



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Samband mellan störd nattsömn och sårsmärta vid kroniska bensår

Annina Nilsson

Camilla Nilsson

Handledare: Amanda Hellström

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona: 2014-05-29

Samband mellan störd nattsömn och sårsmärta vid kroniska bensår

Annina Nilsson
Camilla Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Människokroppen åldras med tiden och funktioner försämras, detta ökar risken för att den äldre ska drabbas av till exempel hjärt- och kärlsjukdomar som är en bidragande orsak till bensår. Bensår förknippas ofta med smärta och kan upplevas olika beroende på sårdiagnos. Sömn är en viktig komponent vid sårhelingsprocessen och störd nattsömn är ett vanligt förekommande problem hos den äldre befolkningen, då äldres sömnmönster förändras med tiden.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka förhållandet mellan störd nattsömn och sårsmärta bland personer med kroniska bensår i åldern 65 år och äldre i Blekinge län, samt beskriva skillnader i sömn mellan män och kvinnor med bensår.

Metod: Tvärsnittsstudie baserad på 1824 personer registrerade i kvalitetsregistret RiksSår. Genom Pearson chi Square och Spearmans rho gjordes analyser för att se samband av störd nattsömn i förhållande till kön och sårsmärta. En bortfallsanalys gjordes för att kunna se skillnader mellan de som besvarat frågan om störd nattsömn och de som inte besvarat frågan.

Resultat: Studien visade att det fanns ett samband mellan störd nattsömn och sårsmärta, dock fanns det ingen statistisk skillnad mellan könen i förhållande till störd nattsömn. Det visade även att de med arteriella bensår svarade högst på smärtskalan och var den grupp där störd nattsömn var mest förekommande. I bortfallsanalysen framkom det att det fanns vissa skillnader mellan de som svarat på frågan och de som inte svarat på frågan om störd nattsömn i förhållande till kön, sårdiagnos och sårsmärta.

Slutsats: Föreliggande studie visade att det fanns ett samband mellan störd nattsömn och sårsmärta. Detta innebär att patienter med sårsmärta kan löpa större risk att få störd nattsömn, dock behövs vidare studier för att se om sårsmärta är enda orsaken eller om det finns andra bidragande faktorer.

Nyckelord: Kroniska bensår, Störd nattsömn, Sårsmärta, Äldre

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Äldre	4
Kroniska bensår	5
Störd nattsömn	6
Virginia Hendersons omvårdnadsteori	7
Syfte	7
Hypotes	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiskt övervägande	10
Resultat	10
Bortfallsanalys	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
Självständighet	18
Referenser	20

Inledning

Hjärt- och kärlsjukdomar är den största orsaken till att äldre människor drabbas av bensår. Människor blir skörare med åldern och runt 65 års ålder sker det många fysiska-, psykiska- och sociologiska förändringar vilket gör att personen blir mer känslig för sjukdomar, så som hjärt- och kärlsjukdomar. Hos äldre som lider av hjärt- och kärlsjukdom är det inte ovanligt att bensår uppstår, då blodcirkulationen i benen försämras av sjukdomen och det kan göra att bensår uppstår spontant eller genom yttre åverkan (Larsson & Rundgren, 2010; Lindholm, 2012). Personer med bensår har ofta någon form av störd nattsömn, då bensår kan orsaka svår smärta och klåda (Lindholm, 2012; Upton & Andrews, 2013).

Det finns brist på undersökningar om patienter med bensår har någon form av störd nattsömn orsakat av sårsmärta. Anledningen till att det här ämnet måste undersökas ytterligare är för att sömn är viktig för hälsan och är en relevant komponent vid sårhelingsprocessen. Bensår kan innebära svåra smärtor för många i denna patientgrupp och på grund av det är det viktigt att se hur vanligt förekommande det är med störd nattsömn hos personer med bensår och om sårsmärta är en bidragande faktor till symtomet. Samtidigt är det relevant att se hur störd nattsömn fördelar sig bland äldre personer med bensår i förhållande till kön. Då störd nattsömn enligt Karlson, Gallagher, Olson och Hamilton (2013) är ett symptom som ökar med åldern och är vanligare hos kvinnor än män. Utifrån Henderson (1997) ska sjuksköterskan kunna hjälpa sina patienter med de 14 grundläggande behoven, utifrån det så är det viktigt att som sjuksköterska inneha en förståelse för hur sömn, vila och bensår hänger ihop.

Bakgrund

Äldre

Enligt World Health Organization [WHO] (2014) finns det flera åldrar som kan definiera "äldre" beroende på i vilket land/världsdel begreppet används. Flera studier skriver att människor i 65 års ålder och äldre ofta har någon fysisk funktionsnedsättning på grund av att kroppen blir allt skörare och organens funktioner minskar, som följd ökar risken att drabbas av kroniska sjukdomar, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och cancer (Evenhuis, Hermans, Hilgenkamp, Bastiaanse & Echteld, 2012; Fried, Tangen, Walston, Newman,

Hirsch, Gottdiener, m.fl., 2001). Åldras innebär enligt Gustafson och Olofsson (2012) biologiska-, sociala- och psykologiska förändringar och hur snabbt processen utvecklas är individuellt då människor har olika genetiska förutsättningar. Idag blir allt fler människor multisjuka vilket beror på att fler människor har större potential att bli äldre tack vare medicinsk forskning, förbättrade levnadsvillkor och människors bredare kunskap om hälsa (Gustafson & Olofsson, 2012). Enligt WHO (2014) är definitionen av ”äldre” i Sverige oftast vid pensionsåldern som är 65 år. I denna studie benämns äldre därför från 65 år och äldre.

