



Varför sover de som de gör?

- en kartläggning av sömnvanor och orsaker till dessa bland kontorsarbetande

Nathalie Hjälmmark
Jenny Jönsson

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Examensarbete 33:2006
Hälsopedagogprogrammet: 2003-2006
Handledare: Göran Kenttä

Förord

Ett stort tack vill vi rikta till Johan, som ställt upp på att med kort varsel gett oss möjlighet att genomföra enkätundersökningen på sin arbetsplats. Vi vill också sända tacksamma tankar till alla som tagit tid av sin arbetsdag till att delta i vår undersökning.

Tack också till Göran vår handledare för lagom dos stöd, frihet och tankeväckande reflektioner, samt stor flexibilitet, trots ditt tidspressade schema!

Under arbetet har vi även varit i kontakt med Göran Kecklund vid Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) Avdelningen för Stressforskning, Karolinska Institutet, Stockholm, via mail och vi vill tacka dig för att du har varit hjälpsam och snabb i korrespondensen.

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar: Syftet med denna uppsats var att kartlägga sömnvanor hos kontorsarbetande, samt att undersöka vilka omständigheter som kan ligga bakom att individer sover som de gör. Vi vill tydliggöra att sömn har en stor effekt på hur vi mår och visa på vilka bakomliggande faktorer som kan förändras för att förbättra en dålig sömn.

Metod: Vi har valt att använda oss av en kvantitativ metod bestående av en enkätundersökning. För den teoretiska bakgrunden har en litteratursökning genomförts och studerats. Enkäten är baserad på Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ), där vi lagt till ett antal egna frågor. Frågorna speglar frågeställningarna för arbetet och tillhör tre olika kategorier; orsaker till sömnvanor, vanor runt sömn och övriga frågor. Enkäten delades ut på ett företag i Stockholm med cirka 170 anställda med internposten vid arbetsdagens början och samlades in anonymt dagen efter.

Resultat: Kvinnorna sov cirka 1 timme längre, i snitt per natt, än männen under ledighet. Under arbetsveckan var det endast en marginell skillnad mellan könen. Det högsta värdet på sömnkvalitetsindex, som då indikerar god sömn hittades i åldersgruppen >30 år. Majoriteten (86%) går och lägger sig innan 23.00 i arbetsveckan. Medelsömnlängden under en natt i arbetsveckan var 7,6 timmar. De flesta (79%) brukar ta en tupplur. Av dem som kände stress på jobbet för det mesta eller alltid (28 stycken) var det 11 som inte sov bra och 21 som inte sov tillräckligt. De vanligaste orsakerna till otillräcklig sömn är "Aktivt val" och "Stress". De vanligaste orsakerna till dålig sömn är "Stress" och "Sjukdom".

Slutsats: De flesta i vår undersökningsgrupp verkar sova tillräckligt och rapporterar en god sömn. En vanlig orsak till att man stannar uppe är ett aktivt val. Stress påverkar både sömnkvalitet och sömnkvantitet. Stressbehandling och kunskaper om att hantera stress är därmed centralt för att förebygga och behandla sömnproblem. Att medvetandegöra faktorer som påverkar sömn är ett första steg i att behandla sömnproblem.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| 1 Inledning..... | 3 |
| 1.1 Introduktion..... | 3 |
| 1.2 Vad är sömn?..... | 3 |
| 1.3 Forskningsläge | 6 |
| 1.3.1 Positiva och negativa påverkansfaktorer..... | 6 |
| 1.3.2 Varför är det inte bra att sova dåligt?..... | 10 |
| 1.4 Sömnproblem | 11 |
| 1.5 Sömnproblemens prevalens..... | 11 |
| 1.6 Sömnbehandling..... | 12 |
| 1.7 Teoretisk utgångspunkt | 14 |
| 1.8 Syfte och frågeställningar..... | 15 |
| 2 Metod | 16 |
| 2.1 Metodval..... | 16 |
| 2.2 Urval..... | 16 |
| 2.3 Enkäten..... | 16 |
| 2.3.1 Index..... | 17 |
| 2.4 Genomförande..... | 17 |
| 2.5 Deltagare | 18 |
| 2.6 Bortfall och bortfallsanalys | 18 |
| 2.7 Validitet och reliabilitet..... | 19 |
| 2.8 Databearbetning | 19 |
| 3 Resultat..... | 20 |
| 3.1 Index i den undersökta gruppen | 20 |
| 3.2 Ålder..... | 20 |
| 3.3 Kön..... | 20 |
| 3.4 Småbarn..... | 21 |
| 3.5 Stress | 22 |
| 3.6 Dygnsrytm..... | 23 |
| 3.7 Tupplur..... | 24 |
| 3.8 Kaffe..... | 24 |
| 3.9 Motion..... | 26 |
| 3.10 Öppna frågor | 27 |
| 3.11 Övriga resultat..... | 28 |
| 3.11.1 Subjektivt god sömn..... | 28 |
| 4 Diskussion | 29 |
| 4.1 Sammanfattade resultat | 29 |
| 4.2 Diskussion | 30 |
| 4.3 Fortsatt forskning | 34 |
| 4.4 Slutsats | 34 |
| Käll- och litteraturförteckning..... | 35 |
| Muntliga källor..... | 35 |
| Tryckta källor | 35 |
| Böcker | 35 |
| Forskningsrapporter | 35 |
| Elektroniska källor | 36 |
| Bilaga 1 | 37 |
| Bilaga 2 | 38 |

TABELL- OCH FIGURFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| <i>Figur 1 – EEG-mönster för sömnstadier</i> | 5 |
| <i>Figur 2 – Sömn cyklerna</i> | 6 |
| <i>Figur 3 – Statistik över störd sömn mellan 1980 och 2004</i> | 12 |
| <i>Tabell 1 - Sammanfattande tabell</i> | 18 |
| <i>Tabell 2 – Index undersökningsgrupp</i> | 20 |
| <i>Tabell 3 – Index uppdelat i åldersgrupper</i> | 20 |
| <i>Tabell 4 – Index uppdelat efter kön</i> | 21 |
| <i>Tabell 5 – Jämförelse över faktorerna ”sover bra” och ”barn < 5 år”</i> | 21 |
| <i>Tabell 6 – Jämförelse över faktorerna ”småbarn” och ”tillräcklig sömn”</i> | 21 |
| <i>Tabell 7 – Jämförelse över faktorerna ”stress på jobbet” och ”sover bra”</i> | 22 |
| <i>Tabell 8 – Jämförelse över faktorerna ”stress på jobbet” och ”tillräcklig sömn”</i> | 22 |
| <i>Tabell 9 – Tider för undersökningsgruppens uppstigningsvanor</i> | 23 |
| <i>Tabell 10 – Skillnad i sovtimmar mellan vardag och helg</i> | 23 |
| <i>Figur 4 – Tidpunkt för sista koppen kaffe i förhållande till sänggåendet</i> | 25 |
| <i>Figur 5 – Jämförelse över faktorerna ”antal koppar kaffe/dag” och ”svårt att somna”</i> | 25 |
| <i>Figur 6 – Motionärernas intensitetsnivå</i> | 26 |
| <i>Tabell 11 – Jämförelse över faktorerna ”motionerar du” och ”sover bra”</i> | 26 |
| <i>Tabell 12 – Jämförelse över faktorerna ”motionerar du” och ”tillräcklig sömn”</i> | 27 |
| <i>Tabell 13 – Orsaker till otillräcklig sömn Tabell 14 - Orsaker till dålig sömn</i> | 27 |
| <i>Tabell 15 – Jämförelse över faktorerna ”svårt att somna” och ”flera uppvaknanden”</i> | 28 |

1 Inledning

1.1 Introduktion

I samhället finns en generell bild av att hälsa hör ihop med goda kost- och motionsvanor, däremot utelämnas ofta sömn i diskussionen om vad god hälsa är och hur man uppnår den. I vår utbildning på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH) i Stockholm läggs stor vikt vid fysisk aktivitet som ett led till bättre hälsa, och vi har lärt oss se till helheten när det gäller livsstilsförändringar. Ändå har återhämtning i form av sömn fått en relativt liten plats i vårt utbildningsprogram.

Vår uppfattning är att sömn är ett så grundläggande behov att de flesta människor inte ens reflekterar över sina sömnvanor, eller åtminstone inte kopplar ihop dålig eller kort sömn med sämre fysisk och psykisk hälsa. Många fysiologiska processer aktiveras eller hämmas under sömnen och patienter med utbrändhet har ofta en kombination av flera olika sömnproblem.¹ Vi vill med detta arbete inte bara kartlägga hur sömnvanorna ser ut i en grupp utan även diskutera och analysera hur det kommer sig att man sover som man gör. Vår utgångspunkt är att många människor helt enkelt inte prioriterar sänggåendet på kvällen, men ändå inte utnyttjar tiden de är vakna. Intresset till ämnet förstärktes av att vi som skriver har kraftigt åtskilda sömnvanor och dygnsrytmer. Vi tror att om man ökar kunskapen om sömnens betydelse för hälsan, skulle sömnvanorna kunna förändras på ett processinriktat sätt, precis som andra livsstilsfaktorer². Om vi kan lyfta fram vilka negativa följder som är förknippade med sömnbrist och visa på vilka faktorer som påverkar sömnen, kan vi också visa vad som går att förändra till det bättre och därmed bidra till ökad motivation att skapa goda sömnvanor.

1.2 Vad är sömn?

Synen på sömn har förändrats historiskt sett. I modern tid kan sömn beskrivas kortfattat som: *”ett tillfälligt tillstånd av förändrat medvetande och avsevärt sänkt mottaglighet för signaler från omvärlden”*. Sömnen skiljer sig från medvetlöshet genom att den sovande går att väcka.

¹ Torbjörn Åkerstedt ”Ge tid åt sömnen!” , *Forskning & Framsteg*, (2004:2), s.17.

² JO. Prochaska, JC. Norcross, CC. Diclemente, *Changing for good, a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward* (New York: Avon Books, 1994); se Johan Faskunger, *Motivation för motion-hälsovägledning steg för steg*, (Stockholm: SISU Idrottsböcker, 2004), s.26.

En av centrala nervsystemets (CNS) viktiga funktioner är att hålla kroppen i en slags aktionsberedskap. Om stimuleringen till CNS är låg, kan sömn inträffa, trots att det egentligen inte finns ett sömnbehov att tillgodose. Detta fungerar även omvänt, det vill säga att en hög stimuleringsnivå kan leda till att sömn förhindras, trots att sömnbehovet är stort.³

CNS stimuleras bland annat av smärta, födointag, hormonell aktivitet (adrenalin) och hjärtfrekvens.⁴ Det finns också andra processer som aktiveras under sömnen. Immunförsvaret aktiveras och hormoner som testosteron och prolaktin ökar, medan nivåerna av kortisol och thyroideastimulerande hormon (TSH) minskar. Sammantaget tyder detta på att sömnen utgör ett anabolt, uppbyggande tillstånd.⁵

Sömnen brukar delas in i fyra stadier, eller egentligen fem, men det första stadiet som vanligtvis benämns ”Stadium 0” är ren vakenhet. Dessutom tillkommer det som kallas REM-sömn (Rapid Eye Movement). Kännetecknande för denna sömnperiod är att ögonrörelserna blir snabba och ryckiga, vilket kan ses på ögonlocken trots att ögonen är slutna.

Andningsfrekvens, hjärtverksamhet och blodtryck är på samma nivåer som vid vaket tillstånd. Under REM-sömnen är sömnen ytlig och våra positionsmuskler i kroppen slappnar av och kopplas ur, det är också under detta stadium vi drömmer. De två sista faktorerna kombineras väldigt lämpligt, det innebär ju att vi inte kan agera ut det vi drömmer.⁶

Stadium 1 – Detta är insomningsstadiet. Vi rör oss mellan sömn och vakenhet och är lättväckta.

