

“Jag har lärt mig att leva med det, så jag lever faktiskt”.

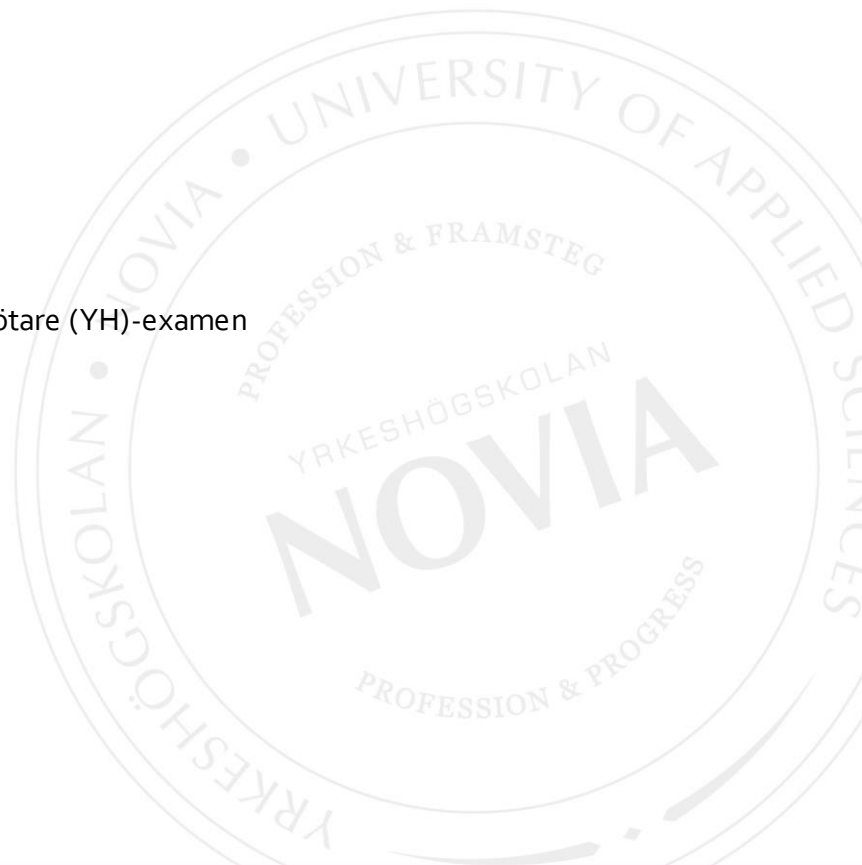
En kvalitativ intervjustudie om människors upplevelser om hur livskvaliteten påverkas av att leva med kronisk smärta samt om det finns tillräckligt med stöd och resurser inom vården för att stöda kroniska smärtpatienter

Pernilla Sundqvist
Pamela Holmborg

Examensarbete för Sjukskötare (YH)-examen

Utbildningen Sjukskötare'

Vasa, maj 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Pamela Holmborg & Pernilla Sundqvist

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Fördjupad klinisk vård

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: "Jag har lärt mig att leva med det, så jag lever faktiskt".

En kvalitativ intervjustudie om människors upplevelser om hur livskvaliteten påverkas av att leva med kronisk smärta samt om det finns tillräckligt med stöd och resurser inom vården för att stöda kroniska smärtpatienter.

Datum 7.5.2121 Sidantal 23

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ intervjustudie öka förståelsen bland vårdpersonal om hur det är att leva med en kronisk smärta och hur det påverkar den kroniskt sjukas livskvalitet. Vi kommer att utgå från två frågeställningar: Hur påverkar den kroniska smärtan det vardagliga livet? Och finns det tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att stöda kroniska smärtpatienter? Som teoretisk utgångspunkt använde vi KASAM av Aaron Antonovsky. Teorin utgår från tre olika begrepp; *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*.

Resultatet av studien utgår från 7 intervjuer, varav alla lider av kronisk smärta på ett eller annat sätt. Intervjun utgår från sju intervjufrågor och med några följdfrågor, men varje deltagare har fått berätta ganska fritt och sina erfarenheter kring ämnet.

I resultatet framkommer det att alla deltagare någon gång under sin sjukdomstid upplevt att den kroniska smärtan påverkat livskvaliteten negativt. Allt från påverkan på familjelivet och vardagen till påverkan på den psykiska och fysiska hälsan. De flesta vi intervjuade upplevde att de åtminstone i början av sjukdomen inte blev tagen på allvar av sjukvården och framförallt inte av läkare. Att få en diagnos har för flera gjort det lättare att bli tagen på allvar av sjukvården.

BACHELOR'S THESIS

Author: Pamela Holmborg & Pernilla Sundqvist

Degree Programme: Nursing degree

Specialization:

Supervisor(s): Rika Levy-Malmberg

Title: "I have learned to live with it, so I actually live."

A qualitative interview study on people's experiences of how the quality of life is affected by living with chronic pain and whether there is sufficient support and resources in care to support chronic pain patients

Date 7.5.2121

Number of pages 23

Appendices 3

Abstract

The purpose of this study is to increase the understanding among healthcare professionals about what it is like to live with chronic pain and it affects that person's quality of life through a qualitative interview study. We started from two questions: How does the chronic pain affect everyday life? And are there enough resources and support services in healthcare to support chronic pain patients? As a theoretical starting point we used SOC, Sense of coherence by Aaron Antonovsky. The theory is based on three concepts: Comprehensibility, manageability and meaningfulness.

The results of the study are based on seven interviews, all of which suffer from chronic pain in one way or another. The interview is based on seven interview questions and with some follow-up questions, but each participant has been allowed to tell quite freely and their own experiences on the subject. The results show that all participants at some point during the illness experienced that the chronic pain had a negative effect on the quality of life. Everything from the impact on family life and everyday life to the impact on mental and physical health. Most of the people we interviewed felt that, at least at the beginning of the illness, they were not taken seriously by the healthcare service and above all not by doctors. Getting a diagnosis has made it easier for many to be taken seriously by healthcare.

Language: Swedish

Key words: Chronic pain, quality of life, healthcare resources

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|---|
| 1 | Inledning..... | 1 |
| 2 | Syfte och frågeställningar..... | 2 |
| 3 | Teoretiska utgångspunkter..... | 2 |
| 3.1 | KASAM..... | 2 |
| 3.2 | Begriplighet..... | 3 |
| 3.3 | Hanterbarhet..... | 3 |
| 3.4 | Meningsfullhet..... | 3 |
| 4 | Bakgrund..... | 4 |
| 4.1 | Smärta..... | 4 |
| 4.2 | Kronisk smärta..... | 4 |
| 4.3 | Den biopsykosociala helheten..... | 5 |
| 4.3.1 | Biologiska faktorer..... | 5 |
| 4.3.2 | Psykosociala faktorer..... | 7 |
| 4.4 | Behandling och stöd vid kronisk smärta..... | 9 |
| 5 | Metod..... | 11 |
| 5.1 | Urval av informanter..... | 12 |
| 5.2 | Intervju som datainsamlingsmetod..... | 12 |
| 5.3 | Dataanalys..... | 13 |
| 5.4 | Etiska överväganden..... | 15 |
| 6 | Resultat..... | 15 |
| 6.1 | Arbete och vardag PH..... | 16 |
| 6.2 | Psyksiska hälsan..... | 17 |
| 6.3 | Fysiska hälsan PH..... | 18 |
| 6.4 | Brister i sjukvården..... | 19 |
| 6.5 | Stöd och resurser från vården PH..... | 20 |
| 6.6 | Alternativa behandlingar och metoder PS..... | 21 |
| 7 | Diskussion..... | 21 |
| 7.1 | Metoddiskussion..... | 21 |
| 7.2 | Resultatdiskussion..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| 6 | Källförteckning..... | 25 |

1 Inledning

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar livskvaliteten som individens uppfattning om deras ställning i livet inom den kultur- och värdesystem där de bor och i förhållande till deras mål, förväntningar, normer och bekymmer. Att uppleva smärta är något av de vanligaste hälsoproblemen människorna upplever idag och faktum är att antalet kroniska smärtpatienter bara ökar i antalet. I takt med att kroniska sjukdomar ökar och befolkningen lever längre blir det allt fler som får lära sig att hantera kronisk smärta genom livet. Att lära sig att hantera smärta kan kräva en hel livsomställning för en människa, därför är det viktigt för närstående att vara stöttande och visa förståelse för den drabbade. Kronisk smärta definieras idag inte enbart som ett symptom utan mera som ett fenomen eller syndrom, det kan man förklara genom att orsaken till smärtans uppkomst är en sammanställning av olika faktorer; fysiologiska, psykologiska, sociologiska, kulturella och religiösa faktorer. (Hägerstam, 2008)

