

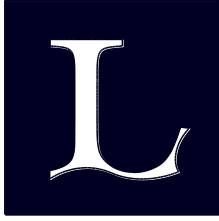
# Personers upplevelser av att leva med kroniska bensår

*En litteraturstudie*

Ida Eklund  
Anneli Karbin  
2013

Sjuksköterskeexamen  
Sjuksköterska

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

Personers upplevelser av att leva med kroniska bensår  
- En litteraturstudie

People's experiences of living with chronic leg ulcers  
- A literature review

Ida Eklund  
Anneli Karbin

Kurs: Examensarbete 15 hp  
Höstterminen 2013  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Handledare: Ulrica Strömbäck

## Personers upplevelser av att leva med kroniska bensår

- *En litteraturstudie*

## People's experiences of living with chronic leg ulcers

- *A literature review*

Ida Eklund  
Anneli Karbin

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

### **Abstrakt**

Att drabbas av kroniska bensår innebär för en del personer en kronisk sjukdom. En befolkning med stigande ålder leder till en ökning av personer som drabbas av sjukdomar som orsakar kroniska bensår. Bensår går inte alltid att behandla och kan orsaka invalidisering. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelse av att leva med kroniska bensår. Denna studie baserades på 13 vetenskapliga artiklar. Dessa analyserades med hjälp av en kvalitativ manifest innehållsanalys och resulterade i fem slutliga kategorier: Nedsatt rörlighet och upplevda konsekvenser på grund av smärta, Skam över läckage och lukt från bensåret, Strategier behövs för att hantera den nya livssituationen, Att inte vara samma person som förut och Att vara beroende av vård och behandling. Personer med kroniska bensår upplevde en förändring i det dagliga livet och en påverkan i det sociala livet. För acceptans och hantering av den nya situationen behövdes strategier och förståelse. Resultatet gav ökad förståelse för hur personer med kroniska bensår upplevde att leva med sjukdom. En slutsats är att dessa personer är i behov av mer stöd och information från sjuksköterskan för att öka hälsan och stärka välbefinnandet trots sjukdom.

**Nyckelord:** omvårdnad, kroniska bensår, smärta, skam, läckage, lukt, upplevelse, kvalitativ innehållsanalys, litteraturstudie

Denna litteraturstudie fokuserar på hur det är för personer att leva med kroniska bensår. För en del människor handlar kroniska bensår om en livslång sjukdom och behandling (Parker, 2012). Att bli diagnosierad med en kronisk sjukdom är något som kan vända upp och ner på livet för en människa. När kroppen inte fungerar som det vi är vana och vi inte kan lita på den som förr uppstår känslor lätt hos människan som oro, ilska och en rädsla för framtiden (Kelly, 2013). Johnson och St. John (2006) menar att en person som drabbas av sjukdom som gör att kroppen ej längre fungerar som vanligt kan få en känsla av förlust av kroppens integritet. Vid smärta och sjukdom blir personen medveten om sin sårbarhet och betydelsen av kroppens funktioner. En kropp som ej smärtar, är sjuk eller upplevs obehaglig är ej påträngande. Enligt Engström och Söderberg (2004) kan det vid sjukdom där utseendet förändras, till exempel av behandling eller svullnad, kännas skrämmande för den som är sjuk. Corbin (2003) menar att det vid jämförelse av kroppens utseende och funktioner innan sjukdom och vid sjukdomstillfället kan skapas en känsla av förlorad identitet och förlust.

Kronisk sjukdom är ett tillstånd med långvarig och långsam utveckling och kan sällan botas helt och hållet. Kroniska sjukdomar är den vanligaste orsaken till dödsfall och funktionsnedsättningar i världen. Ett liv med kronisk sjukdom kan utgöra ett hot mot hälsa och välbefinnande hos individen. Detta gör att det vidare krävs en kontinuerlig anpassning till alla aspekter i det dagliga livet, det kan innebära fysiskt lidande, funktionshinder, förluster, oro och sorg som en del hos patienten liksom familjen. Hantering av detta hos personer är avgörande för att en långsiktig anpassning skall ske och för att god livskvalité skall uppnås (Kristofferzon, Lindkvist & Nilsson, 2011).

Den stigande åldern hos befolkningen leder till att det sker en ökning av människor som drabbas av sjukdomar som kan leda till kroniska sår. Fokus på goda strategier för att bemöta dessa patienter är viktigt både för att minska patientens lidande och ur en ekonomisk synpunkt. Både lidande och den höga kostnaden kan undvikas till stor del med rätt behandling från början av sjukdomen (Benbow, 2008).

Historiskt sett har sjukvården i första hand letat efter underliggande fysiska problem, försökt minimera risken för infektion och på att få såret att läka. Trots detta finns det studier som tydligt påvisar att ett kroniskt sår kan påverka livskvalitén negativt på mer än fysiska sätt (Milne, 2013).

Den normala sårläkningen går igenom fyra faser. Vid vävnadsskadan täpper trombocyter som finns i blodet först igen det skadade området. Efter det startar inflammationsfasen, där celler i

kroppen rengör området och bryter ner skadad vävnad. Sedan tar proliferationsfasen vid där bildandet av nya blodkärl i området stimuleras, vilket ser till att de näringsämnen och det syre som läkningen behöver tar sig fram. Denna fas tar normalt sett tre till fem dagar och man kan se att det under den tiden tar ihop i kanterna och bildas nya celler över sårytan. Efter den fasen, kommer den sista så kallade remodeleringsfasen, det är under den fasen såret läker ut helt. Då störningar finns som påverkar denna normala läkningsprocess får såret inte rätt förutsättningar för att läka och om det inte läkt inom sex veckor kallar man det för ett kroniskt sår (Newton, 2013).

Det finns många olika bakomliggande anledningar till att läkningen av ett sår kan ta tid (Parker, 2012). Personer med hjärtsjukdom och personer med diabetes är riskgrupper för dessa svårläkta sår som blir kroniska. Det beror på att dessa personer ofta har en försämrad blodcirkulation. Diabetes kan även ge nedsatt känsel i extremiteter, en aspekt som kan påverka att ett bensår bildas. Den största patientgruppen med kroniska sår är de som har bensår, både venösa och arteriella eller med en blandning av både venösa och arteriella problem. Dessa tillstånd leder till skörare hud och försämrad förutsättning för läkning. Dessa sår uppkommer på fötter eller under knähöjd (Parker, 2012). Ett insjuknande i en kronisk sjukdom, vilket bensår kan ses som (Parker, 2012), påverkar hela upplevelsen av hälsa, värdighet och välbefinnande hos den som är sjuk. Detta innebär en förlust av att kunna kontrollera det egna livet och kännetecknas av en ovisshet inför framtiden. Människans tillit till sig själv är kopplat till osäkerhet och ovisshet (Morse, 2000). Charmaz (1999) menar att en förlorad tillit påverkar identiteten och jaget, vilket är en form av lidande. Lidandet är personligt och är en subjektiv upplevelse som är förknippad med ovisshet, detta kan liknas med att den egna kroppen ej längre går att lita på.

Bensår är vanligt förekommande, kan vara invalidiserande och ibland går de inte att behandla. År 2000 var det i Sverige 50 000 personer som behandlades för bensår. Kostnaden för omvårdnaden av dessa bensår uppskattades då till cirka 1- 2 miljarder kronor per år. De flesta av personerna med bensår fick behandling i primärvård. Vården av dessa patienter utgör en tung arbetsbelastning för sjuksköterskan i primärvården (Marklund, Sülau & Lindholm, 2000). För bensårspatienter är konservativ behandling och att aktivt förebygga bensår förstahandsval. Dock har konservativa åtgärder endast en begränsad långsiktig framgång i att förhindra återfall. 40 % av alla de med bensår har en ytlig insufficiens som kan vara möjlig att bota med kirurgi, men många av patienterna avstår från operation på grund av hög ålder. (Marklund et al, 2000).

De arteriella såren uppkommer på grund av den försämrade cirkulationen i benet, vilket leder till ischemi (syrebrist) som sedan kan utvecklas till vävnadsnekros och då bensår. De venösa bensåren som är vanligast, uppkommer på grund av att klaffarna i venerna eller/och muskelpumpen i vaden inte fungerar som de ska och då inte har förutsättningar för att få tillbaks blodet i samma hastighet som det kommer till hjärtat. Blodet stasar sig då i underbenen och det skapar ödem som försämrar mikrocirkulationen och skapar ischemi i vävnaden. Dessa tillstånd är viktiga att kunna skilja åt då de har olika behandlingar. Svårast att diagnostisera och behandla är de som har en blandning av både venösa och arteriella besvär, som kräver behandling som motsäger varandra (Dowsett, 2005).

