



Sektionen för hälsa

Examensarbete, 15 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

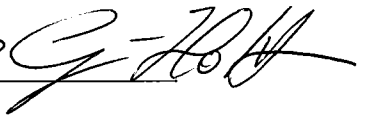
Smärta och sömn bland äldre

Författare: Viktoria Lindström
Kristina Andersson

Handledare: Mats Lintrup

Ej avsedd för publikation

Justerat och godkänt

Datum: 14/1-08 

Examinator: _____
Göran Holst

Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för Hälsa

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Examensarbete 15 högskolepoäng

Författare: Viktoria Lindström och Kristina Andersson

Titel: Smärta och sömn bland äldre

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Smärta och sömnbesvär är vanligt hos äldre personer och dessa båda faktorer kan på olika sätt påverka hälsa och livskvalité. **Syfte:** Att kartlägga förekomsten av smärta och sömnbesvär samt undersöka om det fanns samband mellan smärta och sömnbesvär hos ett representativt befolkningsurval i Blekinge i åldern 60-96 år. **Metod:** Studien är kvantitativ och bygger på redan insamlat material ifrån SNAC (the Swedish National study on Aging and Care). Deskriptiv och analyserande statistik har använts i studien för att kartlägga förekomst och undersöka samband. **Resultat:** Av de deltagande som hade haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna hade 42 % sömnbesvär medan 21 % av de som inte haft värk/smärta hade sömnbesvär. Av kvinnorna var det 68 % och av männen var det 52 % som angav att de hade haft värk/smärta de senaste fyra veckorna. Av kvinnorna hade 37 % sömnbesvär medan 24 % av männen hade sömnbesvär.

Diskussion: Ett tydligt samband kunde påvisas mellan smärta och sömnbesvär. Det visade sig även att personer som fick behandling för smärtan i större utsträckning hade sömnbesvär än personer som inte fick behandling. Kvinnor hade i större utsträckning än män både smärta och sömnbesvär. Huvudresultaten i den här studien är statistiskt signifikanta även om signifikansnivån skulle sänkas till 0,001. Genom att öka medvetenheten hos vårdpersonal om förekomsten av smärta och sömnbesvär samt om sambandet mellan dessa faktorer kan förståelsen för patienters behov öka vilket skulle kunna bidra till en bättre vård.

Nyckelord: Smärta, sömnbesvär, äldre.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sömn	1
Smärta	2
Äldre	3
Tidigare studier	3
Teoretisk referensram	4
SNAC	5
SYFTE	6
FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD	6
Statistik	8
Etik	9
RESULTAT	9
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
SLUTSATS	21
REFERENSER	22

INLEDNING

Äldre utgör en stor del av befolkningen och andelen äldre bland befolkningen ökar. En av Folkhälsoinstitutets generella målsättningar är att fler ska leva länge och med god hälsa. Människor lever allt längre, däremot är det vår uppfattning att långt ifrån alla äldre upplever en god hälsa. Det är därför viktigt att studera äldres hälsa för att kunna bidra till ökad livskvalité hos denna del av befolkningen. Två faktorer som påverkar livskvalité är smärta och sömn. Smärta är vanligt förekommande hos äldre och upplevs ofta som ett stort problem. Många äldre upplever även svårigheter med sömn. Därför anser vi att det är av intresse att undersöka förekomsten av sömnbesvär och smärta och även om det finns ett samband mellan smärta och sömn. Vi har fått ta del av redan insamlat material av SNAC (the Swedish National study on Aging and Care) vilket har möjliggjort genomförandet av denna studie.

BAKGRUND

Sömn

Sömn är ett av människans grundläggande behov och är en viloperiod då kroppen fysiskt och psykiskt återhämtar sig (Feinsilver, 2003). Sömnen består av olika stadier som brukar delas upp i REM-sömn (Rapid Eye Movement-sömn) och NREM-sömn (Non Rapid Eye Movement-sömn). Dessa stadier återkommer i perioder och följer ett visst mönster under sömnen. REM-sömnen är den aktiva fasen och kallas även drömsömn (Dulong & Poulsen, 1993). Under denna fas liknar hjärnaktiviteten den aktivitet som finns under vaket tillstånd. Den tolkas som betydande för informationsbearbetning då minnen sorteras, sammanbinds och förstärks (Jönsson, 1995). NREM-sömn är den lugna fasen (Dulong & Poulsen, 1993). Under denna fas anses nerverna i hjärnan återställas, tillväxt sker och vävnadsskador repareras (Jönsson, 1995).

Vad som är normal sömn är individuellt. Sömnbesvär innebär att individen upplever ett problem med kvalitén och längden på sömnen (Morgan & Closs, 1999). Sömnbesvär kan yttra sig genom svårigheter med insomning, svårigheter att sova hela natten och problem med att vakna tidigt (Feinsilver, 2003). De flesta känner direkt av konsekvenser då deras normala längd och kvalitet på sömnen förändras. Sömnbesvär leder till trötthet och påverkar människans funktion under dagarna (Morgan & Closs, 1999). Förmågan att koncentrera sig försämras och det är lättare att bli irriterad och tappa handlingsförmågan (Jönsson, 1995). Enligt Naughton, Ashworth och Skevington (2007) och Haythornthwaite, Hegel och Kerns (1991) leder sömnbesvär också till depression. Sömnsvårigheter i kombination med sömnmedel ökar även risken för olyckor så som fallolyckor hos äldre (Roos & Atterstam, 1989). Enligt Morgan och Closs (1999) finns det generellt sett förändringar i sömnens uppbyggnad och längd i olika åldrar. Det finns även skillnad i upplevelse av sömnbesvär mellan kön och åldersgrupper. Fler kvinnor än män upplever att de har sömnbesvär. Det vanligaste sömnbesväret hos yngre människor är oftast problem med att somna. Vid åldrande ökar istället besvär med att hålla sig sovande hela natten och problem med att vakna tidigt på morgonen. Vid åldrande blir sömnen kortare men även kvalitén på sömnen förändras då sammansättningen av de olika

sömnstadierna ser annorlunda ut (Morgan & Closs, 1999). Vid åldrande förändras inte den totala andelen REM-sömn, däremot minskar NREM-sömnen kraftigt (Jönsson, 1995). Minskad NREM-sömn leder till minskad produktion av tillväxthormon, vilket har en negativ inverkan på vävnadens läkningsförmåga (Götherström, Andersson, Jönsson & Petersson, 1988).

Enligt Morgan och Closs (1999) är det viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på sömnbesvär och har kunskaper i ämnet då det är ett stort problem i samhället. Bland vårdpersonal är det ofta sjuksköterskor patienter först talar med om sina sömnbesvär och sjuksköterskan som först uppmärksammar tecken på eller konsekvenser av dessa. Sömnen har stor betydelse för människors hälsa och välmående och det är därför viktigt att försöka eliminera eller minska eventuella sömnbesvär. Det finns många faktorer som kan påverka sömnen. Några av dem är ljud, ljus, temperatur, sovplats, sovställning, depression, oro, stress, aktivitet, smärta och nutrition. Många av dessa faktorer kan sjuksköterskan påverka för att försöka förbättra sömnen för patienterna. Kan hon inte själv hjälpa patienten har hon en viktig roll i att förmedla den hjälp som behövs (Morgan & Closs, 1999).