Enligt internationella smärtorganisationen (IASP) definieras smärta som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse. När en människa upplevt smärta en längre tid sker förändringar i både det perifera såsom centrala nervsystemet, vilket gör att smärtan övergår från symptom till syndrom och börjar påverka flera av kroppens system. Det innebär att bland annat, sömnkvalitet, kognitiva funktioner, daglig aktivitet, delaktighet, relationer och sinnesstämning, kan påverkas. Därmed kan långvarig smärta leda till social isolering och försämrad livskvalitet. För personen kan det innebära stort lidande och för samhället stora kostnader, både för vårdkostnader och sjukskrivningar. (Kalso, E. 2018)

Orsaken varför det här ämnet intresserar oss och varför vi valde att skriva om det är för att vi tycker det är viktigt att ha kunskap inom ämnet framförallt bland vårdpersonal men även bland de som är närstående till en drabbade. Eftersom kronisk smärta är ett så vanligt förekommande fenomen så kommer man i kontakt med patienterna på vilken avdelning eller vårdplats man än jobbar. För att kunna bemöta patienterna på rätt sätt behöver man ha kunskap inom hur smärtan påverkar patienten.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ intervjustudie öka förståelsen bland vårdpersonal om hur det är att leva med en kronisk smärta och hur det påverkar den kroniskt sjuka. Frågeställningar vi kommer att använda oss av är:

1. Hur påverkar den kroniska smärtan det vardagliga livet?
2. Finns det tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att kunna stöda kroniska smärtpatienter?

3 Teoretiska utgångspunkter

Idag är det många som fått lära sig att leva med olika kroniska smärttillstånd och det har förändrat dem på flera olika sätt. I studien har skribenterna valt att använda sig av Aaron Antonovskys teori KASAM, känsla av sammanhang. Teorin hittas i hans bok "Hälsans mysterium". Skribenterna kommer först att skriva allmänt om hans teori och sedan gå in på de tre olika begreppen som teorin utgår från; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Skribenterna anser att denna teori är passande med tanke på hur kronisk smärta kan påverka en människas livskvalitet på olika sätt beroende på hur människan väljer att hantera situationen.

3.1 KASAM

Antonovskys utgår från *varför förblir människor friska?* istället för det vanliga motsatta perspektivet *varför blir människor sjuka?* När Antonovsky studerade medicinsk sociologi och kvinnors hälsotillstånd som överlevt Förintelsen upptäckte han stora skillnader i de drabbades psykiska hälsa, beroende på hur de hade hanterat svårigheterna under andra världskriget. Har man god psykisk hälsa anses man enligt Antonovsky även ha hög känsla av sammanhang, därifrån uppkom teorin KASAM. Teorin utgår från tre olika begrepp; *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.*

Antonovsky är övertygad om att känsla av sammanhang är en mycket viktig faktor för att hållas frisk. Enligt han är en människa varken frisk eller sjuk, utan befinner sig hela tiden någonstans emellan dessa två poler. Varje människas KASAM nivå kan mätas. Personer med en stark nivå utstrålar mera lugn än personer med svag nivå, med andra ord så klarar ofta personer med stark KASAM att bättre hantera stress och svårigheter än personer med

svag KASAM. Beroende på hur hög nivå av KASAM en person har kommer man tolka en stressor på olika sätt och väcka olika känslor, t.ex. en person med stark KASAM kan känna smärta, ilska, oro och sorg men klarar ändå av att hantera det och eventuellt även lösa problemet medan en person med svag KASAM kan uppleva ångest, förtvivlan och övergivenhet och har svårt att ta sig ur sin svåra livssituation.

3.2 Begriplighet

Begreppet begriplighet är enligt Antonovsky kärnan i hans teori. Begreppet syftar på att olika stimuli är gripbara dvs. sammanhängande och strukturerande snarare än kaotisk och slumpmässig. Människor vill undvika oförutsägbara händelser för att på så sätt göra livet mera begripligt och ifall det uppkommer överraskningar vill människan kunna förklara händelsen. (Antonovsky, 2005)

3.3 Hanterbarhet

Hanterbarhet kan förklaras genom hur en människa klarar av att hantera olika situationer utifrån vilka resurser man har till förfogande och hur man förhåller sig till olika krav. Till resurser räknas både det som man själv har som person samt sådant man får från andra tex. av sin make/hustru, vänner, kolleger, Gud, eller professionella. Har man en hög känsla av hanterbarhet kommer man kunna hantera olyckliga händelser i livet på ett bättre sätt genom att undvika att se sig som ett hjälplöst offer och istället se vilka resurser man har för att hantera motgångarna. Personer som lyckas med detta sägs även bli mer motståndskraftiga emot ohälsa. (Antonovsky, 2005)

3.4 Meningsfullhet

Komponenten meningsfullhet syftar i stora drag på att livet har en känslomässig innebörd, att trots alla svåra motgångar och krav klarar man av att se det positiva i det snarare än som bördor och problem man hellre vore utan. För att må bra behöver vi uppleva de svårigheter vi ställs inför som värda att lägga energi på, vi behöver även hitta en mening i den och göra det bästa av situationen för att komma igenom svårigheterna med värdigheten i behåll. (Antonovsky, 2005)

4 Bakgrund

Att leva med kronisk smärta innebär lidande på många plan. Det kan ge både psykiska, fysiska och sociala problem. Smärtupplevelsen är unik och alla upplever den olika. I detta kapitel kommer vi att ta upp allmänt om smärta, kronisk smärta, den biopsykosociala helheten och de olika behandlingsformerna.

4.1 Smärta

Smärta är ett av kroppens mest svåra och avancerade varningssystem och är dessutom helt avgörande för vår hälsa. Smärta är en viktig skyddsreflex som skall signalera åt oss, ifall något är fel i kroppen. Det betyder att hjärnan får signaler från de ställen där det inte står rätt till. Smärta är något som vi upplever, och smärtan upplevs olika för alla. Den är unik för var och en av oss och du själv vet bäst om hurdana dina plågor är. Smärta kan komma plötsligt eller vara långvarande. Vi människor gillar inte att ha ont och känna smärta, men finns det något positivt med smärta? Ja, om vi inte kunde känna smärta så skulle kroppen inte heller kunna reagera effektivt på hot, såsom infektioner och skador.

Lidande är en del av vår kultur. Om vi tänker att kroppen inte kunde känna smärta, vad skulle då hända om t.ex. din blindtarm skulle bli inflammerad? Om du inte känner smärta, hur skulle du få reda på att du har en gallsten som behöver åtgärdas akut? Vi kan konstatera att smärtsystemet behövs för att kroppen skall kunna reagera och kunna signalera. Smärtsystemet är helt enkelt livsviktigt. (Wicksell, 2014, s. 29 - 30)

4.2 Kronisk smärta

Smärta är kronisk när den varat mer än tre månader eller överskridit den normala läkningstiden för vävnadsskadan. Idag är det många som fått lära sig att leva med olika kroniska smärttillstånd och det har förändrat dem på ett eller annat sätt. Även en stor del av smärtpatienterna har inte fått någon diagnos och vet inte orsaken till smärtan, vilket kan göra att patienten känner ännu mera oro och hopplöshet än om personen hade fått en diagnos. Långvariga smärttillstånd förekommer i alla åldrar men antalet ökar och blir mer vanligt ju äldre

man blir och eftersom befolkningen överlag idag lever längre så ökar antalet kroniska smärtpatienter. (Terveysportti, 2020)

Smärtpatienterna är och kommer även vara i framtiden vara en majoritet av patienterna som söker vård på sjukhus, det vi behöver komma ihåg är att utvecklingen av kronisk smärta är unik för varje människa och så är även behandlingen. Det är viktigt att ta itu med smärtproblemen så fort som möjligt för att undvika att de försämras, ju tidigare man börjar arbeta med alla de biopsykosociala faktorerna desto snabbare kan personen börja må bättre. (Linton, 2013, s. 234 – 235)

4.3 Den biopsykosociala helheten

Oftast när vi människor börjar uppleva smärta tänker vi att det går över inom några dagar eller veckor, sällan tänker vi att vi ska behöva lära oss att leva smärtan i flera år eller hela livet ut. Kronisk smärta uppstår på grund av flera olika faktorer och för att kunna förstå hela orsaken bakom långvariga smärttillstånd behöver man se det som en utvecklingsprocess. Processen kan se olika ut från person till person och därför finns det inte enbart en förklaring till varför människor utvecklar långvariga smärtproblem. Smärta är inte enbart ett neurofysiologiskt fenomen, hur vi väljer att hantera och reagera på smärtan spelar också en stor roll hur smärtan utvecklas. (Linton, 2013)

