

Kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 2

Ann-Christin Ylvin

Luleå tekniska universitet

D- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå Tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 2
Women`s experiences of living with diabetes type 2

Ann-Christin Ylvin

Omvårdnad D, 61-80 poäng
Fristående kurs, HOV 608
Hösttermin 2006
Handledare: Terttu Häggström

Kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 2

Ann-Christin Ylvin

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 2. Sex kvinnor intervjuades med öppna frågor. Intervjuerna skrevs ut och analyserades som text med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i åtta kategorier som kunde sammanföras till fyra huvudkategorier: Att få diagnosbesked: Att lära sig att leva med sjukdomen: Att leva i vardagen och Att oroa sig för framtiden. Resultatet visade att kvinnor som lever med diabetes typ 2 kunde uppleva diagnosbeskedet mycket olika, chockartat eller inte alls överraskande. De kunde ha svårt att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar på grund av att de ansvarade för hem och familj. Några upplevde att sjukdomen styrde livet, medan andra ansåg att det gick att leva ett vanligt liv. Dessa vitt skilda upplevelser av att leva med diabetes typ 2 visar att omvårdnadsansvariga sjuksköterskor måste möta varje unik kvinna i sitt livssammanhang så att omvårdnad i samband med diagnosbesked, undervisning, råd och stöd blir individuellt anpassat till hennes och familjens behov.

Nyckelord: Diabetes typ 2, kvinnor, upplevelse, kvalitativ studie, innehållsanalys, livsstilsförändring, egenvård.

Att drabbas av en kronisk sjukdom påverkar personen som lever med den på många olika sätt och livssituationen kan förändras totalt. Att lära sig leva med en kronisk sjukdom kan liknas vid en process där man söker efter en ny identitet (Söderberg, Lundman & Norberg, 1999). Det kan även liknas vid den process som följer efter en krisreaktion. Förlusten av hälsa och en frisk kropp blir till ett sorgearbete och det tar tid att bearbeta den förändrade situationen (Gåfvells, Lithner & Börjesson, 1993). Känslor av osäkerhet och rädsla kan upplevas när livet förändras och att bli sjuk eller skadad påverkar hela livssituationen, familj och arbetsliv inkluderat (Söderberg, Jumisko & Gard, 2004).

Kroniska sjukdomar kan inte botas och de konventionella behandlingsmetoderna är begränsade till symtomkontroll, vilket oftast innebär en strävan efter att förebygga progress och att personen som lever med en kronisk sjukdom lär sig egenvård. Till kroniska sjukdomar räknas diabetes, som är en av vår tids största och snabbast ökande folksjukdomar (Thorne & Paterson, 2000).

Diabetes typ 2 kännetecknas av insulinresistens som orsakas av otillräcklig eller så småningom helt upphörd insulinproduktion. Sjukdomen kan finnas under lång tid utan att ge besvär, men med stigande blodsocker uppkommer klassiska diabetessymtom som: stora urinmängder, ökad törst och viktnedgång. Med sjukdomen, som är allvarlig och progressiv, följer ökad risk för att drabbas av komplikationer. De består i huvudsak av hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, njurskador, ögonskador samt försämrad cirkulation i benen. Bidragande orsaker till denna folksjukdom kan vara övervikt, hög ålder, för lite fysisk aktivitet och ärftlighet. Debuten sker i regel efter 40års åldern (Agardh, Berne & Östman, 2002, s.14-16). Sexuella problem förekommer även hos kvinnor med diabetes och det påverkar livskvaliteten eftersom sexualitet är en viktig del av livet och i relationer. Trötthet, infektioner, minskad lust, torrhet och smärta vid samlag är problemområden i sexlivet för kvinnor som lever med diabetes (Hulter, Berne & Lundberg, 1998).

Den globala prevalensen av diabetes var år 2002, 171 millioner människor och förväntas vara 366 millioner människor år 2030. Framförallt är det diabetes typ 2 som ökar och det anses vara den sjukdom som ökar mest i framtiden, mycket beroende på förändrad livsstil. Insjuknande i diabetes förväntas öka i alla åldersgrupper, men den största ökningen förväntas ske i åldersgruppen 45-64 år. Den största proportionella ökningen anses ske i utvecklingsländerna och dessa samhällen har det sämsta förutsättningarna att hantera

situationen på grund av att de saknar resurser för adekvat, professionellt omhändertagande av personer med diabetes (Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004). I Sverige anges att tre-fyra procent, av befolkningen eller ca 300 000 personer har diabetes varav ca 85-90 % har diabetes typ 2, som huvudsakligen drabbar människor i vuxen ålder (Wändell & Gåfvels, 2003). Förekomsten av diabetes är lite högre bland män under 60 år än bland kvinnor i samma ålder, men det finns fler äldre kvinnor som lever med diabetes än män. Detta förklaras med att kvinnor lever längre och diabetes förekommer oftare hos äldre (Wild, et. al., 2004).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2001) påpekas att antalet yngre personer som lever med diabetes typ 2 ökar. Kvinnor med diabetes typ 2 har två till fyra gånger större risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom jämfört med kvinnor som inte har diabetes. Det har även visats att kvinnor med diabetes har en större risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom än män med diabetes (Jackson et al., 2000; Juutilainen et al., 2004).

Behandling av diabetessjukdom är i första hand ändrade kostvanor med minskat fett- och sockerintag och ökad fysisk aktivitet. Om kostbehandling inte är tillräcklig blir nästa steg tablett- eller insulinbehandling. Det övergripande målet för behandling av diabetes hos personer som lever med sjukdomen diabetes är att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer med bibehållen livskvalitet enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2001). Det påpekas i dessa riktlinjer, att behandlingen bygger på egenvård och patientutbildning är därför nödvändig.

Livsstilsinterventioner med rådgivning om kost och daglig fysisk aktivitet har rapporterats kunna förhindra uppkomst av diabetes hos personer som löper ökad risk att få sjukdom genom ärftlig disposition och ofördelaktig livsföring. Sådana interventioner reducerar också incidensen av diabetes bland en befolkning (Tuomilehto et al., 2001).

I studier har det framkommit att det fortfarande är kvinnor som har huvudansvaret för hem, barn och hushållsarbete, trots att de flesta kvinnor numera förvärvsarbetar (Lundberg, Mårdberg & Frankenheuser, 1994). Kunskaper om kvinnors livsvillkor och arbete kan vara viktigt för sjukvårdspersonal i deras bemötande och omhändertagande. Carlstedt och Forssén (1999) har i sin avhandling lyssnat till och analyserat kvinnors livsberättelser och därmed tagit del av den förändring av hemarbetet som skett, från att en tid ha varit det ideala för kvinnor till att bli mycket lågt värderat av kvinnorna själva och samhället. Fortfarande

förväntas dock kvinnor i västvärlden ägna mer tid och kraft åt obetalt arbete i vardagen, i jämförelse med män, trots att de flesta kvinnor förvärvsarbetar. I en australiensisk studie av Hepworth (1999) framkom att kvinnor med diabetes hade allt ansvar för matlagning i familjen och de satte männens behov före sina egna genom att laga olika maträtter. Kvinnorollen kan, enligt Malterud och Hollnagel (1997), jämföras med patientrollen, man skall vara duktig, tapper, foglig och inte klaga.