Kroniska bensår

Kroniska bensår kan vara venösa, eller arteriella sår som inte läkt efter sex veckor. Det kan också vara en blandning av venöst- och arteriellt. Kroniska bensår definieras även som sår på ankel och fot (Larsson & Rundgren, 2010; Lindholm, 2012). I denna studie benämns kroniska bensår som endast bensår.

Arteriella bensår beror på förträngningar, oftast på grund av åderförfettning i artärerna som orsakar försämrat blodflöde från hjärtat och ut i kroppen. Det leder till att huden får brist på näring och syre vilket i sin tur leder till att huden blir skör och tunn. Den sköra och tunna huden gör att sår uppstår lättare och samtidigt bidrar arteriell insufficiens (förträngningar i artärerna) till att det blir svårare för såret att läka. Risken för att få arteriella bensår är störst hos äldre, rökare, diabetiker, personer med högt blodtryck eller förhöjda halter av blodfetter. Arteriella bensår kan uppstå på fot eller på underben, dock är det vanligast på foten. Den här formen av bensår har oftast kännetecknen som svart täckande sårskorpa och att benet är blekt och kallt (Larsson & Rundgren, 2010; Lindholm, 2012).

Larsson och Rundgren (2010) och Lindholm (2012) skriver att venösa bensår uppstår på grund av försämrat återflöde, venös insufficiens, till hjärtat. I venerna finns klaffar som hjälper till att föra blodet upp från fötterna och benen till hjärtat genom att sluta sig varje gång en viss mängd blod förs uppåt. Om klaffarna inte sluter tätt ökar risken för läckage vilket leder till att blodet stannar kvar i benet. En annan orsak till venös insufficiens kan vara att vadmusklerna, som hjälper till att pressa blodet tillbaka till hjärtat genom växelvis sammandragning och växelvis avslappning, inte orkar pressa blodet tillbaka till hjärtat. Venös insufficiens ökar riskerna för inflammation i huden och i underhudsfettet som i sin tur leder till tunn och skör hud. Den tunna och sköra huden ökar riskerna för att få sår och precis som vid arteriell insufficiens bidrar venös insufficiens till att såret får svårare att läka. Den här

formen av bensår uppstår oftast på ankeln men kan också uppstå på underbenet och foten. Risken att få venösa bensår är störst hos äldre, överviktiga, gravida, vid blodpropp, om personen har ett arbete där han/hon står mycket och det kan också vara ärftligt. Den här formen av bensår har kännetecken som att det är oregelbundet i formen, kan göra ont och sitter ofta ytligt (Larsson & Rundgren, 2010; Lindholm, 2012).

Larsson och Rundgren (2010) och Lindholm (2012) poängterar att venös-arteriella bensår är en blandning av arteriell insufficiens och venös insufficiens. Det har blivit allt vanligare med den här formen av bensår då människor lever allt längre. Det finns också ett samband mellan personer som har rökt större delen av sitt liv och blandsår (a.a.). Rökning leder till försämrad sårhäkning, då rökning gör att inflammationsfasen förlängs och minskar produktionen av fibroblaster (bindväv) i såret (Sørensen, Toft, Rygaard, Ladelund, Teisner & Gottrup, 2010)

Hjerppe, Saarinen, Venermo, Huhtala och Vaalasi (2010) skriver att försämrad rörlighet kan leda till att bensår läker sämre/långsammare på grund av att rörelseaktivitet ökar cirkulationen i kroppen. Enligt Taverner, Closs och Briggs (2014) kan sårsmärta upplevas olika beroende på sår diagnos och smärttröskel. Personer med bensår lider ofta av sårsmärta av varierande grad beroende på sår diagnos. Rörligheten kan begränsas av smärta och bandage/omläggnings material och upplevs oftast som ett hinder i det dagliga livet. Closs, Nelson och Briggs (2008) skriver att venöst bensår upplevs som bultande- och brännande smärta, det uppstår också oftast någon form av klåda i och runt såret. Vid arteriella bensår upplevs smärtan vass och mycket smärtsamt. Vid sår diagnosen venös-arteriell kan personen uppleva alla smärtupplevelserna.

Störd nattsömn

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2010) är störd nattsömn ett vanligt förekommande problem bland äldre i Sverige och är vanligare bland kvinnor och vissa socioekonomiskt svaga grupper. Vad som orsakar störd nattsömn är inte klarlagt, dock finns det teorier så som ökad arbetsbelastning, högre krav på den enskilde människan och störningar i boendemiljön. Enligt Larsson och Rundgren (2010) förändras sömnen med stigande ålder. Äldre personer har kortare djupsömn vilket orsakar att äldre sover ytligare än yngre personer, det gör att de vaknar lättare och att återhämtningen blir försämrad.

Störd nattsömn, sömnproblem och insomni innebär svårt att somna in, onormalt antal nattliga uppvaknanden, svårt att somna om och för tidigt uppvaknande. Det kan också vara en blandning av dessa symtom (Krystal, 2005; SBU, 2010). Onormalt antal nattliga uppvaknaden innebär att personen vaknar en eller flera gånger per natt och att personen själv upplever det som ett problem (Krystal, 2005; SBU, 2010). I denna studie används begreppet störd nattsömn för samtliga ovan nämnda sömnproblem.

Virginia Hendersons omvårdnadsteori

Enligt Henderson (1997) är det sjuksköterskans ansvar att tillgodose det patienten inte klarar av själv på grund av ohälsa. Hälsa och ohälsa kan upplevas olika trots att patienterna kan ha samma sjukdom, därför är det viktigt att tänka på att varje individ är unik och har specifika behov. Virginia Hendersons omvårdnadsteori utgår från att patienten har 14 grundläggande behov: Att andas, äta och dricka, elimination, att sitta/ligga i lämplig position, vila/sömn, lämplig klädsel och på/av klädning, normal kroppstemperatur, kroppslig hygien, att undvika faror/skador, socialkontakt och egna önskemål, utöva sin religion, arbeta/utföra någon skapande aktivitet, möjlighet till förströelse/hobby/avkoppling och sista behovet är att lära (a.a).

