

# Rapport 2003:4

Kvinnors psykiska hälsa

## Smärta och sociala förhållanden bland kvinnor

Beata Jablonska  
Joaquim Soares



Samhällsmedicin  
Enheten för Psykisk Hälsa

# **Smärta och sociala förhållanden bland kvinnor**

**Beata Jablonska  
Joaquim Soares**

Enheten för Psykisk Hälsa är en del av Samhällsmedicin i Stockholms läns landsting med inriktning att förebygga psykisk ohälsa och främja den psykiska hälsan i befolkningen i regionen. Enheten arbetar med kartläggning, forskning och metodutveckling samt information och utbildning.

Enheten för Psykisk Hälsa  
Samhällsmedicin  
Stockholms läns landsting  
Box 17533  
118 91 Stockholm

© Alla rättigheter förbehållna Enheten för Psykisk Hälsa och författarna.

Rapport 2003:4  
Tryckeri: Ormbergstryck  
ISSN: 1650-0660  
ISBN: 91-89525-22-1

## FÖRORD

Under år 2002 påbörjades vid Enheten för Psykisk Hälsa (EPH) inom Samhällsmedicin en kartläggning av hälsotillstånd och välbefinnande bland kvinnor. Kartläggningen var ett led i ett uppdrag till enhetens arbetsgrupp för kvinnors psykiska hälsa.

Föreliggande rapport har tillkommit som ett delresultat av denna kartläggning och utgör den första av en serie planerade rapporter om hälsa och hälsorelaterade riskfaktorer bland kvinnor.

Syftet med denna studie är att jämföra kvinnor och män med och utan smärta, alla boende i Stockholms län, avseende en rad socioekonomiska variabler. Dessutom undersöks skillnader och likheter mellan kvinnor och män med smärta beträffande olika smärtkaraktäristika (t.ex. smärtans intensitet).

Vår förhoppning är att resultatet av studien kommer till användning som kunskapsunderlag för politiker och hälsoplanerare samt för fortsatt forskning inom området.

Jan Dock  
Chef  
EPH  
Samhällsmedicin

Joaquim Soares  
Docent, projektansvarig  
EPH  
Samhällsmedicin



## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** År 2002 fick Enheten för Psykisk Hälsa vid Samhällsmedicin i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och sjukvårdsområdena att undersöka kvinnors situation i Stockholm med avseende på bland annat förekomst av smärta. I uppdraget betonades också att kvinnornas situation skulle jämföras med en grupp män. Denna undersökning ingår i en serie rapporter om kvinnors hälsa.

**Syften** med undersökningen var att: (i) kartlägga och beskriva smärtupplevelser bland kvinnor och män; (ii) jämföra kvinnor och män med eller utan smärta med avseende på sociodemografisk och ekonomisk situation; och (iii) identifiera riskfaktorer för smärta bland alla deltagare.

**Metod:** 3616 slumpmässigt utvalda kvinnor mellan 18-64 år boende i Stockholm (2276 med smärta och 1340 utan smärta) och en jämförelsegrupp av 520 slumpmässigt utvalda män (293 med smärta och 227 utan smärta) deltog i undersökningen. Deltagarna besvarade en enkät som mätte sådana områden som ekonomisk situation och smärtupplevelser. Studien var av tvärsnittsdesign och data insamlades under åtta konsekutiva veckor.

**Resultat:** De univariata analyserna visade att kvinnor med smärta i jämförelse med andra deltagare oftare var invandrare, frånskilda och anställda inom sådana yrken som inte sällan innebär höga psykiska och/eller fysiska påfrestningar (t.ex. hälso- och sjukvård). Vidare försörjde de sig i större utsträckning genom sjukbidrag, hade mer ekonomiska problem och hade oftare varit sjukskrivna året innan undersökningen. Män med smärta å andra sidan var oftare ingenjörer/arkitekter/jurister, industriarbetare eller anställda inom olika tjänsteyrken (t.ex. städare). Männen generellt hade haft längre perioder av arbetslöshet under sin yrkeskarriär och försörjde sig i större utsträckning genom arbetslöshetsersättning. Personer med smärta var signifikant äldre än smärtfria deltagare.

Kvinnor med smärta i jämförelse med män med smärta hade oftare ont i hela kroppen, ont i huvudet, i nacken/skuldrorna, i övre extremiteterna, i magen och i höfterna. Vidare upplevde de smärtan som mer intensiv, komplex och både djup och ytlig. De led också i större utsträckning än män av smärtan nästan varje dag, hade större smärtrelaterad funktionsnedsättning och använde oftare smärtstillande och antidepressiva

läkemedel samt naturläkemedel. Män med smärta rapporterade å andra sidan oftare smärta i bröstkorget och beskrev smärtans sensation som djup.

Smärta, enligt logistisk regressionsanalys, var inte associerade med kön utan med ökande ålder, låg utbildningsnivå, sjukskrivning, ekonomisk belastning och att vara anställd inom industri-/tjänste-/utbildnings- och sjukvårdssektorn.

**Slutsats:** Kvinnor med smärta hade generellt en sämre socioekonomisk situation än andra deltagare. Kvinnor med smärta i jämförelse med män med smärta tenderade att konsumera mer mediciner, i synnerhet antiinflammatoriska och antidepressiva läkemedel, och i flera avseenden rapporterade en allvarigare smärtproblematik. Sambandet mellan att vara kvinna och ha smärta har inte påvisats. Förekomst av smärta var relaterad till bland annat sådana faktorer som sjukskrivning och ekonomisk belastning.

Föreliggande rapport tyder på att smärta är ett betydande problem. De behandlingsstrategier som ofta används för att hantera smärtproblem (t.ex. sjukgymnastik) upplevdes inte vara effektiva. Andra metoder (t.ex. beteendeorienterade terapier) borde utprövas och övriga underliggande faktorer som kan bidra till ohälsan (t.ex. ekonomiska problem) måste beaktas.

**Sökord:** Smärta, kvinnor, riskfaktorer, epidemiologi.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD .....	3
SAMMANFATTNING.....	5
INLEDNING .....	9
METOD .....	11
Deltagarna.....	11
Instrument.....	11
Design och tillvägagångssätt.....	12
Statistiska analyser.....	12
RESULTAT .....	13
Sociodemografiska uppgifter (alla grupper).....	13
Socioekonomiska uppgifter (alla grupper).....	15
Riskfaktorer för smärta (alla grupper).....	17
Kliniska karakteristika (smärtgrupper) .....	18
Farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingar (smärtgrupper) .....	20
Användning av psykofarmaka och naturläkmedel (smärtgrupper) ..	22
DISKUSSION.....	23
SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER.....	28
REFERENSER.....	30





## INLEDNING

Kvinnors hälsotillstånd kan ha försämrats under de senaste åren, åtminstone i vissa avseenden. Studier visar exempelvis att kvinnor oftare än män lider av depression och sömnbesvär, samt att dessa tillstånd blir alltmer frekventa (Socialstyrelsen, 2001). Förekomsten av lungcancer minskar bland män, medan det omvända förhållandet gäller för kvinnor (Socialstyrelsen, 2001). Ohälsa bland kvinnor förorsakad av olika typer av våld utgör ett allvarligt och ökande problem (Leander & Danielsson, 1996; Olsson, 1997). Långtidssjukskrivningar och förtidspensioner p.g.a. hälsoproblem har ökat markant bland kvinnor de senaste åren, särskilt i Sverige (Socialstyrelsen, 2002).