I andra studier har det visats att kvinnor och män upplevde diabetes på olika sätt, relaterat främst till de olika sociala rollerna. Kvinnor oroade sig mer för framtida konsekvenser, medan män oroade sig för faktiska problem i nuet. De hade också olika syn och förväntningar på vården. Män var oftast nöjda och tyckte att den medicinskt tekniska utvecklingen var viktigast i framtidens diabetesvård, medan kvinnor ansåg att det känslomässiga stödet behövde betonas och utökas (Gåfvells, 1997; Koch, Kralik & Scayne, 2000).

Kralik, Brown och Koch (2001) beskriver att kvinnor i deras undersökning såg det som en omtumlande erfarenhet och en minnesrik händelse i livet att få en kronisk sjukdom. Att leva med diabetes upplevdes som stressande. Dessa kvinnor upplevde att de sågs som socialt annorlunda, att de var upptagna av sig själva och mat, samt att de upplevde en överväldigande ångest och depression.

Att leva med diabetes påverkar både personens och familjens livssituation. Familjeliv och sociala relationer påverkas när en vuxen eller äldre kvinna i en familj med traditionella roller blir sjuk. Det kan vara svårt för en kvinna, som ansvarat för hushållssysslorna i familjen, att få förståelse för att sjukdomen kräver omställningar i vardagslivet som till exempel förändrade kostvanor, regelbundna måltider och mera tid för motion. Att få stöd av familjen är viktigt för att den som lever med diabetes skall kunna hantera sin sjukdom (Lundman, Asplund & Norberg, 1990; Hepworth, 1999). Öhman, Söderberg och Lundman (2003) beskriver att kronisk sjukdom innebär att kämpa för ett normalt liv och att försöka förstå den förändrade livssituationen samt att försöka få svar på varför de har drabbats av sjukdom.

Diabetes typ 2 debuterar oftast omkring 40 årsåldern, då de flesta kvinnor fortfarande förvärvsarbetar och barnen ännu inte flyttat hemifrån. Om sjukvårdspersonal kan förstå kvinnors upplevelser och livsvillkor under den process som det innebär att acceptera en kronisk, livslång sjukdom, som diabetes typ 2, kan dessa kvinnor få bättre stöd och

motivation till att göra de förändringar i vardagslivet, som oftast krävs. Mot denna bakgrund var syftet med denna studie att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med sjukdomen diabetes typ 2.

Metod

Utifrån syftet med denna studie användes en kvalitativ ansats. Forskare som använder kvalitativ forskning har intresse av att beskriva och analysera människors livsvärld för att få en djupare kunskap (Morse, 1999). Datainsamling i kvalitativa studier bygger ofta på intervjuer med frågor som ger berättande svar (Polit & Beck, 2004, s, 33, 248) och insamlade data analyseras stegvis och systematiskt som text (Burnard, 1991).

Procedur

Efter godkännande från vårdcentralschefer vid två vårdcentraler och en medicinmottagning i Norrbotten samt godkännande av etiska nämnden vid Luleå tekniska universitet, institutionen för hälsovetenskap, kontaktades diabetessjuksköterskor vid de nämnda enheterna. De tillfrågades om de kunde hjälpa till med ett första urval av kvinnor till undersökningen.

Diabetessköterskorna valde ut tio kvinnor som motsvarade inklusionskriterierna:

Svensktalande kvinnor med diabetes typ 2, i arbetsför ålder det vill säga mellan 45-65 år, ha levt med sjukdomen i minst två år och vara kost-, tablett- eller insulinbehandlade.

Exklusionskriterier var: Psykisk sjukdom, demens och maligna sjukdomar, och kvinnor med talsvårigheter eller andra modersmål än svenska. Därefter skickade diabetessjuksköterskorna ut en skriftlig förfrågan med ett informationsbrev till de kvinnor som motsvarade nämnda inklusionskriterier (bilaga 1). I brevet fanns information om studien, och dess syfte. Brevet innehöll också information om att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan att tala om varför samt, att deras uppgifter skulle hanteras konfidentiellt. Där angavs också namn, adress och telefonnummer till forskaren (jfr. Forsman, 1997). En svarstalong och frankerat kuvert medföljde brevet (bilaga 2) Tio kvinnor tillfrågades och åtta kvinnor svarade. De som besvarade brevet med att de var intresserade av att delta i studien kontaktades via telefon av författaren för att avtala tid och plats för intervjun. Två kvinnor avböjde deltagande då de tider som var möjliga att erbjuda för intervju inte passade dem.

Intervjupersoner

I studien deltog sex kvinnor med diabetes typ 2 i åldrarna 45-65år. Två av kvinnorna var förtidspensionärer och fyra kvinnor var yrkesarbetande. Fem kvinnor var gifta och hade barn. En kvinna var ensamstående. Tre kvinnor hade insulinbehandling, två hade tablett behandling och en kvinna kostbehandlades. Två kvinnor hade haft sjukdomen i mer än 20 år, en i 10 år, en i åtta år, en i sju år och en i fem år.

Intervju

Intervjuerna utfördes med en narrativ metod för att få berättande svar där informanterna fritt kunde formulera sig. Kvalitativa forskningsintervjuer är en speciell form av samtal där meningen är att få beskrivningar av den intervjuades livsvärld (Kvale, 1997, s, 13, 25, 32). Intervjuerna genomfördes på en plats som deltagarna hade valt, tre intervjuer skedde i hemmet, en på deltagarens arbetsplats och två på en vårdcentral. Intervjuerna spelades in på band och varade mellan 35-60 minuter. Syftet med studien stod i fokus för intervjuerna som började med att bakgrundsinformation inhämtades, såsom ålder, hur länge de hade haft sjukdomen, om de var gifta och hade barn. Genom att därefter använda delvis strukturerade frågor som krävde berättande svar fick deltagaren möjlighet att svara utan att frågorna var ledande (Polit & Beck, 2004). En inledande öppen fråga ställdes: Kan du berätta hur det var när du fick reda på att du hade diabetes? Denna fråga följdes upp med följdfrågor och/eller ytterligare frågor som exempelvis, Kan du säga något om hur livet var före? Är det något som blivit annorlunda? Hur tänker du dig vardagslivet i framtiden? Kan du ge exempel? Genom att berätta förstår man sin egen livsberättelse och den som lyssnar kan dela förståelsen. Efter intervjuerna skrevs banden ut ordagrant. Även suckar, skratt, gråt, gester, pauser skrevs ut i texten för att behålla känslan i samtalet som skrivits ut till text (jfr Kvale, 1997 s, 19-37,136-137).

Analys

De utskrivna intervjuerna analyserades som text med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Metoden beskrivs som en process där de skrivna berättelserna organiseras för att få kunskap och förståelse av fenomenet som studeras. Målet med innehållsanalys är att hitta och beskriva budskapet från den upplevda erfarenheten i texten genom att kommunikation analyseras på ett systematiskt och objektivt sätt (Polit & Beck, 2004).

En kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Burnard (1991) användes i denna studie för att analysera intervjutexterna. Han beskriver processen vid innehållsanalys som bestående av flera steg med syfte att på ett detaljerat och systematiskt sätt sammanfatta och bilda kategorier av påståenden och uttryck som har samma bakomliggande innebörder.

Analysen började med att varje ordagrant nedskrivna intervju lästes igenom flera gånger för att skapa en känsla av innehållet som helhet. Anteckningar i kanten gjordes. Nästa steg var att plocka ut de textenheter som svarade mot syftet med studien. De bokstavs- och siffermarkerades och skrevs in i tabeller. Textenheterna kondenserades till kortare och mer precisa formuleringar utan att tappa kärnan i dem. Därefter kondenserades textenheterna ytterligare genom att formuleras till att-satser som placerades i en ny lista med preliminära kategorier. Kategorier med liknande innehåll slogs samman till bredare kategorier och detta gjordes i flera steg så att kategorier med liknande innehåll blev färre och färre. Genom att jämföra med intervjutexten i varje analyssteg validerades innehållet i kategorierna. Ur detta material bildades slutligen fyra huvudkategorier av det som i näst sista kategoriseringen varit åtta kategorier.

Etiska aspekter

All forskning som försiggår med människor måste ha genomgått en etisk prövning och denna undersökning har granskats och godkänts av den etiska kommittén vid Luleå tekniska universitet (Forsman, 2002, s.136-144, 183-184). De som deltog i studien har gett sitt informerade samtycke innan intervjuerna startades genom att skriva på svarstalongen (bilaga 2). Deltagarna har fått information om intervjuens syfte och tillvägagångssätt både muntligt och skriftligt. Det är viktigt att personen har förstått informationen och att de har fått veta att de när som helst kan avbryta deltagandet utan att berätta varför. Konfidentialitet utlovades, vilket innebär att deltagaren inte skall kunna identifieras i utskrivna data eller i färdig rapport. Namn på personer eller platser har inte skrivits ut i texten endast författaren och handledaren har tillgång till intervjuerna som förvarats i ett låst skåp (jfr Forsman. 2002 s. 139-141; Kvale, 1997). Då intervjuer kan väcka minnen och känslor som upprör hade jag tagit till ordentligt med tid för att låta deltagarna prata färdigt. Jag var beredd på att möta olika reaktioner som kunde kräva svar på frågor som uppstått och på att ge ytterligare förklaringar eller stöd. (Polit & Beck, 2004, s.150-152).

Resultat

Analysen resulterade i fyra huvudkategorier och åtta kategorier (tabell 1) som presenteras i texten nedan och illustreras med citat ur intervjuerna.

Tabell:1 Översikt över huvudkategorier (n=4) och kategorier (n=8)

Huvudkategorier	Kategorier
Att få diagnosbesked	Att beskedet kom som en chock Att inte bli överraskad av beskedet
Att lära sig leva med sjukdomen	Att få veta hur man skall göra Att förändra kost och motionsvanor
Att leva i vardagen	Att kraven på regelbundenhet styr livet och påverkar relationer Att kunna leva som vanligt
Att oroa sig för framtiden	Att vara rädd för följsjukdomar Att oroa sig för andra

Att få diagnosbesked

Huvudkategorin; Att få diagnos bestod av kategorierna; Att beskedet kom som en chock och Att inte bli överraskad över diagnosbeskedet.

Att beskedet kom som en chock

I texten från kvinnors berättelser framkom att beskedet om diabetesdiagnos upplevdes olika. Några kvinnor blev chockade, då de fick beskedet. Det kom oväntat och de hade inte varit förberedda på detta. En medelålders kvinna hade nära släktingar som levde med diabetes, men hon blev ändå chockad då hon fick beskedet. Hon menade att det måste vara smittsamt. Några kvinnor hade sökt för besvär som urinvägsinfektion och klimakteriebesvär på kvinnoklinik

och där fått reda på att de hade diabetes och det hade i det sammanhanget upplevts chockartat. Någon kvinna sa att hon blev chockad fastän hon tidigare haft graviditetsdiabetes men glömt bort det för det gick ju över. Det chockartade beskrevs som att hamna i ett konstigt tillstånd och en känsla av att livet tog slut. Några kvinnor trodde inte att de skulle kunna resa som förut och de var rädda för att bli bundna och beroende av mattider och annat. Andra kvinnor berättade om spruträdsla och de såg framför sig att de skulle bli tvungna att få sprutor, vilket var en stor fasa för dem.

Jag hamnade då....ja, jag fick nog en chock egentligen...när det var så att jag fick veta att jag hade diabetes...

Jag tänkte att livet var slut....att jag inte kunde resa som jag gjort...Jag var inte så riktigt förberedd...

Då reagerade jag inte så mycket för jag tyckte att vem som helst kan ju få lite socker närman väntar barn... så det liksom glömdes bort...

Att inte bli överraskad över diagnosbesked

Det framkom att några kvinnor inte blev speciellt överraskade när de fick diabetes diagnosen eftersom de redan var vana vid sjukdomen i familjen. De kvinnorna hade föräldrar eller någon annan släkting som levde med sjukdomen. De hade fått erfarenheter genom att hjälpa till att sköta sina närstående och de visste nu hur de skulle sköta sig. En kvinna sa att det var som ingenting förändrades för henne, eftersom hon hade levt hela livet med diabetes bland sina närstående. Hennes pappa levde med sjukdomen liksom hennes svärmor som hon vårdat i livets slutskede. Andra kvinnor tyckte sig må bra och tog inte sjukdomen så allvarligt. De tänkte inte så mycket på det.

Nå...jag tänkte inte så mycket...jag bara tänkte...jaha nu har jag drabbats men...

Ja då gick jag till doktorn och då sa hon att jag har diabetes...jag sa liksom... jaha... det varsom ingenting för att jag hade...för jag var så van vid det...

Några kvinnor hade inte reagerat så mycket på diagnosbeskedet, eftersom de innan beskedet hade anat att något var fel och de hade sökt läkare för det. Några hade under en längre tid upplevt törst och varit trötta, haft återkommande svampinfektioner eller trott att de hamnat i

klimakteriet, då de ständigt var törstiga. En kvinna hade sökt läkare på gynekologmottagningen för att hon hade besvär med sveda och ett blodsockerprov som då togs visade ett alldeles för högt värde. En kvinna som fött ett stort barn tidigare tyckte att vårdpersonal borde ha reagerat på detta då. Beskedet för dessa kvinnor hade bekräftat att något var fel i deras kropp, vilket de hade upplevt och anat en längre tid.

Jag var på gyn-undersökning och när den var gjord så frågade jag om det var... hade något att göraatt man kommit upp i övergångsåldern.. att jag var så fruktansvärt törstig....

Jag tänkte att det måste vara något som inte stämmer...jag var så hemskt trött Jämt...

Att lära sig leva med sjukdomen

Huvudkategorin Att lära sig leva med sjukdomen bestod av kategorierna; Att få veta hur man ska göra och Att förändra kost och motionsvanor.