Stadium 2 – Nu är sömnnivån stabil. Hjärtfrekvensen minskar, andningen blir långsammare och ytligare och blodtryck, muskelspänning, kroppstemperatur och ämnesomsättning sjunker. För att väckas ur det här stadiet krävs en ljudnivå som motsvarar cirka 45 decibel (normal samtalston). I detta stadium befinner vi oss ca hälften av den totala sömntiden.

Stadium 3+4 – Här sover vi djupt. Denna sömn kallas för ”slow wave sleep” (SWS) på grund av de karakteristiska ”långsamma” vågorna som registreras på EEG (se figur 1). Större delen av dygnets produktion av tillväxthormon utsöndras under dessa stadier. De fysiologiska aktiviteterna sänks ytterligare och ofta blir vi så avslappnade att det är här snarkning inträffar. För att väckas krävs ca 64 decibel och blir någon väckt här, känner han/hon sig trög och

³ Torbjörn Åkerstedt, *Sömnens betydelse för hälsa och arbete* (Järvsö: Bauer bok, 2002 a), s. 9-10.

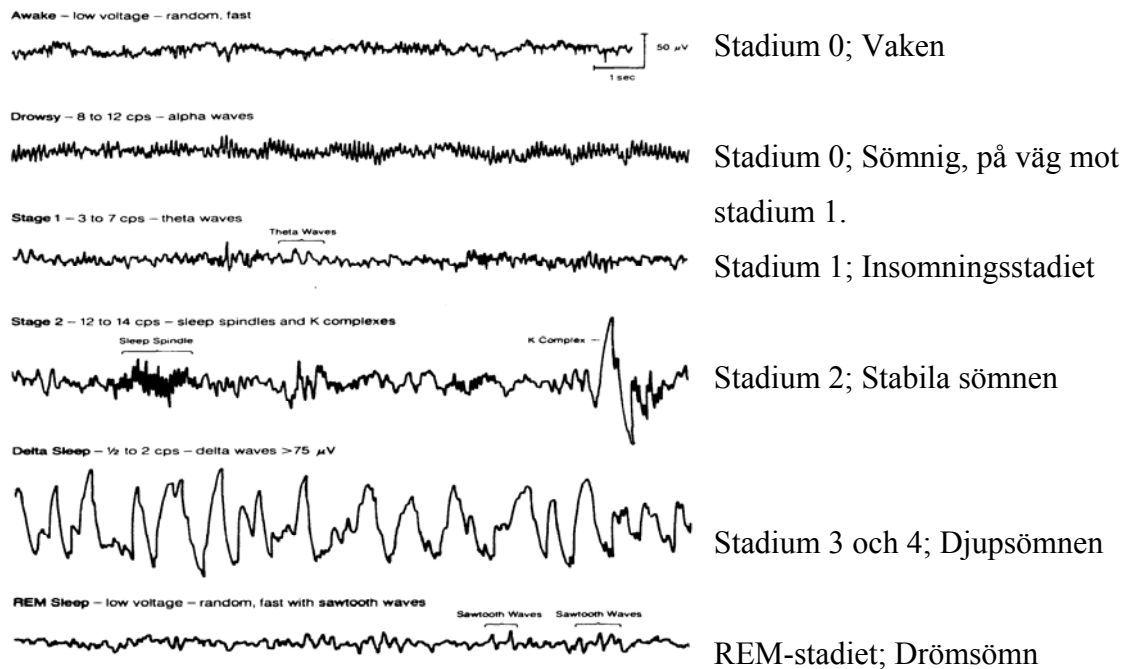
⁴ Egil Haug, Olav Sand & Øystein V, Sjaastad, *Människans fysiologi* (Stockholm: Liber, 1998), s.142-143.

⁵ Åkerstedt, 2002 a, s.16-17.

⁶ Ibid., s.13-16.

förvirrad. Det är sannolikt här det mesta av återhämtningen i CNS sker och stadium 3 och 4 brukar nå 10-15% av den totala sömntiden.⁷

Det vanligaste sättet att mäta sömn, är att använda sig av EEG (elektroencefalografi) som innebär att hjärnans aktivitet mäts. Sömnens stadiindelning är baserad på EEG:s frekvens och amplitud. Frekvens är antal vågor per sekund och amplituden är vågens storlek.⁸



Figur 1 – EEG-mönster för sömnstadiet⁹

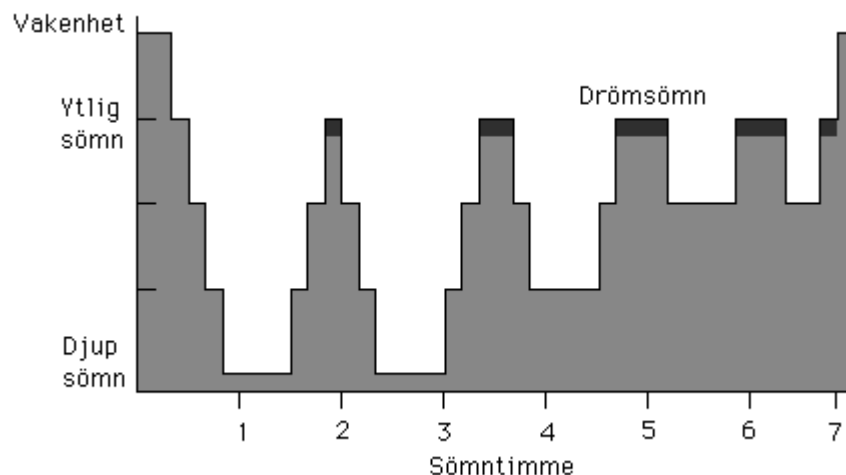
När vi har somnat och går in i stadium 2, stannar vi där i ca 10-20 minuter innan vi fortsätter till stadium 3 och 4. Dessa stadier tillsammans brukar innefatta 15-40 minuter. I detta läge blir sömnen ytligare och närmar sig stadium 2 eller ibland vakenhet för några sekunder. Efter detta träder REM-sömn in i cirka 5-20 minuter. Efter drömmandet återgår sömnen till stadium 1 och sömncykeln är avslutad. En cykel är cirka 80-100 minuter lång, beroende på individ och tid på dygnet. Cykeln upprepas, med skillnaden att djupsömn blir kortare och är i den tredje cykeln nästan helt borta. REM-sömn däremot blir längre och mer intensiv, det är därför vi oftast kommer ihåg det sista vi drömmer. Totalt sover en vuxen människa mellan 7-9 timmar med cirka 5-20 korta uppvaknanden som vi oftast inte ens märker.¹⁰

⁷ Ibid., s.13-16.

⁸ Ibid., s.11-12.

⁹ Jan-Erik Broman, Föreläsning; Den normala sömnen (2006-03-18) ABF-huset, Sveavägen, Stockholm.

¹⁰ Åkerstedt, 2002 a, s.13-16.



Figur 2 – Sömncyklerna¹¹

1.3 Forskningsläge

1.3.1 Positiva och negativa påverkansfaktorer

I en forskningsrapport gällande vilka fysiologiska faktorer som kännetecknar en god sömn, sammanfattas fynden till en lång föregående vakenhet, att man somnar under “rätt” tid på dygnet, att sömnperioden är lång och utan avbrott och att sömnen innehåller en avsevärd mängd SWS. Det fastställdes också att det finns ett samband mellan den subjektiva uppfattningen om sömn och de fysiologiska mätningarna.¹²

Forskare har undersökt huruvida olika arbetsfaktorer påverkar sömn och kom fram till att faktorerna: kvinnligt kön, stress, hårt fysiskt arbete och skiftarbete är förknippade med störd sömn. Även stigande ålder påverkade sömnen negativt.¹³ Andra faktorer som visat sig leda till störd sömn är höga arbetskrav, lågt socialt stöd på jobbet och inaktivitet (ingen motion). Det verkar som om det inte är arbetskraven i sig som påverkar sömnen utan att man har svårt att komma ner i varv efter en krävande arbetsdag.¹⁴ Den främsta orsaken till mental trötthet var störd sömn.¹⁵

¹¹ <http://paranormal.se/topic/somn.html> (2006-02-25)

¹² Torbjörn Åkerstedt, Ken Hume, David Minors, Jim Waterhouse, “Good sleep - its timing and physiological sleep characteristics”, *Journal of Sleep Research*, (1997:6 a), pp. 224-225.

¹³ Torbjörn Åkerstedt, Peeter Fredlund, Mats Gillberg, Bjarne Jansson, “Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample”, *Journal of Psychosomatic Research* (2002:53 b) pp. 586.

¹⁴ Torbjörn Åkerstedt, Anders Knutsson, Peter Westerholm, Töres Theorell, Lars Alfredsson, Göran Kecklund, “Sleep disturbances, work stress and work hours – A cross-sectional study”, *Journal of Psychosomatic Research* (2002:53 c) pp. 745-746.

¹⁵ Torbjörn Åkerstedt, Anders Knutsson, Peter Westerholm, Töres Theorell, Lars Alfredsson, Göran Kecklund, “Mental fatigue, work and sleep”, *Journal of Psychosomatic Research*, (2004:57), pp. 431.

Sömnen regleras av tre faktorer: jämvikt mellan vakenhet och sömn, dygnsrytm samt beteende. Av dessa faktorer är det framförallt jämvikten och beteendet som individen själv kan påverka. Dygnsrytmen påverkas bland annat av alla sorters ljus, även konstgjort (till exempel från TV). Detta är en relativt ny upptäckt (cirka 10 år) som visar att ögonen inte bara är till för att se med, då det har framkommit att blinda individer fått en ändrad dygnsrytm efter synnedsättningen. Människan har egentligen en dygnsrytm inställd på 25 timmar, vilket innebär att om vi kan sova helt naturligt utan väckning tenderar människan att flytta fram dygnet medan djur och växter ofta skapar ett kortare dygn. Detta blir tydligt när människan reser över tidszoner, då det upplevs lättare att flyga från Stockholm till New York (västerut) än tvärtom, sett till dygnsrytmen.¹⁶

Subjektiv sömnkvalitet, alltså hur sömnen upplevs, är relaterat till vissa faktorer. Om individen upplever det lätt att somna och att fortsätta sovandet utan uppvaknanden skattas sömnen subjektivt som god. Däremot har subjektiv sömnkvalitet inget att göra med om individen upplever det lätt eller svårt att vakna på morgonen. Det finns också ett samband mellan den subjektiva sömnkvaliteten och de fysiologiska mätbara faktorerna SWS och sömnkontinuitet.¹⁷ Det har dock visats att individer som upplever det svårt att vakna på morgonen har en större mängd SWS under sömnperioden, vilket indikerar en "bättre" sömn ur återhämtningssynpunkt.¹⁸

Att vara äldre än 30 år visar på en reducerad risk för svårigheter att vakna, det vill säga det upplevs lätt att stiga upp på morgonen.¹⁹ En förhöjd risk för störd sömn, kopplas samman med att ha fyllt 45 år och liknande resultat framkom i ytterligare en studie, där en ålder under 50 år var förknippad med en god ostörd sömn.^{20, 21}

Detta kan sammanfattas i att mellan 30 och 45-50 års ålder är förutsättningarna för en god nattsömn och lätt att stiga upp som störst.

¹⁶ Broman, 2006-03-18

¹⁷ Göran Kecklund, Torbjörn Åkerstedt, "Objective components of individual differences in subjective sleep quality", *Journal of Sleep Research*, (1997:6), pp. 218-219.

¹⁸ Åkerstedt, 1997 a, pp.223-224.

¹⁹ Åkerstedt, 2002 c. pp.745.