Smärta

Smärta definieras som en obehaglig psykisk eller fysisk känslomässig upplevelse förknippad med faktisk eller potentiell vävnadsskada (Merskey & Bogduk, 1994). Smärta är en försvarsmekanism som finns till för att skydda kroppen från skador (Berg, 2002). Upplevelse av smärta och hur den yttrar sig skiljer sig mellan olika individer och påverkas av psykologiska, sociologiska, kulturella och existentiella faktorer (Haegerstam, 2007).

Smärta kan delas in i kronisk och akut smärta. Kronisk smärta är smärta som varar längre än vad som förväntas vara normalt vid en bestämd sjukdom eller skada och varar mer än sex månader. Akut smärta definieras som sådan att den varar upp till sex månader och beror på en specifik stimulus (Raak, 2002). Förekomsten av akut smärta är jämnt fördelad oavsett ålder medan förekomsten av kronisk smärta ökar i samband med åldrande. Detta beror på att frekvensen av långvariga sjukdomar ökar med stigande ålder. Smärta kan leda till nedsatt funktionsförmåga och påverka det psykiska välbefinnandet negativt. Detta kan i sin tur leda till depressiva tillstånd (SBU, 2003). Smärta har också en negativ inverkan på sömn, både direkt och indirekt. Smärta kan vara den primära orsaken till sömnbrist. Indirekt kan smärta, genom att orsaka depression, påverka både sömnlängd och sömnkvalité (Morgan & Closs, 1999).

Smärta kan också delas in i olika typer: organutlöst smärta (nociceptiv), nervsmärta (neurogen) och smärta i samband med psykisk dysfunktion (psykogen). En ytterligare typ av smärta är den idiopatiska smärtan vilken innebär att orsak ännu inte kunnat fastställas. Flera typer av smärta kan även förekomma samtidigt (Haegerstam, 2007). För en framgångsrik behandling av smärta krävs en god smärtbedömning. Olika sorters smärta kräver olika läkemedelsbehandlingar. Kombinationer av behandlingar används ofta då flera smärtyper förekommer samtidigt. Även andra metoder än läkemedelsbehandling för

att behandla smärta förekommer så som TENS (transkutan elektrisk nervstimulering), ultraljud, akupunktur, avslappning, värme och kyla (SBU, 2003).

Sjuksköterskan bör förebygga och minska komplikationer av smärta och på så vis hjälpa patienten till en bättre livskvalitet. Bästa möjliga smärtbehandling fordras för att ge patienten förutsättningar för en god tillvaro. I patientens smärtbehandling innehar sjuksköterskan en viktig roll. Bland sjukvårdspersonal är sjuksköterskan den som främst uppmärksammar patientens signaler på smärta och smärtintensitet. Sjuksköterskan har dessutom stor möjlighet att påverka val av smärtbehandling. Hon kan ofta själv, inom vissa ramar, bestämma dos och intervall vid läkemedelsadministrering och har ofta även delegering på flera smärtstillande läkemedel (Hawthorn & Redmond, 1999).

Äldre

Åldrande är en process som kan ses ur ett kronologiskt, biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Det kronologiska perspektivet utgår ifrån ålder, medan det biologiska perspektivet utgår ifrån kroppsliga funktioner. Psykologiskt åldrande innebär att erfarenheter och intryck ständigt förvärvas och socialt åldrande innebär att roller och sociala positioner förändras under livet. I Sverige brukar gränsen för den kronologiska definitionen av äldre dras vid 65 år då de flesta går i pension (Haak, 2006). Då denna definition omfattar en stor åldersgrupp kan äldre inte ses som en homogen grupp (Jakobsson, 2003) utan måste ses som en heterogen grupp med individuella funktioner och förmågor (Haak, 2006). Eftersom ålderskillnaden är så stor kan gruppen äldre enligt Jakobsson (2003) delas in i undergrupper så som yngre äldre och äldre äldre. Åldrandet är en individuell process som kan påverkas av genetiska faktorer, miljö, livsstil och olika sjukdomstillstånd (Jakobsson, 2003).

Tidigare studier

Enligt Ohayon, Zulley, Guilleminault, Smirne & Priest (2001) upplever många äldre svårigheter med sömn. Det vanligaste sömnbesväret är att vakna under natten (Maggi et al., 1998). Studier har gjorts på olika faktorer som kan påverka sömnen hos äldre. Flera studier har kommit fram till att det inte finns något samband mellan sömnbesvär och ålder (Ohayon et al., 2001; Maggi et al., 1998). Enligt Ohayon et al. (2001) är det främst inaktivitet, att inte ha ett tillfredställande socialt liv och psykiska problem som leder till sömnbesvär. En annan studie gjord av Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg och Stessman (2006) visar att sömnbesvär huvudsakligen är relaterat till ensamhet, depression, dålig självuppskattad hälsa, ryggsmärtor och fetma. Enligt Haythornthwaite et al. (1991) är det främst sinnesstämning så som depression och oro som är bidragande orsaker till sömnbesvär. Maggi et al. (1998) kom i sin studie fram till att sömnbesvär är vanligare bland kvinnor än män och att kvinnor i större utsträckning använder sig av sömntabletter. Studien visade även att personer som använder sig av sömntabletter i större utsträckning har sömnbesvär.

Thomas, Peat, Harris, Wilkie och Croft (2004) har studerat förekomsten av smärta hos personer över 50 år och har kommit fram till att smärta är ett vanligt förekommande

problem. Studien visar att smärta inte påverkas av ålder däremot har större andel kvinnor än män smärta (Thomas et al., 2004). Även Brattberg, Parker och Thorslund (1995) och Bergh et al. (2003) kom fram till att kvinnor i större utsträckning än män har smärta. Enligt Keogh och Herdenfeldt (2002) och Wise, Price, Myers, Heft och Robinson (2001) finns tydliga skillnader i smärtupplevelser mellan kvinnor och män som beror på både biologiska och psykologiska faktorer. Män har högre smärtröskel och smärttolerans än kvinnor och är mindre benägna att uppges att de har smärta (Keogh & Herdenfeldt, 2002; Wise et al., 2001). En annan studie som undersökt smärtförekomsten hos personer över 50 år visar att förekomsten av smärta som påverkar det vardagliga livet ökar med stigande ålder. Förekomst av smärta mellan kvinnor och män skiljer inte i studien, däremot upplever fler kvinnor än män att smärtan har inverkan på det dagliga livet (Thomas, Mottram, Peat, Wilkie & Croft, 2006).

Flera studier har kommit fram till att samband finns mellan smärta och sömn (Jakobsson, Rahm-Hallberg & Westergren, 2004; Call-Schmidt & Richardson, 2003; Haythornthwaite et al., 1991; Naughtorn et al., 2007). Enligt Haythornthwaite et al. (1991) leder kronisk smärta till att det tar längre tid att somna, kvalitén på sömnen försämras och antalet sovtimmar minskar. Call-Schmidt och Richardson (2003) kom fram till att kronisk smärta leder till svårigheter att somna och besvär med att vakna under nätterna. Ju högre smärtintensiteten är desto mer påverkas sömnen negativt. Studien kom även fram till att sömnbesvär är vanligt hos personer som får smärtstillande (Call-Schmidt & Richardson, 2003).