4.3.1 Biologiska faktorer

Det finns flera olika biologiska faktorer som kan påverka att kronisk smärta uppstår, med tiden sker många förändringar i både centrala och perifera nervsystemet som med tiden utvecklas från ett akut smärtsymtom till att bli ett kroniskt smärt syndrom. Kronisk smärta kan delas in i tre grupper: 1) Smärta pga vävnadsskada eller inflammation (t.ex. reumatism, ledförslitning) 2) Neuropatisk smärta (trauma, infektions- eller metabola sjukdomar) 3) Ideopatisk smärta (orsaken till smärtan okänd). (Norrbrink, 2012, s. 51)

Central sensitisering är ett brett fenomen som är associerad med utvecklandet av kronisk smärta. Det uppstår förändringar i det centrala nervsystemets neuron, vilket leder till ökad känslighet för smärta. Personer som är drabbade av detta kan även känna smärta trots att själva skadan är borta. Fenomenet kan uppstå som en följd av flera olika sjukdomar och skador som t.ex. Reumatoid artrit, IBS, endometrios, whiplashs skador, ryggsmärta mm. Långtidspotentiering är annan biologisk faktor till uppkomsten av kronisk smärta, det kan öka personers smärta eftersom LTP anses spela en stor roll i inlärningen av smärta, även

smärtminne. Vid långtidspotentiering sker en förstärkning av signalöverföringen mellan två neuron. För att förhindra att långtidspotentiering uppstår är det viktigt att akuta smärtor behandlas i god tid. (Norrbrink, 2012)

I kroppen har människan egna smärtlindrande system, men vid långvarig smärta kan en dysfunktion i detta smärthämmande system uppstå, vilket benämns som disinhibition. Detta gör att smärtan ökar och blir hela tiden närvarande. Det sägs att fenomenet kan vara en orsak till den ökade sjukdomen fibromyalgi, men man vet inte säkert. Man har även konstaterat att vid långvarig smärta aktiveras helt andra områden i hjärnan och i högre grad än vid akut smärta. Man kan bland annat se en ökad aktivitet i området som reglerar vila och vakenhet, vilket betyder att hjärnans viloläge är förhöjt. Symtomen som personen upplever är trötthet och energilöshet, tillståndet kan likna ett utmattningstillstånd. Orsaken varför många med kronisk smärta kan uppleva ökad trötthet vid fysisk aktivitet och stress kan förklaras genom att vid långvarig smärta, som vid långvarig stress, påverkas ofta kroppens hormonproduktion och många organfunktioner som är viktiga för överlevnad, t.ex. binjurarna som ska producera stresshormonet kortisol. Antingen pga. minskad känslighet eller minskad produktion av hormonerna.

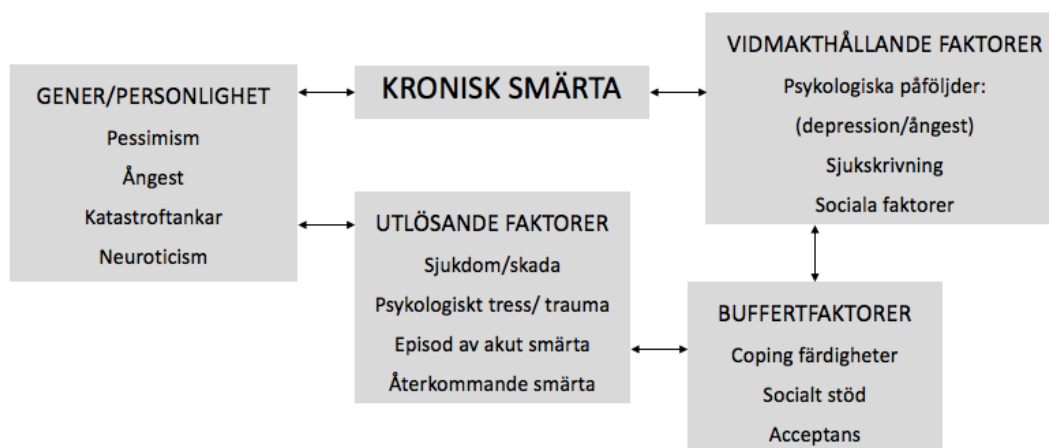
Vid långvarig smärta drabbas även många av så kallade "illness responses", det kännetecknas av påverkan på sömnen, förändringar i kosten och i sociala relationer. Den drabbade kan uppleva att återhämtningen efter natten är liten och klaga över trötthet. I en studie undersöktes korrelationen mellan sömnlöshet (insomnia), livskvalitet och sömnkvalitet. Antalet personer som deltog i studien var 70 personer med kronisk smärta och 70 personer i kontrollgruppen. Medelåldern var 48 - 49 i båda grupperna. Resultatet i studien tyder på att personerna med kronisk ländryggssmärta har högre dominans av sömnlöshet, försämrad livskvalitet och sämre sömnkvalitet än personerna i kontrollgruppen. Studien visade även ett tydligt samband mellan dem. I smärtgruppen sade sig 50 av 70 (71%) personer motsvarande 5 av 70 i kontrollgruppen ha dålig sömn, 77.1% av smärtpatienterna var vaken under natten motsvarande 24.3% i kontrollgruppen. Man kunde också se en stor skillnad mellan grupperna angående användning av sömnmedicin, smärtgruppen 34.3% motsvarande kontrollgruppen 8.6%. Man kunde även se sämre fysisk och psykisk hälsa bland smärtpatienterna än bland kontrollgruppen. (Abbas, Kazemifar, Fatorechi & Yazdi, 2018, s. 184 - 189)

Kronisk smärta leder ofta till minskad fysisk aktivitet och förändrade matvanor, vilket i sin tur kan leda till viktuppgång. Kroppsliga förändringar kan göra att personen inte längre känner igen sig själv och sin egen kropp, som kan ge upphov till psykiska problem. Det är inte

heller ovanligt att kroniska smärtpatienter upplever nedsatt sinnesnedstämmning och att de drar sig undan och isolerar sig från andra människor, detta kan efter en tid övergå till en depression. Orsaken till depression kan bland annat förklaras av rubbningar av serotonin och noradrenalin, hormonerna som påverkar vår sinnesstämmning. (Norrbrink, 2012)

4.3.2 Psykosociala faktorer

Personens psykiska starkheter och personlighetstyp påverkar om en smärta kan bli kronisk eller inte. Personer som till exempel lätt utvecklar ångest och upplever katastroftankar för fysisk skada sägs lättare kunna utveckla olika kroniska tillstånd än andra människor. Våra känslor hör ihop med våra tankar. Rädsla utlöser en strid eller flyktrespons, vilket leder till ökad vaksamhet och ändrat beteende. En person som har en neurotisk personlighetsläggning upplever ofta negativa känslor och tankar såsom oro, rädsla och humörsvingningar, vilket har visat sig kunna störa smärtperceptionen och öka smärta. Vanliga tankar hos en orolig människa som lider av kronisk smärta kan vara ”vad händer om...”, ”tänk om det är...” eller ”om jag inte blir bättre...”. Det sägs också att pessimistiska personer ofta upplever sämre hälsa än optimistiska personer, det kan ha sin grund i att pessimister ofta har negativa tankar. (Linton, 2013. s. 219)



Figur 1. Bilden beskriver psykosociala riskfaktorer till uppkomsten av kronisk smärta. (Linton 2013, s. 221) (Kalso, E., 2018)

Utlösande faktorer är händelser och saker som sätter igång sjukdomsprocessen. En akut skada eller återkommande smärta är två exempel på utlösande faktorer, även trauma såsom misshandel eller stress kan utlösa långvariga smärtproblem. Man behöver dock komma ihåg att för att man ska utveckla kronisk smärta behövs oftast mycket mer än enbart en utlösande faktor, precis som bilden ovan beskriver. Faktorer som sömnproblem och stress kan enligt

nya forskningar medföra att smärttillstånd blir kroniska. Traumatiska händelser i barndomen kan orsaka sömnproblem och ångest och i sin tur leda till långvarig smärtproblematik. Vid sådana tillfällen kan personen hamna i en ond cirkel med försämrad smärta, mera ångest och försvagad funktionsförmåga.