Utifrån etiska grunder skall omvårdnad planeras och genomföras för att säkerhet och integritet skall kunna tillgodoses hos personen som är sjuk samt för att självständighet skall respekteras. Omvårdnad skall även skapa en hälsofrämjande miljö, lindra smärta och behag samt stödja och hjälpa personer i deras reaktioner på sjukdomen, funktionshinder, behandlingssituationer och trauma. För att sjuksköterskan skall kunna tillgodose dessa faktorer måste hon kunna bedöma behovet av omvårdnad (Söderberg, 2009, s.14). Söderberg (2009, s.54) menar vidare att kommunikation mellan den sjuke personen och vårdpersonal har betydelse för att personen skall förstå vad som händer, men även för att värdighet och integritet skall upprätthållas. Det är av vikt att vårdpersonal ger tid och visar engagemang för att förstå vad den sjuke vill förmedla, samt för att informera vad som sker. Detta är viktigt för att de individuella behoven skall kunna tillgodoses.

Söderberg (2009, s. 14) skriver för att god omvårdnad och vård skall vara möjlig att genomföra är det optimalt om sjuksköterskan och patienten har en gemensam bild om den sjukes subjektiva upplevelse av sjukdom, de konsekvenser från sjukdom som återfinns i det dagliga livet och den objektiva synen på sjukdom som ses utifrån behandling och symtom. I Studier (Milnes, 2013; Morgan & Moffatt, 2008) beskriver att vid sårvården idag ligger fokus mest bara på såret istället för människan som helhet. Milne (2013) skriver fortsatt att det inte finns tillräckligt med utbildning hos sjuksköterskor för att kunna stötta patienterna med de psykologiska effekterna som också kan uppkomma av att leva med kroniska sår. Det finns enligt denna studie ett behov för sjuksköterskor av att få tillgång till mer utbildning i området för att kunna möta och förstå hur patientens situation ser ut i helhet. I studien av Morgan och Moffatt (2008) framkommer det att sjuksköterskorna ofta är dåligt rustade för att hantera de komplicerade känslomässiga situationerna som patienterna ofta ställs inför. De skriver vidare att ångesten som uttrycks från sjuksköterskorna även belyser bristen på tillgängligt stöd för

dem då de inom arbetet kontinuerligt ställs inför stressiga situationer. Sjuksköterskor beskrev ett behov av att prata om olika händelser och en rädsla för att bli överväldigade av den känslomässiga effekten av sorg. Även Söderberg (2009, s.15) menar att det saknas forskning inom hälso- och sjukvård om patientens egna perspektiv, den subjektiva synen på sjukdom ur patientens egna ögon. Detta trots att personer med sjukdom har studerats genom många olika andra perspektiv. Ehrenberg och Birgersson (2003) studerade hur bensår dokumenterades i 100 patientjournaler under 28 månader. De fann 493 tecken på symptom från bensåret, vilka 264 var problem som resulterade i omvårdnadsåtgärder. De återstående 229 indikerade på frånvaro av problem. I studien kunde de bland annat se att hudens status fanns dokumenterad i 78 % och att sekret från sår återfanns i 74 % av alla anteckningar medan den psykiska hälsan endast återfanns antecknad i sju procent av alla anteckningar. Anteckningsfrekvensen om patienternas psykiska hälsa visade ett genomsnitt på 1.0 på en femgradig skala.

Intresset av att studera människors upplevelser av att leva med kroniska bensår växte fram genom att vi inom sjukvården möter många patienter som lever med detta. I sjukvården är det viktigt med en helhetssyn i mötet med patienter men vi har upplevt att fokus oftast ligger på de åkommor som finns och därför vill därför belysa upplevelsen. Syftet med denna litteraturstudie är därför att beskriva personers upplevelser av att leva med kroniska bensår.

## Metod

Eftersom syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelser av att leva med kroniska bensår så valde vi att göra en kvalitativ litteraturstudie. En litteraturstudie skapar ett sammanhang kring ett ämne (Polit & Beck, 2008, s.106-108). Kvalitativa metoder syftar på upplevelser och erfarenheter hos människor, detta ger en djupare förståelse för det som studeras (Holloway & Wheeler, 2010, s.3).

## Litteratursökning

Databaserna som användes för sökning av relevant data till studien var CINAHL och PubMed då de tillsammans behandlar områdena medicin och hälso- och vårdvetenskaper (Backman, 2008, s.193) De kriterier som användes vid sökning var att artiklarna skulle vara ”peer reviewed”, på engelska och de skulle handla om personers upplevelser av att leva med kroniska bensår samt vara primärkällor och intervjustudier.

De sökord vi använde var ”Chronic leg ulcer\*”, ”venous leg ulcer”, ”experience\*”, ”psychological”, ”wounds, chronic”, ”psychosocial Factors (MW)”, ”chronic ulcers”, ”lived

experience”. Dessa söktes tillsammans med booleska sökoperatoren “AND” och “OR” som kombinerar sökorden på olika sätt. När man använder sig av AND får man endast fram referenser som innehåller båda sökorden. Medan man när man använder OR får fram referenser som innehåller sökorden enbart för sig och även referenser som innehåller sökorden tillsammans (Willman et al, 2006, s.66). Vid en sökning använde vi oss av ”psychosocial factors” som subheadings, MW, som betyder att vi använde oss av en i databasens uppslagsverk redan befintliga katalogiseringsord att söka under (Willman et al s.63) Vi använde oss även av trunkering (\*) vilket gjorde att sökningen skedde med alla tänkbara ändelser på det specifika ordet (Willman et al, 2006, s.68). Hur sökorden kombinerades, hur många träffar respektive sökning relaterade i och hur många studier som valdes ut presenteras i tabell 1.

En provsökning genomfördes i Psychinfo men utan resultat. Vid sökning med det booleska sökordet ”OR” resulterade det i studier som vi redan fått fram genom tidigare sökningar, därför finns inte dessa sökordskombinationer redovisade. Utvalda artiklar presenteras i tabell 2.

**Tabell 1** Översikt av litteratursökning

| <b>Syftet med sökning: patienters upplevelse av att leva med kroniska sår</b> |           |   |                        |                               |
|---|-----------|---|------------------------|-------------------------------|
| CINAHL 2013- 09-18  |           |   |                        |                               |
| <b>Söknr</b>  | <b>*)</b> | <b>Sökordskombinationer</b>                               | <b>Antal träffar</b>   | <b>Antal utvalda</b>          |
| 1   | FT        | Wounds, chronic, AND Psychosocial Factors (MW**)          | 73                     | 7                             |
| 2   | FT        | Chronic ulcers AND lived experience                       | 1                      | 1                             |
| 3   | FT        | Chronic legulcers AND Psychological                       | 6                      | 1                             |
| 4   | FT        | Chronic legulcers AND Experience AND Psychosocial factors | 15                     | 0                             |
| PubMed 2013- 09-20  |           |   |                        |                               |
| <b>Söknr</b>  | <b>*)</b> | <b>sökordskombinationer</b>                               | <b>Antalet träffar</b> | <b>Antal utvalda artiklar</b> |
| 5   | FT        | Venous legulcer* AND experience* AND psychosocial factors | 20(1)                  | 3                             |



|               |    |
|---------------|----|
| <b>Totalt</b> | 12 |
|---------------|----|

\*FT – fritext sökning

\*\*MW – Word in subject heading i databasen

Vi sökte manuellt igenom referenslistor på de artiklar som hade letats fram genom sökning, kvalitetsgranskats och erhållit hög- eller medelhög kvalitet för att få fram mer material att arbeta med. Det gav oss ytterligare en artikel.

### Kvalitetsgranskning

De insamlade studierna genomgick en kvalitetsbedömning för att den totala kvalitén skulle kunna bedömas och därefter redovisas (Polit & Beck, 2008, s.109-117). De studier som valdes ut genomgick därefter en kvalitetsbedömning för kvalitativa studier enligt ett kvalitetsbedömningsprotokoll. I detta kvalitetsbedömningsprotokoll, Bilaga H, som återfanns i Willman et al. (2006, s.156-157) fanns frågor som bland annat behandlade om studierna innehöll en problemformulering, beskrivning av deltagare, kontext och etiska resonemang, metod, giltighet och kommunikerbarhet var beskrivna. Kvalitetsbedömningsprotokollets frågor modifierades efter om de var relevanta att ha med i kvalitetsbedömningen av respektive artikel eller ej. Om de ej var relevanta för artikeln ströks de från frågeformuläret, detta för att de ej skall ge en falsk längre kvalitet och därmed skulle kanske relevant data kanske uteblivit.

Varje positivt svar tilldelades en poäng. Den totala poängen räknades sedan om till en procentsats, 60-69 % positiva svar erhöll en låg vetenskaplig styrka, 70-79 % medelvetenskaplig styrka och 80-100 % hög vetenskaplig styrka (Willman et al., 2006, s.96).

Vi valde att inkludera studier som erhöll medel- till hög vetenskaplig styrka.