Ett område som uppmärksammas alltmer är könsskillnader vad gäller upplevelser av smärta (Unruh, 1996). Undersökningar visar exempelvis att kvinnor oftare än män lider av sådana smärttillstånd som fibromyalgi, huvudvärk och ont i nacke/skuldra (Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993; Cathey, Wolfe, Kleinheksel & Hawley, 1986; Havsvold & Johnsen, 1993; Lagerlöf, 1993; LeResche, 1997; Punnett & Bergqvist, 1999; SCB, 2002; Verbrugge, Lepkowski & Konkol, 1991; Wolfe, 1989). Vidare rapporteras i studier av patienter med smärta att kvinnor har en sämre klinisk situation än män. Kvinnor tenderar i jämförelse med män att bedöma smärta som mer intensiv och frekvent (Andersson m.fl., 1993; Havsvold & Johnsen, 1993), har större svårigheter att effektivt hantera smärta (Jensen, Nygren, Gamberale, Goldie & Westerholm, 1994), konsumerar mer smärtrelaterad vård (RFV, 2003; SOU, 2000; Taylor & Curran, 1985) och är i större utsträckning sjukskrivna/förtidspensionerade p.g.a. smärta (Lagerlöf, 1993; RFV, 2003; SOU, 2000). Slutligen rapporterar kvinnor högre nivåer av smärtrelaterad ångest och depression än män (Blanchard, Keefer, Galovski, Taylor & Turner, 2001; Hyyppä, 1987; Jensen m.fl., 1994; Magni, Calderion, Rigatti-Luchini & Merskey, 1990).

Trots att flera studier har visat på skillnader mellan kvinnor och män vad beträffar erfarenheter och upplevelser av smärta där det kvinnliga könet är en viktig riskfaktor, finns en del motsägelsefulla data. Exempelvis har inga könsskillnader kunnat observeras i prevalensstudier av ryggont bland representativa grupper av befolkningen i USA och i Skandinavien (Deyo & Tsui-Wu, 1987; Leboeuf-Yde, Klougart & Lauritzen, 1996). I en undersökning av Brattberg m.fl. (1997), där utveckling av smärta under en period av 24 år studerades, fann man att bröst- och magsmärter drabbade både kvinnor och män i samma

utsträckning, medan muskuloskeletal smärta var mer påtaglig bland kvinnor. Lindal och Stefansson (1996) har rapporterat en högre förekomst av ryggont bland män.

Tvetydighet i fynden omfattar också andra områden än smärtprevalens. Exempelvis fann Grossi m.fl. (2000) inga könsskillnader beträffande smärtans intensitet och varaktighet, och inte heller i förekomsten av utbrändhet och depression bland kliniska smärtpatienter. Likaså kunde inga könsskillnader noteras med avseende på smärtintensitet bland en grupp patienter med kronisk smärta (. Elliot, Smith, Penny, Smith & Chambers, 1999). Slutligen har man inte funnit några könsskillnader vad gäller riskfaktorer för smärtrelaterad funktionsnedsättning (Soares & Grossi, 1999a; Soares, Sundin & Grossi, in press).

Dessa motstridiga resultat pekar på att det kan vara värdefullt att vidare undersöka skillnader mellan kvinnor och män vad gäller upplevelser av smärta. Det finns relativt få studier med noggrann metodik och etablerade instrument där kvinnor och män jämförs med avseende på ett brett spektrum av smärtupplevelser. Det behövs också ytterligare data om skillnader vad gäller demografiska, ekonomiska och hälsomässiga faktorer, och deras betydelse för förekomsten av smärta. Sådana uppgifter skulle kunna leda till en förbättring av interventions- och behandlingsstrategier för att hantera smärta.

Avsikten med denna undersökning var därför att: (i) kartlägga och beskriva smärtupplevelser bland kvinnor och män; (ii) jämföra kvinnor och män med eller utan smärta med avseende på socioekonomisk situation; och (iii) identifiera riskfaktorer för smärta bland alla deltagare.

## METOD

### Deltagarna

Deltagarna bestod av 6000 slumpmässigt utvalda kvinnor, ur gruppen 18-64 år, boende i Stockholms län. Av dessa exkluderades 362 på grund av att de flyttat till okänd adress eller inte behärskade svenska språket tillräckligt bra för att kunna besvara enkäten. Av de kontaktade kvinnorna besvarade 2022 inte enkäten, varför det återstående antalet kvinnor i undersökningen blev 3616. Svarefrekvensen låg på 64,1%. Av de 3616 kvinnor som deltog i undersökningen var 65,1% gifta/sambo och 68% förvärvsarbetade (Tabell 1). Vidare angav 2276 (63%) att de led av olika former av smärta som exempelvis ryggont och huvudvärk (Tabell 4). Den undersökta gruppen bestod av 2267 kvinnor med smärta (KMS) och 1340 kvinnor utan smärta (KUS).

Som jämförelsegrupp valdes slumpmässigt 1000 män, matchade till kvinnornas ålder, boende i Stockholm. Av dessa exkluderades 84 p.g.a. okänd adress eller språksvårigheter. Av de kontaktade männen, besvarade 396 inte enkäten, varför det återstående antalet män i undersökningen blev 520. Svarefrekvensen låg på 57%. Drygt 67% av männen var gifta/sambo och 76,6% förvärvsarbetade (Tabell 1). Vidare angav 293 män (56,3%) att de led av olika former av smärta som exempelvis ryggont och huvudvärk (Tabell 4). Den undersökta gruppen bestod av 293 män med smärta (MMS) och 227 män utan smärta (MUS). Sammanlagt undersöktes 4136 personer.

Bortfallsanalyser visade att inga signifikanta skillnader mellan respondenterna och icke-respondenterna avseende ålder och kön förelåg.

### Instrument

Deltagarna besvarade en 20-sidig enkät bestående av olika skalor. Enkätens innehåll berörde områden som exempelvis smärtupplevelser, utbrändhet och självförtroende. Denna rapport fokuserar på demografiska och ekonomiska uppgifter, olika hälso- och smärtvariabler samt smärtrelaterad funktionsförmåga.

The Pain Questionnaire (Arner, 1984; Carlsson, 1984) användes för att mäta olika aspekter av smärtupplevelser (t.ex. smärtduration) och användning av medicin (t.ex. smärttabletter). Deltagarna fick bedöma sin smärtintensitet på en skala från 0 (ingen smärta) till 10 (värsta tänkbara smärta). Slutligen undersöktes smärtrelaterad funktions-

nedsättning (t.ex. rörelseförmåga) med ett dikotomicerat index (ja/nej) bestående av 15 frågor. Ju högre poäng desto mer nedsatt funktionsförmåga. Cronbach alfas för indexet funktionsnedsättning för KMS och MMS var 0,78 respektive 0,70.

Deltagarnas ekonomiska situation undersöktes med tre frågor: (i) huruvida de skulle kunna skaffa fram 12.000 på en vecka; (ii) huruvida de har haft svårigheter att klara löpande utgifter; och (iii) hur ofta bekyrades de över sin ekonomiska situation (ekonomisk belastning). Slutligen undersöktes deltagarnas försörjningsform (t.ex. sjukbidrag) och en rad sociodemografiska uppgifter (t.ex. civilstånd).

## **Design och tillvägagångssätt**

Studien var av tvärsnittsdesign och data insamlades under åtta konsekutiva veckor med två påminnelser. Deltagarnas adresser tillhandahölls av AdressKompaniet, som är ett företag med data om Sveriges befolkning. Enkäten, brevet med ingående information om undersökningen och svarskuvertet skickades hem till varje deltagare. De ombads att returnera den ifyllda enkäten via posten. Deltagandet i undersökningen var frivilligt och konfidentialitet garanterades. Undersökningen godkändes av KI:s etiska kommitté.

## **Statistiska analyser**

Skillnader mellan deltagarna med avseende på de olika variablerna analyserades med parametriska (ANOVA) och icke-parametriska testningar ( $\chi^2$ ). Post hoc tester utfördes enligt Dunn's/Bonferroni metodik. Signifikansnivå för de planerade analyserna var  $p < .05$ , medan signifikansnivån för post hoc testerna var  $p < .0125$ .

Vidare utfördes en logistisk regressionsanalys för att identifiera och kvantifiera faktorer associerade med smärta bland alla deltagarna. De variabler som signifikant skilde deltagarna åt i de univariata analyserna har hållits under kontroll. Resultatet redovisas i form av oddskvot.

Alla kategorivariabler med mer än två kategorier förvandlades till Dummy-variabler. Som framgår av n värdena och antalet frihetsgrader föreligger visst internbortfall.