Det som kan motverka att kroniska smärttillstånd uppstår kallas buffertfaktorer, sådana kan till exempel vara coping färdigheter, socialt stöd och acceptans. Ordet ”coping” kommer från engelskan och betyder ”hantera”, vilket i det här sammanhanget betyder att man använder sig av olika strategier för att lära sig hantera smärtan. Det är en bra metod att använda som självhjälp för patienter som lider av kroniska smärttillstånd. En coping strategi kan fungera i vissa situationer men inte i andra så det gäller att hitta rätt strategi vid rätt tillfälle. En del människor kan till exempel försöka distrahera sig med något annat för att hantera situationen medan andra kanske lever kvar på hoppet att snart kommer det nog en medicin som ska hjälpa. En del coping strategier kan verka bra på kort sikt men på längre sikt faktiskt ge mer skada än nytta, till exempel om en person har strategin att undvika saker som försämrar smärtan kan det leda till isolering. (Linton, 2013, S. 176 - 177)

I en studie där man forskade kring ifall olika patientegenskaper (t.ex. ålder, kön) var relaterat till användningen av copingstrategier och om det fanns ett samband mellan användningen av copingstrategier och psykiatriska symtom, fann man att 96.2 % av deltagarna, som alla led av någon kronisk smärta, använde sig av åtminstone en strategi som lindrade smärtan. Resten (3.8%) ansåg att ingen copingstrategi kunde lindra smärtan. Det vanligaste sättet att hantera smärtan var läkemedelsbehandling, två andra vanliga var vila och motion. I en del av studien där man undersökte sambandet mellan egenskaper och copingstrategier fann man att kvinnor tenderar använda distraktion, distansering och katastrofiering oftare än män. I sambandet mellan psykiatriska symtom och sätt att hantera smärta konstaterades i resultatet att strategier som ignorering, självuppmuntran och distraktion tenderar minska psykiatriska symtom som ångest och depression. Strategier som katastrofiering och bön sägs enligt studien öka ångest och depression. (Miller, Chipungu, Martinez, Eshelman & Eisenstein, 2017, s. 19 - 27)

Att kunna acceptera att smärtan finns där och att det kanske inte hittas någon rimlig förklaring till besväret kan motverka att smärtan försämras ännu mer. Det är inte ovanligt att personer som lider av kronisk smärta hela tiden söker orsaken till smärtan, vilket gör det svårt att ha tid för mera meningsfulla aktiviteter. Att hela tiden besöka läkare efter läkare och

prova nya mediciner utan resultat skapar frustration och hopplöshet, vilket gör att hela smärtupplevelsen bara förvärras. En förutsättning för att ta sig ur den onda cirkeln är acceptans, utan acceptans blir livet en kamp man aldrig kan vinna. (Jakobsson, 2007, s. 45 - 46)

Vidmakthållande faktorer innebär faktorer som gör att problemet fortsätter, vid den delen av processen kan det vara svårt att bryta den onda cirkeln som har uppstått. Efter en längre tid med kronisk smärta har vi automatiskt ändrat vårt beteende och när det pågått en lång tid blir det lättare att fortsätta med det inlärdade beteendet än att bryta mönstret. Hur man tänker om smärtan påverkar hur man upplever smärtan och hur man beter sig. För att undvika att kronisk smärta leder till svår depression och ångest behöver personen fundera över vilka beteenden som behöver förändras och i vilka situationer problem uppstår. (Linton, 2013)

4.4 Behandling och stöd vid kronisk smärta

Smärta kan behandlas och lindras på många olika sätt. Några exempel på smärtbehandling kan vara KBT, läkemedel och operation. Detta är bara en liten del av hur smärta kan behandlas. Beroende på vilka faktorer som ligger bakom smärtan använder man olika behandlingsmetoder. Till exempel kan fysisk smärta behandlas med psykologiska behandlingsmetoder om det är så att smärtan orsakar ångest eller depression. Det finns både behandlingar som behandlar orsaken till smärtan eller också behandlingsformer som enbart lindrar symptom men som kan öka livskvaliteten för personen. I detta avsnitt kommer vi enbart nämna några behandlingsmetoder, eftersom det är omöjligt att få med alla. Vi kommer främst att fokusera på psykologiska behandlingsmetoder och till en viss mängd olika läkemedel, eftersom de är väldigt vanliga vid kronisk smärta. Vi kommer även att nämna några till som vi inte fördjupar oss i.

Som vi tidigare nämnt i arbetet så kan kronisk smärta påverka en människa på många olika negativa sätt. Många har kanske svårt att acceptera sitt nya liv med smärta, vilket kan skapa mycket frustration och ångest. Psykologiska behandlingsmetoder är därför vanligt för personer som lider av kronisk smärta. *Kognitiv beteendeterapi (KBT)* har visat sig vara en bra behandlingsform vid långvarig smärta, det fokuserar på att aktivt påverka individens beteende genom att förändra vissa tankemönster. Ett av målen med KBT är att öka individens förmåga att hantera svårigheterna som är relaterade till sjukdomen. Ständig smärta innebär oftast en tydlig påverkan på individens sammanhang. I varje situation eller beslut, finns smärtan som en faktor som den drabbade behöver ta hänsyn till. Kort sagt handlar

KBT om att träna upp den egna förmågan att hantera sitt liv och sina svårigheter. En vidareutveckling av KBT, så kallad *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, används idag på sektionen Beteendemedicinsk smärtbehandling vid Karolinska Universitetssjukhuset. Behandlingsmodellen handlar om att öka personens förmåga att leva ett meningsfullt liv, även i närvaro av smärta och annat obehag som inte går att ta bort. I behandlingen vid ACT kombinerar man förändrings- och acceptansstrategier för att öka förmågan att leva ett innehållsrikt liv, både i frånvaro och närvaro av påfrestningar som ångest och smärta. Man funderar mycket kring personens tankar och känslor och dess betydelse, till exempel skapar den drabbade personen många negativa tankar utan att något faktiskt hänt. Man funderar även kring personens vanor och rutiner, ofta har personen haft sina problem länge vilket ibland leder till att personen skapar vanor och regler som styr hur man hanterar svårigheterna för stunden men som i sin tur inte är en långsiktig hållbar handlingsplan. I ACT finns även ett inslag av mindfulness, dvs medveten närvaro. Det ökar personens förmåga att kunna vara närvarande i nuet, oavsett vilka känslor eller tankar som uppstår.

(Wicksell, R., 2014)

I artikeln ”Cognitive behavioral therapy (CBT) for chronic pain” av Michael Coupland beskriver man KBT inom smärthantering med fokus på beteende, tankemönster och psykologiska stressfaktorer. Värderingar och attityd spelar enligt artikeln en stor roll i smärthanteringen. Att ha en realistisk och hoppfull attityd mot smärtupplevelsen leder till att man bättre kan anpassas sig till smärtan, bättre fysisk funktion och lägre smärtnivåer. Slutligen kunde man konstatera att KBT har många positiva effekter för patienter med kronisk smärta, speciellt vid depression, ångest, katastroftankar och sömnproblem. Att lägga till KBT till en vårdplan kunde påverka livskvaliteten betydligt. (Coupland, 2016, s. 45-48)

Det finns ett fåtal läkemedel som har utvecklats just för att specifikt behandla långvarig smärta, men många av läkemedlen som används är registrerade för andra indikationer. Vilket läkemedel du får beror bland annat på orsaken bakom smärtan, hur svår du upplever smärtan, vilka följder den ger (t.ex. sömnsvårigheter, ångest), din ålder och om du lider av andra sjukdomar eller tar andra läkemedel. För att hitta ett läkemedel som passar kan man behöva prova flera olika, eftersom effekten och biverkningarna av ett läkemedel kan variera från person till person. Vanliga läkemedel vid långvarig smärta är läkemedel som innehåller paracetamol, antiinflammatoriska smärtstillande även kallas NSAID eller coxhämmare, opioider, vissa antidepressiva läkemedel, vissa epilepsiläkemedel och muskelavslappnande medel. (Vårdguiden, 1177)

Som sagt så finns det väldigt många olika behandlingar som kan öka patientens livskvalitet och samtidigt lindra smärta. För personen gäller det ofta att pröva sig fram för att se vad som fungerar just för henne eller honom, eftersom det är så individuellt. En del personer kan erbjudas individuella rehabiliteringsperioder där man har chansen att vara i kontakt med både smärtskötare och fysioterapeut. Beroende på behovet kan patienten även ha möjlighet att träffa socialarbetare, smärtpsykolog och rehabiliteringshandledare. Under perioden kartlägger teamet patientens situation så fullständigt som möjligt, man försöker även handleda och hjälpa patienten mot bättre hälsa och mående. (Soite)

En del personer väljer även att testa på alternativa behandlingsmetoder som till exempel akupunktur, massage, fysisk träning, avslappningsövningar, biofeedback, mindfulness mm. Det finns även så kallade instrumentmetoder, som t.ex. ryggmärgsstimulering som används vid behandling av långvarig smärta. Då har man implanterade ryggmärgsstimulatorer, som stimulerar ryggmärgens baksträngar. Ryggmärgsstimuleringen har positiva långtidseffekter på smärta och livskvalitet. Övriga instrumentmetoder som används som behandling av långvarig smärta är Radiofrekvensbehandling, Deep brain-stimulering, Motorkortexstimulering och Lesionella neurokirurgiska metoder. (Lundberg och Axelsson 2006, s. 1 - 5).