**Tabell 2** Översikt av studier som ingår i analysen (n=13)

| Författare /år          | Typ av studie | Deltagare | Metod<br>Datainsamling/<br>analys  | Huvudfynd  | Kvalitet<br>(hög/medel/låg) |
|-------------------------|---------------|-----------|--|--|-----------------------------|
| Beitz & Goldberg (2005) | Kvalitativ    | 16        | Intervjuer och fältanteckningar. Fenomenologisk design                         | Sammanhanget av sårrelaterad omvårdnad, inverkan på personliga frågor, mellan mänskliga relationer.            | Hög                         |
| Chase et al. (1997)     | Kvalitativ    | 37        | Intervjuer, deltagande observationer och fältanteckningar. Hermeneutisk ansats | Fyra huvudteman: En ständig läkande process, begränsningar och boendesituationen, maktlöshet och vem bryr sig? | Medel                       |

| <b>Författare /år</b>   | <b>Typ av studie</b> | <b>Deltagare</b> | <b>Metod</b><br>Datainsamling/<br>analys                  | <b>Huvudfynd</b>  | <b>Kvalitet</b><br>(hög/medel<br>/låg) |
|-------------------------|----------------------|------------------|---|---|--|
| Douglas (2001)          | Kvalitativ           | 8                | Ostrukturerade intervjuer.<br>Grounded theory             | Fem teman hittades<br>Omvårdnadspersonal och patienters relation.<br>Den fysiska upplevelsen.<br>Förlorad kontroll.<br>Framtidsvisioner.<br>Omvårdarens perspektiv.   | Hög                                    |
| Ebbeskog & Ekman (2001) | Kvalitativ           | 15               | Intervjuer.<br>Fenomenologisk hermeneutisk ansats.        | Sex teman: Emotionella konsekvenser av en förändrad kroppsbild<br>Att leva ett begränsat liv.<br>Att åstadkomma ett välbefinnande trots smärtsamma sår och obekväma bandage<br>Kamp mellan hopp och förtvivlan med tanke på den långa läktiden<br>Känsla av att vara fängslad i kroppen, Bandagen och hemmet.<br>Frihet från en olydig kropp. | Hög                                    |
| Flaherty (2005)         | Kvalitativ           | 10               | Semistrukturerade intervjuer.<br>Innehållsanalys          | Tre huvudteman framkom, symptom, behandling och hantering. Långvarig smärta, förändringar i kroppsuppfattning, begränsningar i livsstil och svårigheter med behandling beskrevs av deltagarna. Nivån på kunskap befanns vara relaterade till coping åtgärder som deltagarna hade som inkluderade icke-acceptans och normalisering.            | Hög                                    |
| Goldberg & Beitz (2010) | Kvalitativ           | 11               | Intervjuer och fältanteckningar.<br>Fenomenologisk ansats | Sårsmärta, förminskad mobilitet, utmaningen med kronisk sjukdom, att möta förlust av kontroll, förstå anledning till sår, att försöka läka, ta rollförändringar och vänja sig vid de nya förutsättningarna i livet är sådant som kostar på känslö- och kostnadsmissigt.   | Hög                                    |

| <b>Författare /år</b> | <b>Typ av studie</b>     | <b>Deltagare</b> | <b>Metod</b><br>Datainsamling/<br>analys                              | <b>Huvudfynd</b>   | <b>Kvalitet</b><br>(Hög/medel<br>/låg) |
|-----------------------|--------------------------|------------------|---|--|--|
| Hopkins (2004)        | Kvalitativ               | 4                | Ostrukturerade intervjuer och dagböcker.<br>Hermeneutisk fenomenologi | Biografiska störningar, sätt att hantera, sociala konsekvenser, terapeutiska relationer.   | Hög                                    |
| Hyde et al. (1998)    | Kvalitativ               | 13               | Intervjuer.<br>Deskriptiv ansats                                      | Några övergripande teman framkom viktiga, att bibehålla kontroll över sin sjuka kroppsdel och konsekvenserna av nedsatt rörlighet och förändringar i livsstil  | Hög                                    |
| Jones et al. (2008)   | Kvantitativ & Kvalitativ | 20               | Frågeformulär och intervjuer.<br>Hermeneutisk fenomenologi            | Lukt och överdriver exsudat leder till läckage hade en negativ effekt på patienter psykiska tillstånd, vilket leder till känslan avsky, självförakt och dålig självkänsla.   | Hög                                    |
| Krasner (1998)        |                          | 7                | Semistrukturerade intervjuer.<br>Deskriptiv kvalitativ ansats.        | Förväntad smärta av såret, inte kunna stå, svullnad som har resulterat i smärta.   | Hög                                    |
| Lindahl et al. (2005) | Kvalitativ               | 9                | Beskrivande intervjuer.<br>Fenomenologisk hermeneutisk ansats.        | Två processer identifierades: "Att slås ned". Teman: känsla smutsiga, bli instängd, förlorar förtroende, att förlora hoppet, bli frustrerade och skydda själv och "Finna tröst".<br>Teman: uppleva släktskap, möta äkthet och få kontroll. | Hög                                    |
| Mudge (2008)          | Kvalitativ               | 23               | Fokusgruppstudier.<br>Innehållsanalys                                 | Franska gruppen uttryckte oro över kroppsforeställningen, engelska gruppen var obekväma med medicinska behandlingen och den kanadensiska gruppen var oroliga över kostnaderna och ängslan över vårdssystemet.                              | Hög                                    |
| Walshe (1995)         | Kvalitativ               | 13               | Informativa ostrukturerade intervjuer.<br>Fenomenologisk studie.      | Säkra symptom från sår var principiellt smärta, symptomen orsakade restriktioner i det dagliga livet, speciellt gällande promenader eller gå ut.   | Hög                                    |

## Analys

Vi har genomfört en kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Fokus på det manifesta innehållet syftar till att innehållet i data har analyserats utan tolkningar, det uppenbara identifierats. Vi använde oss av analysenheter som innehöll intervjuer då dessa, tillsammans med observationsprotokoll, är mest lämpliga att använda vid kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). De studier som valdes ut lästes igenom flera gånger för att förståelsen för helheten skulle öka. Därefter identifierades de textenheter som svarade upp mot studiens syfte och lyftes ut. Studierna fick var sin bokstav och textenheterna i varje studie blev tilldelade nummer. Detta för att textenheterna skulle vara lätta att söka upp om det skulle uppstå oklarheter kring dem. Textenheterna översattes från engelska till svenska och därefter kondenserades de. Kondenseringen genomfördes genom att kärnan i textenheten lyftes fram, utan att för den skull ändra innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter följde en kondensering med ”att-sats”. Då detta var gjort fick varje enhet en kod som beskrev vad den handlade om. Efter kodningen sorterades textenheterna in i kategorier för att beskriva de fenomen som dök upp. Kategorierna bestod av sådant innehåll som har en gemensamhet. Kategoriseringen skedde i flera steg och innehållet i kategorierna breddades genom att innehåll med liknande betydelse sammanfördes. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är kategorierna kärnan i en kvalitativ innehållsanalys men också ett kritiskt moment. I denna analys skedde kategoriseringen till dess att det inte längre verkade rimlig att ytterligare sammanföra innehåll. Därför avslutades kategoriseringen när kategorierna var fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Kategorierna presenteras som resultat med en löpande text och texten stärks med citat från originalstudierna.

## Resultat

Analysen resulterade i fem kategorier som beskriver personers upplevelse av att leva med kroniska bensår. Se tabell 3 för översikt av kategorier.

**Tabell 3** Översikt av kategorier ( $n=5$ )

| <b>Kategori</b>  |
|--|
| Nedsatt rörlighet och upplevda konsekvenser på grund av smärta |
| Skam över läckage och lukt från bensåret                       |
| Strategier behövs för att hantera den nya livssituationen      |
| Att inte vara samma person som förut                           |
| Att vara beroende av vård och behandling                       |

## Nedsatt rörlighet och upplevda konsekvenser på grund av smärta

Personer beskrev smärtan från bensåret som påfrestande trots bra allmäntillstånd och kroppshälsa, som en gnagande tandvärk som inte gick att bota, brännande, intensiv som en molande värk som bara fortsätter (Walshe, 1995; Hyde, Ward, Horsefall 1999; Flaherty, 2005). Detta gjorde att bensåret ständigt kändes närvarande (Walshe 1995). I Hopkins (2004) studie beskrevs hur smärtan fick dem att känna sig obekväma och medvetenheten om oförmågan att delta som förut gjorde att han slutade delta i aktiviteter.

*I cannot really go swimming anywhere, really. I don't think anyone would appreciate me coming into a hot tub with a sore on my leg (Chase, Melloni & Savage 1997, s.75).*

Det beskrevs att det i slutet på dagen kunde göra så ont bara uppstigning skulle ske och att ha madrassen något upphöjd under natten fick trycket från benen skulle släppa lite grann, men trots detta värkte ändå hela tiden. Smärtan var för vissa personer värst på natten. Dock ansågs smärtan som något som hörde till bensåret (Flaherty, 2005; Walshe, 1995; Krasner, 1998; Hyde et al., 1998).

*I cannot understand why yesterday was nearly a pain-free day until 4 am, when a very severe pain occurred, waking me from a good sleep not often enjoyed (Hopkins, 2004, s.558).*

Smärta, för lite sömn och en oförmåga att delta i sociala aktiviteter fick konsekvenser som socialt utanförskap (Hopkins, 2004). I Chase et al. (2001) studie sade att det gjorde ont vid aktivitet, även vid endast stående. I Ebbeskog och Ekmans (2001) studie beskrevs smärtan kontrollera hela existensen, då den vara så intensiv att en del inte klarade av att utföra vardagliga sysslor, som att rasta hunden själv. Goldberg och Beitz (2010) studie beskrev att smärtan hade gjort att en person hade upplevt sig borta från livet i ett helt år.