Att få veta hur man ska göra

Det framkom att kvinnor, när de blivit medvetna om diagnosen på sina besvär, började fundera över vad det innebar att leva med diabetes och vad de skulle göra för att hantera den nya situationen. Kvinnor uppgav att de var nöjda med diabetesvården och diabetessjuksköterskan var viktig, eftersom det var en professionell person som berättade hur man skulle göra. Det upplevdes som tryggt att ha en diabetessjuksköterska som de kunde ringa till och fråga om allt. Hon var som ett ”bollplank” ansågs det. Kvinnor berättade också att diabetessjuksköterskan hjälpt dem att komma över deras stickrädsla och fasa för sprutor. Hon hade låtit dem prova att ta sprutor och de upptäckte då att de inte var så farligt. Det var också bra att diabetessjuksköterskan såg till att alla kontroller blev gjorda. Det framkom också att kvinnor upplevde att de fått bättre information om sjukdomen av diabetessjuksköterskan än av läkaren. Det var också lättare att få kontakt med diabetessjuksköterskan när de intervjuade kvinnorna behövde det. Det upplevdes som att behandlingsansvarig läkare aldrig hade tid och det var svårt att få träffa samma läkare. Det var hela tiden nya och det kändes jobbigt.

Diabetessköterskan ser till att jag får komma på ögonkontroll och till fotvården.... Jag tycker att jag fått mycket bättre information om mitt socker utav diabetessköterskan än av min läkare.

Några av de intervjuade kvinnorna tyckte att de var bra att få undervisning i grupp. Det tyckte de var bra att det bara var personer med diabetes i gruppen, för att man förstod varandra bättre. Där kunde de fråga hur andra gjorde och hur andra upplevde olika situationer och diskutera frågor mellan varandra. Det var några kvinnor som fått grupputbildning på internat. Utbildningen hade varit speciellt anpassad för personer som levde med diabetes och dessa kvinnor beskrev tiden på internatet som ett bra sätt att lära sig vad de skulle göra för att hantera vardagen. Där fick de praktiskt träna på nya kost- och motionsvanor.

Det tyckte jag var jättebra....att man samlat bara diabetiker....det fanns de som gick påkost och de som hade sprutor....där kunde man fråga hur andra gör och prata och bollafrågor.....

Att förändra kost- och motionsvanor

De flesta intervjuade kvinnor ansåg att den största och svåraste förändringen var att ändra matvanor. Det var frustrerande att alltid passa mattider och planera för måltiderna. En del hade svårt att införa grönsaker i kosten då de inte var vana hemifrån att äta grönsaker. Andra tyckte att det var svårt att vara utan socker och sötsaker i början, men beskrev att de vant sig så småningom. De lärde sig vilken mat som höll blodsockret på bra nivå genom att testa blodsockret. Kvinnor sa att familjen försökte hjälpa till, speciellt döttrar som kom med recept på sockerfria bakverk. En kvinna sa att alla familjemedlemmar hade slutat att använda socker till fil. Någon annan sa att hon slutade att baka bullar för att inte frestas att äta av dem. Några kvinnor hade svårt att hålla vikten och de var medvetna om att de åt för stora portioner och oregelbundet. De visste att det skulle påverka blodsockret positivt om de gick ner i vikt.

Ja det var svårt att ändra vanor....ibland, det var till och från...för att ...ja, det här medsockret men nu har jag vant mig så...jag saknar inte socker mer... jag kan vara utan

Jag bakar aldrig ...det skall vara till jul i så fall...bullar har jag slutat baka... Det är livsfarligt för mig....om jag har bullar i frysen ...kokar jag kaffe

Kvinnor berättade att de inte var så intresserade av motion och det var svårt i början att komma igång. Några hade börjat gå med stavar och de tyckte nu att det var nyttigt och riktigt roligt. Andra sa att det var lättare att komma ut och motionera på sommaren, de kunde då cykla och promenera. Vintrarna upplevdes oftast kalla och mörka vilket bidrog till att de helst

inte gick ut på promenader. Någon kvinna berättade att hon tyckte illa om motion för att hon inte hade någon att gå ut med, hon ville inte gå ensam. Kvinnor lärde sig att testa blodssockret före och efter motion och de såg att blodssockervärdet gick ner efter en promenad.

Jag tycker inte om motion...det är jag för slö till...men jag kan tänka mig att gå medstavar.... det har funkat för mig

ja jag vet att motion är bra...jag har en spark som jag brukar sparka med och det kan man göra nu när det blir lite varmare och ...solen skiner...

Att leva i vardagen

Huvudkategorin: Att leva i vardagen bestod av kategorierna; Att kraven på regelbundenhet styr livet och påverkar relationer samt: Att leva som vanligt.

Att kraven på regelbundenhet styr livet och påverkar relationer

Kvinnor beskrev att leva med sjukdomen diabetes handlade om att ha rutiner, att ta rätt medicin vid rätt tidpunkt, att äta rätt mat och motionera, att vara flexibel och anpassa sig till det oväntade. Det framkom att kost och regelbundna mattider styrde livet och några kvinnor tyckte att det var jobbigt att planera och passa mattider, speciellt vid resor. Andra tyckte att det var svårt att se till att alltid ha sprutor och kanyler hemma och att passa tiderna när apoteket var öppet. Det framkom också att det var svårt att komma ihåg att ta tabletter vid olika tidpunkter. Att röra sig regelbundet var svårt för många i början. Några kvinnor uppgav att de glömde bort det, men de föresatte sig att bli bättre på detta.

Kvinnor beskrev att de inte hade tid och ork över för vänner och intressen när de arbetade och hade familj för sjukdomen krävde mycket tid. En kvinna upplevde att hon inte hann med sig själv och hon hann inte vara med på möten för att hon måste passa mattider. Andra kvinnor tyckte det var svårt att hinna med mellanmålen när det arbetade. En sa att hon visste att arbetskamrater tittade på klockan när hon gick och kom tillbaka. Kvinnorna hade också märkt att stress på jobbet påverkade blodssockret negativt. De intervjuade kvinnorna lagade all mat i familjen, men de uppgav att de inte lagade olika rätter utan de åt istället mindre portioner och undvek sånt som de inte mätte bra av och istället åt de mer grönsaker. Det framkom att kvinnorna tyckte att de måste passa upp alla andra i familjen med mat och annat så de hann inte med sig själva.

Det styr mitt liv....vänner säger att, kom du också till oss, men jag säger att jag hinnerinte....de säger att vi skall träffas vid 10 tiden....och jag säger att jag kanske hinnerkomma en stund och sen....hem igen och laga mat....

Det känns som att man måste passa upp på alla....jag gör ju det....man skulle liksom skita i det ochlämna allt och gå någonstans....det skulle jag börja göra.....

Jag ska börja tänka på mig själv också....det finns människor som bara tänker på sig själva och deandra får klara sig hur de vill.....