## RESULTAT

### Sociodemografiska uppgifter (alla grupper)

Som framgår av Tabell 1, skilde sig grupperna åt med avseende på ålder ( $F(3, 4093)=10.2, p<.0001$ ), vilket berodde på att KMS/MMS var äldre än KUS ( $p<.0001$ ). Chi-två tester ( $\chi^2$ ) på andra sociodemografiska variabler visade att KMS oftare var invandrare än de andra deltagarna ( $\chi^2 (3)=9.7, p<.022$ ). I jämförelse med andra grupper var KMS oftare frånskilda ( $\chi^2 (3)=15.2, p<.0017$ ), medan MUS tenderade att vara ogifta/ensamstående ( $\chi^2 (3)=17.4, p<.0006$ ). Smärtgrupperna, oavsett kön, hade lägre utbildningsnivå än de smärtfria grupperna ( $\chi^2 (3)=46.1, p<.0001$ ).

Det fanns skillnader mellan grupper med avseende på yrkestillhörighet ( $\chi^2 (21)=448.8, p<.0001$ ). I jämförelse med andra grupper var en större andel KMS anställda inom utbildning (t.ex. lärare) hälso- och sjukvårdsyrken (t.ex. sjuksköterska), medan MMS i större utsträckning tillhörde yrkesgrupperna ingenjör/arkitekt/jurist, industriarbetare (t.ex. bilmontör) och "övriga tjänster" (t.ex. städare). MUS å andra sidan var oftare studenter och anställda inom kreativa yrken (t.ex. journalist). Deltagare utan smärterfarenheter, oavsett kön, var oftare tjänstemän (t.ex. kontorister) än deltagare med smärta.

Tabell 1. Sociodemografiska karakteristika av deltagare med och utan smärta.

Karakteristika	KMS <sup>1</sup> n=2276	%	KUS <sup>2</sup> n=1340	%	MMS <sup>3</sup> n=293	%	MUS <sup>4</sup> n=227	%
<b>Ålder (år)</b>								
Medelvärde (SD)	41,6 (12,7)		39,4 (12,6)		42,5 (11,7)		40,3 (13,0)	
<b>Utländsk bakgrund (n)</b>	(2226)		(1313)		(290)		(223)	
Ja	496	22,3	242	18,4	51	17,6	42	18,8
Nej	1730	77,7	1071	81,6	239	82,4	181	81,2
<b>Civilstånd (n)</b>	(2258)		(1329)		(292)		(226)	
Ogift/ensamstående	465	20,6	326	24,5	62	21,2	70	30,9
Gift/sambo	1493	66,1	853	64,2	207	70,9	143	63,3
Skild/separerad	262	11,6	122	9,2	21	7,2	12	5,3
Änka/änkling	38	1,7	28	2,1	2	0,7	1	0,5
<b>Utbildningsnivå (n)</b>	(2257)		(1327)		(292)		(225)	
Låg <sup>a</sup>	486	21,5	188	14,2	77	26,4	28	12,4
Hög <sup>b</sup>	1771	78,5	1139	85,8	215	76,6	197	87,6
<b>Yrke/yrkesområden (n)</b>	(2117)		(1244)		(264)		(213)	
Industriarbetare	42	2,0	29	2,3	54	20,6	18	8,5
Ingenjör/arkitekt/advokat	36	1,7	28	2,3	27	10,2	19	8,9
Tjänsteman	752	35,5	502	40,4	70	26,5	82	38,5
Utbildning <sup>c</sup>	248	11,7	132	10,6	8	3,0	9	4,2
Hälsa-, sjukvårds-, socialt arbete <sup>d</sup>	400	19,0	181	14,6	16	6,0	5	2,3
Kreativa yrken <sup>e</sup>	73	3,4	46	3,6	8	3,0	13	6,1
Andra tjänster <sup>f</sup>	506	23,9	259	20,8	73	27,7	50	23,5
Studerande	60	2,8	67	5,4	8	3,0	17	8,0

<sup>1</sup> = kvinnor med smärta; <sup>2</sup> = kvinnor utan smärta; <sup>3</sup> = män med smärta; <sup>4</sup> = män utan smärta; <sup>a</sup> = grundskola eller lägre;

<sup>b</sup> = gymnasiet/högskola/universitet; <sup>c</sup> = t.ex. lärare; <sup>d</sup> = t.ex. sjuksköterskor; <sup>e</sup> = t.ex. journalister; <sup>f</sup> = t.ex. servitörer.

## Socioekonomiska uppgifter (alla grupper)

Som framgår av Tabell 2, skilde sig grupperna åt med avseende på försörjningsformer ( $\chi^2 (15)=174.3$ ,  $p<.0001$ ) I jämförelse med andra grupper försörjde sig en större andel KMS genom sjukbidrag. En större andel män än kvinnor hade arbetslöshetsersättning som försörjningsform, medan omvända förhållanden rådde för pension.

Jämfört med de andra grupperna rapporterade KMS större svårigheter med att klara av löpande utgifter ( $\chi^2 (3)=52$ ,  $p<.0001$ ) och mer problem att skaffa fram pengar i en nödsituation ( $\chi^2 (3)=53$ ,  $p<.0001$ ), och upplevde högre ekonomisk belastning än de smärtfria deltagarna ( $\chi^2 (3)=60.7$ ,  $p<.0001$ ). Slutligen hade KMS varit sjukskrivna oftare året innan undersökningen ( $\chi^2 (9)=158.6$ ,  $p<.0001$ ), medan män generellt rapporterade längre perioder av arbetslöshet under sin yrkeskarriär än kvinnor ( $\chi^2 (9)=28.4$ ,  $p<.0008$ ).



Tabell 2. Socioekonomiska karakteristika av deltagare med och utan smärta.

Karakteristika	KMS <sup>1</sup> n=2276	%	KUS <sup>2</sup> n=1340	%	MMS <sup>3</sup> n=293	%	MUS <sup>4</sup> n=227	%
<i>Försörjningsform (n)</i>	(2267)		(1330)		(292)		(225)	
Lön	1462	64,5	950	71,4	223	76,4	173	76,9
Studielön/ utbildningsbidrag	240	10,6	174	13,1	17	5,8	31	13,8
Sjukbidrag	204	9,0	33	2,5	13	4,5	0	0,0
Arbetslöshetsbidrag	51	2,3	33	2,5	14	4,8	12	5,3
Pension	158	6,9	33	2,5	20	6,8	6	2,7
Annat <sup>a</sup>	152	6,7	107	8,0	5	1,7	3	1,3
<i>Svårigheter att skaffa fram medel (n)</i>	(2263)		(1321)		(292)		(226)	
Ja	569	25,1	218	16,5	56	19,2	25	11,1
Nej	1694	74,9	1103	83,5	236	80,8	201	88,9
<i>Svårigheter med dagliga utgifter (n)</i>	(2249)		(1318)		(291)		(223)	
Ja	602	26,8	220	16,7	63	21,6	39	17,5
Nej	1647	73,2	1098	83,3	228	78,4	184	82,5
<i>Ekonomisk belastning (n)</i>	(2253)		(1317)		(288)		(224)	
Ja	1087	48,3	468	35,5	124	43,1	79	35,3
Nej	1166	51,7	849	64,5	164	56,9	145	64,7
<i>Sjukskrivning<sup>b</sup> (n)</i>	(2211)		(1322)		(291)		(226)	
Har inte varit sjukskriven	856	38,7	711	53,8	133	45,7	133	58,9
1-30 dagar	927	41,9	514	38,9	119	40,9	84	37,2
31-90 dagar	155	7,0	42	3,2	15	5,2	6	2,6
>90 dagar	273	12,4	55	4,1	24	8,2	3	1,3
<i>Sammanlagd arbetslöshet (n)</i>	(1940)		(1199)		(278)		(213)	
Har inte varit arbetslös	1508	77,7	979	81,7	216	77,7	165	77,5
<12 månader	273	14,1	161	13,4	29	10,4	32	15,0
1-3 år	98	5,1	35	2,9	22	7,9	14	6,6
>3 år	61	3,1	24	2,0	11	3,0	2	0,9

1 = kvinnor med smärta; 2 = kvinnor utan smärta; 3 = män med smärta; 4 = män utan smärta; <sup>a</sup> = t.ex. social bidrag; <sup>b</sup> = 12 månader före undersökningen.