*The most important thing when it comes to feeling all right is that you can be active and do things.(Ebbeskog & Ekman, 2001, s.240)*

Personer beskrev att den största begränsningen för dem med kroniska bensår var främst den nedsatta rörligheten som ofta uppkom på grund av smärta (Walshe, 1995; Douglas, 2001) Douglas (2001) studie framkom att påverkan på rörligheten var väldigt individuell beroende på hur kontrollerad smärtan var. I Walshes (1995) studie beskrevs att stå eller gå kunde innebära att smärtan ökade och undveks därför, varje steg var en vånda. Orörligheten som kom med de smärtsamma såren gjorde att många blev bundna till hemmet. I en studie av Mudge (2008) berättade några av personerna att de inte har varit utanför dörren på sex

månader och hade svårt att komma sig nedför en trappa. Vidare berättade de att de inte längre kunde köra bil längre sträckor eftersom foten domnade bort, en del kunde inte alls köra bil på grund av smärtan.

Enligt studier (Beitz & Goldberg, 2005; Mudge, 2008) beskrev personer att sociala aktiviteter påverkades på grund av den nedsatta rörligheten. Upprätthållandet av sociala- och fritidsaktiviteter, exempelvis simning, minskade eller gick inte att genomföra. Enligt Mudge (2008) gjorde smärtan att förtroendet minskade för att kunna utföra dagliga aktiviteter.

*I no longer go out because I am ashamed of my stick and my slippers, and above all I am afraid of falling over... I don't go anywhere unless someone comes with me. I stay at home (Mudge, 2008, s.22)*

Personer beskrev att hjälpmedel såsom rullstolar och rullatorer var en bra hjälp för att underlätta i livet och självständigheten bevarades till en viss grad. Men de var även oönskade eftersom de återspeglade en orörlighet hos personen som använde dem. Dock upplevde en del att de var en god hjälp för att komma sig ut (Goldberg & Beitz, 2010).

*I didn't lose my independence (fully) because I'm in a wheelchair now. I get to go to the dining room now. They push me up" (Beitz & Goldberg, 2005, s.56)*

En studie (Douglas, 2001) beskrev att smärtan gjorde det svårt att gå som vanligt, det gick sakta, det gjorde ont och tålmodet sattes på prov. Den försämrade rörligheten gjorde att en del av personerna som drabbats av bensår blev deprimerade (Goldberg & Beitz, 2010). I Krasners (1998) studie framkom det att omgångar av smärta och rädsla kunde framkalla en känsla av depression. En person sade att smärtan var så hemsk att om personen fick välja mellan att dö eller uppleva mer smärta så skulle personen välja att dö.

*I don't feel like I have quality (of life) right now. I got a house at the shore... " but he was not mobile enough to travel there (Beitz & Goldberg, 2005, s.56).*

Trots att upplevelsen av smärta var genomgående i alla studier var det inte alla personer som hade konstant smärta. Två studier (Fleherty, 2005; Ebbeskog & Ekman, 2001) visade att det inte alltid förekom konstant smärta eller att smärtan inte ens förekom.

*Having no pain was described as a feeling of happiness. "The times when I've been completely out of it, I think I have been in haven." (Ebbeskog & Ekman, 2001, s.239.*

### **Skam över läckage och lukt från bensåret**

Enligt Hopkins (2005) studie var odören som kom från såren det huvudsakliga problemet till social isolering. Deltagarna var rädda att andra skulle känna lukten och de frågade ofta någon

närstående om det luktade från såret. Ett rikligt läckage från såret upplevdes fruktansvärt och generande. Förbanden fick dem att känna sig äckliga och det var plågsamt på grund av den fruktansvärda lukten. Rädslan för att andra skulle se läckagen eller känna lukten från deras bensår gjorde att de blev väldigt uppmärksamma på sig själva (Hyde et al., 1998; Douglas, 2001; Jones, Robinson, Barr & Carlisle, 2008). Jones et al. (2008) skriver i sin studie att det var uppenbart att dessa personer tidigare har fått höra att lukten kom från deras sår och efter det trodde de att all lukt därefter måste vara från dem.

*Because I thought, if I can smell it how do other people feel, and that, it made me really feel sick inside, the smell were so strong (Walshe, 1995, s. 1096)*

I studier (Lindahl, Norberg & Söderberg, 2007; Jones et al., 2008) beskrevs lukten från bensåret som en stor faktor för att undvika att vistas/umgås med andra och att sociala aktiviteter skulle begränsas eller förkortas. Personer beskrev vidare att det fanns en känsla av att benet skulle vara stötande för andra. Att känna lukten av sig själv, som något ruttande var hemskt och spred en känsla av att det fanns något dött i samma rum, det kändes deprimerande, en person sade att det var värre än en skräckfilm (Jones et al., 2008).

*I realised that I smelled like the clinic smelled. I didn't want to go to keep in touch with friends,, you would get a whiff of yourself and think god... I was miserable and morbid and then occasionally I would get so frustrated I would be verbally aggressive (Jones et al., 2008, s.58)*

Lukten gjorde att de skämdes och kände sig smutsiga bland andra. Självförtroendet försvann om någon annan kände lukten och det gjorde att personerna ville gömma sig. Det värsta beskrevs vara då någon annan frågade vad det var som luktade. Bensår som sipprade och gjorde bandagen blöta ökade risken för odör. Odören förknippades med att känslan av den egna skönheten försvann och en hopplöshet infann sig då personerna inte tyckte det fanns någon åtgärd. Det var inte ovanligt att de slutade ut aktiviteter så som till exempel att besöka kyrkan eftersom bensåret luktade så hemskt att personen bredvid skulle kunde känna det (Douglas, 2001; Hopkins, 2005).

*A woman sitting beside me in a waiting-room said about another patient; 'that women doesn't wash, for sure. It's awful isn't it?' (Mudge, 2008, s.24)*

### **Strategier behövs för att hantera den nya livssituationen**

De många stora livsförändringarna och den långsamma läkningsprocessen som sjukdomen innebar gjorde att personer behövde finna strategier för att kunna hantera den nya livssituationen (Ebbeskog & Ekman, 2001). Personer som levde med bensår beskrev att de

kände sig frustrerade och att det var lätt att tappa hoppet och tröttna då läkningen av såret tog så lång tid. Trots att de fick höra att såret höll på att läka hade de svårt att tro på det. En strategi var att ta en dag i taget, de använde detta för att klara av att uthärda (Ebbeskog & Ekman, 2001; Goldberg & Beitz, 2010). I en studie (Ebbeskog & Ekman, 2001) beskrevs hur personer vände sig vid att läkningen tog tid, men hur det var svårare att hålla upp modet i de perioder då det sipprade ut var ur såret utan någon egentlig anledning. För många tog bensåren över så mycket i vardagen att det tillslut blev en normal känsla att leva med dem, att de inte känner sig sjuka eller ens illa till mods av dem (Walshe, 1995).

*Well I would hope to eventually get them healed but I can't see it happening. (Hopkins, 2004, s.558)*

Mudge (2008) skriver i sin studie att vid svår smärta fanns det en önskan om att inte prata med andra, det var inte jobbigt att prata om just smärtan, men upplevelsen av smärtan var för hemsk för att dela den med andra. För att hantera smärtan behövdes strategier (Douglas, 2001; Ebbeskog & Ekman, 2001). Personer i Beitz och Goldbergs (2005) studie försökte kontrollera smärtan genom att välja sina aktiviteter, hitta lägen på benen som gjorde mindre ont eller sysselsätta sig för att hålla sig upptagna, till exempel titta på tv eller delta i hushållsarbete. Detta hjälpte dem att avleda fokus från smärtan. I Walshes (1995) studie beskrevs en strategi för att hantera situationer som orsakade smärta, vilket var att undvika de situationerna, exempelvis att gå ut. En del tyckte att det enda som hjälpte mot sårsmärtan var smärtstillande tabletter (Beitz & Goldberg, 2005). Men många tyckte det var jobbigt att måsta ta tabletter mot smärtan och var oroliga över hur det påverkade deras kroppar i övrigt (Mudge, 2008; Hyde et al, 1999).

*I've just stopped now (taking analgetics) and try to tolerate the pain you know because you just don't know what these (tablets) are doing to you insides over the years (Mudge, 2008, s. 26).*

Lukt och läckage var enligt Hyde et al.(1999) ett gemensamt problem för många personer att hantera. Att byta bandagen oftare, sätta dubbla bandage eller parfymera sig extra mycket var några strategier personer använde för att hantera lukt och läckage.