²⁰ Ibid.

²¹ Åkerstedt, 2002 b. pp.586.

Kvinnligt kön är enligt forskningen en riskfaktor för störd sömn och svårigheter att vakna^{22, 23}. I ett experiment där kvinnor och män levde i ett utrymme under jord, utan tillgång till klockor och dagsljus, har det visats att kvinnor sov 9,5 timmar i snitt per 24-timmarsdygn när männen sov i snitt 8 timmar under samma tid.²⁴

Att vara småbarnsförälder är en naturlig riskfaktor för störd sömn. När vi föds har vi ingen färdiginställd dygnsrytm, utan den fastställs först vid ca 2,5 års ålder.²⁵ Detta innebär att små barn kan ha oregelbundna vakenhets- och sömnperioder, vilket då även påverkar föräldrarnas invanda rytm.

Forskare har kommit fram till att stress på jobbet är förknippat med störd sömn.²⁶ Stress innebär en aktivering av kroppens försvarssystem som svar på omgivningens krav.²⁷ Stress är från början ett helt neutralt begrepp, varken positivt eller negativt. Skadlig blir stressen först om den är långvarig (månader) och om ingen återhämtning tillåts.²⁸ Återhämtningen sker normalt främst under sömnperioden vilket medför att sömnstörningar leder till en sämre förmåga att hantera stress.²⁹ Stressmottagningen vid Karolinska Institutet skriver dessutom att mer vila behövs när sömnen är störd och påfrestningarna är stora³⁰ och Kerstin Jeding, leg. psykolog på Stressmottagningen poängterar motsatsförhållandet i att den ökade aktiveringsnivån vid stress dessutom medför att en ”normal” trötthetsnivå inte räcker till för att somna.³¹

Dygnsrytmen regleras av en anatomisk struktur i hjärnan som styrs av ljusinformation från näthinnan. Även kroppstemperaturen följer dygnsrytmen och är som lägst vid 05.00 och högst vid 17-tiden. När kroppstemperaturen är som lägst på dygnet är vi trötta och har lätt att somna och tvärtom när temperaturen är hög.³² Om man flyttar sömnen till andra tider på dygnet, har det visat sig att sänggående klockan 23.00 följs av åtta timmars sömn, sänggående klockan 03.00 följs av 6,5 timmar sömn, sänggående 07.00 följs av 4,5 timmars sömn och så vidare.

²² Åkerstedt, 2002 c. pp.743-745.

²³ Åkerstedt, 2002 b. pp.586.

²⁴ Broman, 2006-03-18

²⁵ Ibid.

²⁶ Åkerstedt, 2002 b. pp.586.

²⁷ Åkerstedt, 2002 a. s.53

²⁸ <http://www.stressmottagningen.nu/negpos.php> (2006-02-08)

²⁹ Jeding, 2006-03-18

³⁰ www.stressmottagningen.nu/kroppsliga.php(2006-02-08)

³¹ Jeding, 2006-03-18

³² Åkerstedt, 2002 a. s.34.

Det verkar som att ju längre tid man är vaken, desto kortare sover man, fram till dess att sömncurvan vänder. Längst sömn får man vid sänggående klockan 19.00. Detta fenomen beror på att vi är programmerade att sova på natten och vara aktiva på dagen.³³

Det verkar alltså som den ultimata tiden för sänggående är 23.00, om man utgår från att åtta timmars sömn är optimalt.

Eftersom dygnsrytmen har en kraftig vakenhetssänkning (bottennivå) vid klockan 04.00-07.00, bör man sträva efter att vara sovande under just de timmarna av dygnet.³⁴ Den som vill vara aktiv dagtid och optimera sitt sovande har nytta av regelbundna sömntider.

Kvällsmänniskor bör akta sig för att sova långt in på morgonen under helgerna.

Omställningen till dagarbetsveckan blir då mycket svår.³⁵

En studie som undersökt hur koffein påverkar vakenhet och prestation hos nattarbetare kom fram till att en låg dos av koffein vid upprepade tillfällen under nattsiftet påverkade både vakenhet och prestation till det bättre. Dock påpekades att sömnen den efterföljande dagen, som för nattarbetare redan kan vara problematisk, kunde försämrats ytterligare på grund av koffeinintaget.³⁶ Effekten av koffeinhaltiga drycker kvarstår i flera timmar. Ett högt intag (4-7 koppar) är i längden inte nyttigt för hälsan³⁷. Effekten av en normaldos koffein (65-150mg/kopp bryggkaffe) räcker ofta sex timmar men hos känsliga individer ännu längre.³⁸ Halveringstiden för koffein i blodet är sex timmar. Resterande hälft tar ännu längre tid, vilket gör att till och med morgonkaffet kan påverka nästkommande natts sömn.³⁹

Vid en måltid tas energi i anspråk till själva ätandet och indirekt leder födan till att blodsockernivåerna sänks via effekten av insulin. Dessa två faktorer leder till sömnhet.

Dock rekommenderas lättsmält mat om den ska ätas nära sänggåendet, då själva matsmältningen är en aktivitetshöjande process.^{40 41}

³³ Ibid. s.39

³⁴ Ibid. s.30

³⁵ Ibid. s.68

³⁶ Paula K. Schweitzer, Angela C. Randazzo, Kara Stone, Milton Erman, James K. Walsh, "Laboratory and field studies of naps and caffeine as practical countermeasures for sleep-wake problems associated with night work", *Sleep*, 29 (2006:1, Jan), p. 39-50.

³⁷ Åkerstedt, 2002 a. s.87

³⁸ Ibid. s.56

³⁹ Ibid. s. 66

⁴⁰ Ibid. s.56

⁴¹ Ibid. s.66

Att hålla sig i god fysisk kondition är ett utmärkt medel mot dålig sömn. Fysisk aktivitet som avslutas senast två timmar före sänggåendet och inte är av alltför hög intensitet, är värdefull för en god sömn.⁴²

1.3.2 Varför är det inte bra att sova dåligt?

Svenska forskare vid universitetssjukhuset MAS i Malmö skriver att störd sömn borde klassas som ett folkhälsoproblem och borde tas på allvar ur medicinsk synvinkel, samt leda till utredning. Flera fysiologiska förändringar går att relatera till sömnbrist, till exempel ökad glukosintolerans, minskad glukoseffektivitet, nedsatt insulinkänslighet, ökad kortisolkoncentration i plasma samt ökad aktivitet i det sympatiska nervsystemet. Denna aktivitet leder till ökade värden avseende hjärtfrekvens, kroppstemperatur och adrenalinsekretion.⁴³

Andra långsiktiga konsekvenser av kronisk sömnbrist, förutom försämrad anabolism och en störd hormonbalans är till exempel ett försämrat immunsystem, hämmad könsdrift (män), ökad risk för hjärt-/kärlsjukdom, mag-/tarmproblem och diabetes. Bland kortsiktiga konsekvenser kan nämnas: ökad sömnighet, prestationssvackor, inlärnings- och minnesstörningar och ett dåligt humör.⁴⁴

90% av dem som fått diagnosen depression lider av någon form av sömnstörning⁴⁵. Ofta behandlas depressionen i första hand och därmed förbättras sömnen. Nyare forskning visar dock att det även kan finnas ett omvänt förhållande. Undersökningar har visat att kronisk insomni (se 1.4) är en riskfaktor för utvecklandet av psykiska problem.⁴⁶

Kroniskt dålig sömn under längre tid kan därmed betraktas som en riskfaktor för ohälsa, liksom rökning, övervikt och bristande motion.⁴⁷

Om man inte har möjlighet att sova en sammanhängande nattsömn, kan man dela upp sömnen i kortare sömnperioder, då bör man sova en längre period, (cirka 3 timmar) + tre kortare tupplurar. En normal tupplur är värd 4-6 gånger så mycket som motsvarande sömnlängd i slutet av en 8-timmarsömn. En tupplur definieras som en sömn som är kortare än en halv

⁴² Ibid. s.66

⁴³ Mattias Rööst & Peter Nilsson, ”Sömnbesvär – ett folkhälsoproblem”, *Läkartidningen*, 99(2002:3) s.154-157.

⁴⁴ Kerstin Jeding, Föreläsning; Sömnbesvär och sömnbehandling, (2006-03-18) ABF-huset, Sveavägen, Stockholm

⁴⁵ Norifumi Tsuno, Alain Besset, Karen Ritchie, ”Sleep and Depression”, *Journal of Clinical Psychiatry* 66(2005:10) pp.1254-1269.

⁴⁶ L. Lustberg, Charles F. Reynolds, “Depression and insomnia: question of cause and effect”. *Sleep Medical Review*, 3(2000:4), pp.253-262.

⁴⁷ www.sommottagningen.se/forskning (2006-03-20)

normalsömn, det vill säga maximalt 3,5-4 timmar. 60 minuter är olämpligt eftersom då sker väckningen förmodligen mitt i djupsömnen.⁴⁸

1.4 Sömnproblem

Sömnproblem utvecklas ofta över tid och kan beskrivas som en cirkel. Ofta inleds cirkeln med en känsla av stress. Stressen skapar oro som ofta leder vidare till sömnproblem, till exempel svårigheter att somna eller för tidigt slutgiltigt uppvaknande. Att inte kunna sova leder i sin tur till försämrad prestation och andra symptom (se 1.3.2). Detta skapar en rädsla för mer långsiktiga konsekvenser, som väcker mer stress och den onda cirkeln är sluten. Det finns olika typer av sömnbesvär. Ofta delas de upp i: insomni (oförmåga att sova), hypersomni (trötthet/vilja att sova mer, till exempel narkolepsi) och parasomni (problem under sömnen, till exempel mardrömmar).

Diagnoskriterierna för insomni är:

- Minst 30 minuters sömnlattens (tid innan insomnande)
- Mindre än 80% sömneffektivitet
- Mindre än 6 timmars sömn/natt
- Minst 4 gånger/vecka

Observera att ovanstående kriterier måste vara kopplat till sömnighet/trötthet dagtid för att diagnosen insomni ska ställas.⁴⁹