Utifrån Hendersons grundläggande behov används vila och sömn i denna studie. Henderson (1997) poängterar att sömn är ett av livets mysterier. En frisk människa tar ofta vila och sömn för sig fram tills han/hon drabbas av någon form av ohälsotillstånd som till exempel orsakar smärta, muskelspänningar och stress. Utifrån sjuksköterskans kunskaper om kroppens fysiologi och psykosociala kunskaper ska han/hon tillsammans med patienten kunna utreda bakomliggande orsak till varför patienten har svårt för vila och sömn.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka förhållandet mellan störd nattsömn och sårsmärta bland personer med kroniska bensår i åldern 65 år och äldre i Blekinge län, samt beskriva skillnader i sömn mellan män och kvinnor med bensår.

Hypotes

H_0 - Det fanns ingen skillnad mellan könen avseende förekomsten av störd nattsömn i samband med bensår.

H_1 - Det fanns skillnad mellan könen avseende störd nattsömn i samband med bensår.

H_0 - Det fanns samband mellan sårsmärta och störd nattsömn.

H_1 - Det fanns inget samband mellan sårsmärta och störd nattsömn.

Metod

Studien var en tvärsnittsstudie baserad på personer registrerade i kvalitetsregistret RiksSår.

Urval

Urvalet bestod av 1825 personer varav en exkluderades på grund av felinmatad födelsedata. Inklusionskriterier i studien var kvinnor och män med kroniska bensår i åldern 65 år och äldre som var registrerade i Blekinge län. RiksSår (Öien, 2014a) är ett kvalitetsregister som startade i Blekinge 2003, för att registrera svårläkta sår, så som bensår, trycksår, fotsår hos diabetiker, traumatiska sår, inflammatoriska sår och hudtumörer. De som registreras i RiksSår är personer med svårläkta sår, som får/fått behandling på någon av de vårdplatser som är anknutna till RiksSår. RiksSår fanns vid tillfället för datainsamling i Blekinge, Östergötland och i vissa regioner i Stockholm. Registrering sker i samband med första besöket, då de får en tillförlitlig sår diagnos och vid senare besök för uppföljning av läkningsprocessen. Det är frivilligt att registreras i RiksSår, vilket innebär att patienten kan tacka nej till att registreras. RiksSårs mål är att kvalitetssäkra sårvården för patienter med svårläkta sår i hela Sverige (a.a).

Datainsamling

I studien användes kvalitetsregistret RiksSår och enligt Andersson (2006) är ett register en samling av beskrivande uppgifter för en viss population (a.a). Variablerna som plockades ut var utifrån ett inskrivningsformulär som fylldes i vid registrering i registret (se [RiksSår, 2014](#)). De undersökningsvariabler som plockades ut var kön, störd nattsömn och sårsmärta med tillhörande VAS-skala. Ålder, rökning, rörlighet, sår diagnos och kön var de demografiska variabler som användes i studien. Andersson (2006) skriver att demografi innebär att lära känna den grupp av individer som ska studeras, genom att se hur

gruppsammansättningen ser ut till exempel om några personer röker eller inte med mera (Andersson, 2006).

Störd nattsömn delades in i ja eller nej. Sårsmärta skattades genom Visuell Analog Skala (VAS) med gradering 0-10 där 0 stod för ingen smärta och 10 för värsta tänkbara smärta. I de demografiska variablerna har ålder delats in i åtta grupper med fem års intervall för att få större grupper att jämföra emellan. Rökning har delats in i icke rökare, rökare och före detta rökare. Rörlighet mättes i avseende hur patienten kunde förflytta sig; utan stöd, med stöd och/eller med rullstol. Sårdiagnos delades in i venös-, arteriell-, venös-arteriellt sår och övriga bensår, där bland annat trycksår och diabetessår ingick.

Dataanalys

Materialet har sammanställts via SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0 i tabeller och i löpande text. De demografiska variablerna kön, ålder, rökning, rörlighet och sårdiagnos har beskrivits i löpande text och i en tabell. Variablerna störd nattsömn och kön har undersökts genom Pearsons chi Square test, störd nattsömn och sårsmärta har korrelationstestats via Spearmans rho och sammanställts i resultatet. En tabell gjordes mellan sårdiagnos och sårsmärta (VAS) för att kunna se skillnader mellan dessa variabler. Det gjordes också en tabell för att se förhållandet mellan störd nattsömn och sårdiagnos för att få bättre förståelse för gruppen.

På grund av att bortfallet i variabeln störd nattsömn var stort (n=744) gjordes det en bortfallsanalys. Bortfallsanalysen visade hur det skiljde sig mellan de som svarade och de som inte svarade på frågan om de hade störd nattsömn. En tabell gjordes över störd nattsömn i förhållande till kön, ålder, sårdiagnos och sårsmärta för att se om det fanns någon statistisk skillnad mellan de som svarade och bortfallet.

Utifrån syftet framställdes två hypoteser. Hypotes 1 har hypotestestats genom Pearsons chi Square test, där p-värdet visade om nollhypotesen förkastades eller inte. I studien har signifikansnivån satts till ett p-värde på $<0,05$. Billhult och Gunnarsson (2012) skrev att p-värde står för osäkerheten av ett utslag i resultatet och nivån 0,05 betyder att det finns 5 % chans att resultatet har orsakats av slumpen (a.a), vilket bedömdes vara acceptabelt i studien. Hypotes 2 korrelationstestades med Spearmans rho (r_s), utifrån Polit och Beck (2012) kan ett korrelation resultat variera mellan -1 och +1. Om korrelation resultatet blir noll finns det

inget samband mellan de variabler som testats och ju närmre (+/-) 1 desto större samband finns det mellan dem (Polit & Beck, 2012).