Att kunna leva som vanligt

Ur berättelserna framkom att några av kvinnorna levde i princip som förut och att de inte tyckte det var svårt att leva med sjukdomen. De upplevde inte att de hade gjort så stora förändringar i vardagslivet och det fungerade bra med de livsstilsförändringar de gjort. Dessa kvinnor ansåg sig ha stöd och förståelse från familj och arbetskamrater, eftersom dessa hade förståelse för att de måste passa mattider och kanske gå ifrån en stund. Motionen med dagliga promenader och stavgång var också positivt. De hade lärt sig att kontrollera sitt blodsocker och hålla det på en bra nivå. Dessa kvinnor hade vant sig vid att leva med diabetes och accepterat att vardagslivet hade förändrats.

Nu har jag vant mig vid att leva med det...jag har min blodsockermätare och kontrollerar blodsockret två gånger i veckan....

Att oroa sig för framtiden

Huvudkategorin Att oroa sig för framtiden bestod av kategorierna; Att vara rädd för följsjukdomar och Att oroa sig för andra.

Att vara rädd för följsjukdomar

Kvinnor berättade att de inte ville tänka på framtiden, eftersom de var rädda för att få följsjukdomar och/eller komplikationer såsom hjärt- och kärlsjukdomar, ögonskador och sår på fötterna. Någon kvinna sa att hon alltid tänkte på att sköta sig för att inte drabbas av följsjukdomar för att hon hade en nära släkting som dog i hjärtinfarkt vid 40 årsåldern. Kvinnorna var noga med att gå på kontroller av sina ögonbottnar och de följde noggrant råden

om fotvård och inspekterade fötterna ofta. En kvinna oroade sig för att något skulle hända med henne eftersom hon ännu hade små barn. De ännu inte insulinbehandlade kvinnorna var rädda för att de skulle bli tvungna att ta insulinsprutor. Någon oroade sig för biverkningar av alla tabletter som hon åt för sin diabetes.

*Ja, man funderar på följsjukdomar...det är så när man har diabetes....om
cirkulationen i fötterna... de är känsliga*

*ja vi har många i slakten som har hjärt och kärlsjukdomar...många som har
dött just i hjärtinfarkt...*

Att oro sig för andra

Kvinnor beskrev att de oroade sig för andra hela tiden. De tänkte inte alls på sig själva och någon sade att det nog var ”typiskt kvinnligt”. De oroade sig för barnen och barnbarnen och en kvinna oroade sig mycket för sin make som var sjuk och skulle opereras. Hon gick inte ut och hon motionerade inte alls på grund av detta. Motionscykeln och stavarna fick stå. En kvinna sa att hon kände sig trött och hängig och pratade om att hon ville prova på ljusterapi. Kvinnor oroade sig för att de inte hade någon läkare att vända sig till eller någon annan professionell person inom sjukvården att fråga. Det upplevdes som oroande och jobbigt att möta nya läkare hela tiden och de brydde sig då inte om att gå till läkare eftersom de inte fick träffa samma läkare. Kvinnor hade märkt att det påverkade blodsockret negativt om de oroade sig mycket

*Det är bara andra som jag oroar mig för...därför går jag inte ens ut...jag tänker
inte alls på mig själv.....*

*Man tänker på andra hela tiden...ja jag vet inte hur man är funtad...det är väl
kvinnans sätt....mammorna är väl så.....*

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 2. Resultatet beskrivs i fyra huvudkategorier och åtta kategorier. Huvudkategorin; Att få diagnosbesked bestod av kategorierna; Att beskedet kom som en chock och Att inte bli överraskad av beskedet. Huvudkategorin; Att lära sig leva med sjukdomen bestod av

kategorierna; Att få veta hur man skall göra och Att förändra kost och motionsvanor. Huvudkategorin; Att leva i vardagen bestod av kategorierna; Att kraven på regelbundenhet styr livet och påverkar relationer samt Att kunna leva som vanligt. Slutligen, den sista huvudkategorin; Att oroa sig för framtiden bestod av kategorierna; Att vara rädd för följsjukdomar och Att oroa sig för andra.

Resultatet visade att få beskedet om diabetesdiagnos upplevdes olika. En del kvinnor upplevde att beskedet kom som en chock. De beskrev det som att det var oväntat och de trodde att livet skulle ta slut. De trodde att de skulle bli bundna och beroende av tider att passa. I en studie av Kralik, Brown och Kock (2001) framkommer det att få besked om en kronisk sjukdom är en omtumlande händelse i en kvinnas liv. Kvinnor i den studien känner sig ensamma med sjukdomen och de är sårbara och vilsna. De försöker förstå meningen med sjukdomen och konsekvenserna som sjukdomen kan medföra nu och i framtiden. De försöker skapa sig en ny identitet som en kvinna som lever med en kronisk sjukdom. Söderberg och Lundman (2001) beskriver det som en process av transition. Övergången från att ha varit frisk till att leva med en kronisk sjukdom är som en förlust av kroppens totala integritet, man kan tappa kontrollen över livet och kroppens funktioner. Sjukdom kan leda till en känsla av att vara en börda för andra och till att personen hamnar i en kris (Corbin, 2003; Öhman et al., 2003). Även i Asbrings (2000) studie om kvinnor med kronisk trötthet och kvinnor med fibromyalgi, uppger kvinnor att de måste skaffa sig en ny identitet, vilket tycks likna upplevelsen kvinnor med diabetes typ 2 beskriver i denna studie.

Det framkom vidare i resultatet av denna studie att kvinnor hade anat att något var fel innan de fick diagnosbeskedet och att de under en längre tid hade känt olika symtom. De hade också sökt läkare för att få reda på vad som var fel. I en studie av Sullivan, Weinert och Cudney (2003) om hantering av kronisk sjukdom hos kvinnor på landsbygden framkom att diagnosbeskedet kan vara en lättnad, då kvinnor känt olika symtom länge. Då är det skönt att få veta vad man lider av, så att man kan ställa in sig på det och kan börja planera för sitt liv. Diabetes typ 2 upptäcks ofta slumpmässigt (Eriksson, 1994, s. 70, 168), eftersom sjukdomen har ett smygande förlopp och många har troligtvis haft sjukdomen flera år innan de får ett diagnosbesked. Detta framkom även i resultatet i denna studie. Några kvinnors diagnos hade upptäckts på kvinnokliniken, andras vid besök i primärvård där de sökt läkare för andra åkommor.

I resultatet av denna studie framkom att några kvinnor inte blev överraskade över diagnosbeskedet. Det var nästan väntat, eftersom de kände till att ärftlighet kunde vara en orsak till att de drabbats av sjukdomen. De var vana vid sjukdomen bland sina närstående och tyckte att det var naturligt eftersom föräldrar och syskon samt andra släktingar levde med diabetes. Det var också någon som inte tog sjukdomen så allvarligt, eftersom de ansåg att de mårde bra. Hörnsten, Sandström och Lundman, (2004) beskriver i sin studie, att de kan vara så att personer med diabetes inte vill inse att de har en allvarlig sjukdom, att sjukdomen inte integrerats som en del i dessa personers liv.