Teoretisk referensram

Enligt Henderson (1982) är sjuksköterskans främsta uppgift "*att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död).*" (s.10). Henderson tar upp 14 faktorer inom den grundläggande sjukvården. En av dessa faktorer är "*Att hjälpa patienten till vila och sömn.*" (s.24). Sömnbesvär kan uppstå till följd av sjukdom men kan även vara orsak till sjukdomstillstånd. Vid sjukdom kan människor lätt bli beroende av sömnmedel och smärtstillande läkemedel. Enligt Henderson kan sjuksköterskan på egen hand göra mycket för att minska behovet av dessa läkemedel. Hon menar att allt som bidrar till att öka patientens välbefinnande främjar en god sömn. Genom att till exempel göra tillvaron trevlig för patienten kan sjuksköterskan medverka till att patienten känner att dagen varit givande. Henderson ger exempel på olika faktorer som kan bidra till att patienten ska kunna slappna av i samband med insomning. Några av dessa är massage, rogivande musik och känslan av att inte vara ensam. Sjuksköterskan bör även eliminera störande ljud och obehagliga lukter, undvika hunger och andra faktorer som kan bidra till irritation hos patienten (Henderson, 1982).

Enligt Henderson (1982) är patienten den som ska vara i fokus och det är dennes behov som sjuksköterskan ska utgå ifrån. Åtgärderna ska utföras så som patienten själv skulle ha utfört dem om han hade kunnat. En annan viktig uppgift för sjuksköterskan enligt Henderson är hjälp till självhjälp, det vill säga att hon bidrar till att patienten så snart som möjligt ska bli oberoende och själv kunna utföra de åtgärder som bidrar till hälsa eller tillfrisknande. Henderson anser att vården ska utgå ifrån människans grundläggande

behov. Om patienten inte själv kan tillgodose dessa behov måste sjuksköterskan hjälpa patienten för att denne ska kunna uppnå optimal hälsa. Alla människor har dessa grundläggande behov men vikten av dem är individuella och varierar i olika skeden av livet. Även om alla individer har gemensamma behov så kan de tillfredställas på olika sätt. Det är då viktigt att sjuksköterskan utgår ifrån patientens perspektiv (Henderson, 1982).

SNAC

SNAC (the Swedish National study on Aging and Care) är en longitudinell studie som genomförs i fyra delar av Sverige: Skåne, Karlskrona (SNAC-Blekinge), Kungsholmen och Nordanstig (Lagergren et al., 2004). Initiativet till studien togs av regeringen och stöds av de kommuner och landsting som medverkar i studien (Lagergren, 2005). Syftet med SNAC-studien är att få fram pålitlig och jämförbar data för att kunna undersöka åldrandet och vårdbehovet hos äldre. Idén med studien var att undersöka två olika perspektiv; åldrande samt vård och omsorg. Därigenom är det möjligt att studera behovet av vård och omsorg hos äldre samt den vård och omsorg som faktiskt erhålls. På grund av detta är studien indelad i två delar; befolkningsdelen och vård- och omsorgsdelen (Lagergren et al., 2004).

I befolkningsdelen följs grupper i olika åldrar upp för att kunna dokumentera och beskriva åldrandeprocessen utifrån olika faktorer. Dessa faktorer är livsstil, vanor, personlighet, socialt nätverk, ekonomisk status, livstillfredsställelse, hälsostatus, fysisk och psykisk förmåga, läkemedelsanvändning och mottagande av formell och informell vård och omsorg. Målet med den här delen av studien är att öka förståelsen för åldrandeprocessen och därigenom förbättra äldres hälsa och vården för äldre. SNAC har valt att studera personer i åldrarna 60-96 år, både personer som bor hemma och på särskilt boende. Personer i åldrarna 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96 valdes ut. I ålderskohorterna 60-78 valdes ett representativt urval av populationen ut. I ålderskohorterna 81-96 erbjöds alla i Karlskrona att delta i SNAC-studien. Den nedre åldersgränsen i studien på 60 år valdes för att den åldrandeprocess som sker i samband med förändringen från arbetsliv till pension skulle kunna inkluderas i studien. Avsikten är att göra en uppföljning på grupperna varje gång de uppnår nästa ålderskohort. De yngre följs upp vart sjätte år och de äldre vart tredje år. Anledningen till att tätare intervall valdes efter 80 år är att förändringar sker snabbare i högre ålder. De medverkande genomgick en grundlig hälsoundersökning, intervjuades och fick fylla i frågeformulär. Om personer själva inte kunde delta och de hade gett sitt medgivande kunde intervjun genomföras med anhöriga (Lagergren et al., 2004).

I vård- och omsorgsdelen studeras alla individer över 65 år som erhåller hjälp från kommun och landsting i de utvalda områdena. Syftet med denna del av SNAC-studien är att kunna studera det skattade behovet av vård och omsorg i relation till den service de får. Detta följs upp varje gång ett beslut angående vård och omsorg omprövas (Lagergren et al., 2004).

SYFTE

Att kartlägga förekomsten av smärta och sömnbesvär samt undersöka om det finns samband mellan smärta och sömnbesvär hos ett representativt befolkningsurval i Blekinge i åldern 60-96 år.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur ser förekomsten av smärta och sömnbesvär ut och skiljer sig förekomsten i ålder och kön?
- Finns det samband mellan smärta och sömnbesvär?
- Hur ser förekomsten av smärtbehandling respektive användandet av sömntabletter ut?
- Har personer som får behandling för smärtan i mindre utsträckning sömnbesvär?
- Använder sig personer med smärta i större utsträckning sömntabletter?

METOD

Det här är en kvantitativ studie. Kvantitativa studier innebär att fenomenet beskrivs och förklaras utifrån i förhand uppställda frågeställningar eller hypoteser. Resultatet grundar sig på ett stort urval och antalet variabler är väldefinierade och begränsade. Kvantitativa metoder delas in i analytiska och deskriptiva och används för att studera orsakssamband respektive beskriva en population (Olsson & Sörensen, 2007). I den här studien har både analytisk och deskriptiv metod använts.

Materialet som den här studiens resultat grundar sig på kommer från SNAC-Blekinges baslinjeundersökning och samlades in genom enkätundersökningar mellan år 2001 och 2003. Totalt ingick 1402 deltagare i åldern 60-96 år, vilket utgjorde drygt 60 % av alla som inbjöds att delta, i undersökningen i Karlskrona. Frågor som berörde smärta och sömn valdes ut och dessa studerades även tillsammans med variablerna kön och ålder. De deltagande var indelade i åldersgrupperna 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90, 93 och 96. Det totala urvalet bestod av 817 kvinnor och 585 män, se tabell 1.

Tabell 1. Fördelning mellan kön och ålder i urvalet.

