



Sektionen för hälsa

Examensarbete, 10 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

**FÖREKOMST OCH BETYDELSE AV ATT HA SMÄRTA OCH TRÖTTHET HOS
PERSONER I ÅLDERSGRUPPERNA 60-96 ÅR
Äldres smärta i relation till upplevd trötthet**

Författare Karin Bengtsson
Susanna Nilsson

Justerat och godkänt

Datum 25/11 - 07

Handledare Helen Persson

Examinator 
Annika Larsson-Mauleon

Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

Sjuksköterskeprogrammet 120 p

**FÖREKOMST OCH BETYDELSE AV ATT HA SMÄRTA OCH TRÖTTHET HOS
PERSONER I ÅLDERSGRUPPERNA 60-96 ÅR**
Äldres smärta i relation till upplevd trötthet

Examensarbete 10 poäng

Författare: Karin Bengtsson
Susanna Nilsson

Handledare: Helen Persson

Examinator: Annika Larsson-Mauleon

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Åldrandet är en individuell process som upplevs olika av olika personer. Förändringar i åldrandet kan i stor utsträckning vara oplanerade och oönskade. Dessa förändringar beskrivs ofta i form av förluster så som nedsatt rörelse förmåga, syn eller hörsel som i sin tur kan resultera i smärta och trötthet. **Syftet:** Syftet med studien är att beskriva förekomst och betydelser av att ha smärta och trötthet hos äldre personer mellan 60-96 år samt att undersöka om personer med smärta upplever trötthet i större utsträckning än de personer som inte upplever smärta. **Metod:** Data från SNAC Blekinges befolkningsdel har använts (n=1372). För att göra sambandsanalys mellan olika variabler har chitvåtest använts med nollhypotesen: smärta och trötthet är oberoende av varandra. **Resultatet:** Det framkommer att 61,5 % av probanderna upplever smärta och 37,6 % av probanderna upplever trötthet. Vidare visade det sig att hela 31,2 % av probanderna upplevde både smärta och trötthet. **Slutsats:** Det framkom tydligt och vid upprepade tillfällen att det fanns ett samband mellan smärta och trötthet. Detta är något som kräver stor uppmärksamhet i vården då dessa symtom kan påverka många dimensioner av den äldres liv.

Nyckelord: Äldre, Smärta och Trötthet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	Sid. 1
BAKGRUND	Sid. 1
Att vara äldre.....	Sid. 1
Smärta	Sid. 2
Trötthet	Sid. 3
Att vara äldre och leva med smärta eller trötthet.....	Sid. 4
Vårdbegrepp – Subjektiv kropp	Sid. 5
SYFTE	Sid. 6
METOD	Sid. 6
Urval	Sid. 7
Data analys.....	Sid. 8
Material	Sid. 8
RESULTAT	Sid. 10
Vilka upplever smärta?	Sid. 10
Vilka upplever trötthet?	Sid. 10
Upplever de med smärta mer trötthet än de utan smärta?	Sid. 11
Orsakar smärta i vissa kroppsdelar mer trötthet än smärta i andra kroppsdelar?	Sid. 12
DISKUSSION	Sid. 14
Resultatdiskussion	Sid. 14
Metoddiskussion	Sid. 16
<i>Validitet</i>	Sid. 17
<i>Reliabilitet</i>	Sid. 18
SLUTSATS	Sid. 19
REFERENSER	Sid. 20

INLEDNING

Åldrandet är en del av livet och många önskar att få fylla denna tid med sådant som tiden inte räckt till tidigare. Vi hör till exempel ofta att; när jag blir pensionär så ska jag resa, umgås med vänner, åka på utflykter och så vidare. Dock är det många som måste avstå från detta på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Det är allmänt känt att både smärta och trötthet är vanligt bland äldre människor. Båda dessa symtom kan leda till andra åkommor, så som funktionella begränsningar och lägre livskvalitet (Jakobsson, 2003). Detta är förändringar som gör att den drabbade inte kan uppleva åldrandet som tillfredställande och kan vidare leda till att individen avstår från olika aktiviteter och socialt umgänge. Vi vill med denna studie dels beskriva förekomsten och betydelsen av att ha smärta och trötthet hos äldre, samt undersöka om personer som upplever smärta upplever trötthet i större utsträckning än personer utan smärta. Då Gold och Roberto (2000) pekar på att det finns lite forskning inom ämnet anser vi att denna studie är relevant att fullfölja.

BAKGRUND

Att vara äldre

Åldrandet är en individuell process som upplevs olika av olika personer. Många äldre människor som av den yngre generationen beskrivs som äldre identifierar sig inte alltid själva som gamla. Därför bryts numera begreppet äldre ner i flera olika åldersgrupper. Begreppen för dessa åldersgrupper är: *Yngre äldre* som avser personer mellan 65-85 år, *äldre äldre* som avser personer över 85 år och de *allra äldsta* som är över 90 år. Livet i ålderdomen är liksom tidigare i livet alltid föränderligt. Förändringar i ålderdomen kan emellertid i större utsträckning antas vara oplanerade och oönskade. Förändringar som sker i åldrandeprocessen beskrivs ofta i form av förluster så som nedsatt rörelseförmåga, hörsel, syn eller att behöva uppleva dödsfall bland jämnåriga vänner och släkt (Blomqvist & Edberg, 2004).

Vi pratar om åldrande och ålder på ett naturligt och självklart sätt som om innebörden av dessa ord skulle vara självklara. Men tittar vi närmare på vårt sätt att använda dessa ord framkommer det att innebörden av orden är olika och det finns olika delkomponenter i åldrandebegreppet så som psykologiskt, biologiskt och socialt åldrande. Åldrandebegreppet refererar till en händelsekedja av förändringar vilket kan innebära en process där tidigare förhållanden rubbas. Beroende på om vi är kvinnor, män, unga eller gamla har omgivningen olika förväntningar på oss och hur vi ska handla. Åldrandet innebär en del socialpsykologiska förändringar både av medicinsk och av psykologisk art (Tornstam, 2001).

Blomqvist och Edberg (2004) undersökte både goda och negativa upplevelser av att vara äldre. Det framkom att de individer som ansåg att de hade goda upplevelser av att vara äldre hade goda relationer med släkt och andra människor i yngre åldersgrupper, detta gjorde att de kände tillgivenhet, samhörighet och att de var behövda. De kunde känna att någon brydde sig om dem och att de i sin tur hade någon att bry sig om. Med detta följde trygghet och en visshet om att bli omhändertagen om det skulle behövas. Blomqvist och Edberg (2004) beskriver vidare att de individer som hade negativa upplevelser av att vara äldre uppfattade hälsa som ett problem med fokus på bristande kroppsliga funktioner. Här blev kopplingen mellan den subjektiva hälsan och upplevelsen av att vara äldre särskilt tydligt. De kände sig drabbade av dålig hälsa eller sjukdom vilket de inte kunde påverka. Detta resulterade till att deras ålderdom fylldes med problem och de fick inte leva ett gott liv. Dessa äldre hade ett dåligt socialt nätverk och kände ensamhet och övergivenhet. Då de inte kände sig behövda av någon förlorade de även sin självkänsla.

I en studie som hade som syfte att undersöka äldres förväntningar på åldrandet samt äldres tankar om när det är nödvändigt att söka sjukvård, deltog 429 personer 65-100 år gamla. Där framkom att ett stort antal (>50 %) av de deltagande i studien ansåg att försämrad fysisk hälsa var en del av åldrandet och närmare 90 % ansåg att trötthet och smärta var en del av åldrandet. En annan upptäckt som gjordes var att äldre inte tyckte att det var särskilt viktigt att söka hjälp från sjukvården angående olika symtom som är vanliga bland äldre, så som värk och sömnsvårigheter (Hays, Mangione & Sarkisian, 2002).

I en kvalitativ undersökning deltog 11 äldre personer mellan 66-92 år som intervjuades angående deras tankar om meningen med åldrandet. Bland alla deltagarna i studien framkom det att livet inte alltid varit lätt att leva då en gammal människa har levt ett långt liv, ett liv som kan ha innehållit många motgångar. Dock förklarade de att genom att ta sig igenom och ta i tu med olika motgångar och utmaningar hade de utvecklats och funnit mening med det lidande som de upplevt. Det är sådana tillfällen som gjort att de utvecklats och blivit starkare. En av deltagarna berättade att han efter alla år nu kunde se fördelarna med allt kämpande och lidande. Han hävdade att det varit viktigt för att kunna leva (Metcalf, Moore & Schow, 2006).

