



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Samband mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning

Sjuksköterskans sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Sabina Forssmed
Isabelle Johansson-Memic

Examensarbete, 15 hp, Magisteruppsats
Omvårdnad
Jönköping, juni 2016



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Correlations between mental illness and alcoholconsumption and smoking

The nurse's disease prevention and health promotion

Sabina Forssmed
Isabelle Johansson-Memic

Master's thesis, 15 credits, magister thesis
Master in Nursing Science
Jönköping, June 2016

Sammanfattning

Sjuksköterskan kommer i sitt arbete i kontakt med patienter som mår psykisk dåligt och som också brukar alkohol eller tobak. Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning hos 40-, 50- och 60-åriga män och kvinnor. Studien hade en kvantitativ deskriptiv design och var en retrospektiv tvärsnittstudie. Data som användes var ett redan inhämtat material från Hälsolyftet som genomförts i två län i södra Sverige år 2014. Dataanalysen gjordes i Pearson`s Chi-square test, Kruskal-Wallis test, Student`s t-test och en-vägs ANOVA. Som statistiskt program användes SPSS version 11.0. I resultatet framkom att det inte fanns något samband mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning. Det framkom intressanta mönster när enskilda variabler studerades. Även om inget samband sågs är det viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om psykisk ohälsa, alkohol och rökningens effekter och hur de påverkar varandra. Kunskapen bidrar till en bättre identifiering och behandling av samband mellan psykisk ohälsa och alkohol samt rökning.

Nyckelord: omvårdnad, levnadsvanor, vuxna, samtal, kvantitativ

Summury

The nurse in her work comes in contact with patients with mental illness and who also consume alcohol and tobacco. The purpose of this study was to examine the relationship between mental illness and alcohol and smoking at 40-, 50- and 60 year old men and women. The study had a quantitative descriptive design and was a retrospective cross-sectional study. The data that were used was material already obtained by the Health Initiative conducted in two counties in southern Sweden in 2014. The data was done in Pearson`s Chi-square test, Kruskal-Wallis test, Student's t test and one-way ANOVA. As a statistical program, SPSS version 11.0 was used. The result showed that there was no correlation between mental health and alcohol consumption and smoking. Although no association was seen, it is important for the nurse to have knowledge of mental illness, alcohol and smoking, and how they affect each other. This knowledge contributes to a better identification and treatment between mental illness and alcohol consumption and smoking.

Keyword: nursing, living habits, adults, conversation, quantitative

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Omvårdnad	2
Hälsa	2
Psykisk ohälsa	2
Alkoholkonsumtion	2
Rökning	3
Sjuksköterskans sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete	3
Syfte	3
Metod och design	3
Urval och datainsamling	4
Dataanalys	4
Etiska överväganden	4
Resultat	5
Psykisk ohälsa	5
Alkoholkonsumtion	6
Rökning	7
Samband mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning	7
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	10
Slutsatser	11
Kliniska implikationer	11
Referenser	13
Bilagor	

Inledning

Personer med ett missbruk eller beroende har visats löpa större risk för att drabbas av psykisk ohälsa och vice versa (WHO, 2013; Socialstyrelsen, 2015). Psykisk ohälsa ses hög i många länder (Serrano-Blanco et al., 2010; Laufer et al., 2013). Alkoholkonsumtion ses också som ett stort problem och många länder har erkänt att den medför allvarliga folkhälsoproblem (WHO, 2011). Detsamma gäller rökning som också är förenat med hälsorisker och risken att drabbas av ohälsa ökar om tobak används (Socialstyrelsen, 2011). Därför är det viktigt att sprida kunskap om dessa tillstånd men också om dess samband. Sjuksköterskan ska i sitt arbete med patienten arbeta för att denne ska få en hälsosam livsstil och förebygga sjukdom och ohälsa. Forskning och utvecklingsenheten (FoU) är en enhet som samlar in data från Hälsolyftet som utförs i två län i Södra Sverige. Hälsolyftet innefattar ett hälsosamtal som ligger till grund för samtal om personens hälsa och där frågor om den psykiska hälsan berörs samt bruk av alkohol och rökning. Med fördel kan dessa data användas i forskningssyfte vilket har gjorts i denna studie. Det väcktes ett intresse att undersöka om ett samband kunde ses mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning hos 40-, 50-, och 60-åringar. Studien upplevs högt relevant då sjuksköterskan i sitt arbete kommer i kontakt med dessa patienter under samtal eller vid rådgivning. Genom att ha kunskap och kompetens om psykisk ohälsa och att det finns en större risk att hamna i något beroende kan sjuksköterskan aktivt arbeta förebyggande för att förhindra ett missbruk eller beroende.

Bakgrund

Omvårdnad

Omvårdnad handlar om att förstå en situation genom att använda sig av sin professionella bedömningsförmåga och att handla för den andra personens bästa. Inom vårdvetenskapen har forskare kommit överens om att det finns vissa begrepp som är viktiga att ha kunskap om. Dessa så kallade konsensusbegrepp är följande *person/människa*, *omgivning/miljö*, *omvårdnad/vårdande* och *hälsa* (Wiklund- Gustin & Bergbom, 2012).

Hälsa

World Health Organization (WHO:s) definition av hälsa är "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro från sjukdom och handikapp" (WHO, 1948). Även i begreppet hälsofrämjande ses hälsa som något nödvändigt för den sociala och ekonomiska utvecklingen. Hälsa ses som en process i ett livslöppsperspektiv där människans vardag betonas (WHO, 2009). I vårdvetenskapen har hälsa blivit mer betydelsefullt och utgör som tidigare nämnts ett av vårdvetenskapens kärnbegrepp. Hälsobegreppet har därför studerats i olika vårdvetenskapliga forskningar (Lindsey, 1996; Lauver, 2000). Människans kropp, själ och ande ska ses ur ett helhetsperspektiv. Människans andliga hälsa har stor betydelse för kroppens och själens hälsa. Här definieras begreppet hälsa som både sjukdom och välbefinnande med olika dimensioner där avsaknad av sjukdom inte automatiskt visar på hälsa (Lauver, 2000). En avhandling studerade samtal om hälsa i form av fokusgrupper. I dessa samtal eftersträvas en ökad förståelse för människans egna möjligheter att vårda sin hälsa. Dygdbegreppet infördes och som kan ses som en medelväg mellan två ytterligheter eller outvecklade förmågor. Samtal ska ske om vad dessa enskilda dygder innebär och vilken betydelse de har på hälsan. Samtala om hälsa möjliggör att frågor om livets mening kommer fram vilket ger hälsosamtalen en tyngd och en etisk dimension (Wärnå, 2002).