<i>Ålder</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Total</i>
60	96	95	191
66	112	94	206
72	104	73	177
78	89	77	166
81	84	71	155
84	116	84	200
87	101	49	150
90	74	25	99
93	28	12	40
96	13	5	18
Total	817	585	1402

I den här studien har urvalet även delats in i yngre äldre och äldre äldre. Yngre äldre innefattar åldersgrupperna 60-78 år och äldre äldre består av åldersgrupperna 81-96 år. Yngre äldre bestod av 740 deltagande och äldre äldre av 662 deltagande, se tabell 2. Denna indelning gjordes för att på ett överskådligt sätt kunna se skillnader eller samband mellan de yngre äldre och äldre äldre. Den valda gränsen mellan yngre äldre och äldre äldre blev naturlig eftersom det i SNAC-studien valdes att följa upp de yngre deltagande med sex års intervall och de äldre med tre års intervall. Denna indelning passar också bra då antalet deltagande blev relativt jämt fördelade i de båda grupperna.

Tabell 2. Fördelning mellan kön och grupperna yngre äldre och äldre äldre.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Total</i>
Yngre äldre	401	339	740
Äldre äldre	416	246	662
Total	817	585	1402

De frågor som användes i undersökningen som berörde smärta var:

- Har Du haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna?
- Får Du någon behandling för värken/smärtan?

Frågan ”Har Du haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna?” besvarades med ja eller nej. Om de deltagande svarade nej ombads de att inte besvara de övriga frågorna gällande smärta. I frågan ”Får Du någon behandling för värken/smärtan?” fanns fyra svarsalternativ:

- Ingen,
- Läkemedel,
- Annan behandling (t.ex. fysioterapi, TNS, ultraljud),
- Både läkemedel och annan behandling.

I svaret ”Annan behandling” framgår inte vilken behandling det gäller, varför svarsalternativen i denna fråga delats in i ja- och nej-svar i den här studien. Alternativet ”Ingen” har tolkats som nej och de övriga alternativen har tolkats som ja.

De frågor som användes i undersökningen som berörde sömn var:

- Vaknar Du under natten?
- Har Du svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning?
- Har Du svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda?
- Är Du oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten?
- Vaknar Du tidigt?
- Känner Du dig trött och sover mer än två timmar under dagen?
- Använder Du sömntabletter?

De första sex frågorna angående sömn besvarades med ja eller nej. I frågan ”använder du sömntabletter” fanns fem svarsalternativ:

- Aldrig
- Någon gång/månad
- Flera ggr/månad
- Någon gång i veckan
- Varje natt

I den här studien har svarsalternativen i frågan delats in i ja- respektive nej-svar för att på ett överskådligt sätt kunna jämföra med övriga variabler. Alternativet ”aldrig” har tolkats som nej och de övriga alternativen som ja.

För att samband skulle kunna påvisas mellan smärta och sömnbesvär gjordes en stipulativ definition av sömnbesvär. I definitionen användes följande frågor:

- Vaknar Du under natten?
- Har Du svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning?
- Har Du svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda?
- Är Du oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten?
- Vaknar Du tidigt?

För att uppfylla kraven på den här studiens definition av sömnbesvär skulle minst tre av de fem frågorna besvaras med ja.

Antalet personer ur populationen som svarat på de olika frågorna betecknas med ”n” i resultatet. På grund av att inte alla i populationen ska svara på vissa frågor kan ”n” variera i olika frågor. Det kan också bero på internt bortfall vilket innebär att personer som skulle ha svarat på frågan av någon anledning inte har gjort det.

Statistik

Metoden i den här studien bestod av deskriptiv statistik och analyserande statistik. Deskriptiv statistik beskriver resultatet på ett överskådligt och begripligt sätt med hjälp av tabeller, diagram och siffermått. Analyserande statistik innebär att jämföra och analysera data med hjälp av olika testmetoder. De testmetoder som användes i studien för att undersöka om det fanns ett samband mellan olika variabler var Mann Whitneys U-test, som används vid jämförelse mellan två grupper, och Kruskal-Wallis test som används om fler än två grupper ska jämföras. Dessa tester är ickeparametriska och används när variablerna inte är normalfördelade eller då storlekarna på stickproven är små. Förutsättningen för dessa test är att materialet består av kvalitativa variabler och är indelad i klasser eller grupper (Ejlertsson, 2003). Testmetoderna innebär att skillnaden mellan observerade och förväntade värden studeras genom hypotesprövning (Aronsson, 1999). Vid hypotesprövning utformas en nollhypotes som anger att det inte finns någon skillnad mellan det observerade och förväntade och därigenom inte något samband mellan de studerade variablerna. Om nollhypotesen kan förkastas innebär det att samband kan påvisas. Det finns alltid en risk att förkasta nollhypotesen trots att den är sann. Sannolikheten för detta kallas signifikansnivå och anges som p-värde (Ejlertsson, 2003). Den signifikansnivå som användes vid hypotesprövning i den här studien var 0,05. Detta

innebär att sambandet är statistiskt signifikant om p-värdet är lika med eller understiger 0,05. I studien har det exakta p-värdet redovisats. Mann Whitneys U-test och Kruskal-Wallis test visar enbart om det finns ett samband mellan variabler men inte hur starkt detta samband är (Aronsson, 1999). Analysen i studien genomfördes med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 15.0.

Etik

SNAC erhöll tillstånd för undersökningen av forskningsetiska kommittén vid Karolinska institutet samt Lunds universitet. Undersökningen baseras på att de medverkande deltar frivilligt och har gett sitt medgivande till att insamlade uppgifter registreras. Till den här studien användes utvalt material från SNAC-Blekinges databas. För att kunna ta del av detta material gjordes en ansökan hos SNAC-Blekinge.

RESULTAT

På frågan har du haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna har totalt 1256 svarat varav 62 % svarat ja. Fler kvinnor (68 %) än män (52 %) har svarat ja på frågan. Skillnaden mellan män och kvinnor totalt var statistiskt signifikant ($p < 0,001$), däremot fanns inte statistiskt signifikanta skillnader mellan könen i alla åldersgrupper, se tabell 3. Mellan åldersgrupperna fanns ingen statistisk signifikant skillnad.

Tabell 3. Andel kvinnor respektive män som har haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna i de olika åldersgrupperna. Andelen visas i procentenheter. Mann Whitneys U-test har använts vid jämförelse mellan kvinnor och män och Kruskal-Wallis test har använts vid jämförelse mellan åldersgrupperna.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>p</i>
60	68 (n=94)	47 (n=91)	58 (n=185)	0,004
66	69 (n=109)	53 (n=90)	62 (n=199)	0,026
72	70 (n=103)	57 (n=68)	65 (n=171)	0,093
78	64 (n=81)	52 (n=71)	59 (n=152)	0,133
81	68 (n=76)	56 (n=62)	63 (n=138)	0,149
84	68 (n=107)	54 (n=79)	62 (n=186)	0,056
87	68 (n=79)	47 (n=34)	62 (n=113)	0,033
90	69 (n=54)	42 (n=19)	62 (n=73)	0,043
93	81 (n=21)	63 (n=8)	76 (n=29)	0,457
96	43 (n=7)	0 (n=3)	30 (n=10)	0,383
Total	68 (n=731)	52 (n=525)	62 (n=1256)	< 0,001
P			0,505*	

*p-värde, åldersgrupper

Av de yngre äldre är det 707 deltagande som svarat på frågan ”Har du haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna?” varav 60 % svarat ja. Av de äldre äldre har 549 svarat på frågan varav 62 % svarat ja. Någon statistisk signifikant skillnad fanns inte mellan dessa två åldersgrupper, se tabell 4.

