

”Det krävs talang att spela frisk när det gör som mest ont”

En kvalitativ intervjustudie om kronisk smärta och vilka
smärtrelaterade tillstånd det kan ge upphov till

Felicia Vähäkangas

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Felicia Vähäkangas

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Nina Vestö

Titel: "Det krävs talang att leka frisk när det gör som mest ont". En kvalitativ intervjustudie om kronisk smärta och vilka smärtrelaterade tillstånd det kan ge upphov till.

Datum: 5.5.2022 Sidantal: 37

Bilagor: 3

Abstrakt

Syftet med examensarbetet var att ta reda på vilka smärtrelaterade tillstånd som kan förekomma vid kronisk smärta, samt ifall dessa tillstånd tas med under behandlingen av smärtan. Arbetet går metodiskt igenom smärta, kronisk primär- och sekundär smärta, olika smärtrelaterade tillstånd och icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Jag valde att endast inkludera några av de vanligaste smärtrelaterade tillstånden som psykisk- och social ohälsa, sömnlöshet och stress.

Jag har använt mig av kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod för att få en större beskrivning av de kroniska smärtpatienternas upplevelser och erfarenheter. Resultatet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys där tre huvudkategorier skapades med egna underkategorier. Deltagarna bestod av fem personer, både män och kvinnor i åldern 20 – 49 år. Alla deltagare hade gemensamt en kronisk smärta som varat längre än fem år. Som teoretisk utgångspunkt användes Antonovskys (1987) känsla av sammanhang och på vilket sätt KASAM kan tillämpas vid smärta.

I resultatet framkommer att deltagarna upplever den kroniska smärtan som förluster och begränsningar både fysiskt, psykiskt och socialt. Gemensamt ansåg de att det fanns en stor brist på vård och stöd för de smärtrelaterade tillstånden, men att även den egna vården har en stor inverkan på resultatet. Slutsatsen är att för den bästa vården och behandlingen av kronisk smärta behöver man förstå att smärta är en individuell upplevelse och kunna se den från ett psykologiskt, biologiskt och socialt perspektiv.

Språk: svenska

Nyckelord: kronisk smärta, smärtrelaterade tillstånd, holistisk vård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Felicia Vähäkangas

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Nina Vestö

Nimike: ”Vaatii lahjakkuutta pelatakseni terveenä silloin, kun se sattuu eniten”.

Laadullinen haastattelututkimus kroonisesta kivusta ja sen aiheuttamista kiputiloista.

Päivämäärä: 5.5.2022 Sivumäärä: 37

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä kipuun liittyviä tiloja kroonisessa kivussa voi esiintyä, ja ovatko nämä tilat mukana kroonisen kivun hoidossa. Työssä käydään metodisesti läpi kipua, kroonista primaari- ja sekundaarikipua, erilaisia kiputiloja ja ei-lääkehoitomenetelmiä. Päätin sisällyttää vain joitain yleisimpiä kipuun liittyviä tiloja, kuten mielenterveyden ja sosiaaliset sairaudet, unettomuus ja stressi.

Olen käyttänyt laadullisia haastatteluja tiedonkeruumenetelmänä saadakseni paremman kuvauksen kroonista kipua sairastavien potilaiden kokemuksista ja kokemuksista. Tulokset analysoitiin kvalitatiivisella sisältöanalyysillä, jossa luotiin kolme pääluokkaa omilla alakategorioillaan. Osallistujia oli viisi henkilöä, sekä miehiä että naisia, iältään 20-49 vuotta. Kaikilla osallistujilla oli yhteinen krooninen kipu, joka kesti yli viisi vuotta. Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Antonovskyn (1987) kontekstin tajua ja tapaa, jolla KASAMia voidaan soveltaa kipuun.

Tulokset osoittavat, että osallistujat kokevat kroonisen kivun menetyksinä ja rajoituksina sekä fyysisesti, henkisesti että sosiaalisesti. Yhdessä he katsoivat, että kivun aiheuttamiin tiloihin puuttui paljon hoitoa ja tukea, mutta myös omalla hoidolla oli suuri vaikutus tulokseen. Johtopäätös on, että kroonisen kivun parhaan hoidon ja hoidon saamiseksi on ymmärrettävä, että kipu on yksilöllinen kokemus, ja osattava nähdä se psykologisesta, biologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Krooninen kipu, kivun seurauksia, kokonaisvaltaista hoitoa

BACHELOR'S THESIS

Author: Felicia Vähäkangas

Degree Programme: Nursing, Vasa

Supervisor: Nina Vestö

Title: "It takes talent to play healthy when it hurts the most". A qualitative interview study on chronic pain and what pain-related conditions it can cause.

Date: 5.5.2022

Number of pages: 37

Appendices: 3

Abstract

The purpose of the thesis was to find out which pain-related conditions can occur in chronic pain, and whether these conditions are included during the treatment of the pain. The work methodically goes through pain, chronic primary and secondary pain, various pain-related conditions and non-pharmacological treatment. I chose to include only some of the most common pain-related conditions such as mental and social illness, insomnia and stress.

I have used qualitative interviews as a data collection method to get a greater description of the chronic pain patients' experiences. The results were analyzed through a qualitative content analysis where three main categories were created with their own subcategories. The participants consisted of five people, both men and women aged 20-49 years. All participants had in common a chronic pain that lasted longer than five years. Antonovsky's (1987) sense of context and the way in which KASAM can be applied to pain was used as a theoretical starting point.

The results show that the participants experience the chronic pain as losses and limitations both physically, mentally and socially. Together, they considered that there was a big lack of care and support for the pain-related conditions, but that their own care also had a great impact on the result. The conclusion is that for the best care and treatment of chronic pain, one needs to understand that pain is an individual experience and be able to see it from a psychological, biological and social perspective.

Language: Swedish

Key words: chronic pain, pain-related conditions, holistic care

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Teoretisk utgångspunkt.....	2
2.1	Känsla av sammanhang.....	3
2.2	KASAM vid smärta.....	3
3	Bakgrund.....	4
3.1	Smärta	5
3.1.1	Kronisk smärta.....	6
3.1.2	Kronisk primär- och sekundär smärta.....	7
3.2	Följder av kronisk smärta	7
3.2.1	Ångest.....	9
3.2.2	Depression.....	10
3.2.3	Destruktivt beteende.....	12
3.2.4	Sömnlöshet och stress	12
3.3	Icke-farmakologiska behandlingsmetoder.....	15
3.3.1	Kognitiv beteendeterapi.....	16
3.3.2	Fysisk aktivitet.....	17
4	Syfte och frågeställningar.....	20
5	Metod.....	20
5.1	Urval av informanter	21
5.2	Datainsamling	21
5.3	Dataanalys	22
5.4	Etiska överväganden	23
6	Resultat.....	24
6.1	Smärtan påverkar vardagen.....	24
6.1.1	Smärtans karaktär	24
6.1.2	Förluster	25
6.2	Följder av smärtan	26
6.2.1	Ångest.....	26
6.2.2	Depression.....	27
6.2.3	Ensamhet.....	27
6.2.4	Relationer.....	28
6.2.5	Sömnsvårigheter	29
6.3	En holistisk vård.....	30
6.3.1	Brister i vården.....	30
6.3.2	Önskat stöd/behandling	30
6.3.3	Egenvård.....	31

7	Diskussion.....	32
7.1	Metoddiskussion.....	32
7.2	Resultatdiskussion.....	33
7.3	Slutsats.....	36
8	Referenser.....	38

1 Inledning

Det är inget förvånande att den främsta anledningen idag till att människor i i-länder söker vård är på grund av smärta. Smärta kräver ett stort vårdbehov inom många olika yrkesgrupper och leder till stora vårdkostnader. De stora vårdkostnaderna beror främst på en försämrade livskvalitet till följd av smärtan. Den försämrade livskvaliteten grundar sig på följer av den långvariga smärtan som funktionsnedsättningar, behov av vård, sociala och emotionella inskränkningar. (Linton, 2013; Hooten, 2016)

Kronisk smärta är ett komplicerat och utmanande tillstånd. Trots att man idag tidigt diagnostiserar smärtpatienter och strävar efter en smärtfri behandling, upplever fortfarande en stor del av kroniska smärtpatienter daglig smärta. Enligt en studie som gjordes från flera länder i Europa 2016, visade det sig att de flesta som upplever kronisk smärta lever med det i minst sju år och var sjätte av de kroniskt smärtpåverkade upplevde en så kraftig smärta att de ville dö. 27% av deltagarna hade svårare att hålla kontakten med familj och vänner och över 40% upplevde att smärtan påverkade de dagliga aktiviteterna. (Mills, Torrance, & Smith, 2016)