Vid långvarig smärta är det viktigt med omgivningens stöd. Patienten känner sig bekräftad och trodd om han eller hon har ett bra nätverk med arbetskolligor, vänner och familj som stöttar. För den drabbade är det även viktigt att ha ett bra stöd från vården. Det är viktigt att patienten får känna att han eller hon blir tagen på allvar och att någon orkar lyssna.

5 Metod

Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie. Med kvalitativa metoder avses att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Marshall & Rossman, 2016). När man väljer att använda sig av en kvalitativ metod så finns det ingenting som är rätt eller fel. Denna metod används för att öka förståelsen och skapa mer insikt om olika patienters upplevelser, vilket gör att intervjuer är ett bra alternativ som datainsamlingsmetod. Vid en kvalitativ studie behöver man inte ha lika många informanter jämfört med vid en kvantitativ studie, eftersom man istället fokuserar på att hitta färre informanter med bättre och rikare beskrivningar än att ha många informanter med kortare beskrivningar och mindre erfarenhet. (Henricson, 2017)

Kvalitativ metod passade oss bra eftersom vi vill ha människors upplevelser och erfarenheter istället för enbart fakta och statistik. Eftersom personer som lider av långvarig smärta kan uppleva situationen på olika sätt, är det lättare att få deras åsikter och erfarenheter med en intervju än att till exempel göra en enkätstudie där mycket av personernas egna berättelser lämnas bort.

5.1 Urval av informanter

I en kvalitativ intervjustudie är det viktigt att deltagarna inte väljs ut slumpmässigt, att deltagarna har kunskap inom området och har upplevt fenomenet är en förutsättning för att de ska kunna delta i studien. (Henricson, 2017)

Skribenterna valde att gå ut med information om intervjustudien via sociala medier, främst på Facebook men även på Instagram. Inlägget på Facebook delades flera gånger, vilket gjorde att budskapet spreds fort och skribenterna lyckades på så sätt få tillräckligt med deltagare. Det var väldigt svårt att hitta deltagare av det manliga könet vilket gjorde att resultatet av denna studie blir ur dessa kvinnors perspektiv.

Vi hade inga specifika kriterier för att delta i studien, förutom att deltagaren har upplevt kronisk smärta i minst 6 månader och att personen är myndig. Vi ville även att åldern skulle vara varierande, deltagarna i intervjustudien var mellan åldrarna 23 – 71 år. Vi gjorde 7 stycken intervjuer. Vi försökte formulera intervjufrågorna så att vi kunde undvika ja och nej svar och istället få mera informativa svar. Vi spelade in materialet på två mobiler för att vara säkra på att inte tappa materialet. Direkt efter att inspelningarna var klara delade vi upp intervjuerna och transkriberade på varsitt håll.

5.2 Intervju som datainsamlingsmetod

Enligt Henricson (2017) är intervju som datainsamlingsmetod lämplig att använda för forskare och studenter som vill ha beskrivningar i syfte att förstå olika situationer. För att innehållet skall kunna analyseras på ett trovärdigt sätt, krävs noggrann planering och god förberedelse. Innan man väljer datainsamlingsmetod är det viktigt att ha klart syfte, eftersom det ofta är det som ligger som grund för den metod som väljs.

Skribenterna har valt att utgå från semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer innebär att man anpassar sig lite efter vad som kommer upp i intervjun genom att ha några

frågor som man utgår ifrån men låter deltagaren styra samtalet. Om frågorna är för detaljerade kan det förstöra interaktionen i intervjusituationen. Intervjufrågorna har vi själva kommit fram till på så sätt att vi utgick från syftet i arbetet och utvecklade frågorna utifrån det. Vi valde att inleda intervjufrågorna med frågor om namn, ålder, utbildning, arbete och intressen. Sedan gick vi in på själva syftet med arbetet. (Henricson, 2017)

5.3 Dataanalys

I vår studie har vi valt att använda oss av kvalitativ innehållsanalys. Det innebär att man vetenskapligt analyserar dokument. Innehållsansalysens objekt är kommunikationsinnehållet, t.ex. i intervjuer om personers upplevelser och hälsa. (Olsson & Sörensen, 2011, s 210, 176). För att göra en kvalitativ innehållsanalys använder man sig av begreppen: analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. I vår studie har vi främst använt oss av begreppen tema, huvudkategori, underkategori, kod, kondensering och meningsenhet. *Tema* kan definieras som den röda tråden och ett sätt att sammanbinda innehållet. I vår studie är teman 1) Kroniska smärtans påverkan på livskvalitén och 2) Erfarenheter kring om sjukvården har tillräckligt med stöd att erbjuda kroniska smärtpatienter. En kategori (Granskär & Höglund-Nielsen s. 162, 163).

Forskarna behöver först noggrant gå igenom intervjumaterialet för att skapa sig en helhetsbild. Därefter påbörjades den så kallade kodningen, vilket innebar att forskarna printade ut materialet och började kategorisera materialet genom att söka fram viktiga stycken, meningar och ord. Kategoriseringen gick ut på att hitta gemensamma upplevelser och erfarenheter i ämnet bland deltagarna samt att leta svar utgående från arbetets frågeställningar; *Hur påverkar den kroniska smärtan det vardagliga livet? och finns det tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att kunna stöda kroniska smärtpatienter?*

Kodningen utfördes på så sätt att vi färglade allt i materialet som vi tyckte hade något samband med våra frågeställningar. Utifrån våra två frågeställningar bildades ett kategorischema med tema, huvudkategorier och underkategorier/kod. Schemat nedan beskriver innehållet tydligt, vilket gjorde det enklare att få ett sammanhängande resultat. Här nedanför finns vårt kategorischema. De två beigea rutorna är frågeställningarna/teman och det som arbetet samt resultatet utgår ifrån. Efter frågeställningarna följer tre huvudkategorier och de längst till höger innehåller koder. En *kod* är en benämning på en meningsenhet som i korthet beskriver viktigt innehåll från intervjuerna. T.ex. nämnde många deltagare i intervjuerna att de upplevde att hemmasysslorna faller på partnern, intressen faller bort, de har litet socialt nätverk,

det är svårt att orka med familjen samt sjukskrivningar. Dessa koder bildar en kategori, eftersom alla har en påverkan på relationer och vardagslivet. En *kategori* bildas genom att man utgår från koder med motsvarande innehåll, t.ex. en kategori vi har är Påverkan på relationer och vardagslivet och den bildas ifrån koderna som vi nämnde ovan. (Granskär & Höglund-Nielsen s. 163)

Tabell 1.

| | | |
|--|---|--|
| Kroniska smärtans påverkan på livskvalitén | Psykisk påverkan | Trötthet/ork Depression och ångest Ensamhet Motvationsbrist Stress Acceptans |
| | Fysisk påverkan | Rörelsebränsad Hjärntrötthet Huvudvärk/migrän/yrsel Sömnsvårigheter Ljudkänslig |
| | Påverkan på relationer och vardagslivet | Hemmasysslor faller på partnern Intressen faller bort Ensamhet/litet socialt nätverk Svårt att orka med familjen Sjukskrivningar |

Tabell 2.

| | | |
|--|--|---|
| Erfarenheter kring om sjukvården har tillräckligt med stöd att erbjuda kroniska smärtpatienter | Bristar i vården | Blir inte tagen på allvar Brist på kunskap bland läkare Önskan om egen läkare/skötare Svårt att få diagnos |
| | Stöd/behandlingsmetoder de har blivit erbjudna | Mediciner Samtalsterapi/psykoterapi Fysioterapi Rehabiliteringsperioder Personlig assistans |
| | Alternativa behandlingar/egna metoder | Akupunktur Osteopati Kiropraktik Massage Yoga Livsstilsförändringar |

5.4 Etiska överväganden

Forskningsetik är de etiska överväganden som görs inför och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete. För att kunna hantera de etiska kraven vid ett examensarbete så krävs kännedom om de normer, värderingar och principer som forskarsamhället, regeringen, riksdag och internationella organisationer har kommit fram till och försökt formulera som vägledande riktlinjer. För att undvika att deltagarna utnyttjas, skadas eller såras är det viktigt att visa hänsyn och respekt vad gäller den personliga integriteten. Genom hela examenarbetet behöver man ta etiska principer i beaktande; från val av ämne och frågeställning till genomförande och spridning av resultat. (Henricson, 2017)

Deltagarna i denna studie har fått skriva på ett samtycke där det framkommer att studien är frivillig att delta i och att intervjuerna kan avbrytas om de så önskar. Vi har även skickat ut ett informationsbrev till deltagarna där de fått förhandsinformation om studien och där vi även informerat om att det är endast vi och vår handledare som har tillgång till materialet. Vi informerar även deltagarna om att citat kan användas i arbetet.