Tabell 4. Andel yngre äldre respektive äldre äldre som har haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna. Andelen visas i procentenheter. Testmetoden som använts är Mann Whitneys U-test

	<i>Yngre äldre</i>	<i>Äldre äldre</i>	<i>p</i>
Har haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna.	60 (n=707)	62 (n=549)	0,550

Andelen kvinnor som fick behandling för värken/smärtan var 62 % medan andelen män som fick behandling för värken/smärtan var 52 %. Denna skillnad var statistiskt signifikant ($p=0,007$), se tabell 5.

Tabell 5. Andel kvinnor respektive män som får behandling för värken/smärtan. Andelen visas i procentenheter. Testmetoden som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>p</i>
Får behandling för värken/smärtan (n=778)	62 (n=497)	52 (n=281)	59 (n=778)	0,007

Äldre äldre fick i större utsträckning behandling för värken/smärtan (64%) än yngre äldre (54%). Mellan dessa grupper fanns en statistisk signifikant skillnad ($p=0,005$), se tabell 6.

Tabell 6. Andel yngre äldre respektive äldre äldre som får behandling för värken/smärtan. Andelen visas i procentenheter. Testmetoden som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Yngre äldre</i>	<i>Äldre äldre</i>	<i>p</i>
Får behandling för värken/smärtan (n=778)	54 (n=432)	64 (n=346)	0,005

Av de frågor som behandlade sömn var det frågan ”Vaknar du under natten?” som flest deltagande svarade ja på (82 %). Skillnaden mellan kvinnor och män var statistiskt signifikant i frågorna ”Har du svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning?” ($p<0,001$), ”Har du svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda?” ($p<0,001$), ”Är du oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten?” ($p<0,001$) och ”Använder du sömntabletter?” ($p<0,001$). I alla dessa frågor har större andel kvinnor svarat ja. I övriga frågor fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan könen, se tabell 7.

Tabell 7. Andel kvinnor respektive män som svarat ja på de olika frågorna som behandlar sömn. Andelen visas i procentenheter. Testmetoden som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>P</i>
Vaknar under natten	84 (n=726)	80 (n=534)	82 (n=1260)	0,096
Har svårigheter att somna/förbli sovande pga. sinnesstämning eller spänning	35 (n=698)	21 (n=525)	29 (n=1223)	< 0,001
Har svårigheter att sova pga. smärtor eller klåda	24 (n=728)	15 (n=530)	20 (n=1258)	< 0,001
Är oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten	23 (n=718)	10 (n=531)	17 (n=1249)	< 0,001
Vaknar tidigt	63 (n=722)	62 (n=530)	27 (n=1252)	0,497
Känner sig trött och sover mer än två timmar under dagen	13 (n=728)	12 (n=535)	13 (n=1263)	0,499
Använder sömntabletter	33 (n=735)	18 (n=534)	27 (n=1269)	< 0,001

I frågorna gällande sömn fanns en statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupper i frågorna ”Vaknar du under natten?” ($p < 0,001$), ”Känner du dig trött och sover mer än två timmar under dagen?” ($p < 0,001$) och ”Använder du sömntabletter?” ($p < 0,001$), se tabell 8. I samma frågor fanns även en statistisk signifikant skillnad ($p < 0,001$) mellan yngre äldre och äldre äldre då de äldre äldre i större utsträckning svarade ja, se tabell 9. I övriga frågor fanns ingen statistisk signifikant skillnad, se tabell 8 och tabell 9.

Tabell 8. Andel i olika åldersgrupper som svarat ja på de olika frågorna som behandlar sömn. Andel anges i procentenhet. Testmetoden som använts är Kruskal-Wallis test.

	<i>Vaknar under natten</i>	<i>Har svårigheter att somna/förbli sovande pga. sinnesstämning eller spänning</i>	<i>Har svårigheter att sova pga. smärtor eller klåda</i>	<i>Är oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten</i>	<i>Vaknar tidigt</i>	<i>Känner sig trött och sover mer än två timmar under dagen</i>	<i>Använder sömntabletter</i>
60	68 (n=184)	25 (n=177)	18 (n=184)	14 (n=182)	60 (n=182)	4 (n=183)	10 (n=184)
66	80 (n=200)	26 (n=198)	17 (n=201)	12 (n=194)	60 (n=198)	6 (n=200)	13 (n=200)
72	81 (n=173)	34 (n=173)	16 (n=172)	18 (n=171)	60 (n=172)	6 (n=172)	24 (n=172)
78	85 (n=151)	30 (n=141)	23 (n=151)	18 (n=148)	71 (n=150)	10 (n=153)	26 (n=154)
81	85 (n=140)	33 (n=137)	24 (n=139)	21 (n=140)	60 (n=136)	15 (n=139)	30 (n=140)
84	88 (n=184)	28 (n=178)	23 (n=185)	18 (n=185)	64 (n=185)	17 (n=183)	40 (n=186)
87	89 (n=118)	27 (n=110)	23 (n=115)	18 (n=118)	69 (n=117)	22 (n=122)	43 (n=118)
90	82 (n=74)	32 (n=72)	20 (n=75)	26 (n=72)	60 (n=72)	28 (n=71)	36 (n=76)
93	96 (n=27)	37 (n=27)	15 (n=26)	28 (n=29)	53 (n=30)	33 (n=30)	55 (n=29)
96	89 (n=9)	20 (n=10)	0 (n=10)	10 (n=10)	70 (n=10)	40 (n=10)	20 (n=10)
p	< 0,001	0,642	0,166	0,120	0,277	< 0,001	< 0,001

Tabell 9. Andel yngre äldre respektive äldre äldre som svarat ja på de olika frågorna som behandlar sömn. Andel anges i procentenhet. Testmetoden som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Yngre äldre</i>	<i>Äldre äldre</i>	<i>p</i>
Vaknar under natten	77 (n=708)	87 (n=552)	< 0,001
Har svårigheter att somna/förbli sovande pga. sinnesstämning eller spänning	29 (n=689)	30 (n=534)	0,734
Har svårigheter att sova pga. smärtor eller klåda	18 (n=708)	23 (n=550)	0,033
Är oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten	15 (n=695)	20 (n=554)	0,018
Vaknar tidigt	62 (n=702)	63 (n=550)	0,853
Känner sig trött och sover mer än två timmar under dagen	6 (n=708)	21 (n=555)	< 0,001
Använder sömntabletter	18 (n=710)	38 (n=559)	< 0,001

Fler kvinnor (37 %) än män (24 %) hade sömnbesvär enligt studiens stipulativa definition. Skillnaden mellan män och kvinnor var statistiskt signifikant ($p < 0,001$), se tabell 10.