För att hantera sjukdomen var kvinnor i denna studie tvungna att lära sig leva med sjukdomen och de behövde få veta hur de skulle göra. De menade att de fick bra information om sjukdomen av diabetessjuksköterskan och de upplevde trygghet med henne. De tyckte också att det var lätt att få kontakt med henne. Thompson, Kozak och Sheps (1999) anser att viktiga komponenter för effektiv vård är att lära patienter vikten av livsstilsförändringar och att läkemedelsbehandlingar följs. Det anses viktigt att diabetessjuksköterskan är tillgänglig och lätt kan nås av personer med diabetes. Täta regelbundna telefonkontakter kan underlätta förbättring av den metabola kontrollen. Adishesiah (2005) beskriver i sin studie om effektiv vård av patienter med diabetes typ 2 och dyslipidemi, att sjuksköterskor är i förgrunden för vården. De är rådgivare för patienter, lärare, samordnare och motivatörer under fortskridandet av sjukdomen.

Hörnsten et al. (2004) beskriver att det är viktigt för sjukvårdspersonal att genom intervjuer få ta del av patienters personliga förståelse av diabetes och dess påverkan på det dagliga livet. Detta kan vara viktig information för planeringen av den fortsatta vården. Att få prata om sin kropp kan skapa tillit och när patienterna får tala med en sjuksköterska om vad de känner och tänker om sin sjuka kropp kan samtalet lindra lidande samt bidra till att patienter känner trygghet (Lindwall, 2004).

För att lära sig att leva med sjukdomen var kvinnor i denna studie, tvungna att lära sig egenvård och att göra livsstilsförändringar genom att förändra kost och motionsvanor. Detta upplevdes som den svåraste förändringen av de flesta kvinnorna. Peel, Parry, Douglas och Lawton (2005) beskriver att kvinnor ser först till familjen behov och därmed kommer de egna nödvändiga förändringarna av matvanor i andra hand. Kvinnor i denna studie beskrev också svårigheter med att komma igång med att motionera och några sade att de tyckte illa om

motion. Whittemore, Melkus och Grey (2005) beskriver att kvinnor med diabetes typ 2 i deras studie har svårt att uppnå de rekommenderade målen med 30 minuters promenader tre till fem gånger i veckan. Kvinnorna i den studien ansåg vidare att de fick tillräckligt med motion genom hushållsarbetet, städning och barnpassning. Regelbundna promenader kunde också utebli på grund av trötthet eller tidsbrist associerat till kvinnors många olika roller och arbetsuppgifter i familjen.

Kvinnor i denna studie uppgav att de stod för matlagningen i familjen och det överrensstämmer med Erikssons (1994) studie där 80 procent av de undersökta kvinnorna, uppgav att de lagade vardagsmaten. Endast sju till nio procent av de undersökta männen lagade mat. Männen ansåg att de delade på det praktiska med matlagningen, men det tyckte inte kvinnorna i undersökningen.

Det framkom i denna studie att kvinnor upplevde grupputbildning positivt. De tyckte att de lärde sig mycket om sjukdomen och hur de skulle genomföra egenvård i vardagen. Det var också värdefullt att få träffa andra som också hade diabetes och få diskutera olika frågor med dem. Thors Adolfsson, Walker Engström, Smide och Wikblad (2006) beskriver i sin studie att patientcentrerade grupputbildningar ökar patienters kunskaper om sjukdomen och om att kunna behålla kontroll över blodsockret, trots sjukdomens progredierande. Rickheim, Weaver, Flader och Kendall (2002) beskriver att grupputbildning är tidsbesparande och kostnadseffektivt. I en metaanalys har Deakin, McShane, Cade och Williams (2005) sammanställt resultat från 11 studier om gruppbaserad undervisning för egenvård. Resultaten visar att gruppbaserad träning för egenvårdsstrategier är effektivt för att förbättra fasteblodsocker och medelblodsocker (HbA1c). Kunskaper om sjukdomen förbättrades också med gruppbaserad träning. Dessutom sjönk det systoliska blodtrycket, vikten minskade och man såg även ett minskat intag av mediciner. Patientorienterade möten som är patientcentrerade och stimulerar empowerment har visats vara effektiva tillsammans med långsiktig regelbunden uppföljning vilket beskrivs i en studie av Renders et al. (2001).

Kvinnor i denna undersökning upplevde att krav på regelbundenhet styrde livet och påverkade relationer. Det framkom att kvinnor kände sig isolerade och utanför då kraven på regelbundenhet, planering av matlagning och tider att passa gjorde att de inte hann med det sociala livet. Thernulf Nyhlin (1990) påstår att patienter med diabetes ständigt måste balansera ”på slak lina” för att reglera blodsockernivån med mängden mat, motion och hur

mycket insulin de behöver ta. Kvinnor i denna studie upplevde att de inte hade tid för sig själva och de hann inte träffa vänner. Detta resultat styrks av liknande resultat i studier av Hjelm, Nyberg, Isacsson och Appelqvist (1999) som hade undersökt hur invandrade kvinnor från Jugoslavien och svenska kvinnor med diabetes, hanterade sjukdomen. I studier av Koch, Kralik och Sonnak (1999) och Nordenmark och Nyman (2003) påvisas att kvinnor arbetar lika mycket utanför hemmet som män, men de har fortfarande huvudansvaret för hemmet och familjen. Nordenmark och Nyman (2003) påtalar också att det är oftare kvinnor som vill minska arbetstiden utanför hemmet för att de känner sig mera stressade än män och de uppger att det är på grund av ansvaret för familjen.

I kategorin att kunna leva som vanligt framkom att en del kvinnor levde i princip som förut. De hade vant sig vid sin sjukdom och lärt sig att acceptera och leva med diabetes. Vardagslivet fungerade bra med de livsstilsförändringar de hade gjort och de hade lärt sig att kontrollera sitt blodsocker och hålla det på en bra nivå. De hade även lärt sig att tycka om att motionera. Delmar et al. (2005) beskriver i en studie om personer som lever med kronisk sjukdom, att de hade funnit harmoni med sig själva och sin sjukdom. De hade accepterat att det är så här det måste bli. Liknande beskrivningar om livsstilsförändringar som har betydelse för välbefinnande finns i studier av personer med kronisk hjärtsvikt (Rhodes & Bowles, 2002).

Kvinnor i denna studie hade förståelse och stöd från familj och arbetskamrater. Eriksson (1997) beskriver att när en person i familjen blir sjuk så ändras levnadsförhållandena för den resterande familjen. Det är viktigt att familjemedlemmar ingår i vården då det ger en känsla av trygghet för den sjuka beskriver Öhman et al. (2003). Sandén-Eriksson (2000) förmedlar att personer med diabetes typ 2 kan sänka sina blodsockervärden om de har en stark känsla av sammanhang (SOC), har accepterat sjukdomen, är aktiva och söker kunskaper om diabetessjukdomen samt följer kostrekommendationer.