*Especially in the summertimes, you know, and the smell's not so good either. So I always carried 4711(cologne) with me and sprayed it everywhere. (Hyde et al., 1998, s.194)*

Hopkins (2004) beskriver att det handlade för många av deltagarna om att befinna sig mellan hopp och förtvivlan. Att leva med en ständig oro där familj och närstående upplevdes vara ett



viktigt stöd för att orka fortsätta. I många studier beskrevs också en oro för att nya sår skulle uppkomma. De var rädda att stöta i de känsliga benen i något eller att ramla och slå upp nya sår, därför skyddade de sina ben extra noga (Flaherty, 2005; Walshe 1995, Hyde et al., 1999)

*For most participants, previous ulcer had resulted from bumps and knocks to the legs. "You know it is always in the back of your mind, don't knock your legs" (Flaherty, 2005, s.82).*

Att förstå behandlingen var viktigt för många för att kunna acceptera den. Det var många som inte hade förståelse kring sjukdomen, vilket relaterades till att de inte hade tillräckligt med kunskap om den (Flaherty, 2005; Walshe, 1995; Chase et al., 1997). Kunskap kring sjukdomen sågs öka deras förmåga att hantera förändringarna i livet bättre (Flaherty, 2005). En positiv attityd hjälpte personer att orka fortsätta kämpa medan negativa tankar gjorde det svårare (Hopkins, 2004). I Hyde et al (1999) beskrivs att beslutsamhet, behärskning, motståndskraft och att kunna känna hopp för framtiden är exempel på en viktiga copingresurser som behövdes för att kunna hantera situationen. Enligt Lindahl et al (2005) var ett sätt att känna hopp för framtiden att ha nedräkning av antalet behandlingar och se ett närmande av den dagen då sista behandlingen skall vara genomförd. Då detta skulle betyda att såret läkt och att de blivit av med smärtan och den illaluktande stanken.

*They believed that negative thinking was counter-productive and would not enable them to "carry on" (Hopkins, 2004, s. 560).*

### **Att inte vara samma person som förut**

Goldberg och Beitz (2010) beskriver att personer upplever att de tvingats till stora förändringar i sina sociala roller, bland annat blev rollen i arbetslivet påverkad eftersom möjligheten till att kunna utföra ett arbete gick förlorad. Personer beskrev hur de inte längre upplevde sig kunna vara den person som de var förut (Douglas, 2001; Goldberg & Beitz, 2010) Goldberg och Beitz (2010) beskrev att både kvinnor och män upplevde den stressande situationen med förlust av roller och att bli beroende av hjälp från andra. Något som var speciellt utmärkande för kvinnorna i Douglas (2001) studie var att de kände frustration över att förlora sin roll i hemmet med att traditionellt ta hand om hushållssysslorna. De flesta av kvinnorna i studien som på grund av sjukdomen upplevde att de inte kunde inte utföra de sysslor de var vana vid att göra. Enligt Goldberg och Beitz påverkade dessa rollförändringar hela familjen.

*Other participants described a loss of independence. "I have to depend on my husband greatly" (Goldberg & Beitz, 2010, s.43).*

*No one really understands...I hate relying on other people all the time...I am no longer me (Douglas, 2001, s.358).*

Att inte kunna bära den klädstil de alltid haft och tyckt om, utan att måsta anpassa sig efter funktionalitet var något många tvingades till. Det var något som fick dem att känna att de förlorade möjligheten till att klä sig som de alltid gjort förut och det inkräktade på deras identitet (Hyde et al, 1999). Omläggningar som inte var tillräckliga eller såg illa/opassande ut begränsade dem, genom att läcka eller att måsta välja kläder eller skor som passade över dem. De kläder som gick att ha valdes sedan efter uppgift att dölja att det fanns sår (Walshe, 1995; Mudge, 2008; Hyde et al., 1998; Flaherty, 2005). I Mudges (2008) studie beskrev personer att omläggningen inte passade på benen då den var ljusare än hudfärgen och att det inte all såg attraktivt ut, personen undvek därför att gå ut. En annan tyckte att omläggningen påverkade hennes känsla av femininitet och använde därför alltid byxor istället för kjol för att dölja förbanden.

*"If only I had nice legs and could wear nice clothes, but you cannot....so I put the (stockings) on and hide them up" (Flaherty, 2005, s.82).*

### **Att vara beroende av vård och behandling**

Det tog tid att helt förstå sig på behandlingen, men många beskrev ändå sårvård som en positiv erfarenhet (Goldberg & Beitz, 2010; Hopkins, 2004). Flaherty (2005) skrev att personer uppgav att de haft sådant förtroende för vårdpersonalen att de lyssnat till och följt deras råd även när de trott att de haft fel. De flesta personer i studierna upplevde behandlingen positivt, dock fanns det några fall där motsatsen upplevdes, exempelvis i Goldberg och Beitz (2010) studie där en man beskrev sig ha en dålig erfarenhet av att bli behandlad för bensåren på sjukhus. Enligt Lindahl et al. (2005) var viktigt att bli bemött av sjuksköterskor som pratade med och såg personen. Vidare beskrevs att patienter med svårsläkande sår är beroende av omvårdnad och tvingas lämna ut sina kroppar till vårdgivare för att få hjälp med behandling. Att de lätt förlorade tron på sig själva om de inte fick det resultat och det bemötande de förväntat sig. I Hopkins (2004) studie beskrevs om hur personernas liv kretsade kring distriktssköterskan och hur de inte kunde inte gå ut de dagar då det var dags för omläggning eftersom hon inte visste när sjuksköterskan skulle komma och lägga om bensåret.

*Nurse's visits, the relationship was very positive and could be described as "the importance of being known" (Hopkins, 2004, s.560)*

Det fanns dem som tyckte att informationen kring anledningen att såret uppkommit och anledningen till den behandling som gjordes inte var nog bra (Flaherty, 2005; Goldberg & Beitz, 2010). Några uttryckte att de inte tyckte om att behöva vara frågvisa och själva behöva söka sig informationen, medan andra kunde tycka att det var upp till ens eget intresse att leta sig den information man behövde (Flaherty, 2005).

*They describe a lack of understanding of what causes the ulcers and uncertainty about whether the ulcer will ever heal. "I've resigned myself that I always will have it" (Chase et al., 1997, s.76).*

Det var en trygghet att ha någon kunnig som kom och tog hand om såren, då detta också gav dem en möjlighet att få ställa frågor om det var något de undrade över (Walshe, 1995). Det fanns hos en del en önskan om att sjuksköterskan skulle komma oftare och byta bandagen för att de inte skulle hinna börja läka eller lukta, då andra då lade märke till sårområdet och dessa faktorer gav ett psykiskt obehag hos personen (Jones et al. 2008). Personer visste hur de ville ha omläggningen för att det skulle kännas bäst, ett skönt förband fick såret att kännas bättre (Walshe, 1995). I Douglas (2001) studie ansåg en person att behandlingarna inte fick någon chans att göra verkan då den byttes ut hela tiden.

Det fanns en rädsla och oro för att en hårdhänt behandling av benen skulle göra att nya sår uppkom. Då det behövdes bara den minsta lilla skadan på skinnet för att ett nytt svårsläkt sår skulle uppstå (Hyde et al., 1999).

*"I thought they were a little bit rough the way they treated the wounds when they first started which I later learned that the way they were treating was to my advantage" (Goldberg & Beitz, 2010, s.42).*

## Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att leva med kroniska bensår. Analysen resulterade i fem slutliga kategorier: Nedsatt rörlighet och upplevda konsekvenser på grund av smärta, skam över läckage och lukt från bensåret, strategier behövs för att hantera den nya livssituationen, att inte vara samma person som förut och att vara beroende av vård och behandling.

I resultatet i denna litteraturstudie framkom det att personer upplevde en försämrad rörlighet på grund av bensåret, framför allt orsakad av smärtan. Detta gjorde att många blev bundna till hemmet, sociala- och fritidsaktiviteter blev begränsade och en del kände sig deprimerade på grund av den försämrade rörligheten och dess konsekvenser. Depression som konsekvens av smärta och nedsatt rörlighet kan förklaras i Martins Silva, Sampaio, Mancini, Luz och Alcántara (2010) studie där de skriver att smärta påverkar människor över hela världen psykiskt genom att förändra deras fysiska funktion och känslomässiga tillstånd. Personer med långvarig smärta har den högsta nivån av depression och psykiska funktionshinder. Enligt Linton och Shaw (2011) är depression definierat som ett psykiskt problem som kännetecknas av negativ stämning, hopplöshet och förtvivlan. De skriver vidare att av patienter som lever med smärta uppfyller i genomsnitt 52 % av dem kriterierna för depression. Dock menar de att ännu fler har en nedstämdhet men uppfyller inte de diagnostiska kriterierna för egentlig depression. Vidare skriver de att förekomsten av depression i ett smärttillstånd är förknippat med en högre smärtintensitet och är en stark riskfaktor för funktionsnedsättningar.