## Risikfaktorer för smärta (alla grupper)

Som framgår av Tabell 3, var ökande ålder, låg utbildningsnivå, sjukskrivning, ekonomisk belastning och anställning inom utbildnings-/hälso-, sjukvårds- och social-/industri-/tjänstesektorn samt andra tjänsteyrken (t.ex. städare) associerade med smärta. Deltagare med ovanstående karakteristika löpte en större risk att uppleva smärtan. Dessa variabler förklarade 6% av variansen i smärtan.

Tabell 3. Riskfaktorer för smärta (n=3739).

Variabler	Oddsquot (OR)	Antal frihetsgrader (DF)
Ålder (år) <sup>1</sup>	1,0***	
Utbildningsnivå <sup>2</sup>		1
Låg	1,4**	
Hög <sup>a</sup>		
Yrke / yrkesområden <sup>2</sup>		7
Industriarbetare	2,0*	
Ingenjör/arkitekt/advokat	1,6	
Tjänsteman	1,6*	
Utbildning	1,9**	
Hälso-, sjukvårds-, socialt arbete	2,3***	
Kreativa yrken	1,6	
Andra tjänster	1,9**	
Studerande <sup>a</sup>		
Sjukskrivning <sup>2</sup>		3
1-30 dagar	1,5***	
31-90 dagar	3,0***	
>90 dagar	3,6***	
Nej <sup>a</sup>		
Svårigheter med dagliga utgifter <sup>2</sup>		1
Ja	1,3**	
Nej <sup>a</sup>		
Ekonomisk belastning <sup>2</sup>		1
Ja	1,5***	
Nej <sup>a</sup>		

<sup>1</sup> = kontinuerliga variabler; <sup>2</sup> = kategorivariabler; <sup>a</sup> = jämförelsekategorierna;

\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$ ; \*\*\*  $p < .0001$

## Kliniska karakteristika (smärtgrupper)

Som framgår av Tabell 4, uppvisade KMS en allvarligare klinisk situation än MMS. I jämförelse med MMS rapporterade KMS oftare smärta i hela kroppen ( $\chi^2(1)=11.9$ ,  $p<.0006$ ), i huvudet ( $\chi^2(1)=9$ ,  $p<.0027$ ), i nacke/skuldra ( $\chi^2(1)=9.8$ ,  $p<.002$ ), i övre extremiteter ( $\chi^2(1)=4.2$ ,  $p<.04$ ) samt i höfterna ( $\chi^2(1)=12.7$ ,  $p<.0004$ ). De led också oftare av multipel smärta ( $\chi^2(1)=25.2$ ,  $p<.0001$ ), rapporterade ett högre antal smärtande kroppsdelar ( $\chi^2(1)=15.3$ ,  $p<.0001$ ), upplevde smärtan som mer intensiv ( $F(1, 2309)=10.1$ ,  $p<.0015$ ), komplex ( $\chi^2(1)=5.8$ ,  $p<.016$ ) och både djup/ytlig ( $\chi^2(2)=10.3$ ,  $p<.006$ ). Slutligen led de oftare av smärtan nästan varje dag ( $\chi^2(1)=4.3$ ,  $p<.038$ ) och rapporterade högre smärtrelaterad funktionsnedsättning av smärta ( $F(1,2336)=6.3$ ,  $p<.012$ ).

MMS upplevde smärta mer sällan ("nästan varje vecka") ( $\chi^2(1)=5.4$ ,  $p<.02$ ). De besvärades oftare i bröstkorgen ( $\chi^2(1)=4.7$ ,  $p<.03$ ) och tenderade att beskriva smärtupplevelsen som djup ( $\chi^2(2)=10.3$ ,  $p<.006$ ).

Tabell 4. Kliniska karakteristika bland kvinnor och män med smärta.

Karakteristika	KMS <sup>1</sup>		MMS <sup>2</sup>	
	n=2276	%	n=293	%
<i>Smärtlokalisering<sup>a</sup></i>				
Huvudet	419	19,1	30	11,5
Ansiktet	36	1,6	2	0,8
Nacken/axlar	1363	62,2	142	52,4
Övre extremiteter	611	27,3	59	21,9
Bröstat	120	5,5	23	8,8
Magen	97	4,4	5	1,9
Ryggen/ländryggen	1483	67,4	192	69,6
Höften	384	17,5	23	8,8
Nedre extremiteter	895	40,7	127	46,9
Hela kroppen	220	10,1	9	3,5
Annat <sup>b</sup>	34	1,6	7	2,7
<i>Multipel smärta<sup>c</sup> (n)</i>				
Ja	1581	71,5	163	57,0
Nej	631	28,5	123	43,0
<i>Smärtande kroppsdelar (n)</i>				
1-4	1855	83,9	265	92,7
>5	357	16,1	21	7,3
<i>Smärtvaraktighet (månader)</i>				
Medelvärdet (SD)	33	(56,5)	40	(61,9)
<i>Smärtfrekvens (n)</i>				
Ständigt	358	16,9	44	15,7
Ständigt <sup>d</sup>	109	5,1	16	5,7
Nästan hela tiden	266	12,6	34	12,2
Nästan varje dag	650	30,7	69	24,6
Nästan varje vecka	735	34,7	117	41,8
<i>Smärtintensitet (0-10)</i>				
Medelvärdet (SD)	6	(2,4)	5,4	(2,4)
<i>Smärtkomplexitet (typer) (n)</i>				
En typ	1151	53,0	172	60,6
Flera typer	1021	47,0	112	39,4
<i>Smärtsensation (n)</i>				
Djup	726	33,5	115	41,2
Ytlig	248	11,5	39	14,0
Både djup och ytlig	1190	55,0	125	44,8
<i>Funktionsnedsättning (0-15)</i>				
Medelvärdet (SD)	4	(3,1)	3,6	(2,6)

<sup>1</sup> = kvinnor med smärta; <sup>2</sup> = män med smärta; <sup>a</sup> = antalet/procenten för denna variabel är högre än antalet deltagare/100% då en deltagare kan ha smärta på flera ställen; <sup>b</sup> = t.ex. underlivssmärta; <sup>c</sup> = minst två smärtande kroppsdelar <sup>d</sup> = bortsett från 1 timme eller så omedelbart efter behandling.

## **Farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingar (smärtgrupper)**

Som framgår av Tabell 5, var konsumtion av smärtstillande mediciner vanligare bland KMS ( $\chi^2 (3)=23.0$ ,  $p<.0001$ ), och i synnerhet antiinflammatoriska läkemedel ( $\chi^2 (3)=20.3$ ,  $p<.0001$ ). De rapporterade också ett större antal genomgångna icke-farmakologiska behandlingar (t.ex. sjukgymnastik) ( $\chi^2 (1)=9.7$ ,  $p<.0019$ ).

Tabell 5. Farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingar bland kvinnor och män med smärta.