Psykisk ohälsa

God psykisk hälsa gör det möjligt för människor att förverkliga sin potential, hantera normala påfrestningar i livet, arbeta produktivt och bidra till samhället. Psykisk hälsa liksom andra aspekter av hälsa kan påverkas av en rad socioekonomiska faktorer. Det finns många riskfaktorer såsom till exempel missbruk och stress som är gemensamma för personer med psykisk ohälsa. Inom psykisk ohälsa förekommer också psykiatriska störningar som innefattar ett brett spektrum av problem, med olika symtom. De kan dock i allmänhet kännetecknas av en kombination av onormala tankar, känslor, beteende och relationer med andra (WHO, 2013). Hög psykisk ohälsa förekommer i många länder i världen (Serrano-Blanco et al., 2010; Laufer et al., 2013). Många med psykiatrisk sjuklighet är underbehandlade, vilket resulterar i en lägre livskvalité hos dessa personer (Skapinakis et al., 2013). Hos personer med psykiatriska störningar förekommer ofta arbetsrelaterad stress och ångest men kan också förekomma enskilt som symtom. För dessa personer terapeutiska insatser i försök att aktivera personens egna copingstrategier kan sjukskrivningar undvikas (Muschalla & Linden, 2012). Förståelse kring vilka faktorer som kan ge psykiatriska symtom är en nyckel för att identifiera riskfaktorer som kan leda till psykiska och fysiska problem senare i livet (Freund, Knecht & Wiese, 2014). I Sverige ses depression som ett av de vanligast förekommande tillstånden inom psykisk ohälsa och många av de som drabbas av depression söker och får sin behandling inom primärvården (Socialstyrelsen, 2015). Dödligheten i psykiska sjukdomar i Sverige innefattade ca nio procent 9% år 2014. Näst intill dubbelt så många kvinnor som män avlider med en psykisk sjukdom som underliggande dödsorsak (Hörnblad, 2015). En av de största utmaningarna för hälso- och sjukvården inom området psykisk ohälsa är att minska den somatiska överdödligheten hos personer med psykisk sjukdom. Under 2015 har Socialstyrelsen och Läkemedelsverket inlett en gemensam satsning inom området depression och ångestsyndrom. Personer med missbruk och beroende löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa och vice versa. Det finns därför ett behov av att myndigheterna sprider kunskap om effektiva preventiva metoder för att förhindra missbruk och beroende. Sveriges regering har därför utarbetat en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa som ska syfta till att förebygga psykisk ohälsa och att utveckla vården och omsorgen till dessa personer (Socialstyrelsen, 2015).

Alkoholkonsumtion

Enligt WHO kan alkoholkonsumtion orsaka skador på den fysiska och/eller psykiska hälsan (WHO, 2014). Alkoholmissbruk medför betydande risker för den fysiska och psykiska hälsan såsom cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, depression och olyckor (Phillips, 2014; WHO, 2011). Det skadliga bruket av alkohol är ett globalt problem. Många länder har erkänt de allvarliga folkhälsoproblem som orsakas av skadligt användande av alkohol och har vidtagit åtgärder för att anta förebyggande strategier och program, men mycket mer behöver göras (WHO, 2011). Förekomsten av livslångt alkoholberoende är

så hög som 20,3% hos personer med kombinerad livslång ångest och depression (Boschloo et al., 2010). I Storbritannien ses alkoholkonsumtionen vara ett ökat folkhälsoproblem i alla befolkningsgrupper (Bakhshi & While, 2014). Om alkoholkonsumtionen minskas kan det leda till bättre psykisk hälsa med minskad ångest och/eller depressiva symtom (Peltzer & Pengpid, 2015). I Sverige har alkoholkonsumtionen ökat både hos kvinnor och män och riksdagen har beslutat att arbeta mot ett minskat bruk av alkohol. I Sverige år 2003 var andelen dödsfall ca 2000 personer som avled av alkoholrelaterade diagnoser, såsom alkoholpsykos, alkoholberoende, missbruk av alkohol, kardiomyopati, gastrit, levercirros och alkoholförgiftning (Statistiska centralbyrån, 2007).

Rökning

Studier från Australien och USA konstaterar att det finns ett samband mellan rökning och psykisk ohälsa. Skillnader i studierna ses gällande intresset att få hjälp med rökavvänjning (Bowden, Miller & Hiller, 2011; Smith, Mazure & McKee, 2014). Det är framgångsrikt att sluta röka. Detta resulterar i att den psykiska hälsan blev bättre bland annat med minskad ångest och/eller depressiva symtom (Peltzer & Pengpid, 2015). Behov finns att förbättra sjukvårdens förmåga att ta itu med rökning och psykiatrisk samsjuklighet, det kommer att vara avgörande för att minska psykiska sjukdomsrelaterade åkommor och fortsätta att minska tobaksanvändningen globalt (Smith, Mazure & McKee, 2014). I Sverige dör cirka 12 000 personer och 100 000 personer insjuknar årligen i rökrelaterade sjukdomar. Rökning ses som den riskfaktor som står för den största andelen av den totala sjukdomsördan näst efter högt blodtryck som i sig även har tobaksbruk som en riskfaktor. Rökning är förenad med hälsorisker, för de som röker dagligen är dock risken att drabbas av ohälsa större. Detta med tanke på att risken för ohälsa ökar med antalet cigaretter personen röker (Socialstyrelsen, 2011). Dock ses en positiv trend i Sverige att under de senaste 25 åren har andelen dagligrökare minskat hos både kvinnor och män (Statistiska centralbyrån, 2007).

Sjuksköterskans sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Enligt International Council of Nurses, (ICN:s) etiska koder är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att främja hälsa (Willman, 2014). Ohälsosamma levnadsvanor är ett folkhälsoproblem och levnadsvanor såsom tobaksbruk och riskbruk av alkohol ses som några av de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan som finns i Sverige. Sjuksköterskans arbete ska vara att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av dessa levnadsvanor. Grunden i sjuksköterskans arbete är rådgivning eller samtal. Denna rådgivning delas in i tre övergripande nivåer, *enkla råd, rådgivande samtal* och *kvalificerade samtal*. Indelningen är gjord efter åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskan ska arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande gentemot ohälsosamma levnadsvanor vilket är en stor satsning inom hälso- och sjukvården. Erbjuder hälso- och sjukvården åtgärder i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer används hälso- och sjukvårdens resurser effektivt. Långsiktigt kan det också leda till besparingar i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanorelaterade sjukdomar (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskan har ett idealiskt läge i sitt sjukdoms- och hälsofrämjande arbete genom att stödja personer att minska sin alkoholkonsumtion och rökning. Detta kan uppnås genom att vägleda och stödja personen på ett positivt och icke-dömande sätt. Genom att identifiera vilka personer som är i riskzonen och tidigt påbörja åtgärder kan det leda till att de inte hamnar i ett beroende eller missbruk (Bakhshi & While, 2014; Percival, 2013). Särskilt angeläget är det att ge stöd till de personerna med bl.a. ångest eller depression (Socialstyrelsen, 2011). Screening av ett alkoholmissbruk eller tidigare alkoholanvändning är viktigt för att främja ett normalt åldrande och förebygga kroniska sjukdomstillstånd och depression senare i livet (Udo, Vásquez & Shaw, 2015; Tait, French, Burns & Anstey, 2012). Sjuksköterska bör ha kunskap om alkoholens påverkan på den psykiska ohälsan, som då kan förbättra identifieringen och behandlingen av de oroliga och/eller deprimerade personer som dessutom lider av alkoholberoende (Boschloo et al., 2010).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning hos 40-, 50- och 60-åriga kvinnor och män.