En person med konstant smärta drabbas lätt av oro och ångest. Känslan av att inte ha kontroll i livet, att inte längre klara av vardagliga aktiviteter och ofta samtidig uppleva sömnproblem kan i sin tur leda till utmattning och depression. Den kroniska smärtan sänker sinnesstämningen och gör det svårt att hålla kontakten med vänner och familj. Många personer som drabbas av psykisk ohälsa tror att de psykiska besvären försvinner när smärtan lindras, men psykisk ohälsa behöver alltid särskild vård. Psykisk ohälsa såsom depression kan även försvåra behandlingen av den fysiska smärtan. (Terveyskylä, 2018)

Trots att kopplingen mellan smärta och känslor är så tydligt lägger man i vården ofta mycket större uppmärksamhet på de sensoriska aspekterna av smärtan än på de emotionella. Den viktigaste delen för att kunna hjälpa de kroniskt sjuka patienterna är att kunna förstå att smärta är en individuell upplevelse som påverkas av många olika faktorer hos individen. För att förstå smärtpatientens lidande, agerande och nedsatta förmåga behöver vi kunna se smärtan genom psykologiska, biologiska och sociala aspekter. När vi kan se sambandet mellan det biologiska och psykologiska samspelet kan vi förstå hur den ena faktorn kan påverka förändringar i den andra. På samma sätt kan förståelse för de psykologiska

mekanismerna ge en möjlighet att utveckla metoder för att minska smärtan. (Williams, Eccleston, & Morley, 2012; Linton, 2013)

Mitt val av ämne grundar sig från egna erfarenheter och observationer i vården. Jag har upptäckt hur vanligt förekomsten av olika smärtrelaterade tillstånd är bland kroniska smärtpatienter. Med mitt val av ämnet önskar jag få större kunskap kring hur personer med kronisk smärta upplever att det påverkar deras vardag, samt vilken vård som erbjuds för de smärtrelaterade tillstånden. Kronisk smärta är idag ett vanligt förekommande fenomen och vi som vårdpersonal kommer ofta i kontakt med kroniska smärtpatienter. Med en god kunskap om smärta sett från det biologiska, psykologiska och sociala perspektivet kan vi som vårdpersonal ge en effektivare vård och undvika onödigt lidande som uppkommit till följd av smärtan.

2 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att använda mig av Aaron Antonovskys salutogena teori, känsla av sammanhang, KASAM. Personer med kroniska smärttillstånd drabbas oftare av olika psykiska tillstånd som bland annat depression och ångest. Detta har att göra med oron och stressen som smärtan orsakar, förluster av kroppsfunction och aktiviteter, vilket leder till en försämrad livskvalitet. Vid bemötandet av en patient med smärta kan det ha betydelse hur stort fokus man sätter vid de psykologiska faktorerna. När det salutogena perspektivet används i vården bygger man på fokus mot vilka resurser och kapaciteter patienten har i stället för att fokusera på risker och sjukdom. Nyckeln till den salutogena utvecklingen är en strävan mot problemlösning och förmågan att använda sig av resurser. Vikten sätts vid att stärka det som är bra och fungerar och att försöka behålla det meningsfulla sammanhanget som gör livet begripligt och hanterbart. (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2005)

2.1 Känsla av sammanhang

Antonovsky byggde upp teorin KASAM genom tre komponenter, begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begriplighet utgör kärnan i definitionen KASAM. Det handlar om yttre och inre stimuli och hur man tolkar dessa som förutsägbara, strukturerade och förståeliga. Lättare sagt handlar det om att kunna skapa sig en förståelse som behövs för att man ska kunna känna sig trygg. När vi befinner oss i svåra sammanhang behöver vi begriplighet för att förstå hur saker hänger ihop för att sedan kunna orientera oss och veta hur vi ska agera. Med hanterbarhet anses hur bra man är förberedd att möta framtida händelser. Till detta krävs resurser och förmågor som står under ens egna kontroll. Det vi bär med oss från erfarenheter och träning är betydande samtidigt som vi behöver veta hur vi ska tillämpa dem. Ju större känsla hanterbarhet vi har desto lättare har vi att hantera de svåra situationerna. Med meningsfullhet anser Antonovsky den stora betydelsen av att vara delaktig och i vilken grad man upplever att livet har en känslomässig innebörd där man kan sätta tid och engagemang. Meningsfullheten skapas bland annat genom kamratskap, bra samarbete, öppenhet och förtroende, men den kan även uttrycka sig i vackra miljöer, kulturer och i naturen. (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2005)

Antonovskys teori skapades för att kunna besvara hur personer med erfarenheter av stressande livsupplevelser kan ha en tillfredsställande psykisk hälsa. Enligt Antonovsky handlar det om en förmåga att känslomässigt och kognitivt kunna bedöma konkreta situationer. De stressorer man drabbas av i livet kan ses som normalt och närvarande. De kan till och med vara hälsofrämjande beroende på vilken typ av stressor och på vilket sätt man hanterar den. Antonovsky förklarar detta genom de generella motståndskrafterna som gör stressorer begripliga. De personer som har en stark KASAM hittar en högre grad av struktur i de stressande livsupplevelserna genom en bättre hantering av situationen, de kan överväga fler möjligheter och tror mer på sin egen förmåga. Personer med svag KASAM kan däremot uppleva kaos, känna sig överbelastade och sakna hopp. (Antonovsky, 1987)

2.2 KASAM vid smärta

Patienter med kronisk smärta söker ofta en mening och förståelse för den upplevda smärtan. Denna mening är enligt Antonovsky (1991) starkt relaterad till det psykologiska

och våra sociala nätverk och interaktioner. Den tillfredsställelse som patienten känner för sin sjukdom och behandling beror i största hand på patientens upplevda grad av mening än graden av smärtan och behandlingens riktning. Brattberg (2006) förklarar att en patient som har kontakt med sin vilja upplever högre värde för livet vilket gör viljan meningsskapande. För att uppleva meningsfullhet krävs ett engagemang i livsmål till exempel genom att sätta upp livsmål man kan arbeta konstruktivt med. Processen i sig när man strävar efter målen skänker livet mening, inte bara när målen uppnås. (Brattberg, 2006)

Enligt en studie som gjorts på Karolinska institutet tyder resultaten på att patienter med smärta som upplevs ha en låg KASAM tydligt gav en lägre tillfredsställelse i dagliga aktiviteter, sämre kroppsfunction, lägre livskvalitet, mer sömnstörningar och kroppslig smärta. Vidare i resultaten kunde man se att låg KASAM ledde till större svårigheter att hantera skada, mera oro, starkare symtom och sjukdomskänsla, lättare att ge upp och att använda dåliga problemlösningstrategier. Däremot gav en hög KASAM en positiv förändring gällande ångest och depression. Andra positiva resultat visade mindre smärta, minskat antal vårdbesök och större arbetsförmåga. (Högqvist & Gharanfoli, 2012)

3 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs allmänt vad smärta innebär för människan och skillnaden mellan kronisk primär- och sekundärsmärta. Vidare redogörs några av de vanligaste smärtrelaterade tillstånden som kan förekomma vid kronisk smärta. Till dessa hör ångest, depression, destruktivitet, sömnlöshet och stress.

I detta kapitel förklaras även vikten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder och egenvård. Med hjälp av icke-farmakologiska behandlingsmetoder och den egna vården kan man på ett mera övergripande sätt samtidigt vårda de biologiska, psykologiska och sociala delarna av smärtan. De icke-farmakologiska behandlingsmetoderna som beskrivs är fysisk aktivitet och kognitiv beteendeterapi.