1.5 Sömnproblemens prevalens

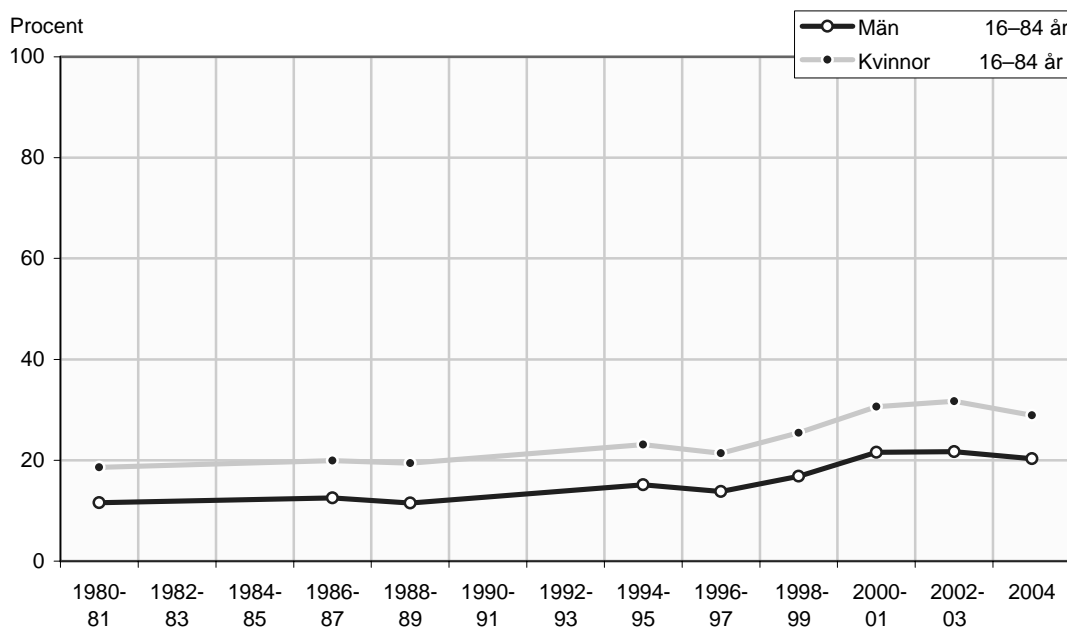
I databasen "Undersökningarna av levnadsförhållanden" (ULF) på Statistiska Centralbyråns hemsida finns statistik över sömnproblem. Undersökningarna har på uppdrag av Sveriges riksdag genomförts sedan 1975, i huvudsak som besöksintervjuer med ett slumpmässigt urval om cirka 7500 personer årligen av Sveriges vuxna befolkning 16-84 år. En av komponenterna som undersöks är hälsa, där besvär med sömn ingår. I hela gruppen (båda könen, alla ålders- och yrkesgrupper) svarade 24,6% Ja på frågan "Har du besvär med sömnen?" år 2004. 1994-95 var siffran 19,1% och 1986-87 16,3%. I kategorin "alla tjänstemän" svarade 23,2% att de hade sömnbesvär. Av männen (16-84 år) svarade 20,3% Ja och 28,9% av kvinnorna (16-84 år). Störst skillnad mellan könen fann vi i åldersgruppen 74-84 år. Där var skillnaden 18,5 procentenheter (män 17,2% kvinnor 35,7%). När vi tittade på de åldersgrupper som är relevanta för detta arbete (25-64) såg vi att åldersgruppen 55-64 år hade den största skillnaden

⁴⁸ Ibid. s.30-31

⁴⁹ Jeding, 2006-03-18

på 10,7 procentenheter (män 21,2% kvinnor 31,9%). Intressant är att i åldersgruppen 25-34 år är skillnaden mellan könen klart minst, bara 0,1 procentenheter och denna grupp är den enda där männen sover sämre än kvinnorna (män 23,4% kvinnor 23,3%).⁵⁰

Nedan visas utvecklingen av antalet personer med sömnbesvär från 1980-2004. Data är registrerat från de år där andelen visas med en punkt.



Figur 3 – Statistik över störd sömn mellan 1980 och 2004.⁵¹

Genomsnittssömnen för en vuxen beräknas till 7 timmar och 23 minuter, men varierar med ålder. Spädbarn sover ca 17-18 timmar medan en 10-åring sover 9-10 timmar. Hos äldre personer finns en tendens till minskad sömnlängd.⁵² Hos personer äldre än 65 år är det inte ovanligt med en nattsömn kring 6 timmar.⁵³

1.6 Sömnbehandling

Idag finns det flera typer av sömnbehandling. De går att dela in i två kategorier:

Medicinsk behandling ger ofta en snabb effekt, men är framförallt framarbetad för ett korttidsbruk, även om de trots det ofta blir långvariga. Nackdelarna med denna typ av behandling är att det föreligger en risk för tillvänjning av preparatet så att dosen successivt måste höjas och att brukaren kan utveckla ett beroende.⁵⁴

⁵⁰ <http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2004I05E/HA404.xls> (2006-03-20)

⁵¹ Ibid.

⁵² Åkerstedt, (2002 a) s.28.

⁵³ Jeding, 2006-03-18.

⁵⁴ Ibid.

De psykologiska behandlingarna tar mellan 4 och 8 veckor innan de ger effekt och är anpassade för ett långtidsbruk. De kräver en större insats av patienten både vad det gäller ekonomi och engagemang.⁵⁵

På Sömnmottagningen vid Institutet för Psykosocial Medicin på Karolinska Institutet arbetar man med insomniproblem med fokus på beteendedelen. Man arbetar med kognitiv beteendeterapi (KBT) som är en modell där tankar, känslor, beteenden och fysiologi hänger ihop i ett system. Detta är ett arbetssätt för att åskådliggöra idéer om behandling. Att påverka en eller flera delar i systemet, kan ge positiva effekter även i andra delar. Verktyg som kan användas vid arbete med att förbättra sömnproblem är till exempel en sömndagbok.

Dagboken går ut på att registrera när man lägger sig, stiger upp och om/hur ofta man vaknar under natten, samt att skatta sin sömnkvalitet direkt på morgonen. Detta gör att individen själv kan se förändringar över tid och hitta sitt optimala mönster. Att lära sig att känna trygghet, att acceptera att det är som det är och försöka koppla bort stressen som är förknippat med störningarna. Ett annat sätt är att arbeta med de grundfaktorer som påverkar vår dygnsrytm och sömn, nämligen vaken tid, aktiveringsnivå, klocktider, allmänt kallat "VAK":

Vaken tid - innebär att hitta den optimala relationen för individen mellan sömn och vakenhet till exempel 16 timmar vakenhet och 8 timmar sömn. Viktigt är också att sträva efter regelbundenhet vilket innebär att skillnaden mellan antal sömntimmar inte bör skilja sig mer än 1 timme från dygn till dygn.

Aktiveringsnivå – att träna på att medvetet reglera sin aktivitetsnivå genom bland annat muskulär avspänning, andningsövningar och att hitta sätt att hantera krav. Ett annat verktyg är att "avsluta dagen" till exempel sätta sig i lugn och ro och skriva ner och därigenom bearbeta saker som hänt eller sätta upp en sluttid för de dagliga sysslorna. Exempelvis "Det som inte gjorts innan klockan 21.00 kan vänta till dagen efter".

Klocktider - anpassa *ditt* dygn efter *din* rytm, är du morgon- eller kvällsmänniska? Tänk på att det kan förändras med åldern. Utnyttja din flexitid på arbetet om du har möjlighet och behöver. Försök att följa de naturliga ljusförhållandena och sträva efter att ha upplyst på morgonen och släck ner belysningen framåt kvällen. Tänk på att TV-apparaten och datorskärmen ger starkt ljus.⁵⁶

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

Ett led i att behandla sömnproblem är att bli medveten om och lära sig att kontrollera sin sömnhygien (hygien = åtgärder till skydd för människans andliga välbefinnande⁵⁷). När det gäller sömn kan dessa hygienfaktorer vara till exempel motionsvanor och koffeinkonsumtion enligt leg. psykolog Kerstin Jeding.⁵⁸ Motionens betydelse för sömnen diskuteras dock bland forskarna. Inga egentliga fysiologiska samband mellan sömn och motion har hittats, ändå är den allmänna uppfattningen att motion påverkar sömnen positivt^{59, 60, 61}.

1.7 Teoretisk utgångspunkt

Forskare och sömnterapeuter är ense om att sömnen har stor inverkan på hur vi mår. Så här skriver stressmottagningen vid Karolinska Institutet i en lista av åtgärder att vidta när man drabbas av en stressdiagnos/utbrändhet:

”Utöka din sömn- och viloperiod. Mer vila behövs när sömnen är störd och påfrestningarna stora. Åtta timmars sömn behöver de flesta och sömnbrist förvärrar symtomen. Kroppen måste få chans att återhämta sig och byggas upp. Först därefter finns möjligheten att tänka klart - förutsättningen för analys, åtgärder och ökad kreativitet.”⁶²

Känsla + kunskap = attityd. Attityden påverkar vårt sätt att förhålla oss och vårt sätt att handla⁶³. Det är ett intressant sätt att se på hälsa och även sömnvanor. Om vi med vårt arbete kan påverka och öka kunskaperna om vikten av god sömn kanske vi därmed kan förändra attityden. Om vi ökar den ena faktorn, ökar även ”summan”. När det gäller kunskap är det den förståelsebaserade kunskapen som leder till ökat egenansvar, leder till reflektioner och kritiskt granskande. En ökad integration mellan kunskapsfält, att gå ifrån ”specialistkunskaper” är nödvändig när det gäller hälsofrågor, så vi kan förstå vad som ökar vår hälsa.⁶⁴ En beteendeförändring kan påverkas av följande faktorer: attityd, intention/vilja, nytta och handlingsförmåga (kunskap + kapacitet).⁶⁵

⁵⁷ www.ne.se (2006-03-20)

⁵⁸ Jeding, 2006-03-18.

⁵⁹ PJ. O’Connor, Youngstedt SD., “Influence of exercise on human sleep”, *Exercise and sports sciences reviews*, (1995:23), pp.105-34.

⁶⁰ SD.Youngstedt, “Effects of exercise on sleep”, *Clinics in sports medicine*, 2(2005:24), pp.255-265.

⁶¹ SD.Youngstedt, ML.Perlis, PM.O’Brien, CR.Palmer, MT.Smith, HJ.Orff, DF.Kripke, ”No association of sleep with total daily physical activity in normal sleepers”, *Physiology & behavior*, 3(2003:78), pp.395-401.

⁶² www.stressmottagningen.nu/kroppsliga.php (2006-02-08).

⁶³ Lars-Göran Rydqvist, Jan Winroth, *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion* (Farsta: SISU Idrottsböcker AB, 2002), s.52

⁶⁴ Ibid. s.56

⁶⁵ Ibid. s.216-217

1.8 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats var att kartlägga sömnvanor hos kontorsarbetande, samt att undersöka bakomliggande faktorer som kan förklara varför individer sover som de gör. Vi vill även tydliggöra vilka faktorer som kan förändras för att förbättra en dålig sömn. Arbetets huvudsakliga frågeställningar är:

1. Hur ser sömnvanorna ut i en grupp kontorsarbetande?
2. Vilka omständigheter ligger bakom sömnvanorna?

2 Metod

2.1 Metodval

Vi valde en kvantitativ metod bestående av en enkätundersökning. Detta för att få mätbara resultat och ha möjlighet att vända oss till en större grupp. En litteraturstudie gjordes för att få en teoretisk bakgrund. För en fullständig redogörelse över ämnesord, synonymer, söksträngar, databaser med mera, se bilaga 1.

2.2 Urval

Undersökningsgruppen togs fram efter en diskussion angående målgruppen för vår framtida profession. Med stor sannolikhet kommer vi att arbeta med vuxna i arbetsför ålder. Att ha ett stillasittande arbete är idag vanligt och därför kändes den gruppen relevant. Vi valde att inte göra större begränsningar på urvalsgruppen för att eventuellt kunna överföra resultaten på liknande grupper och arbetsplatser.

2.3 Enkäten

Enkäten (se bilaga 2) är baserad på Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ)⁶⁶, där vi lagt till ett antal egna frågor. Frågorna speglar frågeställningarna för arbetet och tillhör tre olika kategorier; orsaker till sömnvanor, vanor runt sömn och övriga frågor. Frågorna i enkäten består i huvudsak av frågor med fasta svarsalternativ och endast ett fåtal öppna frågor. I KSQ används tre olika index; sömnkvalitet, uppvaknandeindex och sömnhet⁶⁷. För att kunna använda dessa index har alla frågor tillhörande de två första indexen tagits med (fråga 2-9). Alla frågor som tillhör sömnhetsindex togs bort då detta index inte ansågs relevant för detta arbetes frågeställningar.

Fråga 1 + 14-17 svarar på frågeställning 2 om orsaker till sömnvanor. Fråga 10 + 2-7 redovisar sömnvanor (frågeställning 1). Fråga 8 + 9 svarar inte på någon av våra frågeställningar men är inkluderad för att den tillhör uppvaknandeindex i KSQ. Fråga 18 - 21 tillhör frågeställningen om orsaker till sömnvanor.

Ett antal bakgrundsfrågor lades in först på enkäten för att ha möjlighet att skilja olika grupper och deras sömnvanor från varandra. Vi valde att använda oss av ålder, kön, typ av anställning och om testpersonen har hemmavarande barn under 5 år.