Resultatet i denna litteraturstudie visar att personer med bensår som smärtade fick problem att utföra vardagliga sysslor. Detta begränsade dem i vardagen och för några av personerna innebar detta att förlora en innehavd roll. Maly och Krupas (2006) har beskrivit hur personer med smärta i knän hade liknande upplevelser som personer i denna studie om hur smärtan gjorde att de fick svårt att utföra vardagliga rutiner, de enkla uppgifterna blev långa prövningar. De menar vidare att rörlighet var för alla viktigt för självbilden eftersom rörligheten krävdes för att självständigt kunna slutföra verksamhet som krävdes i deras dagliga liv, vare sig det handlade om egenvård, hushållsarbete, arbete eller fritid. Många av personerna i deras studie slutade med aktiviteter då de upplevde sig ineffektiva och långsamma på grund av smärtan. Likt resultatet i denna studie om smärtans påverkan i rörelseförmågan och förmågan att delta i aktiviteter menar även Maly och Krupa (2006) att smärta starkt kunde förknippas med restriktioner i rörelse. Alla deltagarna i deras studie upplevde att konsekvenserna av smärtan vid aktiviteter som innebar att bära vikt begränsade aktiviteter i det dagliga livet, deltagande i sociala arrangemang och fritidssysselsättningar. Dessa begränsningar resulterade i en stillasittande livsstil och social isolering för dem som inte gick ut. De personliga konsekvenserna av begränsningar i rörligheten var djupgående, de upplevde en nedvärdering av personlig självkänsla eftersom rörlighet var en integrerad del i varje persons identitet. De kände sig mindre värdefulla eftersom de inte kunde slutföra fysiska aktiviteter.

I Holmes och Padghams (2009) studie jämförde de tinnitus och smärta, de menade att dessa två inte är sjukdomar, de är symptom. De likheter som de fann mellan dessa två var att var subjektiva, svårlösta, konstanta, obehagliga, svåra att behandla och de påverkade livskvalitén väsentligt. Vidare skrev de att dessa symptom kunde förändra sättet individer såg på sig själva och hur de trodde att andra såg på dem, det gav en känsla av att vara annorlunda jämt mot andra. Studier (Holmes & Padgham, 2009; Martins Silva et al., 2010) skrev att smärta kunde leda till social isolering. Detta kan kännas igen i denna studie, det framkommer tydligt i resultatet att smärtan för många personer upplevdes konstant och livskvalitén blev påverkad. Många personer kunde inte längre leva som de hade gjort förut, aktiviteter undveks och många beskrev en social isolering som följd av smärtan. Martins Silva et al (2010) beskrev att personer i deras studie (i likhet med personerna i denna studie) hade svårt att prata om den intensiva smärtan eller om sjukdomen eftersom de inte ville skylla på smärtan.

I resultaten i denna litteraturstudie upplevde personer att de tvingades bli väldigt medvetna om sig själva på grund av bensåren. De var rädda att andra skulle känna lukten och att läckage skulle göra att de var stötande för andra och på grund av rädslan valde många av personerna att avstå sociala evenemang. Liknande upplevelser kring lukt och läckage kan kännas igen i Andersson, Engström och Söderbergs (2010) studie. Där beskriver de att det dagliga livet påverkades för personer som hade stomi eftersom de var rädda att andra skulle känna lukten av avföring från dem och de var rädda att stomipåsen skulle börja läcka. Då de var på sociala arrangemang valde de platser som de lätt och diskret kunde lämna ifall det började lukta från dem. Så fort de kände lukt av avföring trodde de att lukten berodde på dem. Ungefär samma upplevelser kring läckage hade kvinnor i Hägglund och Ahlströms studie (2006) där deltagarna levde med urininkontinens. Kvinnorna i studien undvek de fysiska aktiviteter som kunde förknippas med urinläckage, exempelvis att lyfta saker, hoppa och springa. Detta gjorde att de även missade lek med sina barn.

I resultatet av denna studie framkommer det att strategier behövs för att kunna hantera den nya livssituationen och att bland annat kunskap om sjukdomen sågs vara en något som ökade deras förmåga att hantera förändringarna bättre. En av de svåraste delarna av att leva med kronisk sjukdom var att lära sig leva med den. Martins Silva et al (2010) skrev att anpassning till en kronisk sjukdom kan påverkas av de psykologiska faktorerna och de problem som uppstår på grund av sjukdomen bör tas i beaktning då det kan påverka välbefinnandet. Holmes och Padgham (2009) skrev i sin studie att anpassning till ett kroniskt hälsotillstånd oundvikligen krävde viss förändring eller justering av livsstil, ambitioner, mål, kanske

undergräva identitet, självtillit och sociala relationer. Det störde även individuell biografi, vilket till viss del kanske kan förklara hur människor förstår och hanterar sin sjukdom. Enligt Öhman, Söderberg och Lundman (2003) är att kämpa för normalitet ett sätt att försöka förstå den förändrade livssituationen. Att söka förklaringar för att förstå sig på sjukdomen. De skriver att när personer fick diagnos och information gällande sjukdomen lättade deras oro över anledningen till sjukdomen, om än oron för framtiden kvarstod. De beskriver också i studien att en väg för att kunna hantera verkligheten var att träffa andra med samma sjukdom och kunna utbyta kunskap och erfarenheter med dem. Öhman, Söderberg och Lundman (2003) studie säger fortsatt att kämpa för ett normalt liv också handlar om att i livet kunna integrera de förändringar som orsakas av den kroniska sjukdomen. Att det handlar för personerna om att tvingas hitta nya sätt att leva.

I denna litteraturstudie upplevde personer med bensår att såret gjorde att livet hade förändrats. De upplevde rollförluster på grund av sådana uppgifter som de inte längre klarade av och en förlust av möjligheten att kunna utföra ett arbete. Detta kan kännas igen i studien av Townsend, Wyke och Hunt (2006) där en del av personerna beskrev att det var en förlust att inte kunna jobba och tjäna pengar på grund av sjukdomen. Både män och kvinnor som valde att stanna kvar i arbetslivet trots risken för ohälsa menade att arbete var viktigt för deras identiteter. Att inte kunna jobba eller kunna fullfölja andra sociala roller och skyldigheter sågs som ett misslyckande och hotade sammanhängande identiteter. Förmågan att hantera sjukdomen och sociala skyldigheter i det dagliga livet inramades av en känsla av plikt. I Ahlströms (2007) studie beskrevs förlusterna av roller som jobbiga, det framkom tydligast inom familjen. Det kändes som en förlust att inte kunna ta det önskade ansvaret över familjen. Många av kvinnorna beskrev hur svårt det var att inte ha det huvudsakliga ansvaret för att ta hand om hemmet. I Maly och Krupas (2006) studie beskrevs hur självständighet förstods av de kvinnliga deltagarna i studien som en förmåga att slutföra en fysisk aktivitet utan hjälp av en annan person. Vidare fann de även en koppling mellan självutvärdering och fysisk värde där mobilitet var ett viktigt resultat, särskilt i samband med självständigheten.

I likhet med resultatet i denna litteraturstudie där förlust av identitet upplevdes på grund av att inte längre kunna göra samma saker som förut skriver Asbring (2001) i sin studie om kroniska sjukdomar, kronisk trötthet och fibromyalgi, att avbrott med tidigare identiteter kan förklaras i förhållande till tidigare aktiviteter. Personerna i Asbrings (2001) studie beskrev en kraftig längtan efter det liv de levt tidigare, sorg var ett uttryck över förlusten av den föregående identiteten. Den nya identiteten som kom i samband med sjukdomen beskrevs som ett annat

”jag” som finns utanför det vanliga ”jaget”. Det skapade en känsla av att leva med en person som de inte kände eller känner sig förtrogen med. Toombs (1993, s.96-98) beskriver hur integriteten bryts ned då funktioner i kroppen förloras vid sjukdom. Att drabbas av sjukdom innebär en förlust av helhet där kroppen inte längre går att lita på och ej kan tas för given något mer. Då jaget och kroppen inte längre fungerar som en helhet blir personen ständigt påmind om sin kropp (Toombs, 1993, s.90). Det tidigare bekanta med livet och kroppen byts ut mot något okänt och en förlust av kontroll och integritet upplevs (Toombs, 1993, s.76). För att kunna stötta och förstå dessa personer behöver sjuksköterskan en insikt om patientens livsvärld. En förståelse för patientens lidande ger försutsättningar för att kunna lindra det (Toombs, 1993, s. 97-98). Asbring (2001) beskrev i sin studie hur en del av kvinnorna inte accepterade konsekvenserna av sjukdomen trots att de inte förnekade själva sjukdomen i sig. De strävade efter att försöka behålla den tidigare identiteten genom att fortsätta arbeta som förut, ibland med minskad arbetstid, och de fortsatte att ta hand om hem och familj. Vidare beskrivs att identitetsförändringen hos personer i samband med insjuknandet kan ha orsakat konsekvenser i förhållandet till partnern. Personer i studien beskrev att sjukdomen och identitetsförändringen var en anledning till separation.