3.1 Smärta

Definitionen av smärta beskrivs enligt International association for the Study of Pain (IASP) som "En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse i samband med faktisk eller potentiell vävnadsskada, eller beskrivs i termer av sådan skada". Smärta är alltid en personlig upplevelse som individuellt påverkas av biologiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella faktorer, men även miljöfaktorer och tidigare upplevelser har en betydelse. Smärta är även en subjektiv upplevelse och kan därför ge varierande grader av smärta trots samma utlösande orsak. Man kan inte enbart härleda smärta som en aktivitet i sensoriska nervsystemet, utan varje individ lär sig begreppet smärta genom sina livserfarenheter. (Treede, et al., 2019; Valvira, 2020)

Smärta är inte bara en normal upplevelse utan en mycket viktig varningssignal för kroppen som varnar när det finns en skada eller hotande skada. Smärtans uppgift är att styra beteendet så man kan vidta lämpliga åtgärder vid skada. Den styr oss att handskas på ett effektivt sätt med den aktuella smärtan och ökar därför överlevnadsförmågan. Om smärtsinnet skulle saknas eller vara skadat skulle det dagligen vara en fara för kroppen. Smärtan är en vanlig företeelse som drabbar alla människor någon gång i livet oberoende av ålder, hudfärg, kultur och kön. Dock kan olika typer av smärtor oftare drabba en viss typ av människor, till exempel rapporterar kvinnor oftare ryggsmärta än män medan förekomsten av alla kroniska smärttillstånd ökar med åldern. (Linton, 2013; Treede, et al., 2019)

Smärta kopplas ofta samman med en vävnadsskada och många tolkar smärta som resultatet av ökad organisk skada. Vävnadsskada är absolut ett viktigt element i smärtperceptionen men långt ifrån det enda elementet. När smärta beskrivs används ofta jämförelser eller adjektiv hellre än olika synonymer. Dessa liknelser och adjektiv hjälper att beskriva smärtan ur en mera fysisk och emotionell synvinkel. Smärta kan beskrivas med 75 olika ord, här ingår även känslomässiga och bedömande ord. Smärtan används vid beskrivning av många företeelser som sår, värk men även vid besvikelser och förluster. (Linton, 2013; Treede, et al., 2019)

3.1.1 Kronisk smärta

Den fysiska smärtan kan delas in i akut och kronisk smärta. Den akuta smärtan förknippas oftast med en vävnadsskada och varar mindre än tre månader. Smärta kan för en del utvecklas till en abnorm känslighet för smärtstimuli, eller överkänsligt smärtsinne som kan utvecklas till en kronisk smärta. (Jakobsson, 2007; Valvira, 2020)

Kronisk smärta definieras som smärta som kvarstår efter att den primära orsaken till smärtan läkt, eller smärta som varar eller återkommer i mer än tre månader. Den kroniska smärtan kan vara primär eller sekundär. En långvarig eller upprepade smärta ökar smärtimpulserna i den retade nerven och gör att smärtan blir mera intensiv. En del personer kan hantera den långvariga smärtan så bra att det inte krävs mycket vård eller sjukfrånvaro, medan för en stor del kan smärtan bli mer och mer påtaglig vilket orsakar en minskad livskvalitet och svårigheter att klara av vardagen. (Jakobsson, 2007; Treede, et al., 2019)

Utveckling av kronisk smärta kan bero på många orsaker men samspelet mellan psykologiska faktorer och omgivningen spelar en viktig roll. Smärtsystemet finns till för att hjälpa oss hantera olika smärtsignaler och kunna agera rätt, men i vissa omständigheter sker en förändring och långvarig smärta utvecklas. De personer som utvecklar långvarig smärta har ofta en sårbarhet för den fortlöpande processen av smärtan. När smärta uppkommer behövs goda färdigheter för att hantera problemet så smärtan inte får fotfäste och blir en långvarig process. Betydande faktorer för utvecklingsförloppet hänger mycket ihop med beteende, emotioner och kognitioner. En återkommande smärta leder ofta till små förändringar i livsstilen utan personens medvetande. Dessa förändringar ses som en början på utvecklingen av kronisk smärta. Genast utvecklingsfasen kommit i gång blir det allt svårare att få stopp på processen. Ifall utvecklingsfasen redan börjat kan fortfarande förbättringar ske, men personen kommer aldrig kunna återgå till tiden före problemet utvecklats. Även om kronisk smärta inte alltid är omedelbart livshotande är den en ledande källa till mänskligt lidande och funktionsnedsättning. (Linton, 2013; Treede, et al., 2019)

3.1.2 Kronisk primär- och sekundär smärta

Kronisk smärta kan delas in i primär och sekundär smärta. Till primär kronisk smärta uppfattas smärtan som en sjukdom i sig, med smärta i en eller flera anatomiska regioner och som inte kan redovisas av ett annat kroniskt smärttillstånd. Smärtan ska ha kvarstått eller återkommit längre än tre månader. Smärtan är förknippad med störningar i det vardagliga livet och deltagande i sociala roller samt med betydande emotionell nöd. Hit räknas smärttillstånd som kronisk utbredd smärta (fibromyalgi), komplexa regionala smärtsymtom, kronisk primär huvudvärk och orofacial smärta (kronisk migrän eller temperomandibulär sjukdom), kronisk visceral smärta (IBS, överkänslig tarm) och kronisk primär muskeloskeletal smärta (ospecifik ryggsmärta). (Nicholas, et al., 2019)

Till kronisk sekundära smärta anses smärta som kan kopplas till någon annan sjukdom och som kan definieras som den bakomliggande orsaken. Smärtan betraktas därför initialt som ett symptom. För att klassificeras som kronisk sekundär smärta ska smärtan ha varat eller återkommit i mer än tre månader, men kan vid en framgångsrik behandling av den ursprungliga orsaken försvinna. Ifall den kroniska smärtan fortsätter trots att diagnosen av den underliggande sjukdomen inte längre är relevant, kommer smärtdiagnosen att förbli kronisk sekundär smärta. Till kronisk sekundär smärta räknas kroniska cancerrelaterad smärta, kronisk postkirurgisk och posttraumatisk smärta, kronisk neuropatisk smärta, kronisk sekundär huvudvärk och orofacial smärta, kronisk sekundär visceral smärta och kronisk sekundär muskeloskeletal smärta. (Treede, et al., 2019)

3.2 Följder av kronisk smärta

Kronisk smärta och psykisk ohälsa är ett globalt folkhälsoproblem idag. I Europa drabbas upp till 40% av befolkningen av kronisk smärta och 29% av psykisk ohälsa. Den höga förekomsten av båda tillstånden tyder på att det finns ett samband mellan kronisk smärta och psykisk ohälsa. (Hooten, 2016)

Smärta och känslor är inte två olika system utan den ena har en tydlig interaktion på den andra. Vid kronisk smärta är ett av de svåraste tillstånden de negativa känslorna som uppstår. Det är de negativa känslorna som kan koppla samman smärta med lidande.

Eftersom smärta och emotioner har så många liknelser beskriver en del forskare att smärta är en emotion. Likasom vid olika känslor har smärta ett eget ansiktsuttryck. Skillnaden är att de ansiktsuttryck som används vid smärta är väldigt unika och är inte av samma karaktär som andra känslor. (Linton, 2013)

Vid smärta reagerar många delar av det centrala nervsystemet. Den affektiva delen inkluderar känslor som bland annat irritation, sorg, ångest och depression som svar av en skadlig stimulans. I hjärnans struktur och aktivitet kan man se tydliga förändringar under tiden med en kronisk smärta. Ett exempel är en minskning av gråämnesvolymen i de områden som involverar i emotionella och kognitiva aspekter vid smärta. I studier som forskat kring övergången mellan akut och kronisk smärta har man funnit en förskjutning från den sensoriska till den affektiva-emotionella kretsen för smärta. Liknande förändringar som uppstår vid smärta har man också funnit vid depression. (Doan, Manders, & Wang, 2015)

Långvarig smärta väcker ofta en hjälplöshet hos personen och en känsla av att smärtan aldrig tar slut. Den fortlöpande smärtan är alltid psykiskt tärande för personen och sänker ofta sinnesstämningen. Tillsammans med andra symtom som sömnproblem, ångest och stress kan den sänkta sinnesstämningen ibland leda till depression och destruktiva tankar. (Terveyskylä, 2018)

Fear-Avoidance Model of Pain (Rädslo-undvikande-modell för smärta) används ofta globalt för att beskriva hur psykologiska processer förmedlar övergången från tillfällig akut smärta till kronisk smärta och funktionsnedsättning. Grunderna för modellen innehåller en beskrivning av hur psykologiska processer, känslor, tankemönster och beteenden sammanfaller för att bilda en tro och ett beteende som kan hindra rädsla. Detta mönster blir de viktigaste drivkrafterna för olika typer av smärtrelaterande funktionshinder. Den främsta faktorn i modellen är känslan av rädsla. Rädslan utvecklas av negativa tankemönster som sedan övergår till en känsla av hot och som i sin tur övergår till en överdriven negativ tolkning av smärtinformation. Denna överdrivna smärtuppfattning i samband med en negativ påverkan ger det sämsta möjliga resultatet, till exempel depressiva symtom och ångest. Rädsla leder till att största fokus sätts på smärtan och dylika symtom, vilket leder till ett undvikande av aktiviteter och sociala sammanhang. (Hooten, 2016)