I kategorin, Att oroa sig för framtiden och att vara rädd för följsjukdomar uppgav kvinnor att de inte ville tänka på framtiden. De var rädda för att få hjärt-och kärlsjukdomar, ögonproblem, problem med cirkulationen i benen och sår på fötterna. Därför var de noga med egenvården och att gå på kontroller samt följa råden de fick. Hjelms, Nybergs och Appelqvists (2002) resultat visar att kvinnor som lever med diabetes, försöker anpassa sig till sin situation genom att söka mer information om hur de skall sköta sina fötter och hur det skall anpassa

diabetessjukdomen i det dagliga livet. Dessa kvinnor känner sig tryggare inför framtiden än männen i studien. Männen uttryckte mer rädsla för amputationer, blindhet och beroende i det dagliga livet i framtiden. Gillibrand och Flynn (2001) påvisar att personer med diabetes inte ville veta att diabetes kan leda till blindhet och de vill inte tänka på det. Det framgår av Leksells, Johanssons, Wibells och Wikblads (2001) studie att oron för följsjukdomar till diabetes typ 2 är befogad. Dessa forskare beskriver att diabetesrelaterade synskador är den vanligaste följsjukdomen före 65 års ålder och för den som har diabetes är det mest skrämmande att bli blind. Intervjuade kvinnor i denna studie var även oroliga för att läkemedel som deras diabetessjukdom behandlades med skulle ge biverkningar. Liknande oro för läkemedelsbiverkningar framkommer i Lais, Lew-Tings och Chiets (2005) studie där personerna med diabetes är rädda för att alla läkemedel skadar njurarna.

I kategorin Att oro sig för andra framkom att kvinnor tänkte på och oroade sig för andra. De tänkte på barnen, barnbarnen och sina män i första hand. Hepworth (1999) beskriver att kvinnor har omsorg om andra och tänker inte alls på att ta hand om sin sjukdom. De är i första hand maka, mamma och vän. Om de har en make eller sambo med diabetes är det hans sjukdom som är viktigast. Liknande upplevelser framkommer i studie av Paulson, Norberg och Söderberg (2002) om kvinnors erfarenheter av att leva med män som har fibromyalgi. Där beskriver kvinnor det som att leva i skuggan av mannens smärta. De känner sig ensamma och utmattade.

Metodöverbägande

En kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera bandinspelade och utskrivna intervjuer i denna studie. Metoden ansågs mest lämpad att använda då syftet var att beskriva kvinnors upplevelser att leva med diabetes typ 2. Sex kvinnor intervjuades och intervjuerna bandinspelades. Avgörande för hur intervjun blir är forskarens förförståelse för ämnet, hur kunnig hon eller han är, hur lyhörd hon eller han är för vad som sägs och inte sägs samt hennes eller hans empati med informanten i intervjusituationen (jfr Kvale, 1997, s.100-136). Författaren har i sin dagliga verksamhet ofta möten med personer som lever med diabetes och har därför vana av att samtala med dessa personer. Denna erfarenhet och kunskap kan ha varit en fördel i intervjusituationen men det kan också ha bidragit till att föra in samtalen på "förväntade spår". Resultaten i den här undersökningen kan inte generaliseras och några långtgående slutsatser kan inte dras eftersom antalet deltagare inte var så många. Författaren ville intervju kvinnor i arbetsför ålder och hade därför ett begränsat åldersspann. Tidigare

studier visar liknande resultat och ämnet är relevant då det finns många kvinnor som lever med diabetes och det ökar hela tiden i hela världen och numera anses sjukdomen vara en pandemi.

De intervjuade kvinnorna i denna studie nämnde inte något om sexuella problem. Det är välkänt att diabetes kan förorsaka sexuella problem. Det finns även ett samband med diabetes neuropati som påverkar de autonoma nerverna och det kan ligga bakom problemen (Hulter et al, 1998). Det har även visats i studier att kvinnor sällan söker hjälp för sina sexuella problem, de antar att det hör till åldrandet eller att de är i klimakteriet (Enzlin et al., 2002; Sarkadi & Rosenqvist, 2001). En orsak till att de intervjuade kvinnorna i denna studie inte spontant nämnde sexuella problem kan vara att det är ett känsligt ämne och att det inte är något man tar upp i en intervju med en okänd person vid första och enda mötet. Intervjuaren ställde inte heller någon direkt fråga.

Studiens förtjänster är att resultaten kan anses vara överförbara till andra kvinnor i liknande situationer. Det kan öka förståelsen och bemötandet hos vårdpersonal av kvinnor som lever med diabetes typ 2 genom att ta del av hur de upplever sin vardag och hur de hanterar sin sjukdom. Den förståelsen kan användas för att förstå andra personer med kroniska sjukdomar. Fortsatt forskning inom ämnet föreslås med avseende på kvinnors respektive mäns upplevelser av att leva med diabetes typ 2 för att öka sjuksköterskors förståelse, eftersom förståelsen ska ligga till grund för möten och samtal med varje unik person och deras närstående.

Slutsatser

Kvinnor i studien upplevde diagnosbeskedet mycket olika, något som omvårdnadsansvarig sjuksköterska bör vara uppmärksam på. Kvinnor som lever med diabetes har fortfarande det största ansvaret för familj och hem och kan därmed ha svårt för att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar om inte familjen aktivt deltar i dessa. Kvinnor kan uppleva att diabetessjukdomen styr deras liv och de blir svårt att få tid till annat. Några kvinnor tycks klara omställningen och de kan integrera sjukdomen i vardagslivet och leva som vanligt. Varje kvinna måste därför ses som en unik person i sitt livssammanhang så att undervisning, råd och stöd blir individuellt anpassad till hennes och familjens behov.

Referenser

Adiseshiah, M. (2005). Effective care of patients with typ 2 diabetes and dyslipidemia: A nurse's perspective. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68, 23-27.

Agard, C.D., Berne, C., & Östman, J. (2002). *Diabetes*. Stockholm: Liber AB.

Asbring, P. (2000). Chronic illness- a disruption in life: Identity- transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 312-319.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Carlstedt, G & Forssèn, A. (1999). *Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser*. (Doktorsavhandling). Luleå: Luleå tekniska universitet.

Corbin, J. M. (2003). The body in health and illness. *Qualitative Health Research*, 13, 256-267.

Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Library*. (20.4.2005.) <http://www.thecochranelibrary.com>.

Delmar, C., Böje, T., Dylmer, Forup, L., Jakobsen, C., Möller, M., Sönder, H., & Pedersen, B. (2005). Achieving harmony with oneself: Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 204-212.

Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vandenschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction i women with type 1 diabetes: A controlled study. *Diabetes Care*, 25 (4), 672-677.

Eriksson, B. S. (1994). *Ett år med diabetes* (Rapport i socialt arbete) Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practise Quarterly*, 3, 8-13.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Forsman, B. (2002). *Vetenskap och moral*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.

Gillibrand, W., & Flynn, M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes: A qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 501-510.

Gåfvvels, C., Lithner, F., & Börjesson, B. (1993). Living with diabetes: Relationship to gender, duration and complications. A survey in northern Sweden. *Diabetic Medicine*, 10, 768-773.

Gåfvvels, C. (1997). *People behind the disease*. (Medical Dissertations, New Series No 495). Umeå: Department of Social Medicine and Medicine, Umeå University.

Hepworth, J. (1999). Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scandinavian Journal Public Health*, 27, 260-266.

Hjelm, K., Nyberg, P., Isacson, Å., & Apelqvist, J. (1999). Beliefs about health and illness essential for self-care practice: A comparison of Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1147-1159.