Metod och design

Denna studie hade en kvantitativ deskriptiv design och är en retrospektiv tvärsnittsstudie med insamlat material från år 2014. Denna design är lämplig utifrån studiens syfte, för att kunna beskriva valt fenomen och förhållandet mellan de olika fenomenen vid en fast tidpunkt (Polit & Beck, 2012).

Urval och datainsamling

Datamaterialet till den föreliggande studien är inhämtad från Hälsolyftet som genomförts i två län i södra Sverige. Hälsolyftet erbjuds till de som fyller 40 år, 45 år, 50 år, 55 år, 60 år, 65 år och 70 år. Innan hälsosamtalet ska deltagaren besöka laboratoriet på sin vårdcentral för provtagning. Inför samtalet får deltagaren frågeformuläret *Frågor inför hälsosamtalet, E2*, som ska fyllas i och tas med till mottagningsbesöket. Hälsosamtalet tar ungefär en timme och utförs av personal med utbildning inom specifikt område. I samband med hälsosamtalet mäts deltagarens blodtryck, midje- och stussmått, längd och vikt samt att deltagaren får fylla i *Frågor om hälsa, vårdbehov och vardagsliv, E1*. Resultaten av mätningarna och provsvaren förs in på en så kallad Hälsokurva. Hälsokurvan ger då en bild av olika frisk- och riskfaktorer som påverkar hälsan såsom mat, motion, tobak, alkohol, sömn och stress. Resultatet används som utgångspunkt vid samtalet kring deltagarens hälsa.

Originalmaterialet som erhöles innefattade 5486 deltagare, som var insamlade under år 2014. Materialet till denna studie omfattar ett urval med deltagare i ålder 40 år, 50 år och 60 år, därefter bestod urvalsgruppen av 3700 deltagare. Forskning och utvecklingsenheten (FoU) tillhandahöll materialet i en SPSS-fil och skickade det via mail efter att en ansvarsförbindelse skrivits under. I frågeformuläret *Frågor inför hälsosamtalet, E2*, som berör frågor om hälsa, sjukdomar i familjen, levnadsvanor och livssituation valdes att undersöka eventuella samband. Den beroendevariabeln som valdes att studeras var fråga 8; sömnbesvär, nervösa besvär, depression/nedstämdhet och allmän trötthet (vilka i fortsättningsvis kommer benämnas psykisk ohälsa) med de oberoendevariablerna fråga 19; alkoholvanor och fråga 20; rökvanor (Bilaga, 1). Svardsdelagarna kunde svara ja eller nej på frågan om de upplevde sig ha en eller fler av de beroendevariablerna. På fråga 19 gällande alkohol fick svardsdeltagare ange hur ofta de dricker 4 standardglas eller mer som kvinna eller 5 standardglas eller mer som man vid ett och samma tillfälle. I denna studie delades alkoholkonsumtionen upp i 2 olika kategorier, de som drack den mängden *mindre än 1 ggr/månaden* och de som drack den mängden *1ggr/månad eller oftare* vid ett och samma tillfälle. På fråga 20 fick svardsdeltagarna svara på hur mycket de dagligen rökte. Rökvanor delades in i 3 olika kategorier *1-9 cigaretter*, *10-19 cigaretter* och *20 eller fler cigaretter* efter antal cigaretter per dag som deltagarna rökte. Detta för att ge en mer överskådlig bild över materialet. Sambandet mellan variablerna studerades även utifrån kön och ålder.

Dataanalys

För att beskriva hur data fördelat sig i materialet har antal, procent, medelvärde, standardavvikelse, och percentilvärden används. Skillnader mellan grupper på icke-parametrisk data har undersökts med Pearson's Chi-square test och Kruskal-Wallis test då två grupper respektive tre eller fler grupper jämfördes medan Student's t-test och en-vägs ANOVA har använts för data där parametriska test behövdes jämföras mellan två grupper respektive tre eller fler gruppen. Signifikant skillnad sattes till $p < 0.05$. Som statistiskt program har SPSS version 11.0 använts (Polit & Beck).

Etiska överväganden

Enligt Polit & Beck ska en studie först godkännas av en etisk kommitté innan den kan påbörjas (Polit & Beck, 2012). Denna forskningsstudie är godkänd av etikprövningsnämnden i Linköping och tilldelats ett diarienummer Dnr 2012/336-32. En ansvarsförbindelse för hantering av data har skrivits under innan studien påbörjades. En etisk egengranskning genomfördes inför studien där det framkom att risken för skada för deltagarna var mycket liten (Bilaga 2). Inom etisk forskning samt de metodologiska aspekterna i denna studie utgörs av ett antal forskningsetiska principer. Dessa etiska principer är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att deltagarna ska vara informerade att data kommer att användas vid forskning. Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva bestämmer över sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att alla i studien ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att insamlad data endast får användas vid vidareforskning som är inom berört område. (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna i denna studie har fått information om att det kan komma att användas till kommande forskning och gett sitt samtycke till att frivilligt delta. Data som tillhandahållits från FoU är avidentifierad, vilket innebär att namnen på de som har deltagit inte är kända. Efter studien kommer data att återlämnas till FoU.

Resultat

Resultatet baseras på 3700 deltagare varav 2116 var kvinnor och 1584 var män i åldrarna 40 år, 50 år och 60 år. Fördelat på kön var det fler kvinnor än män som svarat på enkäten. Den största svarsgruppen var 50-åriga kvinnor (19,7%) (Tabell I).

Tabell I: Fördelning av 40-, 50- och 60 åriga män och kvinnor beskrivet i procent (%).