Etiskt övervägande

Kvalitetsregistret RiksSår regleras av patientdatalagen (SFS2008:355) som reglerar journalhantering och sekretess förfarandet inom hälso- och sjukvården och av personuppgiftslagen (SFS1998:204) som skyddar mot att den enskilde personens integritet kränks vid personuppgifts hantering. RiksSår (2014b) frågar patienten eller nära anhörig om de vill registreras i kvalitetsregistret. Patienten har rätt till att tacka nej och han/hon kan också avregistrera sig/ta bort sina uppgifter från registret när han/hon vill. Patienten delges att uppgifterna kan komma att användas i kvalitets- och förbättringsarbeten, samt att alla uppgifter hanteras som journalanteckningar och skyddas av sekretess. Han/hon har också rätt att få information om vilka ändamål uppgifterna lämnas ut till, exempelvis forskning (RiksSår, 2014b).

RiksSårs styrelse godkände att material hämtat från registret fick användas i studien. Data materialet från RiksSår som användes i studien var avidentifierat när det mottogs. Författarna till föreliggande studie har inte varit inblandade i datainsamlingen och informationen kan därav inte kopplas till enskilda individer. Data materialet redovisades i resultatet på gruppnivå, vilket gjorde att upprätthållandet av konfidentialiteten stärktes ytterligare för respondenterna. Utifrån det beslutades det att ett etiskt godkännande inte var nödvändigt, då risken för att personerna skulle kunna komma till skada bedömdes som obefintlig.

Resultat

I studien deltog 1824 personer varav majoriteten (62,9 %) var kvinnor. Deltagarna var mellan 66 och 104 år, där de flesta av personerna återfanns i gruppen 85-89 år (20,4 %). De flesta var icke-rökare (62,7 %). Mer än var fjärde person i studien (27,6 %) hade rökt tidigare i livet och endast 9,7 % var aktiva rökare. Deltagarna hade generellt sett en god rörlighet, 88,9 % kunde förflytta sig med eller utan någon form av stöd, medan 11,1 % var rullstolsburna. Majoriteten av urvalet (41,8 %) hade sårdiagnosen venöst bensår, medan det näst mest förekommande var övriga sårdiagnoser (38,3 %). Av 1824 hade 170 personer sår på båda benen och 17 av dessa hade olika sårdiagnoser på respektive ben (se tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av urvalet för studien. Demografiska variabler: Ålder, rökning, rörlighet och sår diagnos. Anges i procentenhet och antal inom parantes.

	Män (n=676)	Kvinnor (n=1148)	Totalt
Ålder			
<i>66-69</i>	13,8 (93)	7,8 (89)	10,0 (182)
<i>70-74</i>	17,9 (121)	10,5 (120)	13,2 (241)
<i>75-79</i>	16,3 (110)	12,3 (141)	13,8 (251)
<i>80-84</i>	17,8 (120)	19,2 (220)	18,6 (340)
<i>85-89</i>	17,9 (121)	21,9 (251)	20,4 (372)
<i>90-94</i>	12,3 (83)	19,4 (223)	16,8 (306)
<i>95-99</i>	3,1 (21)	7,7 (88)	6,0 (109)
<i>100-104</i>	1,0 (7)	1,4 (16)	1,3 (23)
Rökare			
<i>Ja</i>	10,5 (71)	9,2 (106)	9,7 (177)
<i>Nej</i>	51,0 (345)	69,5 (798)	62,7 (1143)
<i>Före detta</i>	38,5 (260)	21,3 (244)	27,6 (504)
Rörlighet			
<i>Utan stöd</i>	56,1 (379)	41,2 (743)	46,7 (852)
<i>Med stöd</i>	33,1 (224)	47,6 (546)	42,2 (770)
<i>Rullstolsburen</i>	10,8 (73)	11,2 (129)	11,1 (202)
Sår diagnos			
<i>Venös</i>	37,3 (252)	44,5 (511)	41,8 (763)
<i>Arteriell</i>	11,4 (77)	9,3 (107)	10,1 (184)
<i>Venös-arteriell</i>	7,8 (53)	9,5 (109)	8,9 (162)
<i>Övriga bensår</i>	43 (291)	35,5 (407)	38,3 (698)
<i>Två sår, olika sår diagnoser</i>	0,4 (3)	1,2 (14)	0,9 (17)

Majoriteten (51,5 %) av personerna i studien hade någon form av smärta, där VAS 5 var det mest förekommande. Hos personerna med venöst bensår hade de flesta (50,4 %) ingen smärta och merparten av de som upplevde smärta hade VAS 5. De personer som upplevde mest smärta återfanns procentuellt i grupperna med arteriell sår diagnos (72,8 %) och venös-arteriell sår diagnos (61,1 %). I gruppen arteriell sår diagnos hade arton personer uppgett VAS 10, som var det näst vanligaste svaret efter VAS 5 inom gruppen. De som hade två sår med olika sår diagnoser upplevde 70,6 % smärta (VAS 5-9) (se tabell 2).

Tabell 2. Beskrivning av sårdiagnos i förhållande till sårsmärta mätt i VAS (Visuell analog skala). Urvalet anges i procentenhet och antal inom parantes (n=1823, bortfall = 1).