Hjelm, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2002). Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 673-684.

Hulter, B., Berne, C., & Lundberg, P. O (1998). Sexual function in women with insulin dependent diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Sexology*, 1, 43-50.

Hörnsten, Å. (2004). *Experiences of diabetes care-patients' and nurses' perspectives.* (Medical Dissertation) Umeå: Department of Nursing and Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine, Umeå University.

Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 174-82.

Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliot, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonsen, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): A feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1403-1411.

Juutilainen, A., Kortelainen, S., Lehto, S., Rönnemaa, T., Pyörälä, K., & Laakso, M. (2004). Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *The American Diabetes Association, inc. 27*, 2898-2904.

Koch, T., Kralik, D., & Sonnak, D. (1999). Women living with type II diabetes: The intrusion of illness. *Journal of Clinical Nursing, 8*, 712-722.

Koch, T., Kralik, D., & Scayne, J. (2000). Men living with diabetes: Minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing, 9*, 247-254.

Kralik, D., Brown, M., & Koch, T. (2001). Women's experiences of being diagnosed with a long term illness. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 594-605.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Lai, W.A., Lew- Ting, C.Y., & Chiet, W.C. (2005). How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabetes Medicine, 22*, 286-292.

Leksell, J. K., Johansson, I., Wibell, L. B., & Wikblad, F. (2001). Power and self-perceived health in blind diabetic and nondiabetic individuals. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 511-519.

Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi: Åbo.

Lundberg, U., Mårdberg, B., & Frankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 315-327.

Lundman, B., Asplund, K., & Norberg, A (1990). Living with diabetes: Perceptions of well-being. *Research in Nursing & Health*, 13, 255-262.

Malterud, K. & Hollnagel, H. (1997). Women's self-assessed personal health resources. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15, 163-8.

Morse, J. (1999). Qualitative methods: The state of the art. *Qualitative Health Research*, 9, 393-406.

Nordenmark, M., & Nyman, C., (2003). Fair or unfair? Perceived fairness of household division of labour and gender equality among women and men. *The European Journal of Women's Studies*, 2, 181-209.

Paulson, M., Norberg, A., & Söderberg, S. (2002). Living in the shadow of fibromyalgic pain: The meaning of female partner's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 235-243.

Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 6: 779-791.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia, New York, Baltimore: Lippincott.

Renders, C. M., Valk, G.D., Griffin, S. J., Wagner, E. H., Eijk Van, J., & Assendelft, W, J. J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes in primary care, Outpatient, and community settings: A systematic review. *American Diabetes Association, Inc*, 24, 1821-1833.

- Rhodes, D., & Bowles, C. (2002). Hearth failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 441-449.
- Rickheim, P.L., Weaver, T.W., Flader, J.L., & Kendall, D.M. (2002). Assessment of group versus individual diabetes education: A randomized study. *Diabetes Care*, 25, 269-274.
- Sandén- Eriksson. B. (2000). Coping with type 2 diabetes: the sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 1393-1397.
- Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2001). Contradictions in the medical encounter: Female sexual dysfunction in primary care contacts. *Family Practice*, 18, 161-166.
- Socialstyrelsen. (2001). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus version för hälso- och sjukvård*. (12.6.2001) [http:// www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
- Sullivan, T., Weinert, C., & Cudney, S. (2003). Management of chronic illness: Voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 566-574.
- Söderberg, S., Lundman, B., & Norberg, A. (1999). Struggling for dignity: The meaning of women's experience of living with fibromyalgia. *Qualitative Health Research*. 575-587.
- Söderberg, S., & Lundman, B. (2001). Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*. 22, 617-631.
- Söderberg, S., Jumisko, E., & Gard, G. (2004). Clients' experiences of a work rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*, 26, 419-424.
- Ternulf Nyhlin, K. (1990). *Patients experiences in the self- management of diabetes mellitus- walking a fine line*. (Medical Dissertation, New series No 288). Umeå: Department of Internal Medicine, Umeå University.
- Thompson, D., Kozak, S., & Sheps, S. (1999). Insulin adjustment by a diabetes nurse educator improves glucose control in insulin- requiring diabetic patients: A randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 16, 952-962.

Thorne, S. E., & Paterson, B. L. (2000). Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience. *Annual Review of Nursing Research, 18*, 3-25.

Thors Adolfsson, E., Walker-Engström, M.L., Smide, B., & Wikblad, K. (2006). Patient education type 2 diabetes. A randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research Clinical Practice*. (19.9.2006) <http://www.elsevier.com/locate/diabres>

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine, 18*, 1343-1349.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care, 27*, 1047-1053.

Whittemore, R., Melkus, G., & Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 195-203.

Wändell, P-E., & Gåfvels, C. (2003). Patients with type 2 diabetes aged 35-64 years at four primary health care centres in Stockholm county, Sweden and complications in relation to gender and socio-economic status. *Diabetes Research and Clinical Practice, 63*, 195-203.

Öhman, M., Söderberg, S. & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with chronic illness. *Qualitative Health Research, 4*, 530-540.

Bilaga 1.

Förfrågan om medverkan i studie

Vid institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet planeras en studie med syfte att undersöka kvinnors upplevelser av hur det är att leva med diabetes typ2. Du tillfrågas genom detta brev om Du vill delta i den studien och dela med dig av dina upplevelser. Om sjukvårdspersonal får ökade kunskaper om hur kvinnor med diabetes upplever sin livssituation genom berättelser kan det bidra till utveckling och förbättring av omvårdnaden.

Studien bygger på att du frivilligt väljer att delta. Du kan välja att avsluta deltagandet när helst du önskar utan att uppge skäl. Studien kommer att genomföras med intervjuer som spelas in på band. Intervjun kan ske i ditt hem eller på annan plats om du önskar det. Den beräknas ta cirka 30-60 minuter.

Efteråt kommer intervjun att skrivas ut av projektledaren och banden kommer att förvaras i låst skåp. Varken din eller någon annans identitet registreras i det utskrivna materialet. Resultatet kommer att presenteras så att ingen person skall kunna identifieras. Endast projektledaren och handledaren kommer att ha tillgång till materialet. Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig via institutionens hemsida (www.ltu.se).

Med vänlig hälsning

Ann-Christin Ylvin
Leg sjuksköterska, D-studerande
Passvägen 5
98145 Kiruna
Telefon: arb. 0980-732 38, 070-608 32 30
E-post: anki.ylvin@bredband.net

Terttu Häggström
Universitetslektor/handledare
Institutionen för hälsovetenskap
Luleå tekniska universitet.

Bilaga 2

Institutionen för hälsovetenskap
Ann-Christin Ylvin
Passvägen 5
Telefon: 0980-808 86, 070-214 07 88

Förfrågan om medverkan i forskningsprojekt/examensarbete
Svarstalong

Jag accepterar att du kontaktar mig för eventuellt deltagande i
forskningsprojekt/examensarbete

Namn:.....
Adress:.....
Telefonnummer:.....

Returnera denna svarstalong till

Ann-Christin Ylvin
Passvägen 5
98145 Kiruna