I resultatet framkom det att personer med bensår upplevde vården och behandlingen på olika sätt, en del tyckte det var positivt men svårt att förstå, andra tyckte förbanden var fula och gjorde allt för att dölja dem. Det framkom även att det krävdes en förståelse för behandlingen för att kunna acceptera den. I likhet med Anderssons et al. (2010) studie där deltagarna hade stomi var de också tvungna välja kläder som gjorde att stomin rymdes under och att kläderna tillät en full påse, det var kläder de inte annars skulle ha använt. Deltagarna poängterade även betydelsen av bra information kring sjukdomen, behandlingen och stomin. Även en studie som handlade om kvinnor med urininkontinens beskriver deras rädsla för plötsliga läckage. Dessa deltagare hade alltid rena kläder med sig i en väska samt hade kontroll över var närmsta toalett fanns (Hägglund & Ahlström, 2006).

## **Intervention**

I denna litteraturstudie om personers upplevelser av att leva med kroniska bensår fanns ett antal återkommande teman som påverkade de flesta personerna ganska mycket, vilka var smärta, lukt och läckage från bensåret. Smärtan gav många konsekvenser, såsom nedsatt rörlighet och det hade i vissa fall lett till nedstämdhet och/eller depression. Det fanns en rädsla för att bensåret skulle lukta och det gjorde att många av personerna valde att avstå sociala

evenemang. Många av personerna upplevde även en social isolering på grund av de begränsningar bensåret förde med sig och oron för hur andra skulle reagera på bensåret. För att hjälpa personer med hantering av den nya livssituationen som det kan innebära med ett bensår är det viktigt med rätt kunskap och utbildning, både hos patient och hos sjuksköterska. Det är även av vikt att sjuksköterskan är ett stöd och har ett förhållningssätt som gör att patienten känner sig trodd och uppmärksam. Personerna med bensår hade även för lite kunskap om sin sjukdom och vad det innebär att leva med den, att de inte hade nog med kunskap om de behandlingar som erbjöds och vilken verkan de hade för läkningen av bensåret. Interventioner som vi genom vår studie finner aktuella för denna patientgrupp är stöd och information om sjukdomen och behandlingar, det är även viktigt att sjuksköterskan ger patienten ett bra bemötande för att markera att hela människan är viktig, inte bara bensåret, samt deltagande i patientgrupper för att få prata med andra i liknande situationer. Dessa interventioner ser vi kunna ge personer med bensår en förbättrad vårdkvalité där hela människan är i centrum, en förbättrad hantering av sjukdomen, en ökad livskvalité och en hjälp för att bryta social isolering.

Personer med bensår behöver ett bemötande från sjuksköterskan där hon låter personen berätta om sin situation, hur den pågående behandlingen upplevs och vilken hjälp de önskar få. Detta sätt att bli bemött leder till en känsla av att bli sedd som människa, inte bara som en person med ett bensår där fokus ligger på att bensåret skall hela. I resultatet har vi sett att ett bensår är så mycket mer än bara ett bensår, det påverkar hela människan bakom såret, på många olika sätt. Genom att bli sedd som en helhet, där alla delar blir behandlade, såväl fysiska som psykiska, främjar det upplevelsen vid besök i sjukvården. Ett bra bemötande är viktigt för att personerna som uppsöker vård skall våga öppna sig och lita på vårdpersonalen. Det i sin tur underlättar för att vården skall bli individuellt anpassad efter de behov som individen har, vilket även ökar kvalitén på vården som ges. Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson och Rasks (2010) beskrev hur olika möten i hälso- och sjukvården uppfattades. De beskrev att bli bemött på ett positivt sätt kändes som en självklarhet och som en naturlig mänsklig handling. Då personer fick förklara sin situation, då de blev tillfrågade hur behandlingen fungerade och vilken hjälp de önskade upplevdes det positivt. Ett vardagligt samtal som innehöll skämt, inte var dramatiskt och om personalen visade empati och förståelse ledde det till en känsla av att bli tagen på allvar och inte känslan av att bli ifrågasatt. Även i studien av Benzein, Norberg och Saveman (2001) framkom det att vårdpersonalen var viktiga, exempelvis hade sättet att ge information och svara på frågor en stor inverkan.



Enligt Hansson et al (2010) gjorde en helhetssyn hos vårdpersonal att personerna blev bemötta som människor, inte bara som en patient med smärta. Detta är enligt Hansson et al. (2010) något som kan uppnås bara genom att läsa journaler, det krävs en insikt i alla aspekter i patientens liv. De mötena med hälso- och sjukvården som blev ingraverade i minnet hos personerna var de negativa mötena. Vårdpersonal som inte förstod hur svår smärtan var och hur det kändes skapade en känsla av att inte bli förstådd, ignorerad, förödmjukad och besviken var stark och det ledde till ytterligare lidande hos personerna. Bemötande med arrogans, ifrågasättande gjorde att personerna upplevde sig som idioter. Även personalens kroppsspråk hade stor inverkan i mötet, personal som lade huvudet på sned och tittade på varandra skapade en känsla hos patienten att de inte blev betrodda angående sina känslor och upplevelser. Enligt Brown (2008) har flera författare beskrivit de förbättrade läkningsfrekvenserna och en minskning av återfall då utbildning och upprätthållande av kontakt med vårdpersonal har genomförts.

Ordentlig information till patienten om vad sjukdomen innebär samt ett deltagande från patientens sida är viktigt. I resultatet i denna studie framkom det att personer som lever med kroniska bensår upplevde sig nedstämda och deprimerade periodvis. Genom att sjuksköterskan låter patienten vara delaktig i behandlingen och ser till att patienten förstår vad sjukdomen innebär ger det en ökad livskvalité hos patienten. Van Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee och Defloor (2011) beskrev en omvårdnadsintervention som genomfördes av sjuksköterskan för de patienter som levde med bensår. Där ingick råd vid livsstil med bensår angående behandlingar, övningar, fysisk aktivitet och vikten av att hålla benen i högläge. Interventionen började med att sjuksköterskorna lyssnade på patientens berättelse om att leva med bensår, få en förståelse för patientens synvinkel samt vilka behov och uppfattningar som fanns. Patienter informerades om livsstil vid bensår, de fick vara med att sätta upp målsättningar och formulera strategier för en bättre efterlevnad. Interventionen resulterade i att patienterna följde de råd som gav bättre, de började se ur ett nytt perspektiv där en förbättring av livskvalitén och även sårhäkningsprocessen uppnåddes. De upplevde även mer självständighet efter att de hade fått lära sig att ta bort och applicera kompressionsplagg själva. Denna studie visar att mer utbildning och deltagande hos patienterna, en ökad förståelse av sjukdomen och råd om livsstil kan resultera i en ökad livskvalité hos patienten.

Social isolering var ett av de problem som personer med bensår i denna litteraturstudie upplevde. De valde att stanna hemma då de var rädda för vad andra skulle tänka och tycka om deras bensår och det fanns en rädsla för att andra skulle känna lukten från det. För personer

med bensår kan ett deltagande i patientgrupper vara en bra åtgärd för att de ska se att det finns fler som dem och det kan kanske hjälpa till att bryta den sociala isoleringen som de upplever. Majoriteten av personer med bensår i denna studie var oroliga för vad andra skulle tycka om deras bensår och därför många gånger valt bort sociala aktiviteter. Genom att dela sina känslor och erfarenheter om bensår med andra i samma sats kan de, likt cancerpatienterna nedan, få en upplevelse av tillhörighet. Benzein et al (2001) beskrev i sin studie om cancerpatienter att relationer med andra personer i samma patientgrupp gav en upplevelse av en tillhörighet, då personerna inte längre kunde definiera sig med andra människor som var friska. Tillsammans med andra personer i samma patientgrupp kunde personer dela känslor, tankar och få ett erkännande i sjukdomen. Personer beskrev att det ibland kunde vara en tröst att se andra som var sämre än en själv.

## Metoddiskussion

För att uppnå trovärdighet i kvalitativa studier används begreppen tillförlitlighet, bekräftbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Polit & Beck, 2008, s.196; Holloway & Wheeler, 2010, s.302-303).

Tillförlitlighet stärks enligt Graneheim och Lundman(2004) om tillvägagångsättet och de metoder man valt att använda är tydligt beskrivna. Willman et al. (2006, s.72-74) skriver att databaser att söka i som är inriktade på området hälso- och sjukvård är CINAHL, Pubmed och psychinfo. Enligt Holloway och Wheeler (2010, s.307) är det fördel att välja artiklar som är ”peer reviewed” då de är granskade av experter inom ämnesområdet och därför anses ha en hög vetenskaplig kvalitet. Graneheim och Lundman (2004) menar att en kvalitativ manifest innehållsanalys är en bra metod för att sammanställa data till studier på ett systematiskt sätt och därmed uppnå hög trovärdighet på resultatet. Enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 283) kan feltolkningar av ord förekomma vid översättningar och det kan i sin tur medföra att materialets innehåll kan bli ändrat och påverkar trovärdigheten. Holloway och Wheeler (2010, s.305) skriver också att studiens trovärdighet förstärks av att andra kunniga i den kvalitativa metoden granskat arbetet eftersom.