Smärta

Brattberg, Malquist och Mannheimer (2007) i (nationalencyklopedin 2007) definierar smärta som en obehaglig känslupplevelse som oftast orsakas av inträffad vävnadsskada eller upplevs som associerad med vävnadsskada. Brattberg et al. (2007) förklarar även att långvarig smärta ofta åtföljs av emotionellt obehag. Smärta kan uppstå utan skada eller sjukdom och reaktionen på smärta påverkas av fysiologiska, psykologiska, kulturella och sociala faktorer. Hawthorn och Redmond (1999) förklarar att smärta är en fundamental och oundviklig form av mänskligt lidande och en upplevelse som är unik för varje individ och sättet att uttrycka smärta skiljer sig från person till person.

Det är vanligt att beskriva smärtan utifrån två tidsaspekter, kortvarig och långvarig smärta. Den kortvariga smärtan kännetecknas som akut smärta och långvarig smärta kan betecknas som kronisk eller långdragen smärta. Hægerstam (2007) föreslår dock att benämningen långdragen smärta bör föredras framför kronisk smärta som kan tolkas som obotlig och därför inte behandlas lika effektivt. Smärtan diagnostiseras som långdragen efter sex månader (Hægerstam, 2007). Hawthorn och Redmond (1999) förklarar långdragen smärta som mer svårbehandlad än akut smärta. Den långdragna smärtan kan förankras till identifierbara orsaker, till exempel artrit, dock kan den också vara mer svårförklarad. Den långdragna smärtan gör att det centrala nervsystemet förändras på ett sätt som resulterar i att många symtom och tecken som vanligtvis visar sig uteblir. Detta kan göra det svårt att identifiera smärtan och tvivel på att patienten verkligen har ont kan uppkomma. Ofta leder långdragen smärta till förändrad personlighet så som depression, förändrad livsstil som i sin tur kan yttra sig i form av minskad motivation till aktiviteter och nedsatt funktionell förmåga då inaktivitet kan bidra till exempelvis muskelsvaghet och trötthet (Hawthorn & Redmond, 1999).

Blomqvist och Edberg (2004) beskriver hur smärtan påverkar många olika dimensioner av de äldres vardagsliv. Sådana problem gör att individen inte kan göra det han önskar och längtar efter samt gör att individen upplever svårigheter att upprätthålla självbild eller att bibehålla sociala relationer på grund av ihållande smärta. Blomqvist och Edberg (2004) hävdar vidare att långvarig smärta hos äldre personer medför en risk att känslan av underlägsenhet blir dominerande. För att då bevara bilden av sig själv som frisk, stark och oberoende låter individen bli att beklaga sig inför andra i sin omgivning.

I Blomqvists (2002) studie om hur det är att vara äldre och leva med varaktig smärta i vardagen var syftet att undersöka smärtupplevelser och smärtkaraktären hos äldre personer som bor på ett äldreboende. De deltagande var från 65 år och uppåt och hade bott på ett äldreboende i minst en månad, 29 personer deltog och gjorde en självskattning av sin smärta det vill säga, beskrev enligt en förutbestämd skala var på skalan de befann sig. Här framkom det att 22 personer upplevde smärta ofta varav 16 personer hade daglig närvaro av smärta och att periodvis smärta var vanligare än en konstant smärta.

I Jakobssons (2003) studie om äldre och smärta var syftet att jämföra övergripande livskvalitet med hälsorelaterad livskvalitet hos de äldre som upplevde smärta samt hos de äldre utan smärta. De som ingick i studien var 75 år och äldre. Studien visade att de som upplevde smärta hade mer gångsvårigheter och upplevde mer trötthet än de som inte upplevde smärta. Det visade sig också att de som upplevde smärta oftare hade mobiliseringssvårigheter, sömnsvårigheter och depression. Det framkom att ingen skillnad fanns mellan att ha smärta och att inte ha smärta när variablerna ålder, kön, materiel status, levnadsstatus, och ekonomisk status ställdes mot varandra.

I en studie av Ferreira och Sherman (2005) deltog 95 personer från 60 till 84 år där de provade hypotesen: *Mycket smärta associeras till lägre livskvalitet och flera depressiva symtom*. De fann att hypotesen höll, smärta hos äldre relaterade till lägre livskvalitet och fler depressiva symtom.

Trötthet

Definition av trötthet enligt Nationalencyklopedin (2007) är, den som inte orkar utföra arbete utan är i behov av vila. Jakobsson (2003) anser att trötthet har en påverkan på det dagliga livet och blir ett problem först när det påverkar och stör dagliga aktiviteter och när vila inte reducerar tröttheten.

Det finns olika orsaker till varför personer upplever trötthet. Hos friska personer beror tröttheten oftast på för lite sömn, för mycket stress eller att ha en benägenhet för ångest eller depression. Hos deprimerade patienter uppstår oftast tröttheten långsamt och smygande så att den blir en del av vardagen utan att personen märker av sin trötthet. Något som också kan inverka på tröttheten är ångest och nervositet. En människas psykiska hälsa kan försämrats allvarligt om individen utsätts för en ytterst stressfull situation, så som livshotande situationer. Sådana händelser kan förorsaka ett så kallat posttraumatiskt stressyndrom som i sin tur ofta leder till att individen går in i ett trötthetstillstånd. Sådana tillstånd kräver professionell omvårdnad (Evangård & Natelson, 2002).

Att det är tid för vila är det tröttheten som påvisar, men trötthet är ofta kopplad till sjukdomar, så som infektion, inflammation eller sjukdomar från hjärnan (Hertting & Samuelsson, 2000). När en person insjuknar i akuta sjukdomar, så som influensa, upplever ofta personen trötthet i samband med sjukdomen. Andra samband som förekommer bland medicinska orsaker till trötthet är feber, muskel- och ledvärk, halsont samt sömnsvårigheter (Evangård & Natelson, 2002).

Blomqvist och Edberg (2004) hävdar att avsaknad av sociala relationer beror framför allt på brist på fysisk ork till att göra det som önskas, vilket medför en känsla av otrygghet i den nuvarande situationen. Hermes, Robinson och Vollmer (2003) undersökte i sin studie effekten av ett trötthetsreducerande program som de testade på äldre över 70 år som genomlidigt

skada, operation eller svaghet i de lägre extremiteterna. Av de 50 personer som deltog i studien ingick 25 personer i en undersökningsgrupp och 25 personer i en kontrollgrupp. Varje deltagares grad av trötthet testades strax efter inskrivning på en rehabiliteringsavdelning samt en vecka senare. Deltagarna i undersökningsgruppen deltog i ett trötthetsreducerande program som till exempel innebar tillgång till vila under dagen, extra kolhydrater och proteiner samt ryggmassage. I studien hävdar de att det sedan tidigare är känt att mycket proteiner och kolhydrater bidrar till mindre trötthet. Tre minuters ryggmassage har visat sig ge ökad avslappning och bidrar till snabbare insättande sömn, bättre sömnkvalitet samt mindre trötthet under dagen. Även smärtlindring bidrar till mindre trötthet. Vid återundersökningen av deltagarna efter en vecka visade det sig att undersökningsgruppen i högre utsträckning fått reducerad trötthet. Att få vila och ha tillgång till tillfredställande nutrition kan medverka till att patienten i högre utsträckning kan delta vid sjukgymnasternas program och andra fysiska aktiviteter (Hermes, Robinson & Vollmer, 2003).

Cleeland et al. (2003) förklarade i sin studie att olika metoder har arbetats fram för att mäta trötthet. Många av dessa verktyg består av långa och besvärliga frågeformulär som kan upplevas som arbetsamma för patienten att svara på. Brief Fatigue Inventory (BFI) är ett instrument som används för att mäta trötthet och innefattar endast nio frågor. Studien visar på att det sedan tidigare är känt att BFI är ett mycket pålitligt instrument för att mäta trötthet. I studien undersökte Cleeland et al. (2003) validiteten hos den tyska versionen av BFI hos patienter med cancersmärter samt hos patienter med icke cancerrelaterade smärter som behandlades på ett smärtcenter. Det framkom att de deltagande som led av icke cancerrelaterad smärta visade högre grad av trötthet och orkeslöshet än de patienterna med cancersmärta. Majoriteten av dem som använde sig av BFI tyckte att det var lättförståeligt och problemfritt att använda. Hanestad, Lerdal, Moum, Rustøen och Wahl (2005) använde Fatigue Servity Scale (FSS) i sin studie för att mäta trötthet i relation till andra variabler. I studien framkom det att trötthet var vanligt hos människor med kronisk sjukdom.