6 Resultat

I det här kapitlet kommer vi redovisa vårt resultat från intervjuerna. Av de vi intervjuade var alla kvinnor och i åldrarna mellan 23 - 71 år och alla med olika erfarenheter. Vi kunde se många likheter bland deltagarna i studien, alla upplevde att livskvaliteten påverkades negativt av den kroniska smärtan.

Utgående från innehållsanalysen kom vi fram till tre huvudkategorier som svarar på hur livskvaliteten påverkas av den kroniska smärtan: 1) *Arbete och vardag* 2) *Psykiska hälsan* och 3) *Fysiska hälsan*. I andra frågeställningen ville vi ha svar på om de som lider av kronisk smärta upplever att de får tillräckligt med stöd från vården samt om det finns tillräckligt med resurser för att stöda dem. Där kom vi fram till tre huvudkategorier: 1) *Brister i sjukvården* 2) *Stödresurser i vården* 3) *Alternativa behandlingar och metoder*. Vi har även valt att ta med citat från intervjuerna för att på så sätt också öka trovärdigheten samt lättare få fram deltagarnas talan och åsikter i ämnet.

6.1 Arbete och vardag

Risken med kronisk smärta är att den för många kan ta över vardagen, vilket i sig kan leda till låg livskvalitet. Smärtan kan medföra mycket negativa saker, vissa väljer att avstå från aktiviteter som man tidigare gillat, medan andra kanske slutar umgås med vänner och bekanta. För de flesta av deltagarna i studien har vardagslivet varit det som påverkats mest, på grund av den kroniska smärtan. Det som ofta framkommer bland deltagarna är det dåliga samvetet som uppkommer, då mycket av arbetet hemma faller på övriga i familjen. Många sörjer att de inte kan utföra vanliga hemmasysslor, som till exempel att städa, laga mat och diska. Flera upplever också en otillräcklighet när det kommer till att orka med familj och barn.

” Jag tyckt om att arbeta och vara igång, och jag tyckt om ti jobb å så att plötsligt int kona göra nånting, inte kunna hänga upp kläder, inte ha upp armarna, och baka som jag gjort, att sitta vid maskinen var ju jättejobbigt. Alltså att ha statiska belastningar var jättejobbigt ”

” Jag kunde inte lyfta nånting, och därför inte arbeta med olika saker ”

”från att ha klara me sjölv sen ja var 16, till att ha assistent fyra timmar i viko ”

” då jag har varit på jobbet en hel dag och kommer hem så orkar jag int med henne fast hon är jättesnäll ”

” då börja svårigheter med att sova och förstås påverkar det humöret, att int är det så roligt mera ”

Att jobba hör till i de flestas vardag, men den kroniska smärtan kan medföra att man inte längre kan utföra sitt jobb. Många av deltagarna har varit tvungna att sjukskriva sig eller helt och hållet säga upp sig, och då har också förstås ekonomin påverkats negativt av det.

”Jag fick ju på he sättet int nå stöd av varken kollegor eller chefen ”

” Jag får perioder me mejr värk, som att kroppi riktigt säger ifrån, så tå kombär ju sjuk-skrivningar me tär ”

” jag var tvungen att ta en paus från det där drömjobbet mitt, för jag hade jättesvårt att sitta ”

6.2 Psykiska hälsan

Bland deltagarna i studien framkommer det att den psykiska hälsan påverkas på flera olika sätt av den kroniska smärtan. Flera av deltagarna nämner ändå att de har lärt sig att leva med smärtan och blivit vana med den och att de har svårt att se hur livet skulle se ut utan smärtan. Många av dem har nämligen levt med smärta i många år. Alla vi intervjuade nämnde någon psykisk påföljd de upplever eller har upplevt av kroniska smärtan. Frågan som vi utgår från i resultatet vad gäller psykiska hälsan är: *Har du fått några psykologiska påföljder? T.ex. depression, ångest, sjukskrivningar mm.* Deltagarna har fått berätta fritt om sina erfarenheter och vi har även ibland använt oss av följdfrågor.

Som vi nämnde i tidigare avsnitt i arbetet så är depressioner vanliga bland kroniska smärtpatienter. Ofta i samband med depression tillkommer även andra symptom som ångest, motivationsbrist, utmattnings och sömnlöshet. Alla som deltog i studien upplevde att de under någon sjukdomsperiod har haft depressionsymptom på grund av smärtan. Det framkommer i flera intervjuer att acceptans är en viktig del för att kunna gå vidare och minska risken för psykisk ohälsa i framtiden. De allra flesta nämnde också att trötthet var en av följderna av den kroniska smärtan. För flera innebar tröttheten sjukskrivningar och/eller sämre ork med familjen efter en arbetsdag. Någon nämnde också att de upplevde sämre stresstålighet i och med tröttheten. Många av deltagarna nämnde att de upplevde att de inte blev tagen på allvar av sjukvården, vilket kan skapa en känsla av frustration, ångest och ensamhet i situationen. Det var även vanligt förkommande bland deltagarna att de blivit tvungna att avstå från en del intressen, som en copingmekanism, vilket i sin tur leder till isolering och ensamhet.

”De får vara en sorgprocess, liksom en annan sorgprocess, men att de här sen att komma till en acceptans, å ju mer du kämpar emot, så desto mera värk får man. Desto jobbigare blir det”

”De ledde ju nog till ångest och nedstämdhet, men efter all rehabilitering och terapi och medicin förstås, så har jag ju kommit fram till en acceptans som är jätteviktig”.

”Det har varit en jättelång och tung process, men idag anser jag nog att min livskvalitet är bra”.

”Ja har återkommande depressioner, att de kommer nu som då men de blir inte riktigt svåra så jag är riktigt nere utan det är mest att jag var...ja kommer jag inte för någonting, att jag börjar som vanligt.”

”Jag är ändå en sådan att jag försöker att inte gräva ner mig så mycket utan ser ändå det positiva runt omkring”.

”Där påverkar det ju mycket min ork med henne som jag ju har jättedåligt samvete för. Ofta har jag varit på jobbet en hel dag och så kommer jag hem och jag bara orkar inte med henne fast hon är jättesnäll och inte alls nå jobbig”.

6.3 Fysiska hälsan

Även den fysiska hälsan påverkas på grund av den kroniska smärtan. För att den kroniska smärtan inte skall ta över vardagen helt så är det viktigt att vara fysiskt aktiv och att göra saker som man tycker om. Många av deltagarna har fått begränsa sin fysiska aktivitet, helt enkelt på grund av att kroppen sagt ifrån och för att man inte har klarat av det, samtidigt som nästan alla också tycker att det viktigaste i smärtprocessen är just fysisk aktivitet. Det som de flesta håller med om är att de mår bättre av att vara igång och röra på sig, även om det för stunden kan vara jobbigt på grund av smärtan.

”från att ha varit igång hela tiden och sportat och kona gör vad man vill. På sin höjd kan man gå ut och gå och på vattengymna”

”Jag beslutar att det här ska jag fixa, så jag börjar gymna och hålla igång, och töja, det måste jag”

”Att lyft mer än fyra kilo fungerar inte, vissa huvudställningar kan trigga igång, om det är för ljudligt kan det trigga, för mycket ljud kan trigga, så det kommer av jättemyki”

En del av deltagarna har upplevt sömnsvårigheter, och för några har smärtan varit så svår, att de periodvis varit sängliggande. Kronisk smärta påverkar kroppen fysiskt på många olika plan, bland annat nämnde flera deltagare att smärtan har lett till flera negativa följder, som till exempel huvudvärk, hjärtklappningar, yrsel och ljudkänslighet.

”då jag just hade fått kortison och kroppen reagera väldigt myki på he så var jag i princip sängliggande”

”Jag bara låg i sängen och kunde liksom int stiga upp, de var hemskt”

6.4 Brister i sjukvården

I de kommande tre kategorierna har vi utgått från frågan: *Tycker du att det finns tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att kunna stöda kroniska smärtpatienter?* De flesta vi intervjuade upplevde att de åtminstone i början av sjukdomen inte blev tagen på allvar av sjukvården och framförallt inte av läkare. Och andra sidan så nämner en av deltagarna också att det för läkare kan vara svårt att veta hur de ska hjälpa, i och med att det kan ligga flera olika faktorer bakom den kroniska smärtan. Att få en diagnos har för flera gjort det lättare att bli tagen på allvar av sjukvården. En av deltagarna nämner också att det skulle vara bra att ha en egen läkare eller skötare, det skulle underlätta i kommunikationen. Så för att summera så upplever deltagarna över att det nog finns resurser, men man kan behöva kriga själv för att få den stöd man behöver.