3.2.1 Ångest

Ångest används för att beskriva symtom som överdriven rädsla eller oro. Man kan också se ångesten som ett upplevt hot mot välbefinnandet, vilket gör den kroniska smärtan till hotet. Detta gör det lättare att förstå att personer med en långvarig smärta har större grad av ångestproblem än personer utan smärta. Termen ångest används om ångestsyndromet är särskilt kraftigt och långvarigt och medför hinder i det dagliga livet. Hur höga ångestnivåerna är kan identifieras med hjälp av olika screeningfrågeformulär. De vanligaste screeningsformulärens som används för ångest i Finland är GAD (Generalized Anxiety Disorder) för generaliserat ångestsyndrom, LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale) eller SPIN (Social Phobia Inventory) för social fobi och PDSS (Panic Disorder Severity Scale) för panikstörning. (Linton, 2013; Hooten, 2016; Tarnanen, Koponen, & Laukkala, 2019)

Rädsla som är en mera specifik term för ångest påverkar inte bara psykiska reaktioner utan väcker även fysiologiska förändringar såsom att blodet strömmar till de inre organen och orsakar blekhet, svettningar, skakning, yrsel, känsla av trånghet i bröstet och hjärtklappningar. Tillsammans med rädsla förekommer kognitioner som en negativ nervärdering, ökad vaksamhet, fysiologiska förändringar och ett förändrat beteende. En annan typ av ångest är oro. På samma gång som oro räknas till en typ av ångest kan den på samma gång ses som ett sätt att hantera och undvika ångesten. Den här typen av ångest är ofta bestående av en återkommande kognitiv störning med ett negativt grubblande och en stor motvilja. När oron sätts in vid kronisk smärta kan den ses som konstant återkommande av hotfulla tankar om smärtan och dess följder. (Linton, 2013; Hooten, 2016; Tarnanen, et al., 2019)

Vanligt förekommande ångestsjukdomar vid kronisk smärta är generaliserad ångestsyndrom (GAD), panikångest, fobier och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), (Tarnanen, et al., 2019). Ångestsyndrom förekommer hos kroniska smärtpatienter mellan 35-50%. Enligt Hooten (2016), finns det ett tydligt samband mellan olika ångestsyndrom och kronisk smärta. I hjärnområden som talamus, PFC och ACC aktiveras både kronisk smärta och ångest. Detta kan skapa ett dubbelriktat förhållande och visar tydligt på att smärtan kan påverka ångest och omvänt kan även ångest utlösa smärta. Människor har från födseln olika sårbarheter för ångest av biologiska och genetiska anledningar.

När man drabbas av ångest får man en selektiv uppmärksamhet och minne. Ångesten är inte bara selektiv utan tolkningen av olika förhållanden kan ofta bli negativ. Till exempel kan neutral information tolkas som negativt eller en liten sannolikhet kan tolkas som mycket sannolikt. Ångesten har även en effekt på bedömning av vad som kan ses som hot. Saker som vanligtvis inte skulle ses som hot kan upplevas hotfulla när ångesten ökar. Ju mer ångesten stiger och känns allt obehagligare kan tendensen till undvikande uppkomma. Strävan att få undvika den obehagliga känslan ger ångesten en enorm kraft som har en stor betydelse på den kroniska smärtpatientens mående och hanterande av smärtan. (Linton, 2013)

3.2.2 Depression

Depression är ett syndrom där individuella symtom och syndromets identifiering behandlas vid diagnostiseringen. Diagnosen fastställs i Finland genom kriterieskala ICD-10 där det krävs minst 4 av de 10 kriteriesymtom som presenteras. Symtomen behöver ha varit kontinuerligt i minst två veckor och behöver vara av betydande svårighetsgrad. Depressionens svårighetsgrad bedöms enligt antal symtom med en skala mellan 0-10 som delas sedan in i mild, måttlig och svår depression. Diagnosen kan även fastställas genom andra screeningar som till exempel MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Scale) eller BDI (Beck Depression Scale). (Käypä Hoito, 2021)

Depression har under de senaste åren orsakat en enorm minskning av arbete över hela världen. I Finland har sjukpenningsperioder fördubblats sedan början av 2000-talet. År 2018 var drygt 30 900 personer sjukpensionerade på grund av depression. Kostnaderna försjukpension, sjukpenning, minskad arbetsprestation och vårdkostnader är betydande i Finland. Enligt Käypä Hoito 2021, uppskattades kostnaderna år 2018 för sjukpension vara upp till 434 miljoner euro och för sjukpenning 138 miljoner euro. Personer som lider av smärta och depression samtidigt besöker hälso- och sjukvården upp till tre gånger mer än personer som inte lider av smärta eller depression. (Käypä Hoito, 2021)

Kronisk smärta och depression förekommer ofta samtidigt. Från kliniska patientmaterial har man funnit att två tredjedelar av patienter som söker vård för depression också lider av smärta, medan diagnosen klinisk depression går att ställas på upp till 80% av kroniska

smärtpatienter. (Miranda, Kaila-Kangas, & Ahola, 2011). Enligt en omfattande litteraturstudie kan man från flera befolkningsbaserade studier se sambandet mellan depression och smärta och hur risken för depression ökar som en följd av att smärtan förvärras. Patienter med kronisk smärta, smärta som varat längre än tre månader, har konstaterats ha dubbelt så hög risk att drabbas av depression. Patienter som dessutom har utbredd smärta eller flera olika smärtsymtom har bevisats ha upp till fyra gånger större risk att bli deprimerad än patienter utan smärta. (Matthew, Robinson, Katon, & Kroenke, 2013) I en tvärsnittsstudie som gjorts för några år sedan framkom dessutom att personer med allvarlig depression tillsammans med kronisk smärta är 2,1 - 4,6 gånger mer benägna för svårigheter i dagliga livet, med familjen och sociala interaktioner (Doan, Manders, & Wang, 2015).

Det finns tydliga samband mellan hur en ökad svårighetsgrad av smärta ökar de depressiva symtomen och på samma sätt, när depressionssymtom ökar i svårighetsgrad blir även smärtorna svårare. Smärta och depression har konstaterat dela samma biologiska mekanismer i hjärnfunktioner och hjärnstrukturer, men också signalsubstanser. En störning har hittats i regleringen av smärta och smärtrelaterade känslor i hjärnan. Denna störning kan göra att intensiteten av smärtan förstärker de obehagliga känsloupplevelser som förekommer vid känsla av smärta. Förekomsten av båda tillstånden försvårar därför behandlingen. (Doan, et al., 2015)

Enligt flera studier kan man se att personer som lider av depressivitet och smärta oftast söker läkarhjälp endast för den fysiska smärtan. Ifall en samtidig depression skulle förekomma men inte upptäcks, kan det resultera i att rätt diagnos och behandling uteblir. Den smärtbehandling som kanske påbörjas blir ineffektiv på grund av att den viktigaste smärtkomponenten, känslomotionen, inte tas i beaktande. Detta kan fortsättningsvis resultera i missnöje som leder till allt fler läkarbesök och en onödig förlängning av besvären. Därför är det viktigt att redan vid de första besök som görs på grund av smärta genomföra en depressionsscreening. För att uppnå en effektiv behandling är det viktigt att följa en modell som innehåller utvärdering och behandling av depression och smärta samtidigt. (Hooten, 2016; Tarnanen, et al., 2019; Michaelides & Panagiotis, 2019)

3.2.3 Destruktivt beteende

Vid långvarig smärta är destruktivitet vanligt förekommande. Hos vuxna uppskattas destruktivitet vid kronisk smärta vara från 28% till 48%. Personer med ryggsmärta, migränhuvudvärk och fibromyalgi uppskattas därtill ha en ännu större risk för destruktivitet i jämförelse med resterande kroniska smärttillstånd. Kronisk smärta och självmordstankar behöver inte vara direkt kopplade, utan ofta finns underliggande faktorer som kan förklara förekomsten av båda. Depression är den viktigaste riskfaktorn för självmord. Det tydliga sambandet mellan kronisk smärta och depression tydliggör därmed att självmordstankar/-beteenden är en risk vid kronisk smärta. Studier har funnit att även om depression är huvudriskfaktorn vid självmord så sker inte alla självmordsförsök till följd av depression. (Tilburg, Spence, Whitehead, Bangriwala, & Goldston, 2011; Hooten, 2016)