Att vara äldre och leva med smärta eller trötthet.

Smärtupplevelser och tolkning av smärta kan vara mycket olika från person till person. Uppfattningen om smärta har förändrats med tiden. Förr var smärta en oundviklig del av många människors liv. Nu finns läkemedel till hjälp vid svår smärta. Smärtan har blivit ett medicinskt problem i stället för att vara en del av livet. Blomqvist och Edberg (2004) menar att detta kan vara en förklaring till varför äldre inte klagar över sin smärta utan försöker leva med den istället. Något som också har stor betydelse för hur en person upplever smärta är tidigare erfarenheter av smärta hos personen själv eller hos någon anhörig (Blomqvist & Edberg, 2004).

Gold och Roberto (2000) beskriver i sin litteraturstudie om konsekvenser av kronisk smärta hos äldre att när smärtan väl börjat förväntar sig personen att den kommer att bestå och inrätta sig till att leva med smärta hela livet. Kanske är det så att många äldre accepterar smärtan och inte söker hjälp förrän smärtan är outhärdlig. Gold och Roberto (2000) förklarar vidare att familjerelationer tar skada av att en individ i familjen lider av kronisk smärta. Obehandlad kronisk smärta kan beröva individen på sin självständighet som i sin tur kan leda till stress, depression och oro. Gold och Roberto (2000) poängterar att trots att kronisk smärta är mycket vanligt bland äldre är det inte mycket litteratur som berör frågan med äldre människor med detta problem.

I en studie av Borglin, Edberg, Hallberg och Jakobsson (2005) syftade undersökningen på att beskriva och jämföra sambanden mellan vanliga symtom, allmän livskvalitet och

hälsorelaterad livskvalitet bland människor från 75 år och uppåt. Hälsorelaterad livskvalitet syftar till funktionell status, välmående och allmän hälsa, gentemot allmän livskvalitet som har en bredare syn på livskvalitet och ser bortom sjukdom och hälsorelaterade funktioner. I undersökningen ingick 469 personer som svarade på ett frågeformulär med frågor om livskvalitet, hälsorelaterad livskvalitet samt vanliga symtom så som trötthet, smärta, urininkontinens och yrsel. I studien framkom att smärta och trötthet i stor utsträckning ledde till både låg allmän livskvalitet samt låg hälsorelaterad livskvalitet. Borglin et al. (2005) kom i sin studie fram till att smärta bland äldre människor är något som kräver stor uppmärksamhet i vården och menar vidare att det är känt att smärta är vanligt bland äldre samt påverkar livskvaliteten på ett negativt sätt. I studien svarade ungefär hälften av de deltagande att de upplevde smärta av någon grad varav 36 % rapporterade att de hade ganska eller väldigt svår smärta. Likaså trötthet är ett hälsoproblem som behöver större uppmärksammas då 45 % av de deltagande svarade att de upplevde trötthet av någon grad. Borglin et al. (2005) anser att mycket få studier finns angående trötthet hos äldre. De hävdar att detta kan bero på att trötthet inte behandlas som ett hälsoproblem och pekar på att det är viktigt att behandla trötthet utifrån samma villkor som smärta i vården av äldre.

Det kan uppstå problem i mötet mellan sjukvården och en patient med långvarig funktionsstörande smärta eller trötthet. Detta förekommer främst om utredningarna eller de kliniska undersökningarna av trötthet eller smärta inte påvisar något avvikande (Hertting & Samuelsson 2000). I en studie av Bennett, Glaser, Kayser-Jones och Stewart (2002) undersöktes om lindring av smärta och trötthet kunde leda till att funktioner som nedsatts på grund av sjukdom hos äldre kunde förbättras trots att sjukdomen inte kunde botas. Det framkom att trötthet och smärta som resulterats från sjukdomstillstånd associerades till lägre grad av nedsatta funktioner hos äldre. Om den medicinska diagnosen kunde identifieras så upplevdes inte smärtan och tröttheten lika påtagligt som den gjorde då den inte kunde kopplas till en medicinsk diagnos.

Är det så att det finns ett samband mellan smärta, trötthet och att vara äldre samt att smärta och/eller trötthet starkt påverkar äldres välbefinnande? Vidare har vi sett att äldre personer som lever med smärta och/eller trötthet ofta beskriver att de har förluster så som bristande kroppsfunktioner, personlighets förändringar, depressioner, störd daglig aktivitet eller svårigheter att bibehålla sociala relationer. Dessa förändringar kan göra att åldrandet inte upplevs som tillfredställande. Med denna kunskap finner författarna att smärta och trötthet är ett utbrett problem och då det visat sig att få studier har gjorts inom detta område bör detta undersökas mer noggrant för att få en närmare förståelse om hur smärtan påverkar äldres trötthet. Kan tröttheten vara ett symptom på smärtan eller är tröttheten bara en naturlig del av de äldres åldrande?

Vårdbegrepp - Subjektiv kropp

Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segersten och Suserud (2003) förklarar att vi lever genom våra kroppar. Tillgången till världen och livet förändras varje gång det sker en förändring i kroppen. När en människa drabbas av sjukdom, skada eller annat lidande blir denna förändring mer tydlig. Hawthorn och Redmond (1999) hävdar att smärta är en oundviklig form av mänskligt lidande samt att denna upplevelse är unik för varje individ och sättet att uttrycka smärta skiljer sig från person till person.

Dahlberg et al. (2003) hävdar att målet med vården är att lindra eller förhindra lidande, men även att försöka skapa förutsättningar för välbefinnande. Det finns olika former av lidande. Livslidande är något som kopplas till livet i alla dess faser och situationer och finns alltid av

någon form i människors liv. Det finns lidande som uppkommer på grund av sjukdom eller ohälsa, detta kallas sjukdomslidande. Symtom som till exempel smärta, trötthet, illamående, yrsel eller klåda kan ge uppkomst till sjukdomslidande. Vidare beskriver Dahlberg et al. (2003) vårdlidande, vilket är det lidandet som uppkommer på grund av vården eller utebliven vård.

För att en människa ska kunna få respekt för sig själv som en unik person måste hon kunna hantera sitt lidande, lidandet måste ges uppmärksamhet och bemötas i stället för att bortförklaras och slätas över. Detta gör att människan utvecklas och blir starkare. Genom reflektion kan vi medvetandegöra kroppen om lidandet så att lidandet kan framstå som ett objekt och inte som en del av den subjektiva kroppen. Om vi inte reflekterar över tröttheten eller smärtan ser vi den som en del av vår subjektiva kropp, genom att reflektera över vår trötthet och vår smärta kan vi se dem som enskilda objekt och inser att smärtan och tröttheten inte är en del av vår kropp. Det är upplevelser från det tidigare livet som påverkar hur de äldre uppfattar sin tillvaro, här inkluderas både upplevelse från den levda kroppen och den subjektiva kroppen. Åldrandeprocessen medför inte bara att funktioner i kroppen sviktar utan är en process som är osynlig i många avseenden. Förändringar av det sociala livet kan på sikt uppkomma då längre tid av smärttillstånd och förslitningar finns hos de äldre, vilket kan upplevas som plågsamma. Smärtor och rörelseinskränkningar begränsar livsrummet och livsvärlden, detta i sin tur gör att äldre inte längre kan göra det som de gjorde tidigare och där igenom fylla tillvaron med glädje. Att promenera, vara i trädgården är exempelvis saker som kan bli svårt för de äldre (Dahlberg, et al. 2003).

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva förekomst och betydelse av att ha smärta och trötthet hos äldre personer mellan 60-96 år samt att undersöka om personer med smärta upplever trötthet i större utsträckning än de personer som inte upplever smärta.

METOD

Metoden som har använts för att studera om det fanns något samband mellan smärta och trötthet hos äldre människor var kvantitativ och grundade sig på data från SNAC-Blekinges befolkningsdel. Anledningen till att vi valde att använda oss av SNAC-Blekinge var att undersökningen gjorts lokalt och att det redan fanns insamlat material att tillgå, samt att vi på grund av tidsbrist inte hade möjlighet till att utföra en enkätundersökning själva. The Swedish national study on aging and care (SNAC) är en nationell, longitudinell studie vars syfte är att följa äldre människors åldrandeprocess och att bygga upp en databas som kan bidra till tillförlitlig data vid till exempel framtida forskningsstudier om vården av äldre och åldrandet. Studien genomförs på fyra olika platser i Sverige; Karlskrona kommun i Blekinge, Kungsholmens stadsdel i Stockholms län, Nordanstigs kommun i Gävleborgs län samt region Skåne med kommunerna Malmö, Eslöv, Hässleholm, Osby och Ystad (Berglund et al. 2004).