	Venös (n=762)	Arteriell (n=184)	Venös- arteriell (n=162)	Övriga bensår (n=698)	Två sår, olika sårdiagnoser (n=17)	Totalt (n=1824)
Sårsmärta						
VAS						
0	50,4 (384)	27,2 (50)	38,9 (63)	54,9 (383)	29,4 (5)	48,5 (885)
1	1,3 (10)	1,6 (3)	0,0 (0)	1,7 (12)	0,0 (0)	1,4 (25)
2	2,9 (22)	4,3 (8)	3,1 (5)	4,6 (32)	0,0 (0)	3,7 (67)
3	6,6 (50)	6,0 (11)	6,2 (10)	4,4 (31)	0,0 (0)	5,6 (102)
4	7,3 (56)	6,5 (12)	4,9 (8)	4,9 (34)	0,0 (0)	6,0 (110)
5	9,8 (75)	16,8 (31)	13,0 (21)	10,0 (70)	5,9 (1)	10,9 (198)
6	3,9 (30)	6,5 (12)	8,6 (14)	3,6 (25)	5,9 (1)	4,5 (82)
7	7,6 (58)	8,7 (16)	8,0 (13)	5,7 (40)	17,6 (3)	7,1 (130)
8	5,6 (43)	9,2 (17)	8,6 (14)	5,4 (38)	23,5 (4)	6,4 (116)
9	1,8 (14)	3,3 (6)	1,9 (3)	1,6 (11)	17,6 (3)	2,0 (37)
10	2,6 (20)	9,8 (18)	6,8 (11)	3,2 (22)	0,0 (0)	3,9 (71)
Totalt	100,0 (762)	100,0 (184)	100,0 (162)	100,0 (698)	100,0 (17)	100,0 (1823)

Av 1824 hade 1080 personer svarat på frågan om de hade någon form av störd nattsömn, där flertalet (58,8 %) svarat att de hade störd nattsömn. Procentuellt sett skiljde det sig inte mellan män (57,7 %) och kvinnor (59,4 %) när det gällde störd nattsömn. Det fanns ingen statistisk signifikans mellan könen i förhållande till störd nattsömn ($p=0,606$). Det interna bortfallet, det vill säga de som inte svarat på frågan var dock stort, 744 personer (se tabell 3).

Tabell 3. Beskrivning över personer med och utan störd nattsömn i förhållande till kön. Urvalet anges i procentenhet och antal inom parantes (n=1080, bortfall = 744).

	Män (n=369)	Kvinnor (n=711)	Totalt (n=1080)	P=0,606
Störd nattsömn				
Ja	57,7 (213)	59,4 (422)	58,8 (635)	
Nej	42,3 (156)	40,6 (289)	41,2 (445)	
Totalt	100,0 (369)	100,0 (711)	100,0 (1080)	

Av de personer som upplevde att de hade störd nattsömn var gruppen med två sår med olika sårdiagnoser procentuellt störst (84,6 %), dock var denna grupp minst i antal än de övriga grupperna. Hos personer med arteriell sårdiagnos upplevde 75,3 % att de hade störd nattsömn. Bland de som inte hade störd nattsömn återfanns de flesta i gruppen med venös sårdiagnos (46,7 %). Via ett korrelationstest visade resultatet att det fanns ett samband mellan störd nattsömn och sårsmärta ($r_s=0,515$).

Tabell 4. Beskrivning av sårdiagnos i förhållande till störd nattsömn. Urvalet anges i procentenhet och antal inom parantes (n=1080, bortfall = 744).

	Venös n=(445)	Arteriell (n=146)	Venös – arteriell (n=114)	Övriga bensår (n=362)	Två sår, olika sårdiagnoser (n=13)	Totalt (n=1080)
Störd nattsömn	53,3 (237)	75,3 (110)	71,9 (82)	53,9 (195)	84,6 (11)	58,8 (635)
Ja	46,7 (208)	24,7 (36)	28,1 (32)	46,1 (167)	15,4 (2)	41,2 (445)
Nej						
Totalt	100,0 (445)	100,0 (146)	100,0 (114)	100,0 (362)	100,0 (13)	100,0 (1080)

Bortfallsanalys

Då det interna bortfallet för variabeln om störd nattsömn var stort (40,8 %), gjordes en bortfallsanalys för att undersöka om personerna som inte svarat på frågan, bortfallet skiljde sig från de som svarat på frågan om störd nattsömn. Bortfallsanalysen visade att största andelen som inte besvarat frågan var män (41,3 %). Det innebar att det fanns en statistisk signifikans mellan könen i förhållande till de som svarat och bortfallet ($p=0,002$). Det visade också att det fanns en statistisk skillnad mellan de som besvarat frågan och bortfallet i förhållande till sårdiagnos ($p<0,001$), där 42,7 % av bortfallet hade venös sårdiagnos och 45,2 % övriga bensår. Dock visade bortfallsanalysen ingen statistisk signifikans ($p=0,130$) mellan bortfallet och de som besvarade frågan när det gällde ålder. Bortfallsgruppen skiljde det sig åt när det gällde sårsmärta ($p<0,001$), då 100 % av bortfallet inte upplevde någon smärta, VAS 0 (se tabell 5).

Tabell 5. Beskrivning över personer som besvarade respektive inte besvarade frågan om störd nattsömn i förhållande till kön, ålder, sår diagnos och sårsmärta. De som inte besvarade frågan benämndes som bortfall. Signifikansnivån var $p < 0,05$. Urvalet anges i procentenhet och antalet inom parantes (n=1824, bortfall = 1 i sårsmärta).