Variabler	KMS <sup>1</sup> n=2276	%	MMS <sup>2</sup> n=293	%
<i>Smärtmedicin (totalt) (n)</i>	(2275)		(293)	
Nej	507	22,3	101	34,5
Vid behov	1473	64,7	167	57,0
Regelbundet	140	6,2	13	4,4
Dagligen	155	6,8	12	4,1
<i>Migränmedicin<sup>a</sup> (n)</i>	(2275)		(293)	
Nej	2237	98,3	293	100,0
Vid behov	31	1,3	0	0,0
Regelbundet	6	0,3	0	0,0
Dagligen	1	0,1	0	0,0
<i>Antiinflammatoriska<sup>a</sup> (n)</i>	(2275)		(293)	
Nej	1741	76,5	256	87,4
Vid behov	413	18,2	34	11,6
Regelbundet	58	2,5	1	0,3
Dagligen	63	2,8	2	0,7
<i>Analgetika<sup>a</sup> (n)</i>	(2275)		(293)	
Nej	814	35,8	125	42,7
Vid behov	1241	54,5	149	50,8
Regelbundet	112	5,0	12	4,1
Dagligen	108	4,7	7	2,4
<i>Effekt av smärtmediciner (n)</i>	(1649)		(185)	
Ingen	142	8,6	14	7,6
Måttlig	955	58,0	107	57,8
God	552	33,4	64	34,6
<i>Kontakt med reumatologen (n)</i>	(2163)		(272)	
Ja	341	15,8	51	18,8
Nej	1822	84,2	221	81,2
<i>Icke-farmakologiska behandlingar<sup>b</sup> (n)</i>	(2207)		(289)	
Ja	1443	65,4	178	61,6
Nej	764	34,6	111	38,4
<i>Antal icke-farmakologiska beh.<sup>c</sup> (n)</i>	(1408)		(169)	
1-3	1287	91,4	166	98,2
>4	121	8,6	3	1,8
<i>Effekt av icke-farmakologiska beh. (n)</i>	(1389)		(169)	
Försämrad/oförändrad	992	71,4	127	75,1
Ngt förbättrad/tillfälligt smärtfri	397	28,6	42	24,9

<sup>1</sup> = kvinnor med smärta; <sup>2</sup> = män med smärta; <sup>a</sup> = antalet/procenten för dessa variabler tillsammans behöver inte vara likt antalet/procenten presenterade under rubriken *Smärtmedicin (totalt)* eftersom en deltagare kan använda flera mediciner samtidigt; <sup>b</sup> = t.ex. sjukgymnastik; <sup>c</sup> = avser de deltagare som genomgått någon/några icke-farmakologisk/a behandling/ar.

## Användning av psykofarmaka och naturläkemedel (smärtgrupper)

Som framgår av Tabell 6, var konsumtion av antidepressiva läkemedel ( $\chi^2(3)=8.2$ ,  $p<.04$ ) och naturläkemedel ( $\chi^2(3)=23.6$ ,  $p<.0001$ ) mer frekvent bland KMS än bland MMS.

Tabell 6. Användning av psykofarmaka, läkemedel mot diverse somatiska sjukdomar och naturläkemedel bland kvinnor och män med smärta.

Variabler	KMS <sup>1</sup>		MMS <sup>2</sup>	
	n=2276	%	n=293	%
<i>Antidepressiva läkemedel (n)</i>	(2273)		(291)	
Nej	1819	80,2	242	83,2
Vid behov	321	14,2	41	14,1
Regelbundet	98	4,3	7	2,4
Dagligen	30	1,3	1	0,3
<i>Ångstdämpande läkemedel (n)</i>	(2269)		(293)	
Nej	2101	92,6	274	93,5
Vid behov	81	3,6	12	4,1
Regelbundet	24	1,1	2	0,7
Dagligen	62	2,7	5	1,7
<i>Sömnläkemedel (n)</i>	(2274)		(293)	
Nej	1963	86,3	262	89,4
Vid behov	221	9,8	20	6,9
Regelbundet	44	1,9	3	1,0
Dagligen	46	2,0	8	2,7
<i>Somatik<sup>a</sup> (n)</i>	(2273)		(293)	
Nej	1052	46,3	145	49,5
Vid behov	565	24,9	84	28,7
Regelbundet	176	7,7	18	6,1
Dagligen	480	21,1	46	15,7
<i>Naturläkemedel (n)</i>	(2253)		(293)	
Nej	1435	63,7	228	77,8
Vid behov	526	23,4	46	15,7
Regelbundet	145	6,4	10	3,4
Dagligen	147	6,5	9	3,1

<sup>1</sup> = kvinnor med smärta; <sup>2</sup> = män med smärta; <sup>a</sup> = t.ex. medel mot diabetes.

## DISKUSSION

De univariata analyserna visade att kvinnor med smärta i jämförelse med andra deltagare oftare var invandrare, frångående och anställda inom sådana yrken som inte sällan innebär höga psykiska och/eller fysiska påfrestningar (t.ex. hälso- och sjukvård). Vidare försörjde de sig i större utsträckning genom sjukbidrag, hade större svårigheter med att klara av de löpande utgifterna, mer problem att skaffa fram pengar i nödsituation, upplevde större ekonomisk belastning och hade oftare varit sjukskrivna året innan undersökningen. Män med smärta å andra sidan var oftare ingenjörer/arkitekter/jurister, industriarbetare (t.ex. bilmontör) eller anställda inom olika tjänsteyrken (t.ex. städare). Männerna, oavsett smärterfarenheter, hade haft längre perioder av arbetslöshet under sin yrkeskarriär och försörjde sig i större utsträckning genom arbetslöshetsersättning än kvinnorna. Individer med smärta var signifikant äldre än smärtfria deltagare. Resultaten tycks bekräfta tidigare fynd som har visat att individer med ovan nämnda karakteristika, särskilt kvinnor, oftare drabbas av smärtproblem (Elliot m.fl., 1999; Soares & Grossi, 1999a; Ahlberg-Hulten, Theorell & Sigala, 1996).

Relationen mellan kön, smärta och ovanstående variabler var emellertid inte så entydig som de univariata analyserna pekar på. Den logistiska regressionen visade att könet i sig inte hade samband med smärta. Smärta var dock associerad med ökande ålder, låg utbildningsnivå, sjukskrivning, ekonomisk belastning och anställning inom utbildnings-/hälso-, sjukvårds-, social-/industri-/tjänstesektorn samt andra tjänsteyrken.

En förklaring till sambandet mellan sjukskrivning och förekomst av smärta kan vara att sjukskrivning lett till fysisk och social inaktivitet med negativa hälsoeffekter som exempelvis förlust av muskelstyrka och mobilitet, vilket över tid kan ha orsakat smärta (Styf, 1995). Smärtan kan ha upplevts som symtom på fysiska skador och lett till mer inaktivitet, och följaktligen mer smärta (Wadell, Newton, Henderson, Somerville & Main, 1993). Föreliggande resultat indikerar också att ju längre sjukskrivning desto högre risk för smärta.

Låg utbildningsnivå var associerad med förekomsten av smärta, vilket tycks stödja tidigare fynd som påvisat att individer med låg utbildningsnivå oftare drabbas av smärta (Andersson m.fl., 1993; Croft & Rigby, 1994). Låg utbildningsnivå kan ofta betraktas som en indirekt mått på ett tungt arbete (Mäkalä, 1993) och som sådan, snarare än



individens intellektuella förmåga, kan bli relaterad till förekomst av smärta.

Ekonomisk belastning var en annan faktor relaterad till smärta. Belastningen skulle kunna knytas till individuella och samhällsmässiga ekonomiska förhållanden. Många i Sverige med låg levnadsstandard, inte minst i Stockholm, har svårt att få ekonomin att gå ihop (Socialstyrelsen, 2002). Sverige råkade under 80-90-talet in i ekonomisk kris med konsekvenser som bland annat stor arbetslöshet och nedskärningar inom bidragssystemet. De negativa konsekvenserna, som delvis dröjer kvar, påverkar särskilt de redan svaga grupperna med ytterligare sänkning av levnadsstandarden (Socialstyrelsen, 2002). Sammantaget kan individuell och samhällelig ekonomisk instabilitet ha fungerat som stressorer och bidragit till utveckling av smärta. Andra undersökningar, med påvisat samband mellan ekonomiska problem och ohälsa, inkluderat smärta, (Soares & Grossi, 1999a) tycks stödja denna förklaring.

Den föreliggande studien visade samband mellan smärta och ökande ålder. En möjlig förklaring kan vara att hälsoproblem, ofta åtföljda av smärta, ökar proportionellt med åldern (Valkenburg, 1984). Detta tycks överensstämma med tidigare studier (Crook, Rideout & Browne, 1984; Soares m.fl., in press).