I SNAC-studien undersöks två olika områden, åldrandet samt vård och omsorg. På så vis framkommer behoven av vård och omsorg bland de äldre samt hur dessa behov bemöts från olika vårdssystem. För att detta ska kunna undersökas på ett lämpligt sätt delas studien in i två delar. En befolkningsdel som undersöker åldrandet och en vårdsystemdel som undersöker vård och omsorg (Berglund et al. 2004). Det är befolkningsdelen som kommer att användas i vår studie.

Urval

Frågorna som användes kom bland annat från SNAC-Blekinges baselineundersökning som genomfördes 2001-2004 på sammanlagt 1403 personer i Blekinge (Berglund et al. 2004). Av dessa kunde 31 personer inte själva besvara enkäten på grund av till exempel demens eller afasi. I vår studie analyserades data från de 1372 som själva kunde besvara enkäten (se tabell 1).

I befolkningsdelen ingår ett stort antal äldre som delas in i tio olika ålderskohorter mellan 60 och 96 år. Dessa grupper undersöks över tid för att granska och beskriva åldrandeprocessen utifrån aspekterna; hälsosituation, psykologisk funktionsförmåga, personlighet, sociala och ekonomiska situationer, livsstil, livstillfredsställelse och livskvalitet, användandet av olika medicinska preparat eller alternativa medicinska preparat samt utnyttjandet av vårdsystemet. I Blekinge utförs även kontroll av tandstatus. Från 60 år upp till 78 år är det sex år mellan varje ålderskohort och från 78 år upp till 96 år är det tre år mellan varje ålderskohort. Varje gång de går in i en ny kohort skall en uppföljande studie göras, alltså följs 60 åringarna upp när de är 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90, 93 och 96 år. Vart 6:e år läggs en ny kohort till med nya 60 åringar. Syftet är att SNAC-studien ska fortlöpa i många år och på så sätt kunna identifiera förändringar i åldrandeprocessen mellan de olika ålderskohorterna samt orsakerna till utvecklandet av en god eller dålig hälsa. Detta ska i sin tur leda till att få en ökad förståelse av åldrandeprocessen samt att kunna förbättra vården för de äldre (Berglund et al. 2004).

Data samlas in om hälsa, sjukdom, funktionsförmåga, sociala förhållanden samt vårdbehov. Dessa data framtas med hjälp av intervjuer, frågeformulär samt fysiska och psykologiska tester och undersökningar. Varje deltagare undersöks av ett undersökningsteam som består av en legitimerad sjuksköterska, läkare och psykolog. Undersökningen tar mellan fyra och sex timmar per deltagare och genomförs på en vårdcentral. I de fall där deltagarna anses vara för svaga för att ta sig till undersökningen utförs denna i hemmet. Då det är nödvändigt ges fullmakt till anhöriga att svara för den deltagande om denna tidigare gett sitt samtycke till detta (Berglund et al. 2004).

Tabell 1.
Beskrivning av urvalet utifrån ålder och kön.

	n (%)
Kön (n = 1372)	
Män	577 (42,1)
Kvinnor	795 (57,9)
Ålder (n = 1372)	
60år	181 (13,2)
66år	198 (14,4)
72år	168 (12,2)
78år	162 (11,8)
81år	156 (11,4)
84år	200 (14,6)
87år	150 (10,9)
90år	99 (7,2)
93år	40 (2,9)
96år	18 (1,3)
Totalt	1372 (100)

Data analys

Statistik handlar inte bara om hur siffror beskrivs och analyseras utan lika mycket om att planera och genomföra en undersökning (Ejlertsson, 2003). Databearbetningen kom att bestå av två delar, en del som beskrev resultaten överskådligt med hjälp av tabeller, diagram och olika siffermått, det vill säga deskriptiv statistik. Samt en del som med hjälp av statistiska analyser beskrev, jämförde och analyserade data som sedan tolkades för att få fram ett resultat. För att visa data på ett överskådligt och begripligt sätt användes bland annat cirkeldiagram och korstabeller. Cirkeldiagram används då ett fåtal grupper ska redovisas. Korstabeller används för att se om två eller flera variabler samvarierar i någon form (Ejlertsson, 2003). Med hjälp av den statistiska analysen kunde vi bedöma om äldre personer med smärta upplevde mer trötthet än de personerna utan smärta. För att se om samband fanns mellan smärta och trötthet användes chitvåtestet, vilket innebar att nollhypotesen (H_0): *smärta och trötthet är oberoende av varandra*, ställdes. I chitvåtestet undersöktes skillnaden mellan förväntade och observerade värden. Ju större skillnad det är mellan observerade och förväntade värden, desto högre blir signifikantvärdet (Aronsson, 1999). För att förkasta H_0 ska signifikantnivån vara 0,05 eller högre. Om värdet är under 0,05 finns det ett samband mellan variablerna som inte beror på slumpen (Ejlertsson, 2003). Data sammanställdes till en statistisk analys med dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Aronsson, 1999).

Material

För att undersöka om äldre med smärta upplevde trötthet i större utsträckning än de äldre som inte upplevde smärta användes frågor som identifierade kön, ålder samt upplevelser av smärta och trötthet. Alla deltagarna i SNAC-Blekinge fick till att börja med besvara en enkät som ingår i baselineundersökning (se tabell 2) där frågan; *"Har Du haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna?"* besvarades av 1256 personer, av dessa angav 773 personer att de upplevt värk/smärta under de senaste 4 veckorna och fick därför svara på ett utfallsprotokoll, MPI-S (se tabell 3) om detta. Vidare ställdes frågan *"Har du under de senaste tre månaderna haft problem med något av följande;"*. Efter denna frågeställning följde 30 olika symtom, bland annat smärta och trötthet, frågan besvarades av 1348 personer. De som svarat att de upplever problem med trötthet ($n=507$) fick fylla i utfallsprotokollet MFI-20 (se tabell 4). Från de två utfallsprotokollen, MPI-S och MFI-20, valdes de frågor ut som ansågs vara mest relevanta för denna studie. Frågorna kommer från tre vedertagna och tidigare använda instrument och samtliga tre utgår från självskattning där personen själv fyller i formuläret.

Tabell 2.
Översikt över frågor om smärta och medicin

Formulär	Frågor
Frågor om smärta och medicin.	<ol style="list-style-type: none">1. Har du haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna?2. Var har du värk/smärta?3. I vilket kroppsdel är värken/smärtan värst?

Frågor om smärta och medicin: Dessa frågor ingick i baselineundersökningen och har besvarades av samtliga deltagare. De personer som svarat ja på första frågan fick gå vidare och svara på från vilken kroppsdel de upplevde smärta, här kunde de fylla i ett eller flera alternativ beroende på var smärtan var lokaliserad.

- a. Huvud, ansikte, mun.
- b. Nacke, hals
- c. Rygg (bröstrygg, ländrygg, bäcken)
- d. Leder
- e. Skuldror, armar, händer
- f. Ben, knä, fot
- g. Bröst
- h. Buk
- i. Underliv

Därefter skulle de beskriva var ifrån smärtan upplevdes vara värst.

Tabell 3.
Översikt över frågorna från utfallsprotokollet MPI-S

Formulär	Frågor
MPI-S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har du ont just nu? 2. Hur mycket påverkas vanligtvis dina dagliga aktiviteter av din värk? 3. Hur mycket tycker du att värken har förändrat din arbetsförmåga om du jämför med tiden innan du fick ont? 4. Hur mycket har din värk påverkat dina möjligheter att delta i fritidsaktivitet och sällskapsliv? 5. Hur mycket begränsar du dina aktiviteter för att värken inte ska bli värre? 6. Tycker du att du har kunnat styra ditt dagliga liv den senaste veckan? 7. Hur mycket har din värk förändrat dina möjligheter att utföra hushållsarbete?

MPI – S: är ett utfallsprotokoll som kartlägger problem med värk och smärta ur den deltagandes egen synvinkel. De fyllde i en självskattningsskala från noll till sex där noll var inte alls och sex var oerhört mycket.