⁶⁶ Åkerstedt, 2002 c. pp.741-748.

⁶⁷ Göran Kecklund, Anna Dahlgren, Torbjörn Åkerstedt, "Undersökning av förtroendearbetstid: Vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående". *Stressforskningsrapport nr 305*. (2002) s.72 Institutionen för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet.

Två pilottester, vid olika tillfällen, har utförts. Första pilotstudien gjordes med ett utkast av enkäten och fylldes i av 5 personer på GIH. Den andra pilotstudien gjordes när enkäten var genomarbetad ett flertal gånger, för att se om den var klar att användas. Den utfördes av 11 personer på och utanför GIH.

2.3.1 Index

Från Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ) har två index använts; Sömnkvalitetsindex och Uppvaknandeindex. Dessa index har inkluderats då de belyser arbetets första frågeställning om sömnvanor. Indexen är också användbara då det finns andra studier som gjorts med KSQ i vilka index för liknande undersökningsgrupper finns⁶⁸.

Sömnkvalitetsindex består av medelvärdet för frågorna; 2 (Svårigheter att somna), 4 (Upprepade uppvaknanden...), 5 (Sover lätt och ytligt), 7 (För tidigt (slutligt) uppvaknande) och 8 (Störd/orolig sömn). Uppvaknandeindex består av medelvärdet för frågorna; 3 (Svårigheter att vakna), 6 (Ej utsövd vid uppvaknandet) och 9 (Känsla av att vara utmattad...) Svartalalternativen på alla indexfrågorna är; Aldrig, Sällan, Ibland, För det mesta och Alltid. Ett ”bra” index för individen, bör vara ett så högt tal som möjligt.

2.4 Genomförande

En friskvårdskonsulent, som tidigare läst på lärarutbildningen vid GIH, kontaktades och gavs frågan om det fanns intresse för vår undersökning på det företag som personen arbetar på. Vi fick ett entusiastiskt bemötande och friskvårdskonsulenten fick ett godkännande från högre instans och datum bestämdes för enkätutdelning och insamling. Friskvårdskonsulenten, föreslog att enkäterna skulle delas ut via den interna postgången. Alla anställda har ett eget personligt postfack. Det finns en reception på bottenplanet i byggnaden som utgjorde en utmärkt plats för insamling av enkäterna. Information om undersökningen samt insamlingsförfarande gick ut via friskvårdskonsulenten dagen innan enkäten delades ut. Dessutom gick en påminnelse ut samma dag som enkäten skulle lämnas in. Enkäten delades ut på ett företag i Stockholm med cirka 170 anställda där personalen tidigare fått information om undersökningen via mail från friskvårdsansvarig. Enkäten delades ut med internposten vid arbetsdagens början och samlades in mellan 11.30-14.00 dagen efter. Vi fanns på plats under insamlingsdagen för hjälp med eventuella frågor och information. Enkäten släpptes vid inlämnandet ner i en väl försluten låda (för anonymitetens skull). Undersökningen valdes att utföras på detta sätt för att få så hög svarsfrekvens som möjligt.

⁶⁸ Kecklund, 2002.

2.5 Deltagare

Den här enkätstudien undersöker kontorsarbetande vuxna och deras sömnvanor samt orsaker till dessa vanor. Enkätundersökningen redovisar resultat från 71 arbetande vuxna på ett mellanstort företag i Stockholm. I Tabell 1 nedan redovisas bakgrundsfakta om enkätresultaten och undersökningsgruppen. Detta för att ge en bild av undersökningens förutsättningar.

Tabell 1 - Sammanfattande tabell

| | |
|--|-------------|
| Utdelade enkäter (hela undersökningsgruppen) | 173st |
| Antal män i undersökningsgruppen | 64st (37%) |
| Antal kvinnor i undersökningsgruppen | 109st (63%) |
| Totalt antal besvarade enkäter | 71st |
| Besvarade enkäter av män | 24st (34%) |
| Besvarade enkäter av kvinnor | 47st (66%) |
| Svarsfrekvens | 41% |
| Medelålder | 46år |
| Range (ålder) | 24-64år |
| Genomsn. ant. sömntimmar/natt i arb.veckan | 7,6h |
| Anser sig ha god sömn (kvalitet) | 56st (79%) |

Som redovisas ovan speglar andelen kvinnor/män som besvarat enkäten andelen som finns på företaget totalt. Detta visar att könsfördelningen i den undersökta gruppen är representativ för könsfördelningen på företaget.

2.6 Bortfall och bortfallsanalys

Sammanlagt delades 173 enkäter ut. Vid insamlingen lämnades 72 enkäter in. En av dessa inlämnade enkäter exkluderades då mer än hälften av frågorna, bland dem alla bakgrundsfrågor, inte var besvarade. Totalt har alltså 71 enkäter, med ett fåtal interna bortfall, använts i analysen, vilket ger en svarsfrekvens på 41%. Vi har funnit att det kan finnas flera anledningar till att svarsfrekvensen är låg. Under insamlandet fick vi kommentaren att det var något kort tid avsatt till att svara på frågeformuläret. Vi hade uppskattat att då enkäten gick snabbt att fylla i, behövdes maximalt en arbetsdag till detta. En längre tid kunde ha medfört att uppgiften lätt glömdes bort och blev liggande. En annan förklaring kan vara att enkäten delades ut under sportlovet, flera anställda med barn i skolåldern kan ha varit lediga. Även de som var sjuka, sjukskrivna, på tjänsteresa etcetera fick en enkät utdelad i sitt postfack, utan möjlighet att fylla i den. Hur många detta rör sig om kan inte bestämmas.

2.7 Validitet och reliabilitet

Då enkätfrågorna speglar frågeställningarna bör undersökningen ha hög validitet.

Då många av frågorna redan är testade och använda i KSQ anser vi att undersökningen även bör ha en hög reliabilitet. Undersökningen bör vara generaliserbar på andra grupper av kontorsarbetande i jämförbar ålder.

2.8 Databearbetning

För bearbetning av resultaten har statistikprogrammet SPSS version 13.0 for Windows använts.

3 Resultat

3.1 Index i den undersökta gruppen

Nedan redovisas index för vår undersökningsgrupp.

Tabell 2 – Index undersökningsgrupp

| | Medelvärde | Standardavvikelse |
|--------------------|------------|-------------------|
| Sömnkvalitetsindex | 3,5 | 0,8 |
| Uppvaknandeindex | 3,3 | 0,9 |

3.2 Ålder

För bakgrund till nedanstående resultats gruppindelning se 1.3.1.

5 (7%) av de svarande var under 30 år. 34 (47,9%) var mellan 30 och 49 år och 32 (45,1%) hade fyllt 50 år. Medelåldern i undersökningsgruppen var 46 år.

Tabell 3 – Index uppdelat i åldersgrupper

| Åldersgrupper | | N | Medelvärde | St.av. |
|---------------|--------------------|----|------------|--------|
| -29 | Sömnkvalitetsindex | 5 | 3,8 | 1,1 |
| | Uppvaknandeindex | 5 | 2,9 | 0,5 |
| 30-49 | Sömnkvalitetsindex | 33 | 3,5 | 0,8 |
| | Uppvaknandeindex | 34 | 3,2 | 1,0 |
| 50- | Sömnkvalitetsindex | 32 | 3,5 | 0,7 |
| | Uppvaknandeindex | 32 | 3,6 | 0,8 |

Detta index har inget jämförelsetal, då jämförelsematerialet inte innefattade en åldersredovisning utan enbart redovisades på hela gruppen (se 4.2).

3.3 Kön

34% av de svarande i vår undersökningsgrupp är män, medan majoriteten (66%) är kvinnor. Bland männen svarade 50% att de sover tillräckligt, av kvinnorna var det 44,7%. 70,1% av männen svarade att de sover bra och 82,9% av kvinnorna svarade samma sak. På motionsfrågan svarade 70,1% av männen att de motionerar regelbundet och bland kvinnorna var det 65,9% som gjorde det.

Tabell 4 – Index uppdelat efter kön

| Kön | | N | Medelvärde | St.av. |
|--------|--------------------|----|------------|--------|
| Man | Sömnkvalitetsindex | 24 | 3,6 | 0,8 |
| | Uppvaknandeindex | 24 | 3,4 | 1,1 |
| Kvinna | Sömnkvalitetsindex | 46 | 3,5 | 0,7 |
| | Uppvaknandeindex | 47 | 3,3 | 0,8 |

Kvinnorna sover i snitt 7,7 timmar/natt under arbetsveckan och 9,1 timmar under ledighet.

Motsvarande siffror för männen är 7,4 respektive 8,3 timmar.

3.4 Småbarn

I undersökningsgruppen var det endast 10 personer (14,1%) som svarade Ja på frågan om de hade barn under fem år. Vi jämförde barnfrågan (tillhörde bakgrundsfrågorna) med frågorna om bra sömn respektive tillräcklig sömn och fick nedanstående resultat.

Tabell 5 – Jämförelse över faktorerna ”sover bra” och ”barn<5 år”.

| | | Sover bra | | |
|----------|--------|-----------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | Totalt |
| Barn<5år | Nej | 48 | 13 | 61 |
| | Ja | 8 | 2 | 10 |
| | Totalt | 56 | 15 | 71 |

Tabell 6 – Jämförelse över faktorerna ”småbarn” och ”tillräcklig sömn”.

| | | Tillräcklig sömn | | |
|----------|--------|------------------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | Totalt |
| Barn<5år | Nej | 30 | 31 | 61 |
| | Ja | 3 | 7 | 10 |
| | Totalt | 33 | 38 | 71 |

Av dem som inte har barn var det 21,3% som sov dåligt och 50,8% som inte sov tillräckligt.

Av småbarnsföräldrarna var motsvarande siffror 20% respektive 70%.

3.5 Stress

På vår fråga om stress på jobbet (fråga 1) svarade 70 personer (1 bortfall). Av de svarande var det 12 (17,1%) som aldrig eller sällan kände stress på jobbet. 58 (82,9%) personer svarade att de kände stress på jobbet, varav 30 (42,9%) svarat ibland. Det var alltså 28 (40%) personer som kände stress på jobbet för det mesta eller alltid.

Nedan har vi jämfört svaren på frågorna angående god sömn (fråga 20) och tillräcklig sömn (fråga 18) med frågan om stress på jobbet (fråga 1).

Tabell 7 – Jämförelse över faktorerna ”stress på jobbet” och ”sover bra”.

| | | Sover bra | | Totalt |
|------------------|---------------|-----------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | |
| Stress på jobbet | Aldrig | 3 | 0 | 3 |
| | Sällan | 8 | 1 | 9 |
| | Ibland | 27 | 3 | 30 |
| | För det mesta | 14 | 9 | 23 |
| | Alltid | 3 | 2 | 5 |
| | Totalt | 55 | 15 | 70 |

Tabell 8 – Jämförelse över faktorerna ”stress på jobbet” och ”tillräcklig sömn”.

| | | Tillräcklig sömn | | Totalt |
|------------------|---------------|------------------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | |
| Stress på jobbet | Aldrig | 1 | 2 | 3 |
| | Sällan | 7 | 2 | 9 |
| | Ibland | 18 | 12 | 30 |
| | För det mesta | 7 | 16 | 23 |
| | Alltid | 0 | 5 | 5 |
| | Totalt | 33 | 37 | 70 |

39% av dem som kände stress på jobbet för det mesta eller alltid uppgav att de inte sov bra och 75% uppgav att de inte sov tillräckligt. Av dem som aldrig eller sällan kände stress på jobbet var det 8,3% som inte sov bra och 33,3% som inte sov tillräckligt.