Regressionsanalysen visade att förekomst av smärta också var relaterad till yrken som ofta innebär tunga lyft, monotona, repetitiva rörelser (t.ex. industriarbetare) och ständig interaktion med andra individer (ofta i nödsituation) samt en kombination av stort ansvar och liten kontroll över arbetsuppgifterna (t.ex. undersköterska). Sambandet mellan ogynnsam psykosocial arbetsmiljö och smärta har rapporterats i tidigare studier (Ahlberg-Hulten m.fl., 1996; Hildebrandt, 1995; Melin & Lundberg, 1997) och kan delvis förklaras med att höga arbetskrav med liten handlingsfrihet ökar muskelspänningen. En ökad muskelspänning kan reducera blodflödet i muskulaturen, vilket i sin tur förorsakar en ansamling av metaboliter. I ett längre perspektiv kan detta i sin tur förorsaka muskelsmärta eller lägre smärttolerans, vilket leder till högre smärtkänslighet och större sannolikhet för sådana besvär från rygg och muskler (Backus & Dudley, 1974). Långvarig arbetsrelaterad stress, förorsakad av regelbunden interaktion med andra individer (t.ex. vårdtagare) och/eller konflikter mellan egna värderingar och företags, utgör en risk för utbrändhet (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Soares m.fl. (1999) har funnit ett samband mellan utbrändhet och smärta. Ytterligare undersökningar krävs dock för att förklara hur

mekanismen som länkar de båda fenomen, fungerar. Ofta är ovan nämnda yrken också associerade med svårigheter att sova på grund av tankar relaterade till jobbet (Arbetskyddsstyrelsen & SCB, 1997:1). Sömnproblem är en bidragande faktor till intensifierade smärtupplevelser (t.ex. Affleck, Urrows, Tenen, Higgins & Abeles, 1996). Lentz m.fl. (1999) har också visat att sömnstörningar kan sänka smärttröskeln hos kvinnor.

Jämfört med män var kvinnor överrepresenterade i flera av de undersökta smärttillstånden. De rapporterade oftare smärta i hela kroppen, ont i huvudet, ont i nacke/skuldra, övre extremiteter och höfter än män. De led i större utsträckning av multipel smärta och rapporterade ett större antal smärtande kroppsdelar. Vidare bedömde de sin smärta som mer intensiv, mer komplex, både djup och ytlig och upplevde den nästan varje dag. Kvinnor använde också oftare antiinflammatoriska och antidepressiva läkemedel samt naturläkemedel. Slutligen upplevde de en högre smärtrelaterad funktionsnedsättning. Män däremot uppgav oftare smärta i bröstkorgen. De var mer benägna att beskriva smärtupplevelsen som djup och att den drabbade dem varje vecka. Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män beträffande smärtans varaktighet, medelvärdena låg på 33 respektive 40 månader.

Generellt överensstämmer dessa fynd med tidigare studier som pekar på att kvinnor oftare lider av smärta i hela kroppen, ont i huvudet, ont i nacke/skuldra, övre extremiteter och höfter (Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993; Cathey, Wolfe, Kleinheksel & Hawley, 1986; Havsvold & Johnsen, 1993; Lagerlöf, 1993; LeResche, 1997; Punnett & Bergqvist, 1999; SCB, 2002; Verbrugge, Lepkowski & Konkol, 1991; Wolfe, 1989), att deras smärta oftare är av en multipelkaraktär (t.ex. Chrubasik, Junck, Zappe & Stutzke, 1998) och att deras kliniska situation är allvarligare (Unruh, 1996). Observationerna beträffande förekomst av ont i rygg och ansiktssmärta står i samklang med studier där inga könsskillnader har kunnat påvisas (t.ex. Deyo & Tsui-Wu, 1987; Leboeuf-Yde m.fl., 1996; Andersson m.fl., 1993), men emot resultat där prevalensen av sådan smärta har rapporterats vara högre bland kvinnor (t.ex. Tammiala-Salonen, Hiidenkari & Parvinen, 1993; Agerberg & Inkapool, 1990).

Orsaker till varför kvinnor oftare än män drabbas av smärta och varför deras smärtkaraktäristika är annorlunda än mäns kan delvis hänföras till biologin. Könsskillnader i nociceptiva mekanismer (Walker & Carmody, 1998), skillnader i muskelfibrer (Ng, Richardsson, Kippers &

Parnianpour, 1998) och biologiska respons på graviditet (Biering-Sorensen, 1983a; Frymoyer, Pope, Constanza, Rosen, Goggin m.fl., 1980) är några av de biologiskt betingade faktorer som anses ha betydelse för de ovan nämnda skillnaderna. Smärtan är dock sällan ett isolerat kroppsligt fenomen. Eftersom det biologiska könet formas av det omringande sociala och kulturella sammanhanget har anledning ofta funnits att diskutera smärtans upphov i en rad psykosociala faktorer. Att smärtsymtom kan vara mer framträdande bland kvinnor har ofta förklarats med hypotesen om kvinnans expressivitet. Den ser det som en naturlig del av det kvinnliga beteendet att uttrycka sina känslor och tillskriver därför kvinnor en större benägenhet att verbalisera sina symtom (Garner & Estep, 2001). Å andra sidan har flera studier (inklusive denna) visat att kvinnor utsätts för flera socioekonomiska stressorer i livet än män (Arber & Khlal, 2002) vilket kan resultera i att de kroppsliga symtomen orsakade av sociala omständigheter blir mer framträdande. Hög total arbetsbelastning, könsdiskriminering och misshandel är bara några få exemplar på de sociala faktorer som låg utanför ramen för denna studie, men som av många åsyftas som möjliga förklaringar till kvinnors komplexa smärtproblematik.

Monotona, repetitiva och mindre kvalificerade arbetsuppgifter, som dominerar inom de mest typiska kvinnliga yrkena, tillhandahåller sällan någon extern stimulering vilket leder till att uppmärksamheten på interna sinnesintryck ökar, med flera upplevda symtom som följd (Oakley, 1974). Frankenhaeuser m.fl. (1991) har funnit att det oavlönade arbetet hemma, som till större delen fortfarande utförs av kvinnor, ofta förorsakar större fysiologiska och biologiska stressreaktioner än arbetet utanför hemmet. Kvinnor kan också vara mer uppmärksamma på sin smärta än män i syfte att minska dess inverkan på de vardagliga uppgifterna (t.ex. att ta hand om barn) där huvudansvaret fortfarande åligger dem (Unruh, 1996). Någon enskild orsak till varför kvinnor uppvisar en allvarligare smärtproblematik än män har dock varit omöjlig att finna. I stället framträder en mängd komplexa förhållanden som troliga orsaker.

Kvinnor rapporterade mer frekvent användning av smärtstillande läkemedel, i synnerhet antiinflammatoriska, antidepressiva läkemedel och naturläkemedel. Användning av smärtstillande läkemedel har ökat markant under senare år särskilt bland kvinnor (Socialstyrelsen, 2000). Om detta avspeglar kvinnors sämre hälsotillstånd eller bekräftar att kvinnors besvär oftare medikaliseras än mäns (Verbrugge & Steiner, 1985), är oklart. Vissa studier tyder på att kvinnor mer sällan än män

remitteras till specialistundersökningar (t.ex. Bernersten, Johansen, Straume, Burhol, Jenssen m.fl., 1990), vilket kan resultera i att deras symtom ofta rubriceras som "diffusa" och i större utsträckning behandlas farmakologiskt. Den högre konsumtionen av smärtstillande medicin bland kvinnor kan också avspegla den kliniska bilden. Sambandet mellan å ena sidan smärtans frekvens och intensitet och å andra sidan användning av receptbelagda läkemedel har redovisats i tidigare studier (t.ex. Mäntyselkä, Ahonen, Viinamäki, Takala & Kumpusalo, 2002). Den mer frekventa konsumtionen av antidepressiva läkemedel bland kvinnor kan också ha samband med deras högre smärtrelaterade funktionsnedsättning. Reducerad funktionsförmåga begränsar inte bara individens möjligheter att utföra vardagliga aktiviteter utan inskränker också ofta ens sociala roller, med negativ påverkan på psykiskt välbefinnande som följd (Henriksson, 1995). Det är värt att notera att nästan dubbelt så många kvinnor som män rapporterade regelbunden/daglig konsumtion av naturläkemedel. Detta kan antagligen tolkas som att kvinnor är mer benägna att prova alternativa preparat än män.