Tabell 10. Andel kvinnor respektive män som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>p</i>
Har sömnbesvär	37 (n=795)	24 (n=577)	32 (n=1372)	< 0,001

Mellan åldersgrupperna fanns ingen statistisk signifikant skillnad gällande sömnbesvär, se tabell 11. Någon statistisk signifikant skillnad kunde inte heller påvisas mellan grupperna yngre äldre och äldre äldre, se tabell 12.

Tabell 11. Andel deltagande i de olika åldersgrupperna som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Kruskal-Wallis test.

	<i>Har sömnbesvär</i>
60 (n=191)	28
66 (n=206)	26
72 (n=177)	32
78 (n=163)	35
81 (n=151)	36
84 (n=199)	38
87 (n=144)	31
90 (n=91)	30
93 (n=36)	31
96 (n=14)	14
p	0,178

Tabell 12. Andel yngre äldre respektive äldre äldre som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Yngre äldre</i>	<i>Äldre äldre</i>	<i>P</i>
Har sömnbesvär	30 (n=737)	34 (n=635)	0,142

Det fanns en statistisk signifikant skillnad ($p < 0,001$) mellan de deltagande som hade haft respektive inte hade haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna hos de som vaknade under natten, hade svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning, hade svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda, var oförmögna att somna om efter att ha vaknat på natten och använde sömntabletter, se tabell 13. De deltagande som hade haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna hade i större utsträckning dessa besvär. Hos personer som vaknar tidigt och känner sig trötta och sover mer än två timmar under dagen finns ingen statistisk signifikant skillnad mellan de som har respektive inte har haft smärta de senaste fyra veckorna.

Tabell 13. Andel deltagande som har haft respektive inte har haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna och som svarat ja på de olika frågorna som behandlar sömn. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Har inte haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna</i> <i>Ej smärta</i>	<i>Har haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna</i>	<i>p</i>
Vaknar under natten	57 (n=472)	86 (n=755)	< 0,001
Har svårigheter att somna/förbli sovande pga. sinnesstämning eller spänning	21 (n=463)	35 (n=733)	< 0,001
Har svårigheter att sova pga. smärtor eller klåda	5 (n=475)	29 (n=753)	< 0,001
Är oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten	13 (n=471)	20 (n=750)	< 0,001
Vaknar tidigt	61 (n=472)	64 (n=750)	0,231
Känner sig trött och sover mer än två timmar under dagen	10 (n=475)	14 (n=757)	0,88
Använder sömntabletter	16 (n=479)	33 (n=761)	< 0,001

De deltagande som hade haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna hade i större utsträckning sömnbesvär (42 %) än de som inte hade haft värk/smärta (21 %). Skillnaden mellan dessa grupper var statistiskt signifikant ($p < 0,001$), se tabell 14.

Tabell 14. Andel deltagande som har haft respektive inte har haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna och som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Har inte haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna</i> <i>(n=483)</i>	<i>Har haft värk/smärta under de senaste 4 veckorna</i> <i>(n=773)</i>	<i>p</i>
Har sömnbesvär	21	42	< 0,001

Fler av de deltagande som fick behandling för värken/smärtan hade sömnbesvär (47 %) än de som inte fick behandling (34 %). Skillnaden var statistiskt signifikant ($p < 0,001$), se tabell 15.

Tabell 15. Andel deltagande som får respektive inte får någon behandling för värken/smärtan och som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Får behandling för värken/smärtan</i> (n=456)	<i>Får inte behandling för värken/smärtan</i> (n=322)	<i>p</i>
Har sömnbesvär	47	34	< 0,001

De som använder sömntabletter hade i större utsträckning sömnbesvär (58%) än de som inte använder sömntabletter (25%). Skillnaden var statistiskt signifikant ($p < 0,001$), se tabell 16.

Tabell 16. Andel deltagande som använder respektive inte använder sömntabletter och som har sömnbesvär. Andel anges i procentenhet. Testmetod som använts är Mann Whitneys U-test.

	<i>Använder sömntabletter</i> (n=337)	<i>Använder inte sömntabletter</i> (n=932)	<i>p</i>
Har sömnbesvär	58	25	< 0,001

DISKUSSION

Resultatet i den här studien visar ett tydligt samband mellan smärta och sömnbesvär. Studien visar även att kvinnor i större utsträckning än män har både smärta och sömnbesvär. Ett något oväntat resultat i studien är att personer med smärtbehandling i större utsträckning har sömnbesvär än personer utan smärtbehandling.

Metoddiskussion

Syftet med studien är att kartlägga förekomsten av smärta och sömnbesvär och även undersöka om det finns samband mellan smärta och sömnbesvär hos ett representativt befolkningsurval i Blekinge i åldern 60-96 år. Materialet till den här studien har samlats in av SNAC genom enkätundersökningar där 1402 personer deltog. Vid genomförandet av den här studien valdes en kvantitativ metod då urvalet är stort och resultatet bygger på svar från enkäter. De frågor som valdes ut till den här studien bestod av färdiga svarsalternativ och gav inget utrymme för egna kommentarer. Deskriptiv statistik används i studien för att kunna kartlägga förekomsten av smärta och sömnbesvär och analyserande statistik används för att undersöka samband. Mann Whitneys U-test och Kruskal-Wallis test används då variablerna är icke normalfördelade.

Urvalet anses vara representativt då ett stort antal personer i befolkningen i åldern 60-96 år deltog i studien. Det finns dock grupper som inte är riktigt representerade i urvalet så som icke svensktalande personer och personer som var för sjuka för att delta. Antalet deltagande i de allra äldsta åldersgrupperna är dessutom få, vilket skulle kunna påverka resultatet, men de utgör ändå mer än hälften av den totala befolkningen i dessa åldersgrupper.

Eftersom redan insamlat material används i den här studien har inte enkätfrågornas utformning kunnat påverkas. SNAC-studiens frågor om sömn inriktas på sömnvanor vilket gör att frågorna är formulerade på ett sådant sätt att det inte framgår om de deltagande anser det vara ett problem. Den här studien syftar däremot till att undersöka sömnbesvär vilket ledde till att en stipulativ definition av sömnbesvär behövde göras. Definitionen innebär att tre av fem frågor angående sömn är besvarade med ja. Med denna definition skulle det kunna vara möjligt att personer som svarat ja på en eller två frågor faktiskt upplever sig ha sömnbesvär medan personer som svarat ja på fler än två frågor kanske inte upplever sig ha sömnbesvär. Det som talar för definitionen är att då mer än hälften av frågorna är besvarade med ja, är risken liten för att få med personer som inte har sömnbesvär. Däremot finns risk för att personer med sömnbesvär skulle kunna förbises. Det hade varit av intresse att undersöka om resultatet blir detsamma om definitionen av sömnbesvär ändras. Definitionen skulle kunna göras om genom att antalet frågor som ska besvaras med ja ändras. Det skulle även kunna vara av betydelse vilka frågor som ingår i definitionen. Tiden var inte tillräcklig för att kunna prova olika definitioner i den här studien men det skulle i fortsatta studier vara av intresse att se om resultatet blir annorlunda med en ändrad definition.