Tabell 4.
Översikt över frågorna från utfallsprotokollet MFI-20

Formulär	Frågor
MFI-20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jag känner mig mycket aktiv. 2. Jag känner mig trött. 3. Kroppsligt orkar jag mycket. 4. Jag fasar för att behöva göra något. 5. Jag är utvilad. 6. Jag blir lätt trött 7. Jag har ingen lust att göra något.

MFI – 20: är ett utfallsprotokoll som mäter besvär av trötthet. En självskattningsskala från ett till fem fylldes i där ett var ja det stämmer och fem var nej det stämmer inte.

RESULTAT

Vilka upplever smärta?

Av de deltagande som besvarade (n=1256) frågan; "Har du under de senaste 4 veckorna upplevt värk/smärta?" Framkom det att en större andel, 61,5 %, svarade ja medan 38,5 % svarade nej (se tabell 5). Bland de som svarat ja var 64,0 % kvinnor och 36,0 % män. Det framkom även att i den yngsta ålderskohorten var det 7,7 % som upplevde smärta samt att det från den äldsta kohorten var 0,5 % som upplevde smärta (se tabell 5).

Tabell 5

Fördelningen mellan ålder och kön hos de som svarat på frågan, Har du under de senaste 4 veckorna upplevt värk/smärta?

	n (%)		n (%)	
Kön (n=1256)	Ja		Nej	
Män	278	(22,1)	249	(19,8)
Kvinnor	495	(39,4)	234	(18,6)
Ålder (n=1256)				
60år	97	(7,7)	68	(5,4)
66år	115	(9,2)	72	(5,7)
72år	107	(8,5)	52	(4,1)
78år	91	(7,2)	64	(5,1)
81år	91	(7,2)	55	(4,4)
84år	114	(9,1)	72	(5,7)
87år	80	(6,4)	44	(3,5)
90år	50	(4,0)	34	(2,7)
93år	22	(1,8)	11	(0,9)
96år	6	(0,5)	11	(0,9)
Totalt	773	(61,5)	483	(38,5)

Vilka upplever trötthet?

Det var 1348 deltagare som besvarade frågan om de upplevde trötthet. Av dessa var det 37,6 % som svarade ja, medan 62,4 % inte upplevde någon trötthet (se tabell 6). Av de som svarat ja var 62,8 % kvinnor och 37,2 % män. Det framkom att det var 5,5 % från den yngsta kohorten som upplevde trötthet medan det var 0,4 % från den äldsta kohorten som upplevde trötthet (se tabell 6).

Tabell 6

Fördelningen mellan ålder och kön hos de som svarat på om de upplever problem med trötthet.

	n (%)		n (%)	
Kön (n=1348)	Ja		Nej	
Män	189	(14,0)	385	(28,6)
Kvinnor	318	(23,6)	456	(33,8)
Ålder (n= 1348)				
60år	74	(5,5)	103	(7,6)
66år	64	(4,7)	131	(9,7)
72år	60	(4,5)	108	(8,0)

78år	50 (3,7)	110 (8,2)
81år	59 (4,4)	93 (6,9)
84år	86 (6,4)	111 (8,2)
87år	57 (4,2)	90 (6,7)
90år	37 (2,7)	59 (4,4)
93år	15 (1,1)	24 (1,8)
96år	5 (0,4)	12 (0,9)
Totalt	507 (37,6)	841 (62,4)

Upplever de med smärta mer trötthet än de utan smärta?

Av de tillfrågade (n=1233) som svarade både på: ”Har du under de senaste 4 veckorna upplevt smärta/värk?” Och, ”är du trött?” upplevde 31,2 % både smärta och trötthet medan 8,6 % upplevde trötthet men ingen smärta. Det visade sig att 4,5 % från den yngsta ålderskohorten upplevde både smärta och trötthet medan det från den äldsta ålderskohorten var 0,1 % som upplevde samma problem (se tabell 7). Det framkom att ett samband fanns mellan smärta och trötthet då H_0 : smärta och trötthet är oberoende av varandra, testades. Detta ledde till att H_0 förkastades. Det visade sig att det fanns ett signifikant samband ($p < 0,001$) mellan smärta och trötthet då de svarande som upplevde både smärta och trötthet granskades (se tabell 7). Vidare studerades om sambandet fanns kvar då gruppen delades i män och kvinnor. Här framkom det att det fanns ett signifikant samband ($p < 0,001$) (se tabell 7). Vidare undersöktes om sambandet fanns kvar då de olika ålderskohorterna prövades var för sig och det visade sig att det fanns ett signifikant samband i samtliga ålderskohorter utom i den äldsta (96 år, $p 0,889$) (se tabell 7).

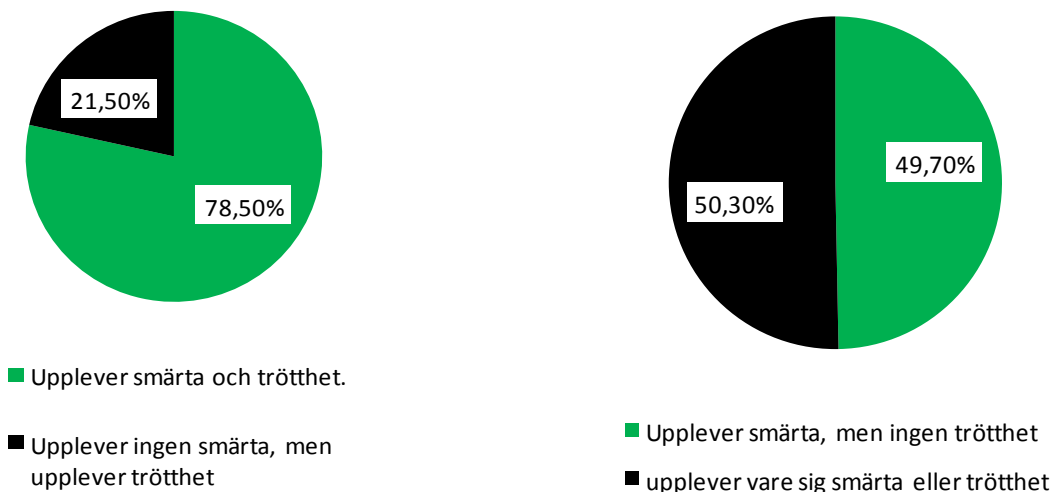
Tabell 7.

Förekomsten av smärta och trötthet i de olika ålderskohorterna och kön

	n(%)	n(%)	n(%)	n (%)	P – värde
	Smärta, men ingen trötthet	Smärta och trötthet	Trötthet, men ingen smärta	Varken smärta eller trötthet	
Kön (n=1233)					
Män	139 (11,3)	137 (11,0)	44 (3,6)	169 (13,7)	< 0,001
Kvinnor	229 (18,5)	249 (20,2)	62 (5,0)	204 (16,5)	< 0,001
Ålder (n=1233)					
60år	39 (3,2)	55 (4,5)	16 (1,3)	51 (4,1)	< 0,001
66år	64 (5,2)	48 (3,9)	14 (1,1)	58 (4,7)	0,001
72år	57 (4,6)	50 (4,0)	9 (0,7)	43 (3,5)	< 0,001
78år	48 (3,9)	42 (3,4)	8 (0,7)	56 (4,5)	< 0,001
81år	44 (3,6)	43 (3,5)	15 (1,2)	40 (3,2)	0,009
84år	47 (3,8)	64 (5,2)	20 (1,6)	52 (4,2)	< 0,001
87år	37 (3,0)	42 (3,4)	10 (0,8)	32 (2,6)	0,002
90år	19 (1,5)	28 (2,3)	9 (0,7)	25 (2,0)	0,003
93år	9 (0,7)	12 (1,0)	2 (0,2)	9 (0,7)	0,035
96år	4 (0,3)	2 (0,1)	3 (0,2)	7 (0,6)	0,889
Totalt	368 (29,8)	386 (31,2)	106 (8,6)	373 (30,2)	

Chitvåtest användes för att se sambandet mellan variabler samt för att få fram p-värdet. Signifikansnivån är 0,05.

Bland de som svarat ja (n=773) på frågan ”om de under de senaste 4 veckorna upplevt värk/smärta” var det 78,5 % som även upplevde trötthet (se figur 1), samt 49,7 % som inte upplevde problem med trötthet (se figur 2).



Figur 1. Beskriver smärtförekomsten hos dem som upplever trötthet

Figur 2. Beskriver smärtförekomsten hos dem som inte upplever trötthet

Orsakar smärta i vissa kroppsdelar mer trötthet än smärta i andra kroppsdelar?