	Man (n=1584)	Kvinna (n=2116)	Total (n=3700)
40 år	463 (12,5)	681 (18)	1144 (30,9)
50 år	534 (14,4)	729 (19,7)	1263 (34,1)
60 år	587 (15,9)	706 (19)	1293 (34,9)
Total	1584 (42,8)	2116 (57,2)	3700 (100)

Psykisk ohälsa

Det fanns en signifikant skillnad när det gällde psykisk ohälsa mellan könen ($p < 0.001$). Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män psykisk ohälsa, där allmän trötthet låg högst hos båda könen 55,5% (Tabell II).

Tabell II. Förekomsten av sömnbesvär, nervösa besvär, depression/nedstämdhet och allmän trötthet hos män och kvinnor beskrivet i antal och procent (%).

	Man (n=1584)	Kvinna (n=2116)	Total (n=3700)	p-värde
Sömnbesvär	594 (38,3)	1059 (51,5)	1653 (45,8)	$p < 0.001$
Nervösa besvär	372 (24,1)	757 (37,0)	1129 (31,5)	$p < 0.001$
Depression/nedstämdhet	272 (17,2)	522 (24,7)	794 (21,5)	$p < 0.001$
Allmän trötthet	774 (48,9)	1278 (60,4)	2052 (55,5)	$p < 0.001$

En signifikant skillnad sågs vid jämförelse mellan åldrarna där fler 40-åringar redovisade psykisk ohälsa. Avvikande var 60-åringar som i högre grad uppgav sig ha sömnbesvär (48,2%) (Tabell III).

Tabell III. Förekomst av sömnbesvär, nervösa besvär, depression/nedstämdhet och allmän trötthet hos 40 år, 50 år och 60-åringar beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	p-värde
Sömnbesvär	480 (42,6)	567 (46,0)	606 (48,2)	$p < 0.02$
Nervösa besvär	400 (35,7)	381 (31,1)	348 (28,0)	$p < 0.001$
Depression/nedstämdhet	297 (26,6)	257 (21,2)	238 (19,3)	$p < 0.001$
Allmän trötthet	708 (63,0)	690 (56,0)	654 (52,0)	$p < 0.001$

Kvinnor angav i större grad sömnbesvär än män oavsett ålder. Den största gruppen var 60-åringar oavsett ålder där 48,5 % uppgav sömnbesvär. Av 60-åringarna med sömnbesvär var 56,8% kvinnor ($p < 0.001$) (Tabell IV).

Tabell IV. Förekomsten av sömnbesvär hos män och kvinnor samt hos åldrarna 40 år, 50 år och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
P-värde					$p < 0.001$
Man	173 (37,8)	202 (38,5)	219 (38,6)	594 (37,5)	
Kvinna	307 (46,0)	365 (51,6)	387 (56,8)	1059 (50,0)	
Total	480 (42,6)	567 (46,0)	606 (48,5)	1653 (44,7)	

Hos kvinnor redovisade 35,8 % nervösa besvär medan hos män var siffran 23,5 %. Högst var de hos 40-åringar oavsett kön ($p < 0.001$) (Tabell V).

Tabell V. Förekomsten av nervösa besvär hos män och kvinnor samt i åldrarna 40 år, 50 år och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
P-värde					p<0.001
Man	126 (27,8)	121 (23,1)	125 (22,1)	372 (23,5)	
Kvinna	274 (41,1)	260 (37,1)	223 (33,0)	757 (35,8)	
Total	400 (35,7)	381 (31,1)	348 (28)	1129 (30,5)	

Kvinnor uppgav i större utsträckning depression/nedstämdhet ($p<0.03$). Sett till ålder var det 40-åringar som i störst antal angav sig ha någon typ av psykisk ohälsa. Totalt sett, sågs att det skiljde sig mycket mellan könen. 40-åringar var den grupp som angav depression/nedstämdhet i flest fall (Tabell VI).

Tabell VI. Förekomsten av depression/nedstämdhet hos män och kvinnor samt i åldrarna 40 år, 50 år och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
P-värde					p<0.03
Man	98 (21,5)	80 (15,3)	94 (16,7)	272 (17,2)	
Kvinna	199 (30,1)	179 (25,8)	144 (16,7)	522 (24,7)	
Total	297 (26,6)	259 (21,3)	238 (19,3)	794 (21,5)	

Enligt svaren uppgav 60,4 % av kvinnorna besvär med allmän trötthet. Även här sågs att 40-åringarna representerade den största gruppen när det gällde upplevelse allmän trötthet oavsett kön, 70,0% av kvinnorna och 52,7% av männen. Det skiljde det sig i alla åldrarna mellan könen ($p<0.02$) (Tabell VII).

Tabell VII. Förekomsten av allmän trötthet hos män och kvinnor samt i åldrarna 40 år, 50 år och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
P-värde					p<0.02
Man	241 (52,7)	257 (49,0)	278 (48,1)	774 (48,9)	
Kvinna	467 (70,0)	433 (61,1)	378 (54,9)	1278 (60,4)	
Total	708 (63,0)	690 (55,9)	654 (51,8)	2052 (55,5)	

Alkoholkonsumtion

Alkoholvanor baseras på hur ofta svarsdeltagarna dricker ett visst antal standardglas vid ett och samma tillfälle, som kvinna 4 standardglas eller mer och som man 5 standardglas eller mer. Detta redovisas i frekvens av konsumtion *mindre än 1 ggr/månaden* och *1 ggr/månad eller oftare* angivet i (%) samt dess p-värde. Det finns en signifikant skillnad ($p<0.001$) när det gäller alkoholkonsumtion mellan åldrarna. Procenten hos de olika ålderskategorierna skiljer endast med några procentenheter (Tabell VIII).

Tabell VIII. Alkohol 40-, 50- och 60-åringar beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
Alkoholkonsumtion					p<0.001
<1 ggr/månad	973 (87,5)	1052 (86,0)	1079 (86,6)	3104 (83,9)	
≥1 ggr/månad	139 (12,5)	172 (14,1)	167 (13,4)	478 (12,9)	

Jämförs beskriven alkoholkonsumtion *1 ggr/månad eller oftare* ligger det jämnt mellan åldrarna kopplat till kön. Sett till kön ses att 21,1 % av männen dricker *1 ggr/månad eller oftare*, medan siffran hos kvinnor ligger på 7,7 % ($p<0.001$) (Tabell IX).

Tabell IX. Alkoholkonsumtion 1 ggr/månad eller oftare hos män och kvinnor i åldrarna 40, 50 och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

	40 år (n=1144)	50 år (n=1263)	60 år (n=1293)	Total (n=3700)	p-värde
P-värde					p<0.001
Man	97 (21,8)	110 (21,7)	111 (20,1)	318 (21,1)	
Kvinna	42 (6,3)	62 (8,7)	56 (8,1)	160 (7,7)	
Total	139 (12,5)	172 (14,1)	167 (13,4)	478 (12,9)	

Rökning

Antalet som angav att de rökte var 262 personer, sammanlagt 7,2 % av alla deltagare. På frågan om rökvanorna fick deltagarna svara på antal cigaretter eller cigarrer de rökte per dag alternativt paket pipetobak/vecka. Detta redovisades efter omräkning via konverteringstabell i följande kategorier *1-9 cigaretter, 10-19 cigaretter, 20 eller fler cigaretter* angivet i (%) samt dess p – värde.