Störd nattsömn			
	Personer som besvarat (n=1080)	Bortfall (n=744)	P-Värde
Kön			0,002
<i>Kvinnor</i>	65,8 (711)	58,7 (437)	
<i>Män</i>	34,2 (369)	41,3 (307)	
Ålder			0,130
<i>66-69</i>	10,4 (112)	9,4 (70)	
<i>70-74</i>	11,9 (128)	15,2 (13)	
<i>75-79</i>	13,1 (141)	14,8 (110)	
<i>80-84</i>	18,0 (194)	19,6 (146)	
<i>85-89</i>	20,7 (224)	19,9 (148)	
<i>90-94</i>	17,8 (192)	15,3 (114)	
<i>95-99</i>	6,8 (73)	4,8 (36)	
<i>100-104</i>	1,5 (16)	0,9 (7)	
Sår diagnos			<0,001
<i>Venös</i>	41,2 (445)	42,7 (318)	
<i>Arteriell</i>	13,5 (146)	5,1 (38)	
<i>Venös-arteriell</i>	10,6 (114)	6,5 (48)	
<i>Övriga bensår</i>	33,5 (362)	45,2 (336)	
<i>Två sår, olika sår diagnoser</i>	1,2 (13)	0,5 (4)	
Sårsmärta			<0,001
VAS			
<i>0</i>	13,1 (141)	100,0 (744)	
<i>1</i>	2,3 (25)	0,0 (0)	
<i>2</i>	6,2 (67)	0,0 (0)	
<i>3</i>	9,5 (102)	0,0 (0)	
<i>4</i>	10,2 (110)	0,0 (0)	
<i>5</i>	18,4 (198)	0,0 (0)	
<i>6</i>	7,6 (82)	0,0 (0)	
<i>7</i>	12,0 (130)	0,0 (0)	
<i>8</i>	10,8 (116)	0,0 (0)	
<i>9</i>	3,4 (37)	0,0 (0)	
<i>10</i>	6,6 (71)	0,0 (0)	

Diskussion

Metoddiskussion

Studien baserades på material hämtat från kvalitetsregistret RiksSår och var en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats som sammanställdes genom deskriptiv statistik. Enligt

Ejlertsson (2012) används en kvantitativ metod om det är tänkt att materialet ska kunna kvantifieras eller till viss del generaliseras. En kvantitativ tvärsnittsstudie är en observationsstudie som inte tar med tidsaspekten i undersökningen. Vid en tvärsnittsstudie tittar inte forskaren bakåt eller framåt i tiden utan här och nu (en så kallad överblicksbild) (a.a). Det gör att det inte går att se vad som orsakar störd nattsömn, utan det som gick att se var att det fanns ett samband med sårsmärta. Det går att se samband och skillnader i grupperna, dock inte orsak och verkan vid tvärsnittsstudier. För att kunna se orsak och verkan behövs mer än ett mättillfälle. Det gjorde att en tvärsnittsstudie var den design som passade bäst för att svara mot det syfte studien hade, då syftet innebar att se frekvensen och sambandet av något här och nu. Genom en kvantitativ litteraturstudie hade syftet kunnat besvaras, om det funnits tillräckligt med genomförda studier inom ämnet. På grund av brist på genomförda studier inom ämnet valdes en empirisk studie baserat på registermaterial istället.

I samband med att data samlades in från RiksSår var det ett litet kvalitetsregister, som enbart fanns i Blekinge län, Östergötland och vissa regioner i Stockholm (Öien, 2013). Därför var det mer representativt att samla in data från Blekinge län då det främst användes där. I början av år 2014 inledde kvalitetsregistret RiksSår ett partnerskap med Senior Alert och idag finns registret över hela Sverige. En styrka med studien var att registret gjorde det möjligt att genomföra studien med ett stort urval och trots att samtliga personer var från Blekinge län så gjorde det stora antalet deltagare urvalet representativt för den här patientgruppen. Det stora urvalet gjorde även att fynden i resultatet blev mer tillförlitliga. Det som kunnat påverka urvalet var att materialet kunnat vara ännu större på grund av att det är frivilligt att gå med i registret och att det går att avregistrera sig när som helst. Detta var positivt etiskt sett, dock om alla som behandlats varit tvungna att registreras i registret hade urvalet kanske varit betydligt större.

Resultatet hade kunnat vara mer tillförlitligt om de personer som registrerats hade svarat på alla frågor i inskrivningsmallen, då det var nästan hälften som inte svarat på frågan om de hade störd nattsömn. Enligt Andersson (2006) är ett registers tillförlitlighet beroende på hur datainsamlingen görs och hur kvaliteten på materialet kontrolleras. Att använda sig av registerstudier kan ses som bekvämt, då data redan samlats in och kodats. Detta kan också innebära en nackdel på grund av att det inte går att påverka innehållet och metoden för insamlingen av data (a.a.).

Resultatdiskussion

De huvudfynd som hittades i studien var att det fanns ett samband mellan störd nattsömn och sårsmärta ($r_s=0,515$). Det visade också att det inte fanns någon statistisk signifikans mellan könen i förhållande till störd nattsömn ($p=0,606$) och att 51,5 % av deltagarna hade någon form av smärta, flertalet av dessa svarade VAS 5. Majoriteten av urvalet hade bensår (venös, arteriell och venös-arteriell sår diagnos) och sårsmärta var vanligast bland de personer som hade arteriella sår där VAS 10 var det näst mest förekommande svaret. I den gruppen återfanns också de flesta med störd nattsömn. Bortfallsanalysen visade att det fanns en statistisk signifikans mellan grupperna när det gällde sårsmärta ($p<0,001$), då 100 % av bortfallet svarat att de inte hade någon smärta.