Det hade i den här studien varit intressant att kunna undersöka hur stor andel av de som har smärta som upplever att smärtan orsakar sömnsvårigheter. Detta går dock inte då det i frågan "Har du svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda" inte framgår om det är smärtor eller klåda som är orsak till sömnsvårigheter. Det skulle även kunna vara av intresse att i frågan "Får du någon behandling för värken/smärtan?" jämföra olika behandlingar i förhållande till sömnbesvär. Den jämförelsen görs dock inte i den här studien eftersom svaret "Annan behandling" inte ger någon information om vilken behandling som fås. Därför delas svarsalternativen in i ja- och nej-svar. Svarsalternativen delas även in i ja och nej i frågan "Använder du sömntabletter?" för att göra den mer överskådlig och göra det lättare att jämföra med övriga variabler. I den här studien var det dessutom bara av intresse att undersöka om sömntabletter används och inte hur ofta.

I de artiklar som jämförs med den här studiens resultat används benämningen kronisk smärta. I dessa studier definieras dock kronisk smärta på olika sätt. I den här studien framkommer inte om de deltagande har kronisk smärta eller akut smärta men eftersom deltagarna i studien anger att de haft smärta i mer än fyra veckor anses det mest rättvist att jämföra med studier som behandlar kronisk smärta.

I den här studien valdes signifikansnivån 0,05. Vid användandet av en viss signifikansnivå blir gränsen för vad som är signifikant definitivt vilket medför att värden som ligger strax över gränsen men som ändå kan vara intressanta för resultatet inte ses

som signifikanta. Av den anledningen redovisas i den här studien exakta p-värden. I studien har många statistiska analyser gjorts på ett stort material för att finna samband. Då många analyser görs kan masssignifikans vara ett problem vilket innebär att risken för felaktiga samband ökar (Ejlertsson, 2003). Den valda signifikansnivån på 0,05 kan resultera i många samband. För att gardera sig mot masssignifikans kan signifikansnivån sänkas vilket gör att risken för felaktiga samband minskar (Ejlertsson, 2003). Huvudresultaten i den här studien är statistiskt signifikanta även om signifikansnivån skulle sänkas till 0,001.

Resultatdiskussion

Personer som haft värk/smärta under de senaste fyra veckorna har i större utsträckning sömnbesvär enligt studiens stipulativa definition. Även i flera specifika sömnbesvär skiljer det sig mellan personer med och utan smärta. De som har smärta vaknar oftare under natten, har i större utsträckning svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning, har i större utsträckning svårigheter att sova på grund av smärta eller klåda och är i större utsträckning oförmögna att somna om efter att ha vaknat på natten. Personer med smärta använder sig i större utsträckning av sömntabletter vilket också tyder på samband mellan smärta och sömnbesvär. Även Call-Schmidt och Richardson (2003), Jakobsson et al. (2004) och Haythornthwaite et al.(1991) fann ett samband mellan sömnbesvär och smärta och kom i sina studier fram till att kronisk smärta leder till sömnbesvär. Några av dessa studier har i likhet med den här studien även kommit fram till att personer med smärta besväras av att vakna under natten (Call-Schmidt & Richardson, 2003) och har svårare för att somna (Haythornthwaite, 1991). Naughton et al. (2007) fann även de samband mellan smärta och sömn men denna studie visar att sömnbesvär påverkar smärtintensiteten. Den här studien kan enbart påvisa att samband finns mellan smärta och sömnbesvär men har inte undersökt vilken av dessa faktorer som är den primära orsaken. Eftersom det i andra studier framkommer att smärta orsakar sömnbesvär (Call-Schmidt & Richardson, 2003; Jakobsson et al., 2004; Haythornthwaite et al., 1991) antas i den här studien att det är smärta som har störst inverkan på sömn och inte tvärt om. Det förmodas att sömnbesvär som enda faktor inte gör att smärta uppkommer däremot att sömnbesvär skulle kunna förvärra smärtupplevelsen. Enligt Henderson (1982) kan olika sjukdomstillstånd leda till sömnbesvär men sömnbesvär kan även vara orsak till sjukdom. Sjukdomstillstånd är en faktor som skulle kunna inverka på den här studiens resultat. Det kan även finnas andra faktorer som skulle kunna påverka så som depression, oro, ensamhet, inaktivitet och psykiska problem. Det skulle i vidare studier kunna vara av intresse att undersöka hur andra faktorer kan inverka på sambandet mellan smärta och sömnbesvär.

Resultatet i den här studien visar att personer som får behandling för smärtan i större utsträckning har sömnbesvär än personer som inte får smärtbehandling. Detta resultat var förvånande då personer med smärtbehandling förväntades ha mindre sömnbesvär. En studie av Call-Shmidt och Richardson (2003) visar att ju intensivare smärtan är desto mer påverkas sömnen negativt. Studien visar även att sömnbesvär är ett stort problem hos personer med smärtbehandling (Call-Shmidt & Richardson, 2003). Det skulle vara intressant att i framtida studier undersöka varför personer med smärtbehandling i större

utsträckning har sömnbesvär. Hos personer med smärtbehandling borde smärtintensiteten vara lägre och därmed borde sömnbesvären minska. En av orsakerna till detta resultat skulle kunna vara att de som inte får smärtbehandling inte har så ont att de behöver behandling för smärtan, medan de som får smärtbehandling har intensivare smärta. Om de då inte får tillräcklig eller rätt smärtbehandling kan detta förklara varför de med smärtbehandling i större utsträckning har sömnbesvär. Resultatet i den här studien visar även att större andel kvinnor än män får behandling för sin smärta och att de i större utsträckning har smärta. Thomas et al. (2004) och Berg et al. (2003) har också kommit fram till att smärta är vanligare bland kvinnor än män. En förklaring till detta kan vara biologiska och psykologiska skillnader mellan könen. Studier visar att kvinnor har lägre smärtröskel och smärttolerans än män samtidigt som män är mindre benägna till att uppge att de har smärta (Weise et al., 2001; Keogh & Herdenfeldt, 2002). Enligt Thomas et al. (2004) finns inget samband mellan ålder och smärta vilket även den här studiens resultat visar. Däremot får äldre äldre mer smärtbehandling än yngre äldre vilket talar emot att det inte finns någon skillnad i förekomsten av smärta mellan yngre äldre och äldre äldre. En förklaring till detta kan vara att smärtans intensitet skiljer mellan åldersgrupperna vilket inte har undersökts i den här studien.

Sömnbesvär visar sig enligt studiens stipulativa definition vara vanligare bland kvinnor än män. Skillnader visade sig också i de specifika sömnbesvären. Större andel kvinnor än män har svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning, svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda, är i större utsträckning oförmögna att somna om efter att ha vaknat på natten och fler kvinnor än män använder sömntabletter. Ålder visade sig inte ha något samband med sömnbesvär enligt den stipulativa definitionen. Däremot finns skillnad mellan åldersgrupperna i de specifika sömnbesvären. Äldre äldre har i större utsträckning än yngre äldre angett att de vaknar under natten, att de känner sig trötta och sover mer än två timmar under dagen och att de i större utsträckning använder sömntabletter. Resultatet visar också att de som använder sig av sömntabletter i större utsträckning har sömnbesvär. Maggi et al. (1998) har studerat sömnbesvär hos personer över 65 år och även deras undersökning visar att sömnbesvär är vanligare bland kvinnor än män och att kvinnor i större utsträckning använder sig av sömntabletter. Studien kom även fram till att sömnbesvär inte skiljer sig mellan olika åldrar och att sömnbesvär är vanligare hos dem som använder sömntabletter (Maggi et al., 1998). Då den här studien har använt sig av en stipulativ definition av sömnbesvär skulle det vara av intresse att undersöka om samma resultat framkommer om de deltagande själva fick ange om de upplever sömnbesvär.

