinn 3: Deskriptive temaer til	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<ul style="list-style-type: none"> -Lite kulturell tilpasset kost - Selv innsikt - bekymring babys. -Tenker på babys helse. -Unngå insulin behandling -Ønsker tilpasset tidlig informasjon. -mangel på kunnskap -ønsker å Endrelivsstilen -Støttende, familie -Hjelp fra omsorgsgivere. 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel på kulturelt tilpasset kostråd. -Mangel på kunnskap og individuelt tilpasset informasjon -Fokusere på barnets helse, og mors helse endre levevanen -Ha støttende miljø 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>

Hjelm et al, (2012b)	Trinn 3: Deskriptive temaer til	A: Analytiske temaer (Under temaer)	B: Hoved temaer
	<ul style="list-style-type: none"> -Bekymrer for diagnosen -Feil informert. -Tillit og tro på Omsorgsgivere -Behov for individuelt tilpasset informasjon. -Mangel på kunnskap om SD -Mangel på Oppfølging. -Motivert til livsstilsendring og forebygge T2D. -Økonomiske belastning. -Behov for støttende miljø 	<ul style="list-style-type: none"> -Mangel på kunnskap og informasjon om SD. -Feil informert av helsepersonalet -Økonomiske belastning -Fokusere helse mor og barnet -Støttende miljø 	<p>Hindrende faktorer til SD egenomsorg.</p> <p>Motiverende faktorer til SD Egenomsorg</p>