När det gäller rökvanor fanns ingen signifikant skillnad mellan könen. Det var inte så stor skillnad mellan kvinnor och män sett till antal rökta cigaretter/dag. Skillnaden sågs vid *20 eller fler cigaretter/dag*. Av männen uppgav i 6,8 % en sådan konsumtion medan hos kvinnor var det 1,4 %. Total var det fler kvinnor som rökte (Tabell X).

Tabell X. Konsumtionen av cigaretter hos rökare bland män och kvinnor beskrivet i antal och procent (%).

Cigaretter/dygn	Man (n=118)	Kvinna (n=144)	Total (n=262)
1-9	37 (31,4)	48 (33,3)	85 (32,4)
10-19	73 (61,9)	94 (65,3)	167 (63,7)
≥20	8 (6,8)	2 (1,4)	10 (3,8)

Andelen rökare var högst hos 50-åringarna. Hos 60-åringarna var det 5,9 % som rökte *20 eller fler cigaretter/dag*. De flesta uppgav att de rökte *10-19 cigaretter/dag*, vilket innebar 63,0 %. Hos 50-åringar var den siffran 70,6 % (p<0.257) (Tabell XI).

Tabell XI. Konsumtionen av cigaretter hos rökare i åldrarna 40 år, 50 år och 60 år beskrivet i antal och procent (%).

Cigaretter/dag	40 år (n=51)	50 år (n=109)	60 år (n=102)	Total (n=262)	p-värde
Rökvanor					p<0.257
1-9	22 (43,1)	30 (27,5)	33 (32,4)	85 (32,1)	
10-19	27 (52,9)	77 (70,6)	63 (61,8)	167 (63,0)	
≥20	2 (3,9)	2 (1,8)	6 (5,9)	10 (3,8)	

Samband mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning

Hos kvinnor 40 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 7,3 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 14,8 stycken/dag. Hos de som inte uppgav sig ha någon psykisk ohälsa uppgav 1,4 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 7,5 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtionen drack 8,2 % av de som svarat ja på alla frågor om psykisk ohälsa medan de som inte angav sig ha psykisk ohälsa var det 8,6 % (Tabell XII).

Tabell XII. Förekomsten av psykisk ohälsa hos kvinnor i ålder 40 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal ja-svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	110 (16,2)	8 (7,3)	14,8	100 (90,9)	9 (8,2)
3 av 4	114 (16,7)	3 (2,6)	7	108 (94,7)	5 (4,4)
2 av 4	127 (18,7)	4 (3,2)	2,1	122 (88,2)	4 (3,2)
1 av 4	156 (22,9)	8 (5,1)	4,3	143 (91,7)	8 (5,1)
0 av 4	139 (20,4)	2 (1,4)	7,5	125 (89,9)	12 (8,6)

N= Antal deltagare som har svarat ja.

M=Medelvärde antal cigaretter/dag

Hos kvinnor 50 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 16,8 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 13,6 stycken/dag. Hos de som inte uppgav sig ha några psykiska besvär uppgav 6,0 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 11,3 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtionen drack 10,1 % av de som svarat ja på alla psykisk ohälsobesvär medan de som inte angav sig ha psykisk ohälsa var det 9,1 %. Andelen för de som drack 1 ggr/månad eller oftare 27,7 % hos de som uppgav ja på 3 av 4 psykiska besvär (Tabell XIII).

Tabell XIII. Förekomsten av psykisk ohälsa hos kvinnor i ålder 50 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal ja-svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	119 (16,3)	20 (16,8)	13,6	107 (89,9)	12 (10,1)
3 av 4	94 (12,9)	8 (8,5)	9,9	82 (87,2)	11 (11,7)
2 av 4	143 (19,6)	9 (6,3)	7,9	135 (94,4)	8 (5,6)
1 av 4	121 (16,6)	9 (7,4)	6,5	108 (89,3)	11 (9,1)
0 av 4	199 (27,3)	12 (6,0)	11,3	180 (90,5)	18 (9,1)

N= Antal deltagare som har svarat ja.

M= Medelvärde antal cigaretter/dag

Hos kvinnor 60 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 11,4 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 11,9 cigaretter/dag. Hos de som inte uppgav sig ha någon psykisk ohälsa, uppgav 7,0 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 9,2 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtionen drack 5,7 % av de som svarat ja på alla psykisk ohälsobesvär medan de som inte angav sig ha psykisk ohälsa var siffran 8,0 %. Andelen för de som drack 1 ggr/månad eller oftare var 14,0 % hos de som svarade ja på 3 av 4 psykiska besvär (Tabell XIV).

Tabell XIV. Förekomsten av psykisk ohälsa hos kvinnor i ålder 60 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal ja-svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	88 (12,5)	10 (11,4)	11,9	82 (93,2)	5 (5,7)
3 av 4	93 (13,2)	12 (12,9)	10,6	77 (82,8)	13 (14,0)
2 av 4	148 (21,0)	8 (5,4)	6,9	136 (91,9)	10 (6,8)
1 av 4	134 (19,0)	6 (4,5)	6,5	123 (91,8)	10 (7,5)
0 av 4	187 (26,5)	13 (7,0)	9,2	171 (91,4)	15 (8,0)

N= Antal deltagare som svarat ja.

M=Medelvärde antal cigaretter/dag

Hos män 40 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 8,0 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 14,8 stycken/dag. Hos de som inte uppgav sig ha några psykisk ohälsa uppgav 4,1 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 8,4 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtion drack 24,0 % av de som svarat ja på alla psykiska ohälsovariablerna medan hos de

som inte angav sig ha psykisk ohälsa var det 24,3 %. Andelen för de som drack 1 ggr/månad eller oftare 24,1 % och 9,3 % rökte hos de som svarade ja 3 av 4 på psykiska ohälsovariablerna (Tabell XV).

Tabell XV. Förekomsten av psykisk ohälsa hos män i ålder 40 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal ja-svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	50 (10,8)	4 (8,0)	14,8	37 (74,0)	12 (24,0)
3 av 4	54 (11,7)	5 (9,3)	5,3	36 (66,7)	13 (24,1)
2 av 4	80 (17,3)	5 (5,3)	4	61 (64,2)	18 (19,0)
1 av 4	91 (19,7)	2 (2,2)	3	79 (86,8)	10 (11,0)
0 av 4	169 (36,5)	7 (4,1)	8,4	122 (72,2)	41 (24,3)

N= Antal deltagare som svarat ja.