För att öka trovärdigheten i denna litteraturstudie har vi använt oss av rekommenderade databaser inom ämnet som CINAHL, Pubmed och psychinfo. De studier som valdes var ”peer reviewed” och på engelska. Vid översättningar har vi varit två personer som har arbetat tillsammans och använt oss av översättningsprogram för att minska risken för feltolkningar. Vi har upprepade gånger återgått till ursprungskällan för att minska risken för egna tolkningar

i resultatet. Under arbetsprocessen med denna studie har det kontinuerligt förekommit seminarier där kurskamrater och handledare som är kompetenta i kvalitativ forskning har granskat och gett synpunkter på arbetet.

Bekräftelsebarhet handlar enligt Holloway och Wheeler (2010, s.303) om att resultatet ska svara till deltagarnas upplevelser och inte ska vara påverkat av författarna. Holloway och Wheeler (2010, s.303) menar att bekräftbarhet kan uppnås om läsaren lätt kan spåra använda data till originalkällan. Litteratursökningen och studierna som analyserades i denna studie är redovisade i tydliga tabeller. Vi har också använt oss av en tydlig referensteknik och har med en referenslista som gör att originalkällorna är lätta att spåra.

Pålitligheten handlar enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 302-303) om att studien ska vara så tydlig och precis att läsaren ska kunna följa processen och då ha en möjlighet att själva värdera giltigheten på resultatet. De menar att studien ska kunna gå att göras om och ska då ge samma resultat. Genom att resultat redovisas med hjälp av tabeller går processens gång lätt att följa menar Polit och Beck (2008, s.434-435) stärker pålitligheten på studien.

Överförbarheten beskrivs enligt Holloway och Wheeler (2010, s.303) genom att resultatet skall vara överförbart till alla personer som befinner sig i liknande situationer. Att inte begränsa med kön ålder eller landstillhörighet gör enligt Polit och Beck (2008, s.754) att resultatet når en bredare popularitet. Vi har vid urvalet inte begränsat vår studie till någon av de aspekterna vilket gör att vi anser att det erhållna resultatet inte speglar någon specifik sådan grupp men går att överföras till andra med kroniska sjukdomar.

Vi har i efterhand förstått att vi begränsat oss i vår sökning genom att exempelvis använda "lived experiences" istället för "experience" då det förstnämnda främst resulterar i fenomenologiska studier. Att inget publikationsintervall valdes och vi använde oss av några äldre studier kan detta påverka våra studiers resultat. Men trots att den del studier är cirka 15-20 år gamla har de gett liknande resultat som de studier som endast är något år gamla, detta tycker vi istället stärker trovärdigheten och överförbarheten i denna studie.

## Slutsatser

Personer som lever med kroniska bensår upplever en förändring i livssituationen, många kan inte leva som de har gjort förut och det ledde bland annat till rollförluster och en förlorad självständighet. Studierna visade genomgående ett starkt samband mellan social isolering, att välja bort aktiviteter och sociala evenemang med den eventuella odören från såret och rädslan

för vad andra skulle tycka om det. Studier har även genomgående visat att smärtan som orsakas av bensåret blir en central del i livet vilket leder till många konsekvenser, såsom försämrad rörlighet.

Att leva med ett bensår handlar inte bara om såret och dess förmåga att läka eller vilka behandlingar som passar bäst, det handlar om hela människan, både fysiskt och psykiskt. För en bra vård krävs en helhetsbild av patienten. För att dessa människor ska uppleva livskvalité behövs ett bra bemötande från vårdpersonalen, personerna behöver uppmärksamhet och en adekvat vård utifrån de individuella behoven.

Personer med bensår behöver mer kunskap om den bakomliggande orsaken varför svårläkta sår uppkommer, varför läkningen sker så sakta och betydelsen av behandlingen. Genom att vi som sjuksköterskor visar oss tillgängliga, ger bra stöd och bra information ökar det kunskapen hos patienterna och det kan leda till att de kan hantera sin sjukdomssituation bättre. Dock varierar upplevelsen av att leva med bensår och påverkan i livet en hel del från person till person. Hur personer hanterar och upplever olika situationer grundas i tidigare erfarenheter.

Ytterligare forskning upplever vi skulle behövas gällande hur vi som sjuksköterskor kan hjälpa dessa patientgrupper med strategier, stöd och information för att lättare kunna hantera den nya livssituationen som sjukdomen innebär.

## Referenser

### \*Studier som ingår i analysen

Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 76.

Andersson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), 603.

Asbring, P. (2001). Chronic illness--a disruption in life: Identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 312.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.]. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

\*Beitz, J., & Goldberg, E. (2005). The lived experience of having a chronic wound: a phenomenologic study. *MEDSURG Nursing*, 14(1), 51.

Benbow, M. (2008). Exploring wound management and measuring quality of life. *Journal of Community Nursing*, 22(6), 14.

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117-126.

Brown, A. (2008). Does social support impact on venous ulcer healing or recurrence? *British Journal of Community Nursing*, 13(3), S6, S8, S10 passim..

Charmaz, K. (1999). Stories of suffering: Subjective tales and research narratives. *Qualitative Health Research*, 9(3), 362-382.

\*Chase, S., Melloni, M., & Savage, A. (1997). A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. *Journal of Vascular Nursing*, 15(2), 73-78.

Corbin, J. M. (2003). The body in health and illness. *Qualitative Health Research*, 13(2), 256-267.

\*Douglas, V. (2001). Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *Journal of Wound Care*, 10(9), 355-360.

- Dowsett, C. (2005). Assessment and management of patients with leg ulcers. *Nursing Standard*, 19(32), 65-65-6, 68, 70 passim.
- \*Ebbeskog, B., & Ekman, S. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 235-243.
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 278-284.
- Engström, A., & Söderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(5), 299-308.
- \*Flaherty, E. (2005). The views of patients living with healed venous leg ulcers. *Nursing Standard*, 19(45), 78-78, 80, 82-3 passim.
- \*Goldberg, E., & Beitz, J. M. (2010). The lived experience of diverse elders with chronic wounds. *Ostomy Wound Management*, 56(11), 36.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hansson, K., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B., & Rask, M. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 444-450. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. (3., [updated] ed.) Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell
- Holmes, S., & Padgham, N. D. (2009). Review paper: More than ringing in the ears: A review of tinnitus and its psychosocial impact. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2927.
- \*Hopkins, A. (2004). Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg ulcers. *British Journal of Nursing*, 13(9), 556.

- \*Hyde, C., Ward, B., Horsfall, J., & Winder, G. (1999). Older women's experience of living with chronic leg ulceration. *International Journal of Nursing Practice*, 5(4), 189-198.
- Häggglund, D., & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1946.
- Johnson, P., St John, W., & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551-558. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03757.x
- \*Jones, J., Robinson, J., Barr, W., & Carlisle, C. (2008). Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard*, 22(45), 53-53-4, 56, 58 passim.
- Kelly, M. (2013). DIAGNOSIS OF A CHRONIC CONDITION: IMPLICATIONS FOR LIFE. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 13(3), 18-23.
- \*Krasner, D. (1998). Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 25(3), 158.
- Kristofferzon, M., Lindqvist, R., & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 476-483. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00851.x
- \*Lindahl, E., Norberg, A., & Söderberg, A. (2007). The meaning of living with malodorous exuding ulcers. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16(3A), 68-75.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-11.
- Maly, M. R., & Krupa, T. (2007). Personal experience of living with knee osteoarthritis among older adults. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1423-1433.
- Marklund, B., Sülau, T., & Lindholm, C. (2000). Prevalence of non-healed and healed chronic leg ulcers in an elderly rural population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), 58-60
- Martins Silva, F. C., Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Luz, M. T., & Alcantara, M. A. (2011). A qualitative study of workers with chronic pain in brazil and its social consequences. *Occupational Therapy International*, 18(2), 85-95. doi:http://dx.doi.org/10.1002/oti.302

- Milne, J. (2013). 1: Improving wellbeing of those living with a wound. *British Journal of Nursing*, 3-9.
- Morgan, P., & Moffatt, C. (2008). Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 332-339.
- Morse, J. (2000). Keynote address from the Fifth Annual Qualitative Health Research Conference. Researching illness and injury: methodological considerations... keynote address presented at the 5th Qualitative Health Research Conference, the University of Newcastle, Australia, April 8, 1999. *Qualitative Health Research*, 10(4), 538-546.
- \*Mudge, E., Meaume, S., Woo, K., Sibbald, R., & Price, P. (2008). Patients' experience of wound-related pain: an international perspective. *EWMA Journal*, 8(2), 19-19-20, 22, 24 passim.
- Newton, H. (2013). An introduction to wound healing and dressings. *British Journal of Healthcare Management*, 19(6), 270-274.
- Parker, K. (2012). Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard*, 26(45), 52-62.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer business.
- Söderberg, S. (red.) (2009). *Att leva med sjukdom*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedts akademiska förlag
- Toombs, S.K. (1993[1992]). *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Townsend, A., Wyke, S., & Hunt, K. (2006). Self-managing and managing self: Practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illness*, 2(3), 185-194. doi:<http://dx.doi.org/10.1179/174592006X129518>
- Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H., Vanderwee, K., & Defloor, T. (2011). Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3/4), 429-443. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03546.x



\*Walshe, C. (1995). Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1092-1100. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03110.x

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: the meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528-542.