3.6 Dygnsrytm

Alla svarande angav när de gick och lade sig i arbetsveckan respektive under ledighet. Antal personer som lägger sig fram till och med 23.00 i arbetsveckan är 61 (85,9%) och under ledighet 32 (45,1%) stycken.

Sömnens medellängd i vår undersökningsgrupp var 7,6 timmar/dygn under arbetsveckan och 8,8 timmar/dygn under ledighet, exklusive eventuella tupplurar.

61 (85,9%) personer går upp innan klockan 07.00 i arbetsveckan.

Tabell 9 – Tider för undersökningsgruppens uppstigningsvanor.

| | | Antal | Procent |
|------------|-------------|-------|---------|
| Stiger upp | <06.00 | 21 | 29,6 |
| | 06.00-07.00 | 40 | 56,3 |
| | >07.00 | 10 | 14,1 |
| | Totalt | 71 | 100 |

Som ett mått på regelbundenhet valde vi att titta på eventuella skillnader i sovtimmar mellan arbetsvecka och ledighet. Tabellen på nästa sida visar skillnaden i antal timmar nattsömn om man jämför arbetsvecka och ledig helg. Majoriteten av undersökningsgruppen (ca 75%) svarade att skillnaden är från en halvtimme upp till 2,5 timmar. Observera att det även finns svaranden som sover kortare tid under ledigheten.

Tabell 10 – Skillnad i sovtimmar mellan vardag och helg.

| | | Antal | Procent |
|-------------------|----------|--------|---------|
| Skillnad i timmar | -1,00 | 1 | 1,4 |
| | -0,50 | 2 | 2,9 |
| | -0,25 | 2 | 2,9 |
| | 0,00 | 3 | 4,3 |
| | 0,25 | 3 | 4,3 |
| | 0,50 | 13 | 18,8 |
| | 0,75 | 5 | 7,2 |
| | 1,00 | 7 | 10,1 |
| | 1,25 | 4 | 5,8 |
| | 1,50 | 9 | 13,0 |
| | 1,75 | 3 | 4,3 |
| | 2,00 | 5 | 7,2 |
| | 2,50 | 7 | 10,1 |
| | 2,75 | 1 | 1,4 |
| | 3,00 | 2 | 2,9 |
| | 3,50 | 1 | 1,4 |
| | 4,75 | 1 | 1,4 |
| | | Totalt | 69 |
| | Bortfall | 2 | |
| Totalt | | 71 | |

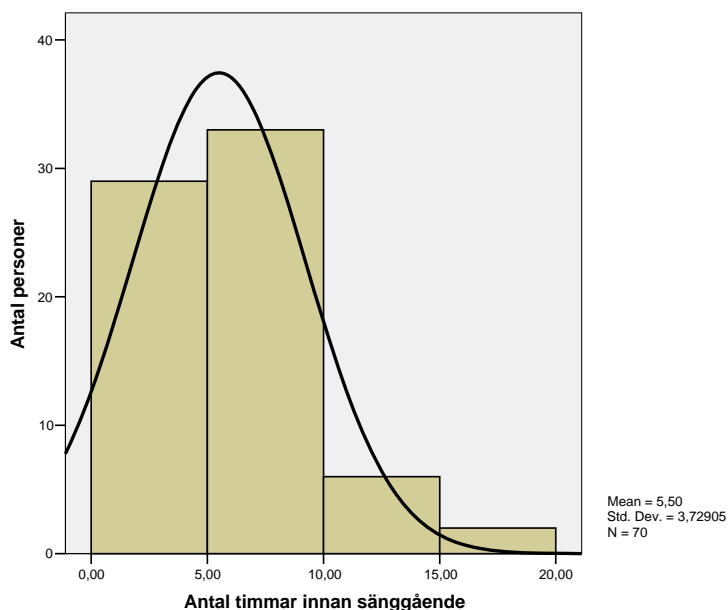
3.7 Tupplur

15 av 71 personer (21%) svarade att de aldrig tar en tupplur (fråga 12).

Av de 56 personer som sällan, ibland, för det mesta eller alltid tog tupplurar, svarade 11 stycken att de tog tupplurar som varade längre än en timme. 20 stycken svarade att de brukade ta precis 60 minuters tupplur.

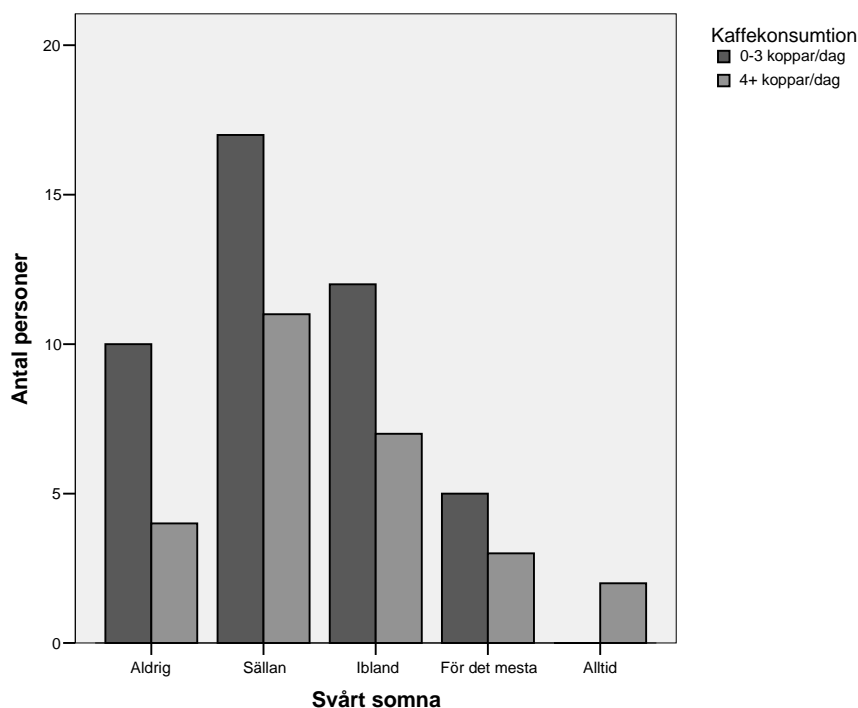
3.8 Kaffe

På frågan om kaffekonsumtion svarade 71 (samtliga). Av dessa drack 9 inte kaffe alls, antalet koppar per dag, för de som drack kaffe, sträcker sig från 1 till 12. Medelvärdet på antal kaffekoppar/dag var 3,3. En normalfördelningskurva visar att de flesta drack sin sista kopp kaffe cirka 5,5 timmar innan sänggåendet.



Figur 4 – Tidpunkt för sista koppen kaffe i förhållande till sänggåendet.

Ett högt kaffeintag räknas från 4 koppar per dag (se 1.7.7). Vi jämförde antal druckna kaffekoppar med svaret på frågan om man hade svårt att somna (fråga 2). 44 personer kunde placeras i gruppen 0-3 koppar/dag och 27 i gruppen 4+ (storkonsument). Resultat redovisas nedan.

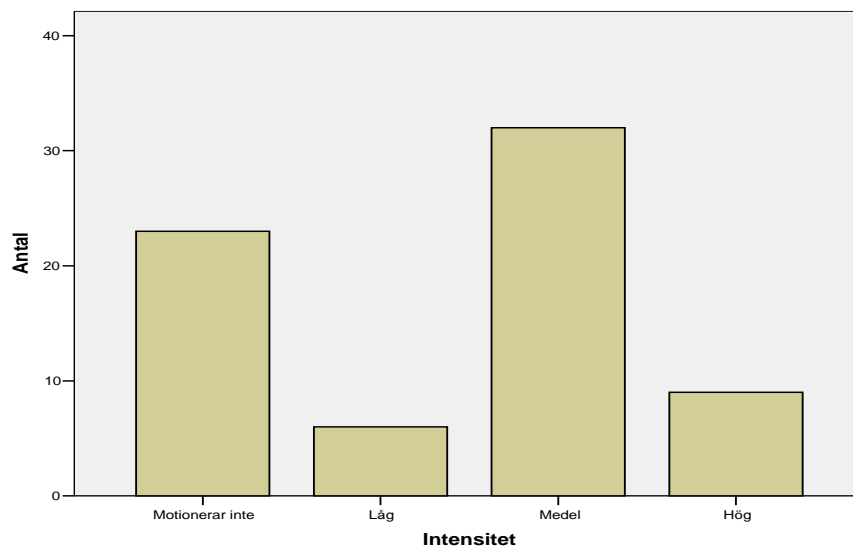


Figur 5 – Jämförelse över faktorerna ”antal koppar kaffe/dag” och ”svårt att somna”.

Resultatet på frågan om kostintag före sänggåendet visar att tidpunkten för sista måltiden är 3,1 timmar i genomsnitt. Variationen sträckte sig mellan 1 och 6 timme/ar.

3.9 Motion

Samtliga svarade på frågan om regelbunden motion (fråga 17a). 48 (67,6%) svarade ja på frågan om de motionerade regelbundet. Dessa fördelades enligt nedan på intensitetsnivå.



Figur 6 –Motionärernas intensitetsnivå.

Ingen av de tillfrågade regelbundet motionerande avslutade sin träning närmare sänggåendet än två timmar.

Vi jämförde frågan om regelbunden motion (ja/nej) med frågorna om bra sömn och tillräcklig sömn. Det visade sig att 79,2% av dem som motionerade svarat att de sover bra och 45,8% svarade att de sover tillräckligt. 78,3% av dem som inte motionerade regelbundet svarade att de sover bra och 47,8% svarade att de sover tillräckligt.

Tabell 11 – Jämförelse över faktorerna ”motionerar du” och ”sover bra”.

| | | Sover bra | | Totalt |
|--------|--------|-----------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | |
| Motion | Ja | 38 | 10 | 48 |
| | Nej | 18 | 5 | 23 |
| | Totalt | 56 | 15 | 71 |

Tabell 12 – Jämförelse över faktorerna ”motionerar du” och ”tillräcklig sömn”.

| | | Tillräcklig sömn | | Totalt |
|--------|--------|------------------|-----|--------|
| | | Ja | Nej | |
| Motion | Ja | 22 (45,8%) | 26 | 48 |
| | Nej | 11 | 12 | 23 |
| | Totalt | 33 | 38 | 71 |

3.10 Öppna frågor

På frågan om undersökningsdeltagaren anser sig sova tillräckligt (fråga 18) var svarsalternativen Ja eller Nej. Om deltagaren svarade Nej ombads denna berätta varför på fråga 19. Fråga 20 handlade om personen ansåg sig sova bra på det hela taget. Även här med Ja eller Nej som svarsalternativ. På fråga 21 ombads man skriva varför vid Nej-svar på ovanstående fråga.

Resultaten som kom fram på frågorna 19 och 21 sammanställdes och delades in i kategorier. Resultaten redovisas nedan (avrundat till en decimal).

Tabell 13 – Orsaker till otillräcklig sömn

| | Antal | Procent |
|---------------|-------|---------|
| Aktivt val | 14 | 37,8 |
| Stress | 8 | 21,6 |
| Sjukdom | 4 | 10,8 |
| Småbarn | 4 | 10,8 |
| Övrigt | 2 | 5,4 |
| Osäkra | 1 | 2,7 |
| Flera orsaker | 4 | 10,8 |
| Totalt | 37 | 100 |

Tabell 14 - Orsaker till dålig sömn

| | Antal | Procent |
|---------------|-------|---------|
| Stress | 6 | 40 |
| Sjukdom | 4 | 26,7 |
| Oro | 1 | 6,7 |
| Osäkra | 2 | 13,3 |
| Flera orsaker | 2 | 13,3 |
| Totalt | 15 | 100 |

Kategorin ”Övrigt” bestod av orsaker som inte tillhörde någon av de innan namngivna. Till exempel make/maka som snarkar. ”Osäkra” inkluderar de som angivit att de själva inte vet. De som angivit fler än en av redan namngivna orsaker samlades i kategorin ”Flera orsaker”.