Riskfaktorer för suicidalitet vid kronisk smärta är uppdelade i allmänna riskfaktorer; såsom familjehistoria med självmord, tidigare självmordsförsök, komorbiditet och smärtspecifika faktorer; såsom smärtplats, intensitet, varaktighet och samsjuklig sömnlöshet. Sambandet mellan smärta och suicidalitet var stark vid smärttillstånd som huvudvärk och värk i magen oberoende av depression, men även de smärtspecifika faktorer såsom smärtans intensitet och den egna kontrollen över smärtan. I forskning har man dessutom funnit att smärta och självmord delar liknande biologiska vägar som kan förklara deras samband. Till exempel är mängden serotonin inblandad i både smärta och självmordstankar. (Tilburg, Spence, Whitehead, Bangriwala, & Goldston, 2011)

På grund av den höga självmordsfrekvensen och självmordstankar vid kronisk smärta bör man tidigt och regelbundet inom sjukvården fråga patienter med kronisk smärta ifall dessa tankar förekommer, oberoende om depression förekommer. Man behöver därtill vara beredd att genomföra en lämplig nivå av vård. (Hooten, 2016)

3.2.4 Sömnlöshet och stress

Sömnlöshet drabbar tillfälligt alla människor någon gång i livet. För att diagnosen sömnlöshet ska ställas har sömnlösheten påverkat det vardagliga livet negativt under en längre tid. Till sömnsvårigheter räknas hos vuxna en sömnfördröjning på mera än 30

minuter och/eller minuter vakna efter sömnstart i mer än 3 dagar per vecka i mer än 3 månader. (Käypähoito, 2020)

Hos personer med kronisk smärta är sömnlöshet mycket vanligt. Hos 53% till 90% av kroniska smärtpatienter förekommer någon form av sömnlöshet. Hur sömnlösheten ter sig är oftast beroende på den kroniska smärtans svårighetsgrad. Trots att sömnlöshet oftast anses vara en följd av den kroniska smärtan visar forskning att sömnstörningar kan ha ett dubbelriktat samband med kronisk smärta. Alltså kan sömnlöshet både fungera som den utlösande faktorn och som upprätthållande faktor. Detta kan i sin tur leda till en ond cirkel där dålig sömn sänker smärtröskeln vilket bidrar till hyperalgesi och som i sin tur leder till en ökad incidens eller svårighetsgrad av sömnlöshet. Enligt en populationsbaserad litteraturstudie som gjordes 2018, har man funnit att sömnstörningar förutsäger kronisk smärta starkare än vad smärta förutsäger sömnstörningar. Sömnlöshet påverkas oftast inte självständigt av hur natten och dess smärtor upplevs utan är förknippad med smärtans inverkan på det dagliga livet och livskvaliteten. (Nijs, et al., 2018)

För att förklara kopplingen mellan sömnlöshet och en sänkt smärtröskel har forskningen funnit att mycket beror på överlappande mekanismer i centrala nervsystemet. Ett exempel är den viktiga betydelsen av signalsubstanserna dopamin och serotonin. Signalsubstanserna har stor betydelse för sömnregleringar, endogen analgesi och kontroll av dygnsrytmen. En dysfunktion i dessa kan ha stor betydelse vid dygnsbeteende och kan bidra till sömnstörning och till och med större smärtkänslighet. Forskning antyder att dysfunktion i dessa signalsubstanser spelar stor roll för personer med kronisk smärta och sömnlöshet, men är osannolikt den bakomliggande faktorn. Idag vet man dessutom att även om en hälsosam sömn underlättar immunförsvaret kan tvärtemot en försämrad sömnkvalitet eller -kvantitet orsaka flera inflammatoriska tillstånd. Dessa inflammatoriska tillstånd som orsakas till följd av sömnbrist inkluderar även ökade nivåer av ämnena interleukin, prostaglandin och kväveoxid. Därtill kan låga nivåer av inflammatoriska cytokiner som uppstår till följd av sömnbrist potentiellt påverka hjärnans funktion. Cytokinerna reagerar med centrala nervsystemet och förmedlar trötthet och en ökad känslighet för smärtstimuli. (Nijs, et al., 2018)

Obehandlat sömnproblem kan vara ett stort hinder för behandlingen av kronisk smärta. Trots den alltmer växande mängden vetenskapliga studier som förutsäger en hög

förekomst av sömnlöshet hos personer med kronisk smärta, innehåller många behandlingsprogram för kronisk smärta ingen direkt behandling för sömnlöshet. Den vanligaste behandlingen vid sömnlöshet hos kroniska smärtpatienter är farmakologisk behandling. Till läkemedlen inkluderas bland annat bensodizepiner, antikonvulsiva medel och tricykliska antidepressiva läkemedel. Dessa läkemedel är problematiska av två anledningar. Ingen säkerhet och effektivitet av läkemedlen har fastställts hos användare med kronisk smärta. Dessutom för ofta dessa hypnotiska läkemedel med sig en hel del biverkningar som bland annat sederig, yrsel, dåsighet under dagtid, kognitiva och psykomotoriska försämringar. Enligt forskningen kan dessa läkemedel försämra sömnen ytterligare och därmed öka smärtan. (Hetta, J; Psykiatri Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset, Schwan Å, Landstingets läkemedelsenhet, 2017; Nijs, et al., 2018)

Smärta är sällan den enda orsaken till sömnlöshet, utan den vanligaste orsaken är någon form av stress. Själva smärtan är ett starkt stressmoment och många smärtpatienter upplever smärtan som den mest stressande händelsen i sitt liv. Stress och sömn är tydligt sammankopplade, vilket kan ses från studier genom starka samband mellan ångestnivåer och svårighetsgraden av sömnlöshet. Likasom vardaglig stress påverkar sömnen negativt kan även stressande livshändelser eller traumatiska händelser resultera i negativa förändringar av sömnen. Hos kroniska smärtpatienter kan stress vara en följd av oro och ångest som smärtan och/eller sjukdomen orsakar. Denna typ av stress brukar kallas för hälsoångest. Likaså förklarar depression delvis variationen i sömnkvalitet bland personer med kronisk smärta. (Nijs, et al., 2018)

Negativ stress påverkar inte enbart sömnen utan har även stor betydelse vid ihållande smärta och funktionsnedsättning. En kronisk smärta kan resultera i kronisk negativ stress. Kronisk stress är i sin tur kopplad till förändringar i det kortikolimbiska systemet i hjärnan. Kronisk stress kan bidra till en dysreglering av hypotalamus, hypofysen och binjureaxeln, vilket kan störa homeostasen i kroppen. När stressen blir kronisk kan man se förändringar i delar av hjärnan som PFC, amygdala och hippocampus. Hjärnaktiviteten blir också förändrad vilket påverkar nedregleringen av stressreaktionen. Samma förändringar har konstaterats vid en del kroniska smärttillstånd. (Nijs, et al., 2018; McManus, 2019)

3.3 Icke-farmakologiska behandlingsmetoder

Enligt Linton (2013) bör behandlingen för kronisk smärta på ett övergripande sätt ta upp de smärtrelaterade tillstånden, som bland annat psykisk ohälsa och sömnlöshet. Kronisk smärta kan per definition inte botas, i stället måste den kroniska smärtpatienten få de verktyg som gör att smärtan kan hanteras på en acceptabel nivå. Vid lindringen av smärta är det viktigt med användning av smärtstillande, interventioner och stimulanser, men lika viktigt är det att ägna stor uppmärksamhet åt fysisk motion och de psykosociala besvär som nästan alltid går hand i hand men långvarig smärta. (Williams, Eccleston, & Morley, 2012)

Enligt utvärdering från studier av patienter med kronisk smärta har det visat sig att icke-medicinska behandlingar för smärta har blivit mycket vanligare. Enligt en studie som gjorts 2016 konstaterades att en tredjedel av de som lider av kronisk smärta för tillfället inte använder någon behandling och att två tredjedelar använder sig av icke-medicinska behandlingar, såsom massage, sjukgymnastik och akupunktur. (Mills, Torrance, & Smith, 2016)