”Dom vet inte, dom kan inte säga vad jag skall göra ens, att hjälpa den här situationen. Jag har liksom märkt att dom inte har någon orsak till det så då säger dom bara att ”nä, ät värkmedicin”.

”De e tufft de där att man måste krig ändå...å hamnar man till fel person så känner man att man int liksom har vari försteji..., å som att man sko ha lite ”fel i hövo” nästan, känns e som”.

Att de finns dom där som inte bara tror på en och just i och med att ja ändå är så pass ung, tydligen är fibro ganska myki vanligare för äldre så de är liksom sådär ”tjaatjaa..”.

”He har vari betär, om man jämför me... ja gick ju 6 år med nervsmärtona i hövo föri nan trodd på me att ja faktiskt hadd smärtona”.

Överlag hade nog många av deltagarna ändå positiva erfarenheter av stöd från vården, iallafall när de väl träffat den rätta läkaren som tagit deras situation på allvar. Ett par stycken nämner att de säkert skulle få mera stöd ifall de vill ha men att medicinering och egna metoder har varit tillräckliga för dem.

6.5 Stöd och resurser i vården

Även om många bland deltagarna upplevt att sjukvården inte alltid varit ett tillräckligt stöd och att man inte har fått den hjälp man har behövt, så har nog de flesta ändå fått någon form av hjälp från sjukvården. Det kan dock vara svårt för läkare att veta hur de ska hjälpa en person med kronisk smärta, men för det mesta försöker de hjälpa på något sätt, eventuellt skicka vidare för annan utredning. Ibland erbjuds patienter smärtbehandlingar eller fysioterapi, men en del upplevde att det inte var så lätt att få den hjälpen utan att man behövde kräva för den. Av deltagarna har nog alla någon gång blivit erbjuden värkmedicin, och det som också nämndes som erbjuden behandling var neurostimulatorer och ortoser. Två av deltagarna nämnde också att de hade deltagit i en rehabiliteringsperiod som sjukvården hade erbjudit dem. En av deltagarna hade också en personlig assistent samt samtalsterapi framkom som en av stödtjänsterna. För många är arbetshälsovården det första steget för att få hjälp mot smärtan. Vad gäller arbetshälsovården uppkom det enbart positiva erfarenheter därifrån. Problem med att inte bli tagen på allvar har istället uppkommit när de skickats vidare till läkare.

”jag slapp ju ti fysiatriska polikliniken och där erbjöds ju akupunktur, psykologbesök, fysioterapi och allt man behövde”

”ja vald att själv ring upp henne och krävd att få fara ti fysiatriska polikliniken, men att sko jag liksom int ha orka ta tag i e så sko ja int ha sluppi vidare”

”Nating som sko va jättebra e ju att man sko ha en egen läkare, en person som man kan ring åt och som e insatt i e”

”en massa undersökningar vart gjord på Malmska, i Helsingfors och I Vasa, då vart hela ryggen vänd upp också. I Helsingfors mena di att int ja nånsin kommer bli bra igen”

”Första steget var ju som sagt arbetshälsovården. He var ju dom som egentligen tog tag i de, å som sagt så de tog kontakt med min chef och fixa treparspalaver och jag fick terapi-samtal, fysioterapi och remisser till vidareutredningar. He va super”.

6.6 Alternativa behandlingar och metoder

Olika alternativa behandlingar var för många av deltagarna, som ett komplement till sjukvården, en del av hur de hanterade sin kroniska smärta. Eftersom kronisk smärta är så brett fenomen som kan ha flera olika faktorer så behövs det ofta en helhetssyn. Ofta kan det vara så att patienten känner att sjukvården inte har mera att erbjuda och väljer sig då att vända sig till alternativa behandlingar. De behandlingar och metoder som nämndes i intervjuerna var akupunktur, osteopati, massage, kiropraktik, yoga, zonterapi och livsstilsförändringar. En känsla av hopplöshet och förtvivlan gör ofta att en människa är villig att prova ett och annat på egen hand, som förhoppningsvis kan lindra sjukdomstillståndet.

”Jag kan nog förstå väldigt bra, människorna som inte får någon hjälp från sån här vanlig sjukvård, så provar vad som helst som skulle hjälpa”.

7 Diskussion

I diskussionen behandlar man både metoden och resultatet, vilket innebär att man knyter samman hela arbetet det vill säga problem, metod och resultat. När man diskuterar sitt arbete behöver man ha ett kritiskt förhållningssätt till arbetet, arbetsprocessen samt till den kunskap man fått. Det är först i diskussionen som författarna av examensarbetet tillåts att synas med sina erfarenheter och reflektioner av huvudfynden. (Granskär & Höglund-Nielsen s. 184 - 185), (Henricson 2012, s. 477)

7.1 Metoddiskussion

I metoddiskussionen ska man diskutera vilka svagheter och problem som eventuellt finns i arbetet och vad det inneburit för resultatet. I det här avsnittet syftar man till att säkerställa kvaliteten i examensarbetet. Det man kan diskutera är ifall datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av att skribenterna är nybörjare inom ämnet forskning. Du kan även reflektera över vilka kunskaper forskningsprocessen gett dig samt hur framtida litteraturoversikter skulle kunna genomföras. Slutligen, vilka strategier har man använt sig av vid urval av artiklar samt hur delades processen upp när man var två skrivkamrater? (Henricson, 2012, s. 472 - 474)

I efterhand märkte vi att vi borde ha ställt mera följdfrågor för att få längre och mera informativa svar. Detta skulle ha gjort det enklare vid analysen, eftersom vi troligen skulle ha haft mera material att utgå ifrån. Men i och med att intervjuerna skedde under corona pandemin

så gjordes intervjuerna via videosamtal och inte ”in real life”, detta försvårade relationen mellan intervjuerna och deltagarna. Annars tyckte vi att intervjufrågorna var bra. Tanken från början var att ha med både män och kvinnor, men under arbetets gång insåg vi att det var svårt att hitta män som ville ställa upp. I och med att vi är nybörjare inom forskningsområdet så var analys momentet i arbetet något vi kunde ha gjort bättre. Vi upplever att vi kunde ha varit mera strukturerade i analysprocessen, eftersom det skulle ha underlättat i kodningen av materialet.

Innan vi påbörjade vår studie hade vi inga kunskaper inom forskning och i hur en vetenskaplig studie utförs. Men under processens gång har vi fått lära oss mycket, allt från hur man söker vetenskapliga artiklar till hur man analyserar data. Vid eventuella framtida studier skulle vi ha mera kunskap inom forskning, vilket skulle göra processen enklare. Artiklarna valdes ut tillsammans och sedan delade vi upp så att vi skrev några var. Därefter gick vi tillsammans igenom det som vi sammanfattat om artiklarna. Vid sökning av vetenskapliga artiklar har vi främst använt oss av databaserna CINAHL och PubMed. Sökord vi har använt oss av är bland annat ”chronic pain”, ” quality of life”, ”psychological factors”, ”coping-mechanisms”, ”insomnia”, ”anxiety” och ”depression”. Vi fick konstatera att sökning och granskning av vetenskapliga artiklar var en av de mest tidskrävande uppgifterna i arbetet, samtidigt som det gick smidigare med granskningen i och med att vi är två forskare.

7.2 Resultatdiskussion

Enligt Henricson kan man gärna inleda resultatdiskussionen med en kort sammanfattning av huvudfynden i relation till examensarbetets syfte, frågeställningar eller hypoteser. Syftet med vårt examenarbete var att ta reda på hur kronisk smärta påverkar en människas livskvalitet, samt om de drabbade upplever att det finns tillräckligt med stöd och resurser inom vården. Vi valde detta ämne eftersom kronisk smärta idag är ett vanligt förekommande och mångfacetterat problem i samhället, vilket gör att vi som blivande sjukskötare kommer stöta på kroniska smärtpatienter i vårt arbete. Det vi också nämner i slutet av resultatdiskussion är hur teorin kopplar samman med resultatet. (Henricson 2012, s. 476)

Frågeställningarna vi har använt oss i arbetet är *1) Hur påverkar den kroniska smärtan det vardagliga livet? 2) Finns det tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att kunna stöda kroniska smärtpatienter?* Vi upplever att vi fick svar på våra frågeställningar.