Undersökningens utfall om högre smärtrelaterad funktionsnedsättning bland kvinnor överensstämmer med en rad tidigare studier (Unruh, 1996). Det förefaller rimligt, att den svåra kliniska bild av smärta som observerats bland kvinnor får detta resultat. Ett positivt samband mellan smärtans intensitet och graden av funktionsnedsättning har tidigare presenterats (t.ex. Levin, Lofland, Cassisi, Poreh & Blonsky, 1996; Gatchel, Polatin & Mayer, 1995).

## SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Sammanfattningsvis pekar resultaten på att smärta utgör ett betydande hälsoproblem för befolkningen i Stockholms län. Sextiotre procent kvinnor och 56% män rapporterade att de hade besvärats av smärtor i kroppen de senaste tre månaderna. Smärtans genomsnittliga varaktighet, som låg på 34 månader, tyder på att tillståndet i många fall är kroniskt. Enligt resultaten hade majoriteten av de smärtdrabbade deltagarna uppfattat resultaten av icke-farmakologiska behandlingar (72%) och smärtstillande läkemedel (66%) som ineffektiva. Liknande fynd har presenterats i andra studier (t.ex. van Tulder & Wadell, 2000). Andra behandlingsformer, som exempelvis beteendeorienterade terapier, bör kanske utprövas med hänsyn till att positiva resultat har rapporterats (SBU, 1991). Trots att långtidssjukskrivningens negativa effekt för smärtproblemens förlopp länge har varit uppmärksammas (t.ex. Styf, 1995) är det fortfarande en av de vanligaste interventionsformer som nyttjas inom primärvården (Peterson, Eriksson & Tibblin, 1997). Föreliggande rapport bekräftar att en långvarig sjukskrivning kan utgöra en riskfaktor för förekomst av smärta.

Smärtan var av multipel karaktär (två eller flera smärtande kroppsdelar) hos drygt hälften av de smärtdrabbade (71,5% kvinnor och 57% män). Gureje m.fl. (2001) har funnit i sin tvärnationella undersökning att multipel smärta ("at baseline") var den viktigaste prediktorn av misslyckad återhämtning mätt 12 månader senare. Det kan peka på att multipel smärta kan kräva en särskild uppmärksamhet då rehabiliteringsformer anpassas.

Förekomsten av smärta var vanligare bland kvinnor än bland män och i vissa avseenden (t.ex. multipel smärta) var deras smärta av mer komplicerad karaktär. Detta kan delvis vara en reflektion av olikheter i socioekonomiska förhållanden. Ekonomiska problem och yrken associerade med psykofysiska belastningar var några av de faktorer som enligt den multivariata analysen uppvisat samband med smärta. Associationen mellan att vara kvinna och förekomsten av smärta har inte påvisats i denna studie. Ovan nämnda variabler förklarade 6% av variansen i smärtan, vilket tyder på att ytterligare forskning behövs inom detta område.

Erhållna resultat indikerar att insatser på mikro- och makronivå krävs för att en positiv förändring i smärtproblematiken blir möjlig att uppnå. Ökad jämställdhet, i form av lika villkor vad gäller bland annat arbets-

förhållanden och ekonomisk situation kan vara en viktig skyddsfaktor mot ohälsa hos både män och kvinnor.

Avslutningsvis bör påpekas att studien har sina begränsningar. Den använda tvärsnittsdesignen omöjliggör kausala interpretationer av resultatet. Andra typer av studier (t.ex. longitudinella) skulle behövas för att kunna uttala sig om kausaliteten mellan variabler. Resultaten baseras på respondenternas subjektiva bedömningar av deras smärtkarakteristika och inga andra mått användes för att få en mer objektiv bild av problematiken. Det stora antalet deltagare och att väl beprövade mätinstrument använts i studien utgör dock en kvalitetssäkring för de erhållna resultaten. Dessutom har en rad tidigare fynd bekräftats av föreliggande undersökning.

## REFERENSER

- Affleck, G., Urrows, S., Tenen, H., Higgins, P., & Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain, 68*, 363-368.
- Agerberg, G. & Inkapool, I. (1990). Cranio mandibular disorders in an urban Swedish population. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain, 4*, 154-164.
- Ahlberg-Hulten, G. K., Theorell, T., & Sigala, F. (1996). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 21*, 435-439.
- Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain, 9*, 174-182.
- Arber, S., & Khlat, M. (2002). Introduction to "social and economic patterning of women's health in a changing world". *Social Science and Medicine, 54*, 643-647.
- Arbetskyddsstyrelsen, & SCB. (1997:1). *Negativ stress i arbetet. De mest utsatta yrkena*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Arner, S. (1984). Clinical pain analysis-somatic aspects. *Klinik och Terapi (ASTRA), Suppl 1*, 9-12.
- Backus, F. I., & Dudley, D. L. (1974). Observations of psychosocial factors and their relationship to organic disease. *International Journal of Psychiatry, 5*, 499-515.
- Bernersten, B., Johansen, R., Straume, B., Burhol, P. G., Jenssen, T. G., & Stakkevold, P. A. (1990). Towards a true prevalence of peptic ulcer: the Sorreisa gastrointestinal disorder study. *Gut, 31*, 989-92.
- Biering-Sörensen, F. (1983a). A prospective study of low back pain in the general population. *Scandinavian Journal of Rehabilitation in Medicine, 15*, 71-79.
- Blanchard, E. B., Keefer, L., Galovski, T. E., Taylor, A. E., & Turner, S. M. (2001). Gender differences in psychological distress among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 50*(5), 271-275.

- Brattberg, G., Parker, M. G., & Thorslund, M. (1997). A Longitudinal Study of Pain from Middle Age to Old Age. *The Clinical Journal of Pain, 13*, 144-149.
- Carlsson, A. M. (1984). Assessment of chronic pain. II. Problems in the selection of relevant questionnaire items for classifications of pain and evaluation and prediction of therapeutic effects. *Pain, 19*, 173-84.
- Cathey, M. A., Wolfe, F., Kleinheksel, S. M., & Hawley, D. J. (1986). Socioeconomic impact of fibrositis: A study of 81 patients with primary fibrositis. *American Journal of Medicine, 81*(suppl. 3A), 78.
- Chrubasik, S., Junck, H., Zappe, H. A., & Stutzke, O. (1998). A survey on pain complaints and health care utilization in a German population sample. *European Journal of Anaesthesiology, 15*, 397-408.
- Croft, P. R., & Rigby, A. S. (1994). Socioeconomic influences on back problems in the community in Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health, 48*(2), 166-70.
- Crook, J., Rideout, E., & Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in the general populations. *Pain, 18*, 299-314.
- Deyo, R. A., & Tsui-Wu, Y. J. (1987). Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine, 12*, 264-268.
- Elliot, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet, 354*, 1248-52.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., & Chesney, M. (eds). (1991). *Women, work and health*. Chicago: Plenum Publishing Corporation.
- Frymoyer, J. W., Pope, M. H., Constanza, M. C., Rosen, J. C., Goggin, J. E., & Wilder, D. G. (1980). Epidemiologic studies of low back pain. *Spine, 5*, 419-423.
- Garner, P. W., & Estep, K. M. (2001). Empathy and emotional expressivity. Ur: J. Worell (Red). *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Vol 1. San Diego: Academic Press.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Mayer, T. G. (1995). The dominant role of psychosocial factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine, 20*(24), 2702-2709.