Till den mångsidiga vården hör inte bara de fysiska och psykiska faktorerna utan även den sociala delen bör inkluderas. Till det allra viktigaste hör förmodligen en god kommunikation. Utan en god kommunikation uppstår missförstånd, där ingen tillit och engagemang skapas vilket gör att de anvisningar som ges troligtvis inte följs. För ett bra resultat av vård har det stor betydelse att sjukskötare och annan vårdpersonal redan från början av vården inkluderar familjemedlemmar när man planerar och utför vårdåtgärder. Om de styrkor och de egenskaper som finns inom familjerna identifieras i ett tidigt skede kan de hjälpa till med att skapa en trygg miljö för den smärtpåverkade. Med en trygg miljö minskar risken för försämrade sinnesstämning och isolering till vänner och familj. (West, Buettner, Stewart, Foster, & Usher, 2012; Linton, 2013)

Det är därtill viktigt att upprätthålla eller försöka förnya känslan av syfte och mening under det kroniska tillståndet för att skapa en skyddande faktor för psykisk ohälsa. Likaså att vara målinriktad och försöka nå mål trots smärtan och dess störningar. För att kunna vara målinriktad behöver man omorientera sina mål och kunna sätta nya mål, trots smärtan och de nuvarande funktionshinder. Enligt forskning har man dessutom upptäckt att genom att vara målinriktad och strävan efter att nå målen, trots smärta och dess störningar, ger en mer tillfredsställelse än att uppnå mål när motgångar inte uppfattas. Att ha ett högt syfte

kan innebära att man påverkas mindre av smärtan vilket gör att man kan utföra dagliga aktiviteter och uppfyller således sina mål i livet. (Almeida, Carvalho, & Pereira, 2018)

3.3.1 Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara mycket effektiv vid behandlingen av kronisk smärta i samband med psykisk ohälsa och sömnlöshet. KBT är en psykosocial intervention som har till syfte att förändra negativa tankemönster, känslor och beteenden. Detta för att kunna förbättra den egna förmågan, självregleringen och ett hälsosamt beteende. KBT kan utföras individuellt eller i grupp. Ibland kan terapin vara kortfattig med endast 1-2 sessioner medan en del behöver terapi på längre sikt under flera månaders perioder. De tre typerna som används vid KBT är acceptans- och engagemangsterapi (ACT), mindfulness-baserad kognitiv terapi (MBCT) och problemlösningsterapi (PST). När KBT används under långsiktiga förhållanden försöker man behandla de psykiska effekterna som kan uppstå vid kronisk smärta snarare än att försöka förändra själva symtomen. (Hooten, 2016; Malins, et al., 2020)

KBT som behandling mot sömnlöshet i kombination med smärta har visat sig vara den mest effektiva behandlingsmetoden. Fördelen med KBT i jämförelse med lugnande- eller hypnotiska läkemedel är hållbarheten och effekten av behandlingen, samt en mycket lägre risk för biverkningar. Vid sömnlöshet och smärta inriktas oftast terapin mot bådadera. Resultaten efter forskning av denna kombinerade terapi gav betydande förbättringar av sömn, olika handikapp på grund av smärtan, smärtinterferens, depression och trötthet. Kombinationen hade en stark fördel jämfört med KBT enbart för smärta eller sömn. (Nijs, et al., 2018)

När KBT används vid behandling av smärta riktas den mot att bland annat behandla tendensen att fokusera på smärtan på ett negativt sätt och värdera den egna förmågan att handskas med smärtan. Vid användning av KBT inom modellen för undvikande av rädsla, riktar sig terapin mot de skadliga effekterna som uppkommer av smärtekatastroferande och ett undvikande av övertygelser, rädsla och ett undvikande beteende. De patienter som lider av ett katastrofbeteende och katastroftankar upplever över lag mera smärta. Bakom katastroferande finns ofta en hjälplöshet hos kroniska smärtpatienter. Eftersom

hjälplösheten har en högre smärtintensitet kan även det vara en stor mekanism bakom smärta, depression och funktionsnedsättningar. Målet med terapin är att utveckla olika strategier som syftar till att främja en aktiv problemlösning för framgångsrikt kunna konfrontera och hantera de hälsorelaterade hot som uppkommer till följd av smärtan. (Hooten, 2016)

Även om alla terapeuter använder olika tekniker så är "kärnan" i terapin den samma när den används för kronisk smärta. Till den hör olika hemuppgifter, en kognitiv omstrukturering (läran om hur man hanterar missanpassningar av kognitioner), en tidsbaserad aktivitetstakt, avkopplings träningar och träning för att få bort smärtbeteenden. Andra metoder som kan användas är distraktion för att aktivt avleda uppmärksamheten från smärta, en omtolkning av negativa tankar kring smärtan och avskiljande av smärtekänslor från andra förmågelser, en bekräftelse för självuttaganden och ett känslomässigt avslöjande. (Hooten, 2016)

Enligt en randomiserad kontrollstudie som gjorts 2016 kan man konstatera att deltagare med kronisk smärta som fått KBT upplevde efter ett års behandling en förbättring i funktionsnedsättningen, minskad smärtintensitet, minskad depression och en bättre livskvalitet. (Mills, Torrance, & Smith, 2016). KBT har bevisats ge långsiktiga förbättringar i smärtintensiteten, funktionshinder, livskvalitet, hantering av smärta, depression och annan psykisk ohälsa. (Hooten, 2016)

3.3.2 Fysisk aktivitet

Det har varit känt redan i många år hur bra resultat regelbunden fysisk aktivitet ger för personer med kronisk smärta och psykisk ohälsa. Redan på 500-talet f.Kr. uttalade den forntida läkaren Hippokrates: "Alla delar av kroppen, om de används med måtta och utövas i arbete som var och en är van vid, blir därigenom frisk och välutvecklad, samt åldras långsamt; men om de är oanvända och lämnas sysslolös, blir de utsatta för sjukdom, defekta i tillväxt och åldras snabbt." Inaktivitet är en riskfaktor för de flesta sjukdomarna idag, både psykiska och fysiska. Träning används speciellt som en effektiv och billig tilläggsfaktor vid behandling och förebyggande av olika sjukdomar. En del forskare förklarar att träningens inverkan på hjärnan är relaterad till människans evolutionära process,

eftersom fysisk aktivitet är förknippad med överlevnad. Träning är relaterat till en förbättrad kognitiv funktion och hjärnans plasticitet. (Peluso & Andrade, 2015; Ruegsegger & Booth, 2018)

Fysisk aktivitet är inget botemedel men används idag som behandling av symtom som smärta, nedsatt funktionsförmåga, sömnlöshet, trötthet, orörlighet i lederna, kognitiv dysfunktion, depression och ångest. Vidare påverkar också fysisk aktivitet positivt på livskvalitet, de dagliga aktiviteterna, känslomässig påverkan, övergripande fysisk funktion och självständighet. Beroende på vilken typ av kronisk smärta man lider av rekommenderas olika typer av träning, men enligt forskning passar de flesta typer av träning med en måttlig intensitet. De träningsformer som visat tydligaste resultat är aerobic, styrketräning och flexibilitetsövningar. Regelbunden aerob träning har till och med visat sig vara lika effektiv som NSAID-preparat för att minska smärta. Många forskningar tyder också på att en kombination av fysisk aktivitet och andra icke-farmakologiska terapier som till exempel KBT, kan vara den mest effektiva kliniska strategin för lindring av kronisk smärta. (Ambrose & Golightly, 2015)

Sambandet mellan förbättring av humöret och träning har inte bara setts hos personer med psykisk ohälsa utan kan även bevisas hos personer utan psykiska symtom som tränar regelbundet. De förbättringar som har konstaterats är ett jämnare och gladare humör, förbättrad livskvalitet, självkänsla, vitalitet, allmänt välbefinnande och tillfredsställelse med det fysiska utseendet. Enligt flera forskningar kan man också bevisa att regelbunden fysisk aktivitet fungerar som ett skydd mot utveckling av depression. (Peluso & Andrade, 2015; Ruegsegger & Booth, 2018)

Effekterna av hur humöret påverkas av regelbunden fysisk aktivitet har i huvudsak studerats med hjälp av aerob träning, men även en del forskningar kan bevisa att samma positiva effekt fås från anaerob träning, till exempel bodybuilding eller flexibilitetsträning. Det man kunnat konstatera genom forskningar är att den akuta effekten av både aerob och anaerob träning kan ge en förbättring av depressiva- och ångestsymtom. Dessa effekter kan fås efter ett enda träningspass och kan vara i några timmar eller till och med upp till en hel dag. För att förklara de gynnsamma effekterna av fysisk träning har man ifrån en litteraturstudie gjord 2015 kommit fram till tre hypoteser; distraktion, självförmåga och social interaktion. Med distraktion anses en avledning från ogynnsamma stimuli under

träning vilket leder till ett förbättrat humör. Självförmåga förklaras att eftersom fysisk träning ofta ses som en utmanande aktivitet, kan en förmåga att regelbundet delta i den leda till ett förbättrat humör och självförtroende. Med social interaktion är de sociala relationerna och det ömsesidiga stödet som vanligen ingår vid fysisk aktivitet betydande. (Peluso & Andrade, 2015; Ruegsegger & Booth, 2018)