M=Medelvärde antal cigaretter/dag

Hos män 50 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 9,3 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 11,5 stycken/dag. Hos de som inte uppgav sig ha någon psykisk ohälsa uppgav 7,2 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 12,1 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtion drack 23,3 % 1 ggr/månad eller oftare av de som svarat ja på alla frågor på psykisk ohälsa medan hos de som inte angav sig ha psykisk ohälsa var det 17,3 % (Tabell XVI).

Andelen de som drack 1 ggr/månad eller oftare var 27,1 % och 10,4 % rökte hos de som hade 2 av 4 psykiska ohälsovariablerna. 10,6 % rökte hos de som svarade ja på 3 av 4 psykiska ohälsovariablerna där medelantalet cigaretter blev 18,5 cigaretter/dag.

Tabell XVI. Förekomsten av psykisk ohälsa hos män i ålder 50 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal ja-svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	43 (8,1)	4 (9,3)	11,5	31 (72,1)	10 (23,3)
3 av 4	47 (8,8)	5 (10,6)	18,5	36 (76,6)	9 (19,2)
2 av 4	96 (18,0)	10 (10,4)	11,7	66 (68,8)	26 (27,1)
1 av 4	125 (23,4)	9 (7,2)	3,8	91 (72,8)	27 (21,6)
0 av 4	208 (39,0)	15 (7,2)	12,1	160 (76,9)	36 (17,3)

N= Antal deltagare som svarat ja.

M=Medelvärde antal cigaretter/dag

Hos män 60 år som svarat ja på alla 4 psykiska ohälsovariablerna var det 14,3 % som uppgav att de rökte. Medelantalet cigaretter var 33 stycken/dag. Hos de som inte uppgav sig ha någon psykisk ohälsa uppgav 3,5 % att de var rökare och rökte i genomsnitt 16,3 cigaretter/dag. Angående alkoholkonsumtion drack 24,5 % av de som svarat ja på alla psykiska ohälsovariabler medan hos de som inte angav sig ha psykiska besvär var det 16,5 %.

Andelen för de som drack 1 ggr/månad eller oftare var 30,6 % hos de som svarade ja på 3 av 4 psykiska ohälsovariablerna (Tabell XVII).

Tabell XVII. Förekomsten av psykisk ohälsa hos män i ålder 60 år beskrivet i antal och procent (%) efter antal svar psykisk ohälsa i relation till tobaksbruk och alkoholkonsumtion.

Psykisk ohälsa	N	Rökare	M	Alkoholkonsumtion <1 ggr/mån	Alkoholkonsumtion ≥ 1 ggr/mån
4 av 4	49 (8,4)	7 (14,3)	33	34 (69,4)	12 (24,5)
3 av 4	49 (8,4)	6 (12,2)	7,7	31 (63,3)	15 (30,6)
2 av 4	107 (18,2)	12 (11,2)	10,1	84 (78,5)	18 (16,8)
1 av 4	111 (18,9)	12 (10,8)	6,8	86 (77,5)	23 (20,7)
0 av 4	231 (39,4)	8 (3,5)	16,3	182 (78,8)	38 (16,5)

N= Antal deltagare som svarat ja.

M=Medelvärde antal cigaretter/dag

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara syftet som handlar om samband mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning användes en kvantitativ metod. Enligt Polit & Beck (2012) anses det lämpligt då förhållanden mellan olika fenomen studeras. Då omfattningen av materialet bestod av 3700 deltagare gav det en tyngd i analysen och en säkrare signifikants skillnad, detta ger en god generaliserbarhet. Generaliserbarhet föreligger när resultaten och slutsatserna i en forskningsstudie kan tillämpas på andra liknande undersökningar eller populationer. Termen har sitt ursprung i kvantitativ forskning där slumpmässiga statistiska undersökningar görs (Holloway & Wheeler, 2002). Nackdel med att få redan insamlad data är att användaren i efterhand inte kan påverka innehållet eller metoden för insamlingen. Det är viktigt att tänka på dataregistrets validitet. När olika svarsdeltagare ska definiera ett tillstånd t.ex. sömnbesvär är det ofrånkomligt att variationer uppstår. Några analyser baseras på mindre än 3700 personer då en del deltagare inte besvarat alla frågor, detta innebar därför ett internt bortfall i studien. Materialet bestod av fler kvinnliga än manliga deltagare, vilket kan ge ett skevt resultat. En tänkbar orsak till att inget samband sågs kan vara att de personer som medverkar i dessa hälsosamtal inte är de som mår psykisk dåligt då hälsosamtalen är frivilliga. En risk finns också att de som konsumerar stora mängder alkohol eller tobak underrapporterar sin konsumtion vilket också kan ge ett missvisande resultat. Slutligen är det också viktigt att fundera kring användbarheten av valt register (Andersson, 2006). Här anses registeruppgifterna svara tillfredställande mot studiens syfte som var att undersöka sambandet mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning hos 40-, 50- och 60-åriga kvinnor och män. Valet av inklusionskriterier gjordes för att det upplevdes representera åldersspannet bra. Originalmaterialet bestod av deltagare i ålder 40 år, 45 år, 50 år, 55 år, 60 år, 65 år och 70 år. Personer som var 45 år, 55 år, 65 år och 70 år valdes bort då det endast genomförts i ett av de två länen samt deltagarna var få till antal. I efterhand hade det varit intressant att även inkludera 70-åringar, detta för att se vad som sker med den psykiska ohälsan i relation till alkoholkonsumtion och rökning efter pensionsåldern. Då materialet tillhandahölls i en SPSS-fil ansågs detta positivt då det är ett bra instrument för att granska och genomföra statistiska beräkningar, detta ökar reliabilitet och minskar risken för felberäkningar (Wahlgren, 2008). För att testa statistisk signifikans mellan grupper utfördes Chi två-test (χ^2 - test), där två grupper av icke-parametrisk data jämfördes och Kruskal-Wallis test där tre eller fler grupper jämfördes. Student's t-test användes vid parametrisk data där jämförelse gjordes mellan två grupper och en-vägs ANOVA där tre eller fler parametrisk data testades mot varandra (Polit & Beck). P-värde sattes till $p < 0,05$, detta visar att det med 95 % säkerhet kan sägas att det finns en skillnad. P-värde är en statistisk testning för att se sannolikheten för att de erhållna resultaten beror på slumpen.