För att undersöka om smärta ifrån olika kroppsdelar påverkade tröttheten på olika sätt kartlade vi först ifrån vilken kroppsdel det var vanligast med smärta bland de deltagande. Deltagarna fick svara på frågan; ”var har du värk/smärta?” Här framkom det att smärta i rygg (n=461), leder (n=388) och ben, knä och fot (n=539) var vanligast (se tabell 8).

Tabell 8. I vilken kroppsdel upplever flest smärta?

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)
Deltagande (n =1372)	Huvud, ansikte, mun	Nacke, hals	Rygg	Leder	Skuldror, armar, händer	Ben, knä, fot	Bröst	Buk	Underliv
Upplever smärta	146 (18,7)	267 (33,8)	461 (58,1)	388 (49,0)	372 (47,0)	539 (67,7)	137 (17,4)	95 (12,1)	53 (6,7)
Upplever inte smärta	634 (81,3)	523 (66,2)	332 (41,9)	404 (51,0)	420 (53,0)	257 (32,3)	652 (82,6)	690 (87,9)	736(93,3)
Totalt	780 (100)	790 (100)	793 (100)	792 (100)	792 (100)	796 (100)	789 (100)	785 (100)	789 (100)
Bortfall	126	117	113	114	115	111	117	122	117
Ska inte svara	466	465	466	466	465	465	466	465	466
Totalt	1372	1372	1372	1372	1372	1372	1372	1372	1372

Bland de deltagande som svarade att de upplevde smärta från lederna (n=772) (tabell 9) var det 27,7 % som också upplevde trötthet. Det framkom att ett signifikant samband fanns (p 0,002) mellan smärta från lederna och upplevd trötthet. Bland dem som svarat att de upplevde problem med smärta ifrån ryggen (n=773) (tabell 10) var det 32,3 % som också upplevde

problem med trötthet och här fanns ett signifikant samband ($p < 0,001$) mellan smärta och trötthet. Även bland dem som uppgav att de upplevde smärta från ben knä eller fot ($n=776$) (tabell 11) var det en stor andel, 37,8 %, som också upplevde trötthet. Det fanns även i denna grupp ett signifikant samband ($p < 0,001$) mellan trötthet och smärta.

Tabell 9.
Smärta i lederna och upplevd smärta.

Svarande (n = 772)	Upplever trötthet		P – värde	
	n (%)	n (%)		
	Ja	Nej		
Smärta från lederna	Ja	214 (27,7)	165 (24,4)	0,002
	Nej	179 (23,2)	214 (27,7)	

Chitvåtest användes för att se sambandet mellan variabler samt för att få fram p-värdet. Signifikansnivån är 0,05.

Tabell 10.
Smärta i ryggen (Bröstrygg, ländrygg, bäcken) och upplevd trötthet

Svarande (n = 773)	Upplever trötthet		P – värde	
	n (%)	n (%)		
	Ja	Nej		
Smärta från ryggen (bröstrygg, ländrygg, bäcken)	Ja	250 (32,3)	198 (25,6)	0,001
	Nej	143 (18,5)	182 (23,5)	

Chitvåtest användes för att se sambandet mellan variabler samt för att få fram p-värdet. Signifikansnivån är 0,05.

Tabell 11.
Smärta i ben, knä, fot och upplevd trötthet

Svarande (n=776)	Upplever trötthet		P – värde	
	n (%)	n (%)		
	Ja	Nej		
Smärta i ben, knä, fot	Ja	293 (37,8)	232 (29,9)	< 0,001
	Nej	101 (13,0)	150 (19,3)	

Chitvåtest användes för att se sambandet mellan variabler samt för att få fram p-värdet. Signifikansnivån är 0,05.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva förekomsten av smärta och trötthet hos äldre, samt att undersöka om personer med smärta upplevde mer trötthet än de som inte upplevde smärta. Smärta och trötthet har jämförts både mellan de olika ålderskohorterna och mellan män och kvinnor. Det framkom tydligt och vid upprepade tillfällen att det fanns ett samband mellan smärta och trötthet.

När det gällde förekomsten av smärta och trötthet hos de tillfrågade visade det sig att 31,2 % upplevde problem med både smärta och trötthet, alltså ungefär en tredjedel, medan det bara var 8,6 % som upplevde trötthet utan att ha problem med smärta (se tabell 7). Detta visar att det bland de deltagande var vanligare att uppleva problem med trötthet om de samtidigt upplevde smärta än vad det var att bara uppleva trötthet utan att ha ont. Det framkom också att det var hela 78,5 % av dem som upplevde smärta som också upplevde problem med trötthet (se figur 1). Dock var det bara ungefär hälften som upplevde smärta utan att uppleva trötthet (se figur 2). Även här visade det sig att det fanns ett samband mellan smärta och trötthet bland de deltagande.

Bland dem som både upplevde smärta och trötthet var det en större andel som var kvinnor (20,2 %) än vad det var som var män (11,0 %), men det fanns ändå ett signifikant samband mellan smärta och trötthet bland båda könen (se tabell 7). Kanske kan skillnaden mellan könen bero på att kvinnor visa sin smärta och sin trötthet mer öppet än vad män gör. Ohnstad (1995) hävdar att kvinnor använder språket till att uttrycka sina känslor och få kontakt, medan mannen använder sitt språk som rapporteringsmedel för att uppnå något eller för att skaffa sig makt. Alltså är det naturligt att kvinnor framhäver och berättar om sin smärta mer frekvent än vad män gör. Vi tror också att kvinnor vill finna en orsak till sin smärta medan mannen har lättare för att acceptera smärtan och försöker att leva med den. Även bland de olika ålderskohorterna fann vi skillnader i upplevelserna av smärta och trötthet. Det framkom tvärtom vad vi hade förväntat oss, att många från de yngre ålderskohorterna upplevde problem med både smärta och trötthet, samt att det bland de äldre ålderskohorterna inte verkade vara ett lika stort problem som väntat (se tabell 7). Om det varit tvärtom hade detta känts rimligt då de äldsta har haft tyngre kroppsliga arbeten och att det därför borde förekommit mer förslitningar bland dem än hos de yngre, som under sitt liv haft tillgång till mer moderniteter i arbetslivet och i hemmet. Då kraven skiljer sig på yngre och äldre personer så kan smärtan påverka på olika sätt. Hos de yngre som exempelvis fortfarande är yrkesverksamma och aktiva i vardagen orsakar smärta ett större hinder än vad den gör för de äldsta, då dessa inte längre arbetar eller har samma krav på sig.

Då frågorna är självskattningsfrågor så är det deltagandes egna upplevelser av smärta och trötthet som är belysta. Hawthorn och Redmond (1999) förklarar att smärta är en upplevelse som är unik för varje individ och att också sättet att uttrycka smärta skiljer sig från person till person. Då vi tidigare också har sett att smärta förr ansågs vara en del av livet som många gånger inte gick att bota (Blomqvist & Edberg, 2004), kan det kanske vara så att de deltagarna från de äldre ålderskohorterna lärt sig att leva med sin smärta och att de inte ser smärtan som något problem. Tidigare studier visar också att många äldre förväntar sig att när smärtan väl har satt in så består den i resten av livet (Gold & Roberto, 2000). Då deltagarna i SNAC-studiens yngre ålderskohorter växt upp under mer moderna förhållanden är deras tankar inriktade på att smärta är något som går att behandla eller till och med att bota. Dahlberg et al. (2003) skriver att vi genom reflektion kan medvetandegöra lidandet för kroppen så att

lidandet framstår som ett objekt och inte en del av den subjektiva kroppen. Genom att reflektera kan vi alltså betona smärtan och tröttheten som objekt och på så sett inte längre se lidandet som en del av vår kropp. Kanske kan det vara så att de äldre inte hade reflekterat över sin smärta och trötthet och därför såg dem som en del av sin kropp och något som hör till ålderdomen medan de yngre hade reflekterat över sitt lidande och därför kunde se det som symtom eller objekt som går att bota, och att det var något som inte skulle finnas i kroppen.

Då det framkom att hela 37,6 % av de svarande upplevde att de hade problem med trötthet (se tabell 6), är det av stor vikt att detta tas på allvar inom vården och att aktivt behandla tröttheten. I en studie av Rooksby, Toye och White (2006) arbetas ett verktyg fram vars syfte är att identifiera; effekten av trötthet, brist på stödjande resurser samt brist på anpassning till trötthet. Det visade sig i studien att många äldre hade förståelse för hur de skulle hantera sin trötthet på egen hand men att de behövde hjälp och stöd för att klara av detta. Kanske borde vårdpersonal utbildas mer om olika metoder som mäter och lindrar trötthet. Då vi sett att så många med smärta samtidigt upplever trötthet samt att så få upplever trötthet utan att samtidigt uppleva smärta tror vi att om smärtan lindrades effektivare så skulle även tröttheten reduceras, detta kräver dock vidare studier.