I resultatet framkommer det att alla deltagare någon gång under sin sjukdomstid upplevt att den kroniska smärtan påverkat livskvaliteten negativt. De flesta nämnde ändå att det mest avgörande för att ha en så bra livskvalitet som möjligt är acceptans för sin situation. Allt från påverkan på familjelivet och vardagen till påverkan på den psykiska och fysiska hälsan. Vad gäller vardagen och intressen upplevde flera att de blev tvungna att avstå från olika aktiviteter och intressen på grund av smärtan och dess följder. Samtidigt som många upplevde att de blev rörelsebegränsad på grund av smärtan så var den fysiska aktiviteten också viktig för att må bra. Annat exempel som kom fram var att hemmasysslor kunde falla på övriga familjemedlemmar, vilket skapade dåligt samvete.

Alla deltagare upplevde att de haft någon psykologisk påföljd av den kroniska smärtan, det kunde handla om depressioner, nedstämdhet, ångestproblematik, stress, känsla av otillräcklighet, utmattnings och så vidare. I intervjuerna framkommer det att en del upplevde sömnsvårigheter på grund av smärtan. Kronisk smärta innebar också en del andra fysiska påföljder för många, bland annat huvudvärk, yrsel, hjärklappningar och ljud- och ljuskänslighet.

I frågeställningen om de upplevde att det finns tillräckligt med stöd och resurser inom vården var det lite varierande svar. De flesta nämnde att det var svårt att bli tagen på allvar av läkare, vilket gjorde att det kunde ta tid att få en diagnos. Efter att man väl fått en diagnos upplevde flera ändå att det blev lättare att få hjälp från sjukvården. Slutligen kom vi fram till att det nog finns tillräckligt med stöd och resurser inom vården men att patienterna ofta upplever att man måste "kriga" sig fram för att få den hjälp man behöver. Vi tror att mycket av de problem som finns i vad gäller resurser inom vården beror på tidsbristen som finns i vårdbranschen idag.

Vi utgick från teorin KASAM, känsla av sammanhang av Aaron Antonovsky. Antonovsky är övertygad om att känsla av sammanhang är en mycket viktig faktor för att hållas frisk. Han utgår från *varför förblir människor friska?* istället för det vanliga motsatta perspektivet *varför blir människor sjuka?* Ofta klarar personer med stark KASAM bättre av att hantera stress och svårigheter än personer med svag KASAM. Teorin utgår från tre begrepp; *Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.*

I resultatet framkom det att de flesta av deltagarna någon gång upplevt psykologiska påföljder att sin kroniska smärta. En del av deltagarna nämnde att de upplevt sorg över sin livssituation men att acceptans var en stor del av processen för att komma vidare. Detta passar väldigt bra ihop med Antonovskys teori att vi behöver en känsla av sammanhang för att må bra. Har man en hög känsla av hanterbarhet sägs man bli mer motståndskraftiga emot ohälsa

samt undviker att se sig som hjälplöst offer. En av deltagarna som hade väldigt svår kronisk smärta i många år berättade att hon ändå alltid haft en positiv inställning till livet och aldrig velat se sig som ett offer.

Meningsfullhet syftar i stora drag på att livet har en känslomässig innebörd trots alla svåra motgångar. Många av deltagarna hittade meningsfullhet i sina intressen, även fast det kunde betyda att smärtan kvarstod eller till och med försämrades.

7.3 Slutord

Slutligen kan vi konstatera att hela processen under arbetets gång har varit lärorikt och intressant. Vi har lärt oss mycket kring hur kronisk smärta kan påverka människor på olika sätt samt hur viktigt det är med ett gott bemötande när man träffar patienterna i vården. För många är kronisk smärta en ”osynlig” sjukdom men som ändå påverkar dem på många sätt, detta gör det extra viktigt att vi vårdare ser och hör patienterna och visar att vi tar dem på allvar. Vi vill till slut säga ett stort tack till alla deltagare som var med och berättade sin historia.

6 Källförteckning

Abbas, M., Kazemifar, A-M., Fatorechi, H. & Yazdi, Z. 2018. Sleep Quality, Quality of Life and Insomnia Among Patients with Chronic Low Back Pain Compared to Normal Individuals. *Sleep and Hypnosis A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 20 (3), s. 184 – 189.

Coupland, M , (2016) ‘Cognitive behavioral therapy (CBT) for chronic pain, *Journal of nurse life care planning*, 16(1), s. 45-48.

Granskär & Höglund-Nielsen. Red., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Henne, E., Morrissey, S. and Conlon, E. (2015) ‘An investigation into the relationship between persistent pain, psychological distress and emotional connectedness’, *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), pp. 710–719. doi: 10.1080/13548506.2014.986142.

Henricson, M. Red., 2017. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Haegerstam, G., 2008. *Smärta – ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. Red., 2017. *Långvarig smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Kalso, E., 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä?. *Suomen lääkirilehti*. 73 (18), s.

Linton, S-J., 2013. *Att förstå patienter med smärta*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, D. & Axelsson, S. 2006. Behandling av långvarig smärta – en systematisk litteraturöversikt. *Läkartidningen*, 103 (17), s. 1-5.

Miller-Matero, L., Chipungu, K., Martinez, S., Eshelman, A. & Eisenstein, D. 2017. How do I cope with pain? Let me count the ways: awerness of pain coping behaviours and relationships with depression and anxiety. *Taylor & Francis*, 22 (1), s. 19 - 27.

Norrbrink, C & Lundeberg, T. red., 2010. *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson & Sörensen. Red., 2012. (4. Uppl) *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Soite (u.å.).[Online] https://www.soite.fi/sv?page_id=kivunhoito [hämtat:29.9.2020]

Terveysportti,(2020).[Online][Krooninen kipu - Duodecim \(terveysportti.fi\)](https://www.terveysportti.fi/krooninen-kipu-duodecim) [hämtat:19.4.2021]

Vårdguiden,1177(2019).[Online]<https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/behandling-med-lakemedel/lakemedel-utifran-diagnos/lakemedel-vid-langvarig-smarta/> [hämtat:29.9.2020]

Wicksell, R., 2014. *Att leva med smärta – ACT Som livsstrategi*. Stockholm: Natur och Kultur.

WHOQOL: *Measuring Quality Of Life* (u.å). [Online].<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqolqualityoflife/en/> [hämtat:2.11.2018]

Informationsbrev

Bilaga 1

Vi är två sjukskötarstuderande som studerar på Yrkeshögskolan Novia. Vi skriver vårt examensarbete om hur kronisk smärta påverkar en människas livskvalitet. Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie i vårt examensarbete. Intervjuerna spelas in och transkriberas. Även citat kan användas från intervjuerna i vårt arbete. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas om deltagaren så önskar. Intervjun är anonym och det material som samlas in förstörs efter undersökningen. Endast handledaren och skribenterna har tillgång till materialet.

Tack för ditt deltagande, vi uppskattar det! Studien kommer att publiceras på www.theseus.fi

Pernilla Sundqvist pernillamaenpaa@edu.novia.fi Pamela Holmborg pamelasundqvist@edu.novia.fi

Handledare:
Rika Levy-malmberg

<tel:0504012615> <tel:0443212189>

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Samtycke

Bilaga 2

Mitt deltagande i denna studie är frivillig och jag godkänner att informationen som jag gett får användas i forskningssyfte. Intervjuerna kan avbrytas om informanten vill. Intervjun är anonym och materialet förstörs efter att arbetet är avslutat.

Pernilla Sundqvist och Pamela Holmborg, intygar att informationen som ges under intervjuens gång behandlas konfidentiellt och enbart i forskningssyfte.

_____ Jakobstad ____/____ 2020
(Deltagare)

_____ Pernilla Sundqvist

_____ Pamela Holmborg

Handledare Rika Levy-Malmberg

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Intervjufrågor

Bilaga 3

1. Berätta om dig själv; Namn, ålder, utbildning, arbete (skiftes/dagarbete), intressen mm.
2. Vill du berätta vad du har för diagnos/problem och hur länge du har haft det? Vill du berätta vad som utlöste din smärta?
3. Hur skulle du säga det påverkar din livskvalitet, t.ex. det vardagliga livet och hur har livet förändrats?
4. Hur hanterar du smärtan? Har du några copingmekanismer/strategier?
5. Tycker du att det finns tillräckligt med resurser och stödtjänster inom vården för att kunna stöda kroniska smärtpatienter?
6. Vilken sorts hjälp/stöd har du fått? (t.ex. fysioterapi, kbt, psykoterapi, läkemedel, alternativa behandlingar, ryggmärgsstimulering, operation)
7. Har du fått några psykologiska påföljder? T.ex. depression, ångest, sjukskrivningar mm.