3.11 Övriga resultat

3.11.1 Subjektivt god sömn

Subjektivt god sömn definieras som att individen upplever det lätt att somna, samt att fortsätta sovandet utan uppvaknanden (se 1.3.1).

Tabell 15 – Jämförelse över faktorerna ”svårt att somna” och ”flera uppvaknanden”.

| | | Flera uppvaknanden | | | | | Totalt |
|--------------------|---------------|--------------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
| | | Aldrig | Sällan | Ibland | För det mesta | Alltid | |
| Svårt att somna | Aldrig | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 14 |
| | Sällan | 1 | 19 | 8 | 0 | 0 | 28 |
| | Ibland | 0 | 6 | 10 | 3 | 0 | 19 |
| | För det mesta | 0 | 0 | 5 | 2 | 1 | 8 |
| | Alltid | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Totalt | | 9 | 29 | 24 | 7 | 2 | 71 |

Summan av dem som svarat aldrig, sällan eller ibland på båda frågorna är 56 personer.

4 Diskussion

Det övergripande syftet var att kartlägga sömnvanor hos arbetande vuxna, samt att undersöka vilka omständigheter som kan ligga bakom att individer sover som de gör. Frågeställningarna var; hur ser sömnvanorna ut i en grupp kontorsarbetande vuxna och vilka omständigheter ligger bakom sömnvanorna?

4.1 Sammanfattade resultat

Innan diskussionen inleds följer här en sammanfattning av de viktigaste resultaten:

Frågeställning 1- sömnvanor

- Sett på hela gruppen fanns ett sömnkvalitetsindex på 3,5 och ett uppvaknandeindex på 3,3 på en skala där 1 är svarsalternativet ”alltid” vilket indikerar att man har sömnbesvär och 5 är ”aldrig” vilket innebär att man inte har svårigheter med sömnen.
- Det var ingen större skillnad mellan könen vad det gäller sömnkvalitet –och uppvaknandeindex i undersökningsgruppen.
- Kvinnorna sov cirka 1 timme längre, i snitt per natt, än männen under ledighet. Under arbetsveckan var det endast en marginell skillnad mellan könen.
- De högsta värdena på sömnkvalitetsindex, som då indikerar god sömn hittades i åldersgrupperna >30 år. För uppvaknandeindex som indikerar lätt/svårt att vakna, uppmättes det högsta värdet (lättast att vakna) i åldersgruppen >50 år.
- Majoriteten (86%) går och lägger sig innan 23.00 i arbetsveckan. Medelsömnlängden under en natt i arbetsveckan var 7,6 timmar.
- De flesta (79%) brukar ta en tupplur.

Frågeställning 2 – orsaker

- 28 (40%) personer kände stress på jobbet för det mesta eller alltid.
- Av dem som kände stress på jobbet för det mesta eller alltid (28 stycken) var det 11 som inte sov bra och 21 som inte sov tillräckligt.
- 38% drack mer än 4 koppar kaffe per dag.
- På frågan om att sova bra och sova tillräckligt var det ingen större skillnad mellan de som motionerade regelbundet och de som inte motionerade regelbundet.
- Att ha småbarn <5 år är förknippat med att sova bra, men inte tillräckligt.
- De vanligaste orsakerna till otillräcklig sömn är ”Aktivt val” och ”Stress”.
- De vanligaste orsakerna till dålig sömn är ”Stress” och ”Sjukdom”.

4.2 Diskussion

Som tidigare nämnts i avsnittet där olika index har beskrivits, finns tidigare studier där dessa index använts. Vi valde att använda en jämförelsegrupp där medelålder (47år), könsfördelning (63% kvinnor), Range (23-64år) och yrke (kontorsarbetare) stämde väl överens med vår grupp.⁶⁹ Vår grupp visade en sämre sömnkvalitet (index 3,5 jämfört med 4,5) och är något mer homogen än jämförelsegruppen. Även uppvaknandeindex var lägre i vår grupp (3,5) än i jämförelsegruppen (4,4) och även här var standardavvikelsen lägre.

Sett till dessa siffror skulle vår undersökningsgrupp ha totalt sett sämre sömnvanor än andra vuxna kontorsarbetande. Dock måste hänsyn tas till att undersökningsgruppen var mycket mindre än jämförelsegruppen samt att svarsfrekvensen i vår undersökning var låg.

På grund av att endast ett fåtal personer i undersökningsgruppen var under 30 år, är det svårt att hitta några skillnader mellan åldrarna. Våra resultat följer dock de studier som gjorts där en reducerad risk för svårigheter att vakna förknippas med något högre ålder (>30år). I vår studie höjs uppvaknandeindex för varje åldersgrupp och är högst hos gruppen >50år. Den goda ostörda sömnen (sömnkvalitetsindex) ses främst i den yngsta gruppen, men indextalet stiger igen när den äldsta gruppen studeras. Detta skulle alltså gå emot de studier som gjorts. En förklaring till detta kan vara det låga antalet respondenter under 30, vilket tidigare nämnts. Därmed kan det diskuteras om våra resultat i denna fråga är representativa för en större grupp.

I inledningen har vi presenterat forskning som visar att vara kvinna är förknippat med störd sömn och svårigheter med uppvaknandet. Dock visade vår undersökning fler kvinnor än män som uppgav att de sover bra, vilket då motsäger den forskningen. Uppvaknandeindex i snitt, var lägre för kvinnor än för män, även om skillnaden var liten, vilket samstämmer med annan forskning.^{70, 71} Kvinnorna i undersökningsgruppen sover längre än männen, även om skillnaden är relativt liten under arbetsveckan. Den större skillnaden som ses under ledighet är dock inte heller särskilt stor (0,8 timmar) och det är svårt att avgöra huruvida den längre sömnen beror på verkliga skillnader bland könen, eller på andra omständigheter.

⁶⁹ Kecklund, 2002

⁷⁰ Åkerstedt, 2002 b.

⁷¹ Åkerstedt, 2002 c.

Eftersom gruppen med småbarnsföräldrar var ganska liten i undersökningsgruppen (14%) är det även här svårt att se klara resultat. Dock kan vi se att de som har småbarn hemma inte sover tillräckligt (70%) i lika stor utsträckning som deras medarbetare utan småbarn (51%). Småbarnsföräldrarna som grupp hade däremot inga direkta problem med dålig sömn, deras resultat var till och med något bättre än de som inte hade några småbarn. Alltså verkar det, ganska logiskt, som om man sover bra, men inte tillräckligt som småbarnsförälder. Detta är också en övergående period i livet där det kanske känns okej att inte få riktigt tillräckligt med sömn. Sömnen kommer säkert tillbaka när barnen blir större.

Stress verkar vara förknippat med sömnproblem på flera sätt. 40% kände stress på jobbet för det mesta eller alltid och av dem var det flera som angett att de varken sov bra eller tillräckligt. Stress är också den faktor som ofta verkar initiera sömnproblem. Kroppen kan inte varva ner och rädslan för konsekvenserna av sömnbristen, leder till ännu mer ”uppvarvning” och den onda cirkeln är sluten (se 1.5). Då 75% av dem som kände stress på jobbet för det mesta eller alltid uppgav att de inte sov tillräckligt, kan man diskutera vad orsakerna till detta kan vara. Det kan vara så att individerna helt enkelt inte ”hinner” gå och lägga sig, det vill säga, har så mycket uppgifter att utföra att sänggåendet blir framflyttat. Det skulle också kunna vara så att stressen och oron över att inte tillräckligt blev gjort under dagen eller hur mycket som ska göras nästa dag, förhindrar insomnandet. En tolkning av våra svar på de öppna frågorna som ställdes angående orsaker, är att det verkar vara lika vanligt med båda dessa typer av stressande orsaker.

Att gå och lägga sig senast klockan 23.00 i arbetsveckan var vanligt i vår undersökningsgrupp. Medelsömnlängden var 7,6 timmar, vilket anses normalt om man ser till att sömnbehovet vanligtvis ligger mellan 7-9 timmar. Det stämmer även väl med genomsnittssvenskens sömnlängd⁷². Att sömnbehoven är högst individuella är dock viktigt att tänka på och även det faktum att behovet förändras under livet. Det behöver alltså inte antyda ett sömnproblem att individens sömnlängd är kortare idag jämfört med för 10 år sedan. En viktig faktor för att sömnen ska vara så bra som möjligt är regelbundenheten. I vår undersökning tittade vi på skillnaden i sömnlängd mellan arbetsvecka och ledighet. Skillnaderna var mycket olika och vi blev förvånade av att se att det fanns svarande som uppgav att de sov kortare tid under ledigheten. Det fanns också individer som sov nästan 5

⁷² Åkerstedt, 2002 a, s.13-16

timmar längre under ledigheten. Eftersom människan har en inbyggd dygnsrytm på cirka 25 timmar är det naturligt att vi vill skjuta fram dygnet när vi inte har en klocka som ringer. Vid behandling av sömnproblem rekommenderas inte en större differens från dygn till dygn än +/- en timme. Stora skillnader mellan arbetsvecka och ledighet skulle nästan kunna betecknas som en sorts ”Jetlag” som troligen påverkar koncentrations- och prestationsförmågan långt in i efterföljande vecka. Om man vill kan man försöka ”rätta till” dygnsrytmen genom att medvetet sova lite, men tillräckligt en period, till exempel 6 timmar/natt.

Man kan diskutera om det finns något värde i att ta tupplurar. Dock är ”tupplurssömn” mer effektiv och kan vara bra för dem som inte sover så många timmar under natten. Dock ska 60 minuters tupplur undvikas då väckningen förmodligen sker mitt i djupsömnen⁷³. En ganska stor del av gruppen som tar tupplurar (36%) anger att det är just 60 minuters tupplurar de vanligen tar.

Om man har problem med sömnen så kan det vara bra att börja med att plocka bort tupplurarna, speciellt om tuppluren är på just en timme. Att vakna upp mitt i djupsömnen gör också att det finns risk för en viss tröghet som tar lite tid att få bort. Egentligen exakt den motsatta effekten mot vad tuppluren var tänkt att ge.

Som väntat var det väldigt få i undersökningsgruppen som inte drack kaffe alls, men medelvärdet för kaffedrickarna var 3,3 koppar per dag, vilket vi tycker är en rimlig siffra. Däremot blev vi förvånade över att 27 individer klassas som storkonsument⁷⁴ och att spannet sträckte sig upp till 12 koppar per dag.

En majoritet (70%) av undersökningsgruppen motionerade regelbundet och de flesta på en medelnivå när det gäller intensiteten. Det verkar som att de som motionerar i stor utsträckning sover bra, men inte tillräckligt. Bland dem som inte motionerade var förhållandet ungefär detsamma. Därmed verkar det inte vara så i vår grupp att sömnen påverkas positivt av regelbunden motion. Anledningarna till att både motionärerna och de icke-motionerande hade en otillräcklig sömn kan vara många. Själva träningen i sig stjälar ju tid från dygnet, vilket kan leda till att sömntiden blir kortare. De icke-motionerande, kanske fyller tiden med extra arbete eller familjeliv, detta går bara att spekulera i. Motionen i sig kan även verka stressreducerande och skapa ett välbefinnande, som kan göra det värt att lägga tid på.