Enligt Henderson (1982) ska vården utgå ifrån människans grundläggande behov varav ett av dem är sömn. Sjuksköterskans främsta uppgift är att främja hälsa och tillfrisknande (Henderson, 1982). Genom att hjälpa patienter till en god sömn kan sjuksköterskan bidra till att minska trötthet, irritation och depression och på så sätt främja hälsa. Då sömn också är en förutsättning för kroppens läkningsförmåga bidrar en god sömn även till tillfrisknande. Enligt Henderson (1982) finns olika faktorer som sjuksköterskan kan påverka i samband med insomning och menar att allt som bidrar till att öka patientens välbefinnande främjar en god sömn. Eftersom sömnbesvär visar sig ha ett samband med smärta kan sjuksköterskan genom att eliminera smärta på så vis bidra till en god sömn.

Då hjälp till självhjälp är en viktig uppgift för sjuksköterskan är det viktigt att hon informerar och kommer med förslag om hur patienten själv kan bidra till att eliminera smärta och sömnbesvär. Detta för att patienten så snart som möjligt ska kunna uppnå oberoende och tillgodose sina egna behov. Om patienten inte själv kan tillgodose dessa behov är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa denne till att uppnå optimal hälsa. Enligt Henderson (1982) kan behov tillfredställas på olika sätt. Hos patienter som har smärta och/eller sömnbesvär är det därför viktigt att utgå ifrån patientens perspektiv för att på så sätt kunna tillfredställa dennes individuella behov på bästa sätt.

Intentionen med denna studie är att den skall vara till nytta för vårdpersonal genom att bidra till ökad kunskap om förekomsten av sömnbesvär och smärta hos äldre samt om sambandet mellan dessa faktorer. På så vis kan vårdpersonal få bättre förståelse för och tillgodose patienters behov vilket i sin tur kan bidra till ökad livskvalité hos äldre.

SLUTSATS

Studien kom fram till att sömnbesvär respektive smärta är vanligt förekommande hos äldre. Dessa besvär är vanligare bland kvinnor än män, däremot finns det ingen skillnad i ålder. Fler kvinnor än män får också smärtbehandling och använder sig av sömntabletter. Studien kom även fram till att personer som får smärtbehandling i större utsträckning har sömnbesvär. Ett tydligt samband mellan smärta och sömnbesvär kunde påvisas.

Både sömnbesvär och smärta är faktorer som kan ha stor inverkan på människors hälsa. För att sjukvårdspersonal ska kunna bidra till hälsa och ökad livskvalitet är det viktigt att det finns kunskap om förekomsten av smärta och sömnbesvär och även sambandet mellan dessa. Det skulle vidare vara intressant att undersöka hur detta samband ser ut.

REFERENSER

- Aronsson, Å. (1999). *SPSS: en introduktion till basmodulen*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, E. (2002). *Smärtförvandling- om den långa smärtans onda cirklar och hur man bryter dem*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, I., Steen, G., Waern, M., Johansson, B., Odén, A., Sjöström, B., & Steen, B. (2003). Pain and Its Relation to Cognitive Function and Depressive Symptoms: A Swedish Population Study of 70-Year-Old Men and Women. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26, (4), 903-912.
- Brattberg, G., Parker, M. G., & Thorslund, M. (1995). The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*, 67, 29-34.
- Call-Schmidt, T. A., & Richardson, S. J. (2003). Relationship to Pain in Adults with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 4, (3), 124-133.
- Dulong, J., & Poulsen, C. (1993). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Feinsilver, S. H. (2003). Sleep in the elderly What is normal? *Clinics Geriatric Medicine*, 19, 177-188.
- Götherström, C., Andersson, M., Jönsson, H., & Petersson, A. (1988). *Patientens sömn och individuella vård - i centrum*. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.
- Haak, M. (2006). *Participation and independence in old age: aspects of home and neighborhood environments* (dissertation), Lunds universitet.
- Haegerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Haythornthwaite, J. A., Hegel, M. T., & Kerns, R. D. (1991). Development of a sleep diary for chronic pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6, (2), 65-72.
- Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: LiberTryck.

- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., & Stessman, J. (2006). Global Sleep Satisfaction of Older People: The Jerusalem Cohort Study. *The American Geriatrics Society*, 54, 325-329.
- Jakobsson, U. (2003). *Chronic pain and Quality of life among older people* (dissertation), Lunds universitet.
- Jakobsson, U., Rahm-Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13, 125-136.
- Jönsson, T. (1995). *Sömn- faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Keogh, E., Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97, 195-201.
- Lagergren, M. (2005). *SNAC-studien: Övergripande om SNAC-studien*. (Elektronisk). SNAC - The Swedish National Study on Aging and Care . Tillgänglig: < www.snac.org >
- Lagergren, M., Fratiglioni, L., Rahm-Hallberg, I., Berglund, J., Elmståhl, S., Hagberg, B., Holst, G., Rennemark, M., Sjölund, B-M., Thorslund, M., Wiberg, I., Winblad, B., & Wimo, A. (2004). A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on aging and care (SNAC). *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, (2), 158-168.
- Maggi, S., Langlois, J. A., Minicuci, N., Grigoletto, F., Pavan, M., Foley, D. J., & Enzi, G. (1998). Sleep Complaints in Community-Dwelling Older Persons: Prevalence, Associated Factors, and Reported Causes. *American Geriatrics Society*, 46, 161-168.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Morgan, K., & Closs, S. J. (1999). *Sleep management in nursing practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Naughton, F., Ashworth, P., & Skevington, S. M. (2007). Does sleep quality predict pain-related disability in chronic pain patients? The mediating roles of depression and pain severity. *Pain*, 127, 243-252.
- Ohayon, M. M., Zulley, J., Guilleminault, C., Smirne, S., & Priest, R. G. (2001). How Age and Daytime Activities Are Related to Insomnia in the General Population: Consequences for Older People. *The American Geriatrics Society*, 49, 360-366.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Raak, R. (2002). *Identification of Subgroups in Experimental and Chronic Pain – Sensory, emotional and evaluative aspects* (dissertation), Linköpings universitet.

Roos, B-E., & Atterstam, I. (1989). *Den gåtfulla sömnen*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

SBU-rapport. (2003). *Evidensbaserad äldrevård : en inventering av det vetenskapliga underlaget*. Stockholm: SBU.

Thomas, E., Mottram, S., Peat, G., Wilkie, R., & Croft, P. (2006). The effect of age on the onset of pain interference in a general population of older adults: Prospective findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 129, 21-29.

Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R., & Croft, P. R. (2004). The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 110, 361-368.

Wise, E. A., Price, D. D., Myers, C. D., Heft, M. W., & Robinson, M. E. (2001). Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*, 96, 335-342.