Resultatet visade att det var så många som 61,5 % av de tillfrågade som upplevde problem med smärta (se tabell 5). Detta innebär att större vikt måste läggas på att lindra även smärta bland de äldre i vården. I en studie av Blomqvist och Edberg (2002) undersöktes äldres egna metoder till att hantera smärtan, här framkom det att de vanligaste metoderna var läkemedel, distraktioner, exempelvis titta på TV, läsa eller laga mat, samt vila och mobilitet, det sistnämnda var angeläget framförallt på morgonen efter en hel natt med stillaliggande som lett till stelhet i kroppen. I en annan studie, vars syfte var att beskriva deltagarnas (personer med kronisk smärta) upplevelser av ett rehabiliteringsprogram, Focus on Health program (FoH). Syftet med detta program var att göra de deltagande medvetna om sina begränsningar och sina tillgångar, som i sin tur lede till att de lärde sig att påverka sin smärta och dess konsekvenser. De deltagande medverkade under sex veckor vid 12 studietillfällen. Deltagarna fick en känsla av samhörighet när de gick kursen eftersom att alla deltagarna delade den unika erfarenheten om hur det är att leva med kronisk smärta. De deltagande upplevde att de kunde ha roligt och kunde göra saker tillsammans på grund av denna samhörighet trots sin smärta (Dahlin-Ivanoff & Mårtensson, 2006). Vi har tidigare tagit del av studier som visar att många äldre med smärta och trötthet drar sig undan andra människor för att de inte orkar eller kan göra de saker som de önskar. Alla de som deltog Dahlin-Ivanoff & Mårtenssons (2006) studie upplevde kronisk smärta, var det smärtan som gjorde att de kände samhörighet, eller var det för att de inte behövde klargöra för varför de gjorde saker på ett visst sätt eller ange orsak till varför de var tvungna att vila eller avstå från att göra vissa saker? (Dahlin-Ivanoff & Mårtensson, 2006).

I kartläggningen om var deltagarna upplevde smärta visade det sig att upplevelser av smärta från leder, rygg samt ben knä och fot var vanligast bland de deltagande. Anledningen till att dessa kroppsdelar var de vanligaste kan beror på att det är vanligt med förslitningsskador i dessa delar av kroppen. Det skulle vidare vara intressant att undersöka förekomsten av smärta från dessa kroppsdelar bland de olika ålderskohorterna och könen. Det hade då bland annat kunnat framkomma, om det var så som vi trodde, att det var vanligt med smärta på grund av förslitningsskador bland de äldre ålderskohorterna.

Både smärta och trötthet kan leda till depression, ångest samt försämrade sociala relationer. Arman och Rehnsfeldt (2006) förklarar att det är dessa psykiska symtom som påverkar den

själsliga hälsan. Den själsliga hälsan omfattar tankar, känslor och vilja, vilka gör att människor kommer i kontakt med omvärlden och människorna i den. Skadas denna själsliga hälsa, skadas även våra sociala relationer. Även Dahlberg et al. (2003) hävdar att förändringar av det sociala livet på sikt kan uppkomma efter en längre tid av smärttillstånd och förslitningar hos de äldre. För att klara av att åter bygga upp dessa sociala relationer kan professionell hjälp behövas. Ett exempel på en metod som utformats för att förbättra det sociala nätverket och till att reducera ensamheten är ett program som går ut på att hjälpa individen med att; klargöra behov, önskemål och förväntningar på vänskapen, analysera individens befintliga sociala nätverk samt urskilja de vänner de redan har, formulera mål som innefattar en förbättring av den redan befintliga vänskapskretsen eller som utvecklar ny vänskap, samt att utveckla strategier för att uppnå dessa mål (Martina, Stevens & Westerhof, 2006). Ett sådant program kan hjälpa många att på nytt ingå i ett socialt nätverk och på så sätt bryta den onda cirkel de hamnat i som, om den fortsätter, leder till fler depressiva symtom och mer trötthet eller smärta. Även Arman och Rehnsfeldt (2006) hävdar att gemenskapen med en annan människa är av stor vikt för att lindra lidandet. Dahlberg et al. (2003) beskriver hur tillgången till andra människor sker med hjälp av vår kropp och hur relationer till andra skapas genom mellankroppslighet. Om våra relationer skapas genom kroppen, har då personer som har en skada eller sjukdom i den subjektiva kroppen svårare än andra att skapa sådana sociala relationer? Detta tror vi stämmer, då Blomqvist och Edberg (2004) sen tidigare visat att det är känt att smärta och trötthet hos äldre reducerar det sociala nätverket och bidrar till sämre kroppsliga funktioner som i sin tur ger mer begränsningar för den äldre.

Tillgången till livet och världen förändras varje gång det sker en förändring i kroppen. Sådana förändringar syns tydligt om de beror på sjukdom eller skada (Dahlberg et al. 2003). Detta betyder att de äldre som upplever smärta eller trötthet inte har samma tillgång till livet och världen som de människorna utan smärta eller trötthet. Kan det också vara så att, om en person lider av både smärta och trötthet, leder detta till att hans tillgång till världen och livet blir ännu mer begränsad än vad den blir för en som upplever bara smärta eller bara trötthet? Vi tror att det är så, ju mer kroppsligt funktionsnedsatt personen är desto svårare har han att tillgodose sig livet och världen på ett tillfredställande sätt. Detta tydliggör vikten av att ta symtomen, smärta och trötthet, på största allvar så att äldre och sjuka inte ska behöva avstå från sådant som de tycker om att göra för att de har drabbats av smärta eller trötthet.

Metod diskussion

En metod är till för att lösa problem och komma fram till ny kunskap och är allt som hjälper till för att uppnå dessa mål (Holme & Krohn Solvang, 1997). Vi har använt oss av en kvantitativ metod för att studera och beskriva förekomsten, betydelsen och sambandet mellan smärta och trötthet bland personer mellan 60-96 år. Anledningen till att vi har valt en kvantitativ metod är för att på lämpligaste sätt kunna finna en struktur i materialet. Eggeby och Söderberg (1999) förklarar att en kvantitativ metod inte bara handlar om att överblicka materialet utan också om att förmedla denna flerdelade information på ett effektivt sätt till andra.

Frågor som använts är utvalda från SNAC-Blekinges baselineundersökning och utfallsprotokoll från denna undersökning. Frågorna uppgick till 17 stycken och handlade om smärta och trötthet. När materialet studerades närmare framkom det att en del av frågorna inte mätte det som var avsett att mätas i enlighet med syftet.

Validitet

Validitet visar att instrument som används faktiskt mäter det som avses att mätas (Bergman, 2002). För att validiteten i resultatet skulle bli så hög som möjligt, gjordes det inledningsvis ett urval av 17 frågor. Utifrån dessa valdes sedan ett antal bort under studiens gång. Exempel på frågor som valdes bort är: ”*jag fasar för att behöva göra något*”, ”*jag har ingen lust att göra något*”, och ”*tycker du att du har kunnat styra ditt dagliga liv den senaste veckan?*” Eftersom svaren på dessa frågor kunde bero på så mycket annat än bara upplevd smärta eller trötthet. De deltagandes svar kunde till exempel bero på att de var sjuka och där med inte orkade, hade en kroppslig funktionsnedsättning eller att de inte ville. Syftet med vår studie var att undersöka om smärta och trötthet förekommer eller inte. Inte på vilket sätt det påverkade probandernas liv. De frågor som användes var: ”*upplever du trötthet? har du under de senaste 4 veckorna upplevt värk/smärta?*” samt ”*Var har du värk/smärta?*” När materialet studerades förekom ingen information om varför de svarande upplevde smärta eller trötthet.

På frågorna som identifierade om den deltagande upplevde smärta eller trötthet var svarsalternativen ja eller nej och på frågan: ”*Var har du värk/smärta?*” var svarsalternativen nio olika delar av kroppen där den tillfrågade kunde svara att han upplevde smärta från en eller flera av dessa kroppsdelar. Detta gjorde att en del av de deltagande kom att delta flera gånger i analysen av denna fråga, vilket i sin tur ledde till att siffrorna blev svårtolkade.