I studien visade resultatet att det inte fanns någon statistisk skillnad mellan könen i relation till störd nattsömn, dock påvisar Karlson m.fl. (2013) i sin studie att det finns en skillnad mellan könen i sömn, där kvinnor har en högre frekvens av störd nattsömn. I föreliggande studie visade resultatet att det inte fanns någon skillnad mellan könen och det kunde bero på att mer än hälften av urvalet hade sårsmärta och att alla deltagarna var över 66 år. En annan orsak kan ha varit att det var nästan hälften av personerna i studien som inte svarat på frågan om störd nattsömn. Om alla besvarat frågan om störd nattsömn hade kanske resultatet blivit annorlunda.

Ett korrelation test mellan sårsmärta och störd nattsömn visade att det fanns en koppling mellan dem ($r_s=0,515$). De i urvalet som svarat ”ja” på frågan om störd nattsömn hade också besvarat att de hade någon form av smärta, VAS 1-10. Av personerna i studien hade 58,8 % störd nattsömn, dock hade 40,8 % inte besvarat frågan. Det som gick att utläsa av resultatet var att de som inte besvarat frågan om de hade störd nattsömn hade svarat VAS 0, att de inte hade någon smärta. I Upton och Andrews (2013) studie framkommer det att sårsmärta har en negativ inverkan på nattsömnen. Andra studier påvisar att det finns ett samband mellan störd nattsömn och fysisk ohälsa. En försämrad fysisk hälsa ökar risken för störd nattsömn. Störd nattsömn under en längre tid orsakar i sin tur psykisk påfrestning så som stress och försämrat välmående (Henderson, 1997; Karlson m.fl., 2013). Karlson, m.fl. (2013) indikerar också att störd nattsömn ökar med stigande ålder, där den äldre populationen är mer utsatt (a.a). Henderson (1997) menar att de grundläggande behoven kan variera beroende på ålder, kultur och psykosocial situation. Då till exempel äldre personer kan lida av fysiska

funktionsnedsättningar och kräva mer hjälp än yngre personer. Enligt Henderson (1997) bidrar inte sällan smärta till stress och muskelspänningar och detta kan i sin tur leda till svårigheter med att vila och till störd nattsömn.

I grupperna venös sår diagnos och övriga bensår återfanns den största procentuella andelen utan smärta, resultatet visade att 50,3 % av de med venös sår diagnos och 54,9 % av de med övriga bensår inte upplevde någon smärta (VAS 0), dock var de med venös sår diagnos och övriga bensår fler till antal. Det gjorde att venös sår diagnos var den vanligaste sår diagnosen vid bensår och att arteriell- och venös-arteriell sår diagnos var mer ovanlig, dock mer smärtsam. Closs m.fl. (2008) påvisar att arteriellt bensår upplevs vasst och mycket smärtsamt, samt att personer med arteriell sår diagnos svarar högst på smärtskalan och upplever att smärtan blev värre i liggande ställning, till exempel vid vila. Flera studier visar att bensår innebär smärta och att det har en negativ påverkan på livskvaliten. Mot eftermiddagen, kvällen upplevs bensåren ofta vara mer smärtsamma och det inverkar därmed på nattsönnen (Closs m.fl. 2008; Guarnera, Tinelli, Abeni, Di Pietro, Sampogna & Tabolli, 2007; Taverner m.fl., 2014). Därför bör arteriell sår diagnos uppmärksammas extra, då det kan innebära mer smärta vid vila. Trots att merparten av de med venös sår diagnos inte upplevde någon smärta, bör även denna grupp uppmärksammas, då andra studier tyder på att venös sår diagnos innebär smärta (Hareendran, Bradbury, Budd, Geroulakos, Hobbs, Kenkre & Symonds, 2005).

I bortfallsanalysen framkom det att det fanns en statistisk skillnad mellan bortfallet och de som besvarat frågan om störd nattsömn i relation till sårsmärta, där det visade att 100 % av bortfallet inte hade någon smärta. En anledning till att de som inte besvarat frågan om störd nattsömn kan ha varit att de inte upplevde någon sårsmärta, och därför kan frågan upplevs oväsentlig. Även om störd nattsömn inte alltid är relaterade till smärta, kan de ändå innebära en försämrade sår läkningsprocess och därför är det viktigt att alla frågor besvaras. Det framkom också att det var större andelen män än kvinnor som inte besvarat frågan om störd nattsömn. Eftersom urvalet bestod till största delen av kvinnor var det av stor vikt att alla frågor besvarades vid datainsamlingen, då representativiteten för män försämrades på grund av det stora bortfallet.

Utifrån de huvudfynd som påvisades i resultatet konstaterades att personer med bensår ofta har smärta. Det visade också att störd nattsömn och smärta har ett samband. Inom sjukvården

kan det då vara av vikt att uppmärksamma dessa symtom hos personer med bensår. En studie av Taverner m.fl. (2014) visar att personer som utvecklat bensår ibland inte söker vård förrän de upplever ihållande smärta. Utifrån det kan det vara av vikt att sjuksköterskor uppmärksammar och frågar patienten om de har några sår eller störd nattsömn. Det kan göra att sjuksköterskan fångar upp de med bensår eller andra sår i ett tidigare stadie, innan såret blivit kroniskt. På så sätt kan symtom som smärta och störd nattsömn förebyggas eller lindras i ett tidigt skede. Henderson (1997) menar att sjuksköterskan har som ansvar att hjälpa patienten med de grundläggande behoven han/hon inte klarar av själv på grund av ohälsa. Förmågan att inte kunna genomföra de grundläggande behoven självständigt bidrar till att livskvaliteten påverkas negativt. En försämrad livskvalité bidrar i sin tur till nedstämdhet och nedsatt förmåga till vila och god nattsömn. Flera studier visar att sårsmärta och bensår bidrar till en försämrad livskvalité då många upplever att de inte kan utföra vardagliga ting som de tidigare gjort så som hushållssysslor och hygienrutiner (Guarnera m.fl., 2007; Hareendran m.fl., 2005; Taverner m.fl., 2014).