⁷³ Ibid. s.30-31

⁷⁴ Ibid. s.87

Människor som rapporterar att de sovit gott har haft lätt att somna och haft en sammanhängande sömnperiod. I vår jämförelse mellan frågorna som handlade om svårigheter att somna och problem med uppvaknanden under natten svarade 56 personer aldrig, sällan eller ibland på båda frågorna. Detta överensstämmer med antal personer som svarat Ja på frågan om de sover bra (fråga 20), vilket stöder den forskning som finns⁷⁵.

De flesta av de tillfrågade som inte ansåg sig sova tillräckligt kunde placeras i kategorin ”Aktivt val”. Det innebär att man på följdfrågan varför svarat till exempel ”Helt enkelt roligare att vara uppe”, ”kommer inte i säng”, och ”tittar på tv”. Det verkar alltså vara så att många stannar uppe trots att de känner sig trötta och trots att de egentligen inte har någon särskild uppgift att utföra. Detta är ett intressant fynd som vi i denna undersökning inte funnit någon förklaring till. Stress är en orsak som framkommit i svaren både på frågan om varför man inte sover tillräckligt och på frågan om god sömn. Kommentarer som ”har mycket att göra”, ”oroar mig för att stiga upp”, ”tänker på allt som ska göras” är exempel på svar från denna kategori. Troligen medför dessa tankar ett fysiologiskt stresspåslag vilket medför en hög fysisk aktiveringsnivå som i sin tur leder till att en ”normal” trötthetsnivå inte räcker till för att somna. Det är förmodligen här den största effekten av kognitiv beteendeterapi och fysisk avslappningsträning kan uppnås.

Detta arbete har varit mycket lärorikt att skriva. I det inledande skedet insåg vi att det finns otroligt mycket forskning kring sömn och dess påverkan på både fysiologiska och psykiska processer. Under arbetets gång har vi insett att sömnfrågor börjar lyftas mer i media och i samhället i stort. Bland annat har det publicerats sömnartiklar i kvällspress och vi har även deltagit i ett öppet hus om sömn och sömnproblem, som anordnades av Neurologiskt handikappades riksförbund. Det har också sänts både kortare reportage (Tv4) och längre program (Vetenskapens Värld) om sömn. Detta ser vi som mycket positivt!

Vi har fått en mycket bra feedback från kontaktpersonen på företaget, som kunde meddela oss att en av de anställda berättat att han fått en tankeställare tack vare att han redovisade sitt kaffedrickande på enkäten. Den anställde insåg att han drack väldigt mycket kaffe och det ganska nära inpå sänggåendet. Han hade förändrat detta och sov redan mycket bättre. Detta ser vi även som en indikation på hur endast ifyllandet av enkät kan medvetandegöra en

⁷⁵ Kecklund, 1997 pp.217-220

individens vanor/ovanor för henne eller honom själv och leda till en förändring utan en intervention. En enkät är även ett utmärkt verktyg för att inleda och utvärdera arbetet med hälsofrågor och kartlägga beteenden, vanor och behov i en personalgrupp på ett företag.

4.3 Fortsatt forskning

Det vore intressant att undersöka hur sömnbehandling skulle påverka människor som inte har rapporterat sömnproblem. Eftersom kroppen länge strävar efter att upprätthålla balansen mellan vakenhet och sömn, krävs ganska stora och långvariga störningar för att framkalla problem. Att studera en grupp människor som får bestämda sovttider med kontrollerat antal sovttimmar per natt och se om det ger en skillnad i upplevd hälsa. En annan intressant undersökning kan vara att se på attityder till sömn. Varför är det så lågt prioriterat hos individen?

Med detta arbete vill vi öka dels förståelsen om vad det betyder för vår hälsa om vi inte sover gott, men också att öka kunskapen om hur vi kan påverka vår sömn. Att rent praktiskt behöva redovisa sina lägg- och uppstigningstider kan leda till att man för första gången reflekterar över hur mycket eller lite man faktiskt sover. Om vi kan visa på vikten av goda sömnvanor, kan vi troligen förändra attityder till sömn, öka viljan att förändra, höja förståelsen av nyttan av en förändring och även bidra till en ökad handlingsförmåga.

4.4 Slutsats

De flesta i vår undersökningsgrupp verkar sova tillräckligt och rapporterar en god sömn. En vanlig orsak till att man stannar uppe är ett aktivt val. Stress verkar påverka både sömnkvalitet och sömnkvantitet. Stressbehandling och kunskaper om att hantera stress verkar centralt för att förebygga och behandla sömnproblem. Att medvetandegöra faktorer som påverkar sömn är ett första steg i att behandla sömnproblem.

Något som går att konstatera när det gäller åtgärder vid sömnproblem är att det är grundläggande, enkla råd som gäller fortfarande: hitta balansen mellan vakenhet och sömn, sänka aktivitetsnivån närmare sänggåendet, anpassa sitt dygn efter sin egen rytm och kontrollera sina sömnhygieniska faktorer.

Vikten av en god nattsömn börjar uppmärksammas mer, men bör få ännu större plats i hälsovägledning. Ingående frågor om nattsömn och individens upplevelse av sömnen bör även ingå i alla typer av hälsoundersökningar, tester och enkäter som gäller hälsa.

Käll- och litteraturförteckning

Muntliga källor

- Föreläsning; Broman, J-E., *Den normala sömnen* (2006-03-18) ABF-huset, Sveavägen Stockholm. (Arr. Neurologiskt Handikappades Riksförbund)
- Föreläsning: Jeding K., *Sömnbesvär och sömnbehandling* (2006-03-18) ABF-huset, Sveavägen Stockholm. (Arr. Neurologiskt Handikappades Riksförbund)

Tryckta källor

Böcker

- Prochaska JO., Norcross JC., Diclemente CC., *Changing for good, a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward* (New York: Avon Books, 1994); se Faskunger J., *Motivation för motion-hälsovägledning steg för steg* (Stockholm: SISU Idrottsböcker, 2004)
- Rydqvist L-G., Winroth J., *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion* (Farsta: SISU Idrottsböcker AB, 2002)
- Åkerstedt T., *Sömnens betydelse för hälsa och arbete* (Järvsö: Bauer bok, 2002)

Forskningsrapporter

- Kecklund G., Dahlgren, A., Åkerstedt T., ”Undersökning av förtroendearbetstid: Vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående”. *Stressforskningsrapport nr 305*. (2002) Institutionen för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet.
- Kecklund, G., Åkerstedt T., “Objective components of individual differences in subjective sleep quality”, *Journal of Sleep Research*, (1997:6), pp.217-220.
- Lustberg L., Reynolds CF., ”Depression and insomnia: questions of cause and effect”, *Sleep Medical Review*, 3(2000:4), pp.253-262.
- O’Connor PJ., Youngstedt SD., “Influence of exercise on human sleep”, *Exercise and sports sciences reviews*, (1995:23), pp.105-34.
- Rööst M., Nilsson P., “Sömnbesvär – ett folkhälsoproblem”, *Läkartidningen*, 99,(2002:3) s.154-157.
- Schweitzer PK., Randazzo AC., Stone K., Erman M., Walsh JOKE., “Laboratory and field studies of naps and caffeine as practical countermeasures for sleep-wake problems associated with night work”, *Sleep*, 29 (2006:1, Jan), p.39-50.

- Tsuno N., Besset A., Ritchie K., "Sleep and Depression", *Journal of Clinical Psychiatry* 66(2005:10) pp.1254-1269.
- Youngstedt SD., "Effects of exercise on sleep", *Clinics in sports medicine*, 2(2005:24), pp.255-265.
- Youngstedt SD., Perlis ML., O'Brien PM., Palmer CR., Smith MT., Orff HJ., Kripke DF., "No association of sleep with total daily physical activity in normal sleepers", *Physiology & behavior*, 3(2003:78), pp.395-401
- Åkerstedt T., "Ge tid åt sömnen!", *Forskning & Framsteg*, (2004:2) s.16-21.
- Åkerstedt T., Fredlund P., Gillberg M., Jansson B., "Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample", *Journal of Psychosomatic Research* (2002:53) pp.585-588.
- Åkerstedt T., Hume K., Minors D., Waterhouse J., "Good sleep - its timing and physiological sleep characteristics", *Journal of Sleep Research*, (1997:6), pp.221-229.
- Åkerstedt T., Knutsson A., Westerholm P., Theorell T., Alfredsson L., Kecklund G., "Sleep disturbances, work stress and work hours – A cross-sectional study", *Journal of Psychosomatic Research* (2002:53) pp.741-748.
- Åkerstedt T., Knutsson A., Westerholm P., Theorell T., Alfredsson L., Kecklund G., "Mental fatigue, work and sleep", *Journal of Psychosomatic Research*, (2004:57), pp.427-433.

Elektroniska källor

- <http://paranormal.se/topic/somn.html> (2006-02-25)
- <http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2004I05E/HA404.xls> (2006-03-20)
- <http://www.stressmottagningen.nu/negpos.php> (2006-02-08)
- <http://www.stressmottagningen.nu/kroppsliga.php> (2006-02-08)
- <http://www.ne.se> (2006-03-20)

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

VAD?

Vilka ämnesord har du sökt på?

| Ämnesord | Synonymer |
|---|-----------|
| <i>Sleep</i> <i>Sleep disorder</i> <i>Sömn</i> <i>Karolinska Sleep Questionnaire</i> <i>Sömnvanor</i> <i>Åkerstedt</i> | |

VARFÖR?

Varför har du valt just dessa ämnesord?

De här ämnesorden beskriver området vi vill undersöka. Det var svårt att hitta synonymer och därför blev sökningen relativt generell. Anledningen till att vi sökte just på Åkerstedt som person är att han är Sveriges absolut främsta forskare inom sömn och att han dök upp i många olika rapporter som referens.

HUR?

Hur har du sökt i de olika databaserna?

| Databas | Söksträng | Antal träffar | Antal relevanta träffar |
|----------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|
| <i>PubMed</i> | <i>Sleep AND Health</i> | <i>6164</i> | <i>4</i> |
| | <i>Sleep AND Disorder</i> | <i>8564</i> | <i>2</i> |
| | <i>Sleep AND Depression</i> | <i>7275</i> | <i>4</i> |
| <i>SweMed+</i> | <i>Sömn</i> | <i>342</i> | <i>5</i> |
| | <i>Åkerstedt</i> | <i>11</i> | <i>5</i> |
| <i>Arblina</i> | <i>Sömn</i> | <i>167</i> | <i>8</i> |
| | <i>Åkerstedt</i> | <i>118</i> | <i>6</i> |

KOMMENTARER:

Det var svårt att hitta relevant information om dagarbetande vuxna. De flesta undersökningar har gjorts på skiftarbetare eller barn, vilket kan vara svårt att applicera på vår undersökningsgrupp. Träfflistan blev väldigt lång, dock var det svårt att hitta relevanta artiklar. Sökningar har också gjorts på GIHs bibliotek.

13, Om Du tar en tupplur, hur lång brukar den vara? timmar _____ minuter _____

14, Ungefär hur många koppar kaffe dricker Du per dag?
(om Du inte dricker kaffe skriv 0) _____

15, Om Du dricker kaffe, när (klockslag) dricker Du den sista koppen? _____

16, När (klockslag) äter Du vanligtvis ditt sista mål mat?
(räkna även snacks, godis, mellanmål och liknande) _____

17a, Utför Du regelbundet någon form av motion? Ja Nej

b, Om Ja, när på dygnet (klockslag) utförs den vanligtvis? _____

c, Med vilken intensitet/puls tränar Du oftast? Låg Medel Hög

18, Anser Du att Du får tillräckligt med sömn?
(Kvantitet) Ja Nej

19, Om Nej, vad tror Du att det beror
på? _____

20, Tycker Du att Du sover bra på det hela taget?
(Kvalitet) Ja Nej

21, Om Nej, vad tror Du att det beror
på? _____

Tack för din medverkan!