Resultatdiskussion

Det finns rapporterat att ett samband mellan psykisk ohälsa och missbruk finns (WHO, 2013; Socialstyrelsen, 2015) men i denna studie påvisades inget samband. Ett mönster kunde ses när enskilda åldrar och variabler studerades. De som uppgav sig ha 3 av 4 psykiska ohälsotillstånd tenderade att konsumera mer alkohol. När det gäller rökningen var mönstret inte lika tydligt. Dock kunde det ses att de personer som uppgav sig ha 4 av 4 psykiska ohälsotillstånd rökte i snitt ca 2 cigaretter mer än de som inte uppgav sig ha någon psykisk ohälsa. En tänkbar orsak till detta kan vara att det endast var 7,2 % av deltagarna som var rökare och den signifikanta skillnaden sattes på $p < 0,05$. I Sverige är andelen rökare lågt internationellt sett, dagligrökare minskar och har så gjort de senaste 25 åren (Folkhälsomyndigheten, 2015; Statistiska centralbyrån, 2007). En viktig kunskap att ha som sjuksköterska är dock att nikotin kan stärka den lugnande effekten av alkohol om de

kombineras (Acheson, Mahler, Chi & Wit, 2006). Om en person lider av psykisk ohälsa såsom nervösa besvär så finns det en ökad risk att denne tar till alkohol och tobak för att döva dessa symtom. En reflektion som gjorts efter studiens genomförande var att om en annan fråga i Hälsolyftet valts ut gällande alkoholkonsumtionen som redovisar veckokonsumtion istället för antal standardglas per vecka som deltagarna drack vid ett och samma tillfälle, kunde eventuellt ett annat resultat påvisats. På grund av detta framkom inte deltagare som drack mindre mängder per tillfälle men oftare. I studiens resultat påvisades också intressanta fynd på enskilda variabler. Det sågs att kvinnor i större utsträckning rapporterade psykisk ohälsa. Oavsett kön upplevde 40-åringar i högre grad ha psykisk ohälsa i form av nervösa besvär, depression/nedstämdhet och allmän trötthet men att det sjunker med stigande ålder. Detta kan styrkas då dubbelt så många kvinnor än män avlider med psykisk sjukdom som underliggande dödsorsak (Hörnblad, 2015). En bakomliggande orsak kan eventuellt vara svårigheten att få ihop livspusslet. Karriär ska göras samtidigt som familjelivet tar stor plats. Det som sågs avvika gällande psykisk ohälsa var att sömnbesvär istället ökade med åldern och var som högst hos 60-åringarna. Här finns det kanske en gerontologisk orsak som hör till det normala åldrandet, som innefattar att människan behöver mindre sömn med stigande ålder (Prinz, 2004). Hos kvinnor ökade sömnbesvären med stigande ålder med mer än 10 %. Även här finns kanske en gerontologisk orsak till detta resultat då kvinnor kommer i menopausen i 50-60 års ålder som i sin tur kan påverka sömnkvaliteten. Kvinnor med besvär i övergång till menopaus har i 50 % av fallen ett underskott av sömn (Baker, Willoughby, Sassoon, Colrain & de Zambotti, 2015). Gällande variabeln alkoholkonsumtion visade resultatet att män oftare dricker än kvinnor oavsett ålder. Vilket även påvisats i en studie genomförd i USA där de som konsumerar mest alkohol var män och de drack mer frekvent och i större volymer. När det gäller riskdrickande var män överrepresenterade (Roberts, 2012). Efter denna studie genomförts kan det ändå tolkas som att psykisk ohälsa kan öka risken att bruka alkohol och tobak även om sambandet inte kunde ses i dessa två län i Södra Sverige (WHO, 2014; Phillips, 2014; Bowden, Miller & Hiller, 2011; Smith, Mazure & McKee, 2014; Socialstyrelsen, 2015). Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde är att främja hälsa (Willman, 2014). Det ses som viktigt att sjuksköterskan har kunskapen om sambandet mellan psykisk ohälsa och alkohol samt rökning för att de ska kunna fånga upp de personer som befinner sig i riskzonen. Då grunden i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete är samtal (Socialstyrelsen, 2011) finns många arbetstillfällen att nyttja. Det kan vara i samband med telefonrådgivning, mottagningsbesök men framförallt under hälsosamtalen som genomförs med 40-, 45-, 50-, 55-, 60-, 65- och 70-åringar. Även Wärnå lyfter fram hälsosamtalens tyngd i sin avhandling för att främja hälsa (Wärnå, 2002). Uppmärksammar sjuksköterskan tecken på ohälsa tidigt genom samtal, kan det minska risken att personen brukar alkohol och tobak (Bakhshi & While, 2014; Percival, 2013) och på långsiktigt perspektiv även förbättra den psykiska ohälsan. Detta gör det också etiskt försvarbart att sjuksköterskan måste få tid för samtal med sina patienter om svåra frågor kring psykisk ohälsa, alkohol samt rökning (Wärnå, 2002). Ställa rätt frågor i samtalen med patienterna bör ingå i sjuksköterskans professionella bedömningsförmåga då omvårdnad handlar om att förstå en situation och handla för patientens bästa (Wiklund-Gustin & Bergbom, 2012). Det skulle vara intressant att i vidare forskning undersöka om det finns andra faktorer som påverkar den psykiska ohälsan.

Slutsatser

Resultatet av denna studie visar att det inte finns ett samband mellan upplevd psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökning hos 40-, 50- och 60-åringar, i de två länen i södra Sverige. Mönster kunde ändå ses på vissa variabler. Det sågs att kvinnor i större utsträckning rapporterade psykisk ohälsa. Oavsett kön upplevde 40-åringarna sig i högre grad ha psykisk ohälsa. Det som sågs avvika gällande psykisk ohälsa var att sömnbesvär ökade med åldern och var som högst hos 60-åringarna. De som uppgav sig ha 3 av 4 psykiska ohälsotillstånd tendera att konsumera mer alkohol. Män dricker oftare än kvinnor oavsett ålder.

Kliniska implikationer

Denna studie belyser sambandet mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion samt rökvanor. Oklarheter finns om dess egentliga samband, detta visar på att fortsatt forskning är nödvändig. Sjuksköterskans uppgift är att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande och har sjuksköterskan kunskap om psykisk ohälsa, alkoholens och rökningens effekter och hur de påverkar varandra kan det ändå bidra till en bättre identifiering och bättre behandling. När patienten kontakter sjuksköterska och uppger sig ha psykisk ohälsa ska sjuksköterskan aktivt fråga om dennes alkoholkonsumtion och rökvanor för att kunna upptäcka ohälsosamma levnadsvanor och ohälsa. Även på långsiktigt perspektiv kan den psykiska ohälsan förbättras på en samhällsnivå om sjuksköterskan arbetar på detta sätt.