Slutsats

I föreliggande studie har det indikerats att bensår måste uppmärksammas bättre när det gäller sårsmärta, störd nattsömn och vilken sår diagnos personen har. Då resultatet visade att personer med arteriell sår diagnos hade mer smärta och en högre frekvens av störd nattsömn. Sjuksköterskan har som ansvar att informationen kommer fram inom teamet och att patientens specifika behov tillgodoses. I en studie har det framkommit att patienters smärtupplevelser ibland inte uppmärksammas och i vissa fall ignoreras (Taverner m.fl., 2014). Därför kan det behövas vidare studier för att kunna förstå patientens smärtupplevelser vid bensår och hur smärtan på bästa sätt bör förebyggas. Det bör också uppmärksammas om patienter med bensår upplever att de har en störd nattsömn, då sömn enligt Lindholm (2012) påverkar sår läkningsprocessen (a.a). Det blir en ond cirkel och utifrån förliggande studie framkom det att det fanns ett samband mellan störd nattsömn och sårsmärta. Dock gick det inte att se om det var själva sårsmärtan som låg bakom den störda nattsömnen eller om andra faktorer spelade in.

Självständighet

Annina letade information och skrev avsnittet äldre och Camilla har skrivit om störd nattsömn. Kroniska bensår delades upp där Annina skrev huvuddelen av texten och Camilla

skrev om sårsmärta. Omvårdnadsteori, Metod och Diskussion skrevs mycket tillsammans, detta för att få ett enhetligt språk i texten, dock har sökning av litteratur och artiklar skett var för sig. Camilla har varit huvudansvarig för att göra nya variabler och omkodning av data via SPSS. Vi har tillsammans analyserat och sammanställt resultatet i tabeller och löpande text.

Referenser

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion* (6uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 317-326). Lund: Studentlitteratur.

Closs, S. J., Nelson, E. A. & Briggs, M. (2008). Can venous and arterial leg ulcers be differentiated by the characteristics of the pain they produce? *Journal of Clinical Nursing*, 17 (5), 637-645.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaparna* (2uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Evenhuis, H., Hermans, H., Hilgenkamp, T., Bastiaane, L. & Echteld, M. (2012). Frailty and Disability in Older Adults with Intellectual Disabilities: Results from the Healthy Ageing and Intellectual Disability Study. *The American Geriatrics Society*, 60 (5), 934-938.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., McBurnie, M.A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56 (3), 146-156.

Guarnera, G., Tinelli, G., Abeni, D., Di Pietro, C., Sampogna, F. & Tabolli, S. (2007). Pain and quality of life in patients with vascular leg ulcers: an Italian multicentre study. *Journal of Wound Care*, 16 (8), 347-351.

Gustafson, Y. & Olofsson, B. (2012). Den åldrande kroppen. I A. Norberg, B. Lundman & R.S. Fischer (Red.), *Det goda åldrandet* (s. 149-176). Lund: Studentlitteratur.

Hareendran, A., Bradbury, A., Budd, J., Geroulakos, G., Hobbs, R., Kenkre, J. & Saymonds, T. (2005). Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. *Journal of Wound Care*, 14 (2), 53-57.

Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. American Nurses Publishing.

Hjerpe, A., Saarinen, J.P., Venermo, M.A., Huhtala M.S. & Vaalasi, A. (2010). Prolonged healing of venous leg ulcers: the role of venous reflux, ulcer characteristics and mobility. *Journal of Wound Care*, 19 (11), 474-484.

Karlson, C. W., Gallagher, M.W., Olson, C.A. & Hamilton, N.A. (2013). Insomnia Symptoms and Well-Being: Longitudinal Follow-Up. *Health Psychology*, 32 (3), 311-319.

Krystal, A. D. (2005). The Effect of Insomnia Definitions, Terminology, and Classifications on Clinical Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (7), 258-263.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar* (3uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C. (2012). *Sår* (3uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

RiksSår (2014). *Inskrivningsformulär*. Hämtat från: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/143092180/Registreringsmall%20Bens%C3%A5r.pdf> (2014-05-29).

SBU (2010). *Behandling av sömnbesvär hos vuxna*. Hämtat från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Behandling_somnbesvar_vuxna_fulltext.pdf (2014-03-09).

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*

Sørensen, L. T., Toft, B., Rygaard, J., Ladelund, S., Teisner, B. & Gottrup, F. (2010). Smoking attenuates wound inflammation and proliferation while smoking cessation restores inflammation but not proliferation. *Wound Healing Society*, 18 (2), 186-192.

Taverner, T., Closs, S. J. & Briggs, M. (2014). The Journey to Chronic Pain: A Grounded Theory of Older Adults' Experiences of Pain Associated with Leg Ulceration. *American Society for Pain Management Nursing*, 15 (1), 186-198.

Upton, D. & Andrews, A. (2013). Sleep disruption in patients with chronic leg ulcers. *Journal of Wound Care*, 22 (8), 389-394.

World health organization (2014). *Definition of an older or elderly person*. Hämtad från: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (2014-03-10).

Öien, R. (2014b). *Information till dig som patient eller närstående*. Hämtad från: <http://www.rikssar.se/for-varbperson/patientinformation> (2014-03-24).

Öien, R. (2013), *Om RiksSår*. Hämtad från: <http://www.rikssar.se/for-anvandare> (2013-12-16).

Öien, R. (2014a). *Om RiksSår*. Hämtad från: <http://www.rikssar.se/for-varbperson> (2014-03-24).