De bortfall som redovisas i tabell 8 är de deltagare som upplevde smärta, men som hade valt att avstå från att svara på från vilken kroppsdel smärtan kom ifrån. Vi ställer oss då frågan, hur de som utgör bortfallet hade påverkat resultatet om de fyllt i enkäten som de förväntades. Nu vet vi inte om just den gruppen upplevde smärta från en speciell kroppsdel, exempelvis hade samtliga ont i buken och hur hade då resultatet sett ut?

Det blir alltid ett större eller mindre bortfall vid intervju- och enkätundersökningar. Det är viktigt att försöka göra bortfallen så små som möjligt. När variablerna ställs upp i en frekvenstabell bör dessa granskas för att se om det finns någon grupp som har ett extra stort bortfall, om så är fallet kanske denna ska lämnas utanför analysen (Holme & Krohn Solvang, 1997). Vi har valt att ta med alla grupperna för att redovisa fördelningen över värk/smärta från de olika kroppsdelarna på ett så överskådligt sätt som möjligt. Vi tyckte inte att bortfallen var så stora så att de behövde ställas utanför analysen. Då bortfallen var nästan lika stora i alla grupper och då de som svarat uppgick till cirka 800 personer i varje grupp kunde resultatet i tabell 8 användas och ses som relevant. På grund av tidsbrist valdes de tre kroppsdelar där smärta var vanligast förekommande ut för att ingå i en sambandsanalys som skulle identifiera om det förekom något samband mellan att ha smärta i dessa delar av kroppen och att uppleva trötthet.

Sambandsanalyser har gjorts med hjälp av chitvåtestet där H_0 : smärta och trötthet är oberoende av varandra, har använts. Enligt Eggeby och Söderberg (1999) bygger chitvåtestet på att jämföra de observerade variablerna i tabellerna med de variabler som skulle ha framkommit om de varit oberoende av varandra, det vill säga om slumpen hade styrt. Aronsson (1999) beskriver att det finns villkor för att chitvåtestet ska vara relevant, ett av dem är att gruppens storlek inte bör underskrida 30 deltagande. I vår studie var deltagarantalet i den äldsta ålderskohorten färre än 30 personer. För att få resultaten där 96-åringarna undersöktes relevanta hade de tre äldsta ålderskohorterna kunnat slås ihop till en stor äldre grupp med personer från 90-96 år. Då hade vi fått en större grupp att göra sambandsanalys på där resultatet kanske kunde ha blivit annorlunda. Metoden som har använts har bidragit till att validiteten i studien är hög då det som var avsett att mätas enligt studiens syfte har blivit mätt.

Reliabilitet

Reliabilitet är graden av mätfel och det är viktigt att undvika så många fel som möjligt vid mätningarna för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt (Bergman, 2002). Vi har använt oss av SNAC Blekinges data som har samlats in med hjälp av vedertagna och väl använda instrument. Frågorna i instrumenten består av självskattningsfrågor, men då svarsalternativen på de frågor som vi valt att använda oss av inte består av några skalor utan probanderna bara kunde svara ja, nej eller specifika delar av kroppen, bidrar detta till så små felmarginaler som möjligt. En fördel är att all data har samlats in på samma sätt på alla undersökningsplatserna och att det är ett stort antal deltagande som har deltagit i studien.

Vi valde att redovisa vårt resultat med hjälp av cirkeldiagram och tabeller på grund av att vi tyckte att dessa var mest översiktliga och lättförståliga. Procentuella fördelningar av en variabel kan, enligt Eggeby och Söderberg (1999), med fördel belysas i cirkeldiagram. Stolpdiagram eller histogram hade även kunnat användas för att redovisa resultatet, då dessa diagram också är beskrivande.

SLUTSATS

Det framkom tydligt och vid upprepade tillfällen att det fanns ett samband mellan smärta och trötthet bland de tillfrågade. Även om båda åkommorna förekom i stor utsträckning som enskilda symtom så var det vanligast att uppleva problem med både smärta och trötthet samtidigt. Då smärta och trötthet i så stor utsträckning förekom bland de yngre ålderskohorterna men inte i så stor utsträckning som väntats bland de äldre, hade det varit intressant att vidare utreda vad detta kan beror på. Det hade likaså varit intressant att ytterligare undersöka sambanden mellan smärta från olika delar av kroppen bland de olika åldrarna och bland könen.

I framtiden kräver smärta och trötthet stor uppmärksamhet i vården då det visat sig att dessa symtom till stor del verkar höra samman och att de i sin tur kan leda till så många andra åkommor för de äldre. Då så många med smärta samtidigt upplever trötthet samt att få upplever trötthet utan att samtidigt ha problem med smärta, kanske tröttheten kan reduceras om smärtan lindras effektivare. Detta är intressant och öppnar upp till ny forskning.

REFERENSER

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande – Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber AB.

Aronsson, Å. (1999). *SPSS – en introduktion till basmodulen*. Lund: Studentlitteratur.

Bennett, J., Glaser, D., Kayser-Jones, J., & Stewart, A. (2002). The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adults. *Nursing Research*, 51, (4), 254-265.

Berglund, J., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Hagber, B., Holst, G., Lagergren, M., Rahm Hallberg, I., Rennemark, M., Sjölund, B-M., Thorslund, M., Wiberg, I., Wimo, A., & Winblad, B. (2004). A longitudinal study integrating population, care and social service data. The Swedish national, study on Aging and Care (SNAC). *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, (2), 158-168.

Bergman, H. (2002). *Tillförlitlighetsaspekter på bedömningsinstrument – sammanfattning från workshop den 22 april 2002*. Hämtad den 2007 – 09 – 04 från World Wide Web: <http://www.sos.se/FULLTEXT/117/2002-117-13/Samanfattning.htm>

Blomqvist, K. (2002). *Everyday living with persistent pain in old age*. (Akademisk avhandling, Lunds universitet).

Blomqvist, K., & Edberg, A-K. (2002). Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *Journal of Advanced Nursing*, 40, (3), 297-306.

Blomqvist, K., & Edberg, A-K. (2004). *Att vara äldre – man har ju sina krämpor*. Lund: Studentlitteratur.

Borglin, G., Edberg, A-K., Jakobsson, U., & Rahm Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 147-158.

Brattberg, G., Malquist, J., & Mannheimer, C. (2007). *Smärta*. Hämtad 2007-08-29 från World Wide Web: http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=310420

Cleeland, C., Elsner, F., Everts, J., Mendoza, T., Radbruch, L., & Sabatowski, R. (2003). Validation of the German version of the Brief Fatigue Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, (5), 449-458.

Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K., & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlin-Ivanoff., & Mårtensson, L. (2006). Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 28, (16), 985-995.

Eggeby, E., & Söderberg, J. (1999). *Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för folkhälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

- Evengård, B., & Natelson, B. (2002). *Trötthet – fakta och funderingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ferreira, V.M., & Sherman, A.M. (2005). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11, (1), 89-98.
- Gold, D., & Roberto, K. (2000). Correlates and Consequences of chronic pain in older adults. *Geriatric Nursing*, 21, (5), 270-273.
- Hægerstam, G. (2007). *Smärta hos Äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanestad, B., Lerdal, A., Moum, T., Rustöen, T., & Wahl, A. (2005). Fatigue in the general population: A translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 123-130.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Hays, R., Mangione, C., & Sarkisian, C. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *American Geriatrics Society*, 50, (11), 1837-1843.
- Hermes, B., Robinson, S., & Vollmer, I. (2003). A program to Reduce Fatigue in convalescing Elderly Adults. *Journal of Gerontological nursing*, 29, (5), 47-53.
- Hertting, A., & Samuelsson, J. (2000). *Smärta och Trötthet – ohälsa i tiden*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I., & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2003). *Chronic pain and quality of life among older people*. (Akademisk avhandling, Lunds universitet).
- Martina, C., Stevens, N., & Westerhof, G. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46, (4), 495-502.
- Metcalf, B., Moore, S., & Schow, E. (2006). The quest for meaning in aging. *Geriatric Nursing*, 27, (5), 293-299.
- Nationalencyklopedin. (2007). *Trött*. Hämtad 2007- 08- 31 från World Wide Web: http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O370615
- Ohnstad, A. (1995). *Det goda samtalet*. Lund: Studentlitteratur.
- Rooksby, T., Toye, C., & White, K. (2006). Fatigue in frail elderly people. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, (5), 202-208.

Tornstam, L. (2001). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: P.A Nordstedt & söner AB.