Även genom fysiologiska hypoteser kan man förklara de positiva effekterna av mental hälsa och träning. De två mest studerade är baserade på monoaminer och endorfiner. Enligt forskning har man kommit fram till att monoaminer fungerar ungefär på samma sätt som antidepressiva läkemedel. Den synaptiska överföringen av dessa monoaminer ökar vid fysisk aktivitet. På samma sätt frigörs endorfiner vid träning och därmed skapar det lugna och förbättrade humöret som upplevs efter ett träningspass. (Peluso & Andrade, 2015; Ruegsegger & Booth, 2018)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med arbetet är att genom en kvalitativ intervjustudie öka vårdpersonalens förståelse för vården av den kroniska smärtpatienten, samt vilka följder smärtan kan ge upphov till. Smärta beror inte enbart på biologiska mekanismer, utan det sensoriska och emotionella samspelet har en mycket stor betydelse. Därför behöver vi som vårdpersonal även ha kunskap kring den psykologiska och sociala samverkan vid smärta för att kunna ge en effektivare behandling och därigenom minska patientens lidande.

1. Hur påverkas vardagen av kronisk smärta?
2. Vilka smärtrelaterade tillstånd kan förekomma vid kronisk smärta?
3. På vilket sätt tas de smärtrelaterade tillstånden med vid behandlingen av kronisk smärta?

5 Metod

Jag har valt att göra en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa metoden innebär att man genom människor ska kunna skapa en kunskap om ett fenomen från deras erfarenheter eller hur de tolkar fenomenet. När den kvalitativa metoden används kan man inte säga att det finns någon absolut sanning eller något som är fel kring fenomenet. Man strävar efter att hitta informanter med en bra och rik beskrivning av ämnet och de behöver då inte vara många till antalet. De intervjumetoder som används kan antingen vara strukturerade eller ostrukturerade. (Henricson & Billhult, 2012) I min studie har jag valt att göra en semistrukturerad, eller halvstrukturerad intervju där en del av frågorna är gjorda på förhand. Som dataanalys kommer jag använda mig av en kvalitativ innehållsanalys.

5.1 Urval av informanter

Vid urval av informanter är det en förutsättning att deltagarna har kunskap och upplevelser inom området för att de ska kunna delta i studien. Deltagarna ska därmed inte väljas ut slumpmässigt. (Henricson & Billhult, 2012)

De informanter som tillfrågas är personer med kronisk smärta. Jag valde personer som haft smärtan längre än 5 år för att få ett mera trovärdigt resultat. För att få en större variation av intervjuerna kan deltagarnas ålder, kön och orsak till smärta ha betydelse. Jag gjorde fem intervjuer. Åldern hos deltagarna varierar mellan 20 – 49 år. Både män och kvinnor har intervjuats. Smärtorsakerna hos deltagarna har varit fibromyalgi, reuma och kronisk ländryggssmärta.

Informanterna är personer som är kända för mig från tidigare eller som jag fått vetskap om genom andra. Personerna kontaktades personligen via sociala medier och fick en presentation av min planerade studie, samt information om rätten att avbryta deltagandet, att materialet behandlas konfidentiellt och förstörs när arbetet är färdigt. De personer som valde att delta i intervjun fick själva bestämma tid och plats för intervjun och fick mera information om hur intervjun går till.

5.2 Datainsamling

Som datainsamlingsmetod har jag valt att göra är kvalitativ forskningsintervju. Kvalitativ forskningsintervju har sitt fokus på mötet mellan den som intervjuar och deltagaren. Med intervjuer ges en möjlighet att bättre förstå deltagarnas erfarenheter, upplevelser, åsikter, känslor och kunskaper. För att innehållet sedan ska kunna analyseras på ett trovärdigt sätt krävs noggrann planering och en kunskap om det som ska studeras. (Danielson, 2012a)

Den forskningsintervju jag valde är semistrukturerad intervju. I en semistrukturerad intervju utgår man från en del förhandgjorda frågor, men samtidigt kan avvikande stödfrågor eller tilläggsfrågor användas. De förhandgjorda frågorna ger mera struktur i intervjun och för att skapa ett bra samspel mellan intervjuaren och deltagarna, medan stödfrågor och tilläggsfrågor ofta ger ett större djup och en mer detaljerad beskrivning av ämnet. Frågorna ger en viss riktning i ämnet, men deltagarna får till stor del berätta fritt

om sina erfarenheter. Intervjuaren är flexibel och kan anpassa sig efter deltagarnas berättelser. (Danielson, 2012b)

Målet med intervjun är att kunna förstå deltagarnas berättelser så tydligt som möjligt för att sedan användas i forskningssyfte. Till detta krävs att deltagarna har tillräckligt med kunskap kring syftet med studien och egna erfarenheter. Deltagarna fick ett informationsbrev om syftet med studien och deras rättigheter. Före intervjun skrev både deltagarna och intervjuaren under en samtyckeblankett och vi gick igenom uppbyggnaden av intervjun. Intervjuerna bandades in samtidigt som intervjuaren gjorde anteckningar. Intervjuerna gjordes i januari och tog 30-60 minuter per informant. Sammanlagt gjordes fem intervjuer.

5.3 Dataanalys

Jag har valt att göra en kvalitativ innehållsanalys för att mera djupgående kunna beskriva eller tolka ämnet. En kvalitativ innehållsanalys används ofta när man har en mindre datamängd som ska analyseras. Innehållet av intervjuerna kan tolkas på olika sätt beroende på hur djup och tydlig tolkning man strävar efter. Vid analyseringen är det viktigt att alla steg i analysen redovisas tydligt för att innehållsanalysen ska få en hög tillförlitlighet. Alla steg ska senare i resultaten gå att bekräfta. (Danielson, 2012b)

Analysen valde jag att göra induktivt. Det betyder att jag utgick från innehållet i intervjuerna och använde inte min förutfattade mening vid analys av data. Genom hela analysen är det viktigt att man har forskningens syfte i åtanke. Vid analysprocessen följer man ofta olika steg, men börjar alltid med att materialet från intervjuerna renskrivs. Därefter analyseras materialet noga för att kunna koda och kategoriseras. Kodning betyder att man gör upp sammanhängande eller enskilda ord för att kunna förstå sammanhangen och vilken betydelse de har i texten. Ett enkelt sätt att använda kodning är att man skiljer åt intervjuaren och deltagarna. Varje intervju koda med ett nummer som sätts in på en skild kodlista och förvaras oåtkomligt för alla andra än intervjuaren. Vid kategorisering samlar man en grupp koder med liknande innehåll för att skapa struktur av texten i materialet. Innehållet i koderna jämförs med varandra och kan sedan indelas i teman och mönster ifall det finns flera grupper som hör samman. Det är viktigt att liknande

data inte finns i fler än en kategori. När kategoriseringen är klar är det viktigt att ännu en gång systematiskt gå igenom varje kategori och analysera det med bakgrundsfakta och studiens syfte. (Henricson, 2012; Danielson, 2012b)

5.4 Etiska överväganden

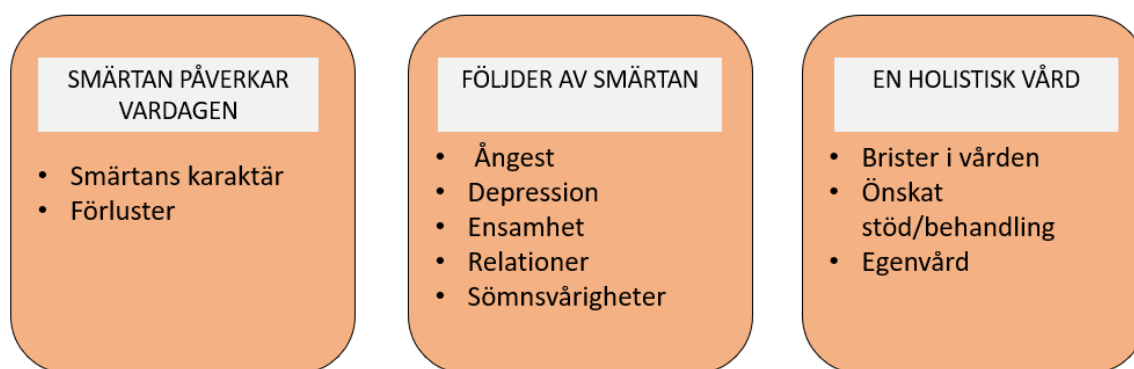
Enligt *personuppgiftslagen* och *lag om etikprövning av forskning som avser människor* gäller att "skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning". Under hela examensarbetet bör etiska överväganden tas i beaktning. För att kunna hantera de etiska överväganden som krävs bör man känna till de normer, värderingar och principer som gjorts till vägledande riktlinjer. (Kjellström, 2012)