- Grossi, G., Soares, J. J. F., & Lundberg, U. (2000). Gender differences in coping with musculoskeletal pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 305-321.
- Gureje, O., Simon, G. E., & Von Korff, M. (2001). A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain*, 92, 195-200.
- Havsvold, T., & Johnsen, R. (1993). Headache and neck or shoulder pain - frequent and disabling complaints in the general population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 219-224.
- Henriksson, C. (1995). Living with continuous muscular pain – patient perspectives. Part II: Strategies for daily life. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 9, 77-86.
- Hildebrandt, V. H. (1995). Back pain in the working population. Prevalence rates in Dutch trades and professions. *Ergonomics*, 38, 1283-98.
- Hyppä, M. T. (1987). The understanding and evaluation of chronic pain: Subjective vs objective determinants of pain. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 243-247.
- Jensen, I., Nygren, Å., Gamberale, F., Goldie, I., & Westerholm, P. (1994). Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? *Pain*, 57, 167-172.
- Lagerlöf, E. (1993). *OECD working party on the role of women in economy. Panel of experts on women, work and health. National Report Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Ds. 98.*
- Leander, K., & Danielsson, M. (1996). Våld mot kvinnor. Ett socialt, kriminalpolitiskt, hälso- eller folkhälsoproblem. Ur: P.Östlin, M.Danielsson, F.Diderichsen, A.Härenstam & G. Lindberg (Red.), *Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Leboeuf-Yde, C., Klougart, N., & Lauritzen, T. (1996). How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries. *Spine*, 21(13), 1518-25.
- Lentz, M. J., Landis, C. A., Rothermel, J., & Shaver, J. L. (1999). Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. *Journal of Rheumatology*, 26 (7), 1586-92.

- LeResche, L. (1997). Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 8(3), 291-305.
- Levin, J. B., Lofland, K. R., Cassisi, J. E., Poreh, A. M., & Blonsky, E. R. (1996). The relationship between self efficacy and disability in chronic low back pain patients. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2(1), 19-28.
- Lindal, E., & Stefansson, J. G. (1996). Connection between smoking and back pain - findings from an Icelandic general population study. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 28, 33-38.
- Magni, C., Calderion, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the first National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain*, 43, 299-307.
- Melin, B., & Lundberg, U. (1997). A biopsychological approach to work-stress and musculoskeletal disorders. *Journal of Psychophysiology*, 11, 238-247.
- Mäkelä, M. (1993). *Common musculoskeletal syndromes. Prevalence, risk indicators and disability in Finland*. Publications of the Social Insurance Institution, Finland, 123, 1-162.
- Mäntyselkä, P., Ahonen, R., Viinamäki, H., Takala, J., & Kumpusalo, E. (2002). Drug use by patients visiting primary care physicians due to nonacute musculoskeletal pain. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*, 17, 201-206.
- Ng, J. K., Richardsson, C. A., Kippers, V., & Parnianpour, M. (1998). Relationship between muscle fiber composition and functional capacity of back muscles in healthy subjects and patients with back pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 6, 389-402.
- Oakley, A. (1974). *The Sociology of Housework*. London: Robertson.
- Olsson, M. (1997). Våld mot kvinnor. Brottsstatistik och offerundersökningar i Sverige. Ur: M.Olsson & G.Wiklund (Red.), *Våld mot kvinnor*. BRÅ-rapport 1997:2, Brottsförebyggande Rådet. Stockholm: Fritzes Kundtjänst.
- Peterson, S., Eriksson, M., & Tibblin, G. (1997). Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15, 68-75.

- Punnett, L., & Bergqvist, U. (1999). Musculoskeletal disorders in visual display unit work: gender and work demands. *Occupational Medicine*, 14, 113-24.
- Riksförsäkringsverket (RFV). (2003). *Statistik från riksförsäkringsverket*. Stockholm.
- SBU. (1991). *Ont i ryggen. Orsaker, diagnostik och behandling*. Stockholm.
- SCB. (2002). *Statistisk årsbok för Sverige 2002*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout. Recent developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Soares, J. J. F., & Grossi, G. (1999a). The experience of musculoskeletal pain: A comparison of immigrant and Swedish patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 254-266.
- Soares, J. J. F., Sundin, Ö., & Grossi, G. (In press). The stress of musculoskeletal pain. A comparison between primary care patients in various ages. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Socialstyrelsen. (2000). *Läkemedel i användning - förändringar och tendenser*. Kvartalsrapport 2000:1.
- Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*.
- Socialstyrelsen. (2002). *Folkhälsa och sociala förhållanden - Lägesrapport 2002*.
- SOU. 2000:121. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Styf, J. (1995). Psykosomatiska tillstånd inom ortopedin. I: T. Sivik & T. Theorell (Eds.), *Psykosomatisk Medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Tammiala-Salonen, T., Hiidenkari, T., & Parvinen, T. (1993). Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 67-71.
- Taylor, H., & Curran, N. M. (1985). *The Nurpin Pain Report*. New York: Louis Harris.
- Valkenburg, H. A. (1988). Epidemiological considerations of the geriatric populations. *Gerontology*, 34, 2-10.

- van Tulder, M., & Wadell, G. (2000). Akuta ländryggsbesvär – konservativ behandling. I: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: SB Offset AB.
- Verbrugge, L. M., & Steiner, R. P. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology, 4*(1), 79-98.
- Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M., & Konkol, L. L. (1991). Levels of disability among U. S. adults with arthritis. *Journal of Gerontology and Social Science, 46*, 71-83.
- Wadell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain, 52*, 157-168.
- Walker, J. S., & Carmody, J. J. (1998). Experimental pain in healthy human subjects: Gender differences in nociception and in response to ibuprofen. *Anesthesia and Analgesia, 86*, 1257-1262.
- Wolfe, F. (1989). Fibromyalgia: The clinical syndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 15*, 1.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain, 65*, 123-167.



## Utgivna rapporter

- 2000:1 Kris-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport 1: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet
- 2000:2 Psykologisk konsultation i grupp på somatiska vårdavdelningar – en litteraturstudie
- 2000:3 "Att mötas eller inte mötas". En litteraturöversikt om samspel mellan föräldrar och barn
- 2000:4 Kroniskt trötthetssyndrom, livshändelser och somatisering
- 2000:5 Barns och vuxnas nyttjande av psykiatrisk vård i Stockholms län 1993-1999 per sjukvårdsområde 1999
- 2001:1 Kris-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport III
- 2001:2 Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv. Data från PART-studien
- 2001:3 Psykologiska och sociala effekter av trafikolycka med lindriga eller inga personskador – Kris-projektet – Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport IV
- 2001:4 Uppföljning av Dagmaravtalet 2000. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan
- 2001:5 Erfarenheter av metoder att stärka föräldrar på MVC och BVC
- 2001:6 "Det svåraste är att alls ta upp frågan" – läkares och sjuksköterskors inställning till och erfarenhet av att ta upp frågan om vävnadsdonation med anhöriga till avlidna patienter
- 2001:7 Psykologiska och psykomotoriska faktorer relaterade till whiplashassocierade symtom (WAD) – en jämförelse mellan patienter med och utan kvarvarande whiplashsymtom ett år efter trafikolycka
- 2001:8 Öppenvårdsregistrering inom psykiatri och epidemiologisk bevakning av psykiatrisk sjuklighet i Stockholms län?
- 2002:1 Forskning och projekt som berör etniska minoriteter och "invandrare" inom Samhällsmedicin i Stockholm från 1996 och framåt
- 2002:2 Uppföljning av Dagmaravtalet 2001. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan

- 2002:3 Problemformuleringsarbete – ett identitets- och jagstärkande arbetssätt med förstagångspsykotiska patienter
- 2002:4 Kvinnohälsomottagningar – finns behovet inom Stockholms läns landsting
- 2002:5 Posttraumatiska stressreaktioner hos ambulanspersonalen inom Jämtlands läns landsting
- 2002:6 Ungdomars levnadsvillkor, vanor och hälsa över tiden – en lägesrapport
- 2003:1 Hur kan man upptäcka och ge stöd till mödrar som drabbats av postnatal depression? – Utvärdering av utbildning i och praktiskt tillämpande av ett interventionsprogram på BVC
- 2003:2 Uppföljning av Dagmaravtalet 2002. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan
- 2003:3 Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning

Rapporterna kan beställas till självkostnadspris från:

Enheten för Psykisk Hälsa

Box 17533

118 91 STOCKHOLM

Fax: 08-517 781 20

Tel: 08-517 781 22

E-post: [psykiskhalsa@smd.sll.se](mailto:psykiskhalsa@smd.sll.se)