Förslag på hur sjuksköterskan kan arbeta för en bättre identifiering av samband mellan psykisk ohälsa, alkoholkonsumtion samt rökning:

- **Kunskap** – Att ha kunskapen om psykisk ohälsa och att risken finns för ett ökat bruk av alkohol och rökning.
- **Samtal** – Att vid varje samtal vara uppmärksam på psykisk ohälsa och då aktivt våga fråga om alkoholkonsumtion samt rökvanor.
- **Kunskapsstöd** – Att fråga om alkoholkonsumtionens samt rökningens kvantitet, frekvens och variation. Som stöd kan exempelvis en vedertagen blankett användas såsom *Mina Levnadsvanor och AUDIT*.

Referenser

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Acheson, A., Mahler, S. V., Chi, H., & de Wit, H. (2006). Differential effects of nicotine on alcohol consumption in men and women. *Psychopharmacology*, *186*(1), 54-63.

Baker, F. C., Willoughby, A. R., Sassoon, S. A., Colrain, I. M., & de Zambotti, M. (2015). Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology*, *60*, 96-104.

Bakhshi, S., & While, A. E. (2014). Older people and alcohol use. *British Journal of Community Nursing*, *19*(8), 370-374.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A., & Penninx, B. (2010). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, *131* (1-3), 233-242.

Bowden, J. A., Miller, C. L., & Hiller, J. E. (2011). Smoking and mental illness: a population study in South Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 325-331.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Daglig rökning*. Hämtat 21 april 2016, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/folkhalsoatlas/rapportblad/daglig-rokning/>

Freund, A. M., Knecht, M., & Wiese, B. S. (2014). Multidomain engagement and self-reported psychosomatic symptoms in middle-aged women and men. *Gerontology*, *60*(3), 255-262.

Holloway, I. & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Blackweel Publishing

Hörnblad, J. (2015). *Dödsorsaker 2014*. Stockholm: Avdelningen för statistik och jämförelse.

Laufer, N., Zilber, N., Jecsmien, P., Maoz, B., Grupper, D., Hermesh, H., . . . Munitz, H. (2013). Mental disorders in primary care in Israel: Prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(10), 1539-1554.

Lauver, D-R. (2000). Commonalities in Women's Spirituality and Women's Health. *Advances in Nursing Science*, *22*(3), 76-88.

Lindsey, E. (1996). Health within illness: experiences of chronically ill/disabled people. *Journal of Advanced Nursing*, *24*(3), 465-472.

Muschalla, B., & Linden, M. (2012). Specific job anxiety in comparison to general psychosomatic symptoms at admission, discharge and six months after psychosomatic inpatient treatment. *Psychopathology, 45*(3), 167-173.

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Anxiety and depression symptoms following smoking cessation and/or brief alcohol treatment among moderate risk smokers and drinkers. *Journal of Psychology in Africa, 25*(4), 361-363.

Percival, J. (2013). How nurses can help patients with heart conditions to stop smoking. *Nurse Prescribing, 11*(9), 442-447.

Phillips, A. (2014). One too many: alcohol consumption and the health risks. *Nursing & Residential Care, 16*(4), 206-209.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health och Lippinkott Williams & Wilkins.

Prinz, P.N. (2004). Age impairments in sleep, metabolic and immune functions. *Experimental Gerontology, 39*, 1739-1743.

Roberts, S.C.M. (2012). Whether men or women are responsible for the size of gender gap in alcohol consumption depends on alcohol measure: A study across the United States. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly, 39*(2), 195-212.

Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., . . . Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 201-210.

Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry, 13*(1), 1-14.

Smith, P.H., Mazure, C.M., & McKee, S.A. (2014). Smoking and mental illness in the US population. *Tobacco Control: An International Journal, 23*, 147-153.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 4 februari 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Slutrapport av ett regeringsuppdrag*. Hämtad 4 februari 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19987/2015-12-9.pdf>

Statistiska centralbyrån (2007). *Alkohol- och tobaksbruk*. Hämtad 21 april 2016, från http://scb.se/statistik/publikationer/LE0101_2004I05_BR_LE114SA0701.pdf

Tait, R. J., French, D. J., Burns, R., & Anstey, K. J. (2012). Alcohol use and depression from middle age to the oldest old: Gender is more important than age. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1275-1283.

Udo, T., Vásquez, E., & Shaw B.A. (2015). A lifetime history of alcohol use disorder increases risk for chronic medical conditions after stable remission. *Drug & Alcohol Dependence*, 157, 68-74.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 29 mars 2016 från

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund-Gustin, L., & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

World Health Organization. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 26 januari, 2016. från

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Hämtad 1 februari, 2016 från

http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Hämtad 16 februari 2016 från

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf?ua=1

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Hämtad 23 februari 2016 från

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

World Health Organization (2014). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Hämtad 17 februari 2016 från

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Wärnå. (2002). *C. Dygd och hälsa*. Akademisk avhandling. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo. Akademi.

Bilagor

Bilaga 1

8. Har du under de senaste 12 månaderna haft något eller några av följande besvär?

	Ja	Nej
Sömnbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär (ångslan, oro, ångest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression, nedstämdhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmän trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas och du som är man 6 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Så gott som dagligen

20. Mina rökvanor.

- Jag röker dagligen cigaretter/dag
- cigarrer/dag
- paket pipobak/vecka

EGENGRANSKNING VID EXAMENSARBETEN

 Examensarbetets titel: *Samband mellan psykisk ohälsa & alkoholkonsumtion samt rökning*

 Student/studenten: *Isabelle Johansson Memic, Sabina Forssméd*

 Handledare: *Berit Munck*

	Ja	Tveksamt	Nej
1. Kan projektet innebära någon eller några av följande nackdelar för deltagaren (patient, försöksperson, informant)?			
a/ Medicinsk risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b/ Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c/ Hot mot personlig integritet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d/ Annat obehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Kan det garanteras att deltagarna inte kan identifieras i resultatredovisningen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är deltagandet i projektet frivilligt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan en deltagare när som helst och utan angivande av skäl avbryta sitt deltagande?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Innebär studien att personregister upprättas - om ja - vem ansvarar för registret och till vem anmäls registret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
..... (registeransvarig person)			
6. Hur är den skriftliga informationen utformad?			
a/ Beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess uppläggning och syfte. (Inga fackuttryck, klar svenska)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas av beslut om att medverka eller avstå från medverkan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas om deltagaren avbryter sin medverkan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erbjuds försökspersonerna att ta del av forskningsresultatet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

 Jönköping den *2016-05-16*
Sabina Forssméd
.....

Isabelle Johansson Memic
.....
Student/studenten

Berit Munck
.....
Handledare