Belmontrapporten är en viktig plattform när det gäller de etiska principerna. Den föreskriver tre grundläggande etiska principer: respekt för personer, göra gott och rättvisep principen. Med respekt för personer anses att deltagarna har rätt att delta frivilligt och en tillräcklig information om forskningen för att kunna fatta egna beslut. Göra-gott-principen innebär att kunna avgöra om forskningens fördelar överväger de risker som finns och att allt material från deltagarna skyddas konfidentiellt. Med den tredje principen, rättvisep principen, behöver man kunna avgöra hur fördelningen av fördelar och nackdelar ska ske, när det är moraliskt relevant att särbehandla deltagarna i forskningen. Rättvisep principen är viktig att ha i beaktning vid valet av deltagarna till intervjun (Kjellström, 2012)

Forskningen är alltid frivillig och därför måste det klart och tydligt framkomma att intervjun är frivillig och att de har rätt att avsluta sin medverkan när de vill, utan att behöva uppge någon särskild orsak till det. Deltagarna fick på förhand ett informationsbrev där syftet med forskningen framkom, deras rätt att avbryta samt hur materialet behandlas konfidentiellt. När vi träffades för intervjun skrev intervjuaren och deltagaren under en samtyckesblankett samtidigt som vi på nytt gick igenom informationsbrevet samt hur intervjun är uppbyggd. Efter intervjun informerades deltagarna om att de kan kontakta intervjuaren om frågor uppstår och att de kan ta del av studien när den publiceras.

6 Resultat

Under denna rubrik kommer resultatet av intervjuerna redovisas. Utgående från frågeställningarna har tre huvudkategorier skapats: Smärtans påverkan i vardagen, Följder av smärtan och En mångsidig vård. Huvudkategorierna delas vidare in i underkategorier som skapats genom deltagarnas egna berättelser. Citat från intervjuerna används för att öka trovärdigheten samt för att tydliggöra deltagarnas berättelser. Citaten framkommer med kursivstil i texten. Den nedanstående figuren förevisar huvudkategorierna och underkategorierna.



Figur 1. Huvudkategorier och underkategorier

6.1 Smärtan påverkar vardagen

För att bättre kunna förstå en person med kronisk smärta och de negativa följderna behöver man först förstå vad kronisk smärta innebär för personen och dess karaktär i vardagen. Under kategorin Vardag beskriver deltagarna mera detaljerat om hur det kan vara att leva med kronisk smärta och hur det påverkar vardagen. Från deras berättelser och intervjufrågor skapades underkategorierna **karaktär** och **förluster**.

6.1.1 Smärtans karaktär

Den kroniska smärtans karaktär kan variera mycket under smärtprocessens gång och som deltagarna förklarade är svårt att sätta ord på. Trots detta kände deltagarna ofta ett behov av att försöka förklara smärtan för att kanske kunna få en liten förståelse av hur livet

påverkas av den konstanta smärtan. Deltagarna beskrivningar av smärtan förklarades genom begrepp som skärande, domnande, tryckande, värkande, ihållande, strålande, stickande, krampande, svidande, bultande och brännande. Smärtans karaktär varierade beroende på deltagarnas diagnoser, men även levnadsvanor och tidpunkter på dygnet hade stor betydelse. De flesta av deltagarna beskrev att efter stillasittande och på morgonen var smärtan som värst, men också vid enformiga och påfrestande rörelser för kroppen.

“Jag kan inte riktigt beskriva smärtan eftersom den är så varierande, men ofta känns det som en kniv som skär genom ryggen och smärtan strålar ut i kroppen, andra dagar har jag bara en brännande eller domnande känsla i kroppen. “

“Det var en konstant ihållande smärta och det hade ingen betydelse vad jag gjorde eller vilken position jag var i. Vissa dagar kunde smärtan vara lite svagare och då på något sätt vara bultande och stickande, medan under de svårare perioderna kunde det krampa och skära genom hela kroppen. “

“När jag suttit en stund känns det som benen skulle ha domnat bort, jag får sträcka på dem flera gånger för att kunna ta mig upp igen. “

6.1.2 Förluster

Deltagarna beskrev att förluster som smärtan orsakade var det som påverkade vardagen mest. En del förluster kunde vara långvariga medan andra endast varade under de smärtsammaste perioderna. Med förluster ansåg deltagarna framför allt kroppsliga funktioner och aktiviteter som uteblivit, men även förluster av sociala kontakter, jobb och rutiner. Under de svåraste smärtperioderna beskrev någon av deltagarna att en så naturlig sak som att stiga upp på morgonen kunde vara omöjligt utan hjälp av anhöriga. Andra vardagssysslor som att klä på sig, laga mat och städa behövde de även assistans med. Långvariga förluster som var svåra att anpassa sig till var olika fysiska aktiviteter som inte längre var möjligt, till exempel att springa och skida, att vara tvungen att byta jobb på grund av den hårda fysiska belastningen eller enformigt arbete, men även saknaden av en normal vardag under smärtperioderna.

“...jag klarade inte längre av vanliga vardagsaktiviteter som att diska, städa eller ta en promenad på grund av den fruktansvärda värken i hela kroppen...den största förlusten skulle jag ändå säga var när jag blev tvungen att sluta på mitt jobb.”

“Jag kan inte göra några snabba rörelser, allt tar väldigt lång tid. Jag får också svårt att gå och slippa upp och ner för trappor”

“...jag fick ligga i sängen på morgonen en lång stund och bara försöka mjuka upp kroppen för att ens kunna stiga upp.

6.2 Följder av smärtan

I denna huvudkategori besvaras frågeställningen vilka smärtrelaterade följder som kan förekomma vid kronisk smärta. Utifrån intervjufrågorna som behandlar främst psykisk ohälsa, social ohälsa, sömn och stress fick deltagarna fritt berätta om sina erfarenheter. Därefter skapades kategorierna **ångest**, **depression**, **ensamhet**, **relationer** och **sömlöshet**.

6.2.1 Ångest

Oron och ångesten var något som alla deltagarna hade gemensamt. Ångesten beskrevs som en ständig påminnelse i vardagen med kronisk smärta. Trots att oron och ångesten ökade i smärtperioderna fanns den även med i smärtfria perioder. Under de smärtfria perioderna fanns en daglig oro över att smärtan skulle återkomma. Det kroniska tillståndet kunde även skapa en oro för framtiden, provsvar, sjukdomen, den psykiska och sociala hälsan, följder av smärtan med mera. För en del av deltagarna blev det egna kravet på sig själv en stor orsak till ångesten. De hade svårt att acceptera hur de inte längre klarade av det de tidigare klarat eller utföra något man önskat klara av. Detta kunde ofta leda till svårigheter att undvika smärtutlösande faktorer och en ångest över vilka följder det skulle medföra.

“Jag grubblade ofta på framtiden, vad kommer de nästa provsvaren visa, hur länge ska jag behöva leva så här, hur kommer det påverka mina anhöriga, vilka följsjukdomar finns...”

“Ångesten är ofta svår när jag vet det är något jag inte klara av att göra på grund av min smärta men gör det ändå bara för att inte sticka ut, samtidigt som jag vet att smärtan imorgon kommer vara ännu svårare.”

“Min oro och ångest hänger även kvar när smärtan är bättre, oroar mig då i stället hur länge denna smärtfria period kommer vara.”

6.2.2 Depression

Nedstämdhet och depression hade alla deltagarna upplevt i någon form till följd av smärtan. En del fick sin kroniska smärtdiagnos i tidigt skede medan andra gick med den konstanta smärtan i flera år utan att få någon hjälp. Oberoende diagnos eller inte upplevde alla deltagare att den fortlöpande smärtan gav en hopplöshetskänsla och sänkte sinnesstämningen. Även bristen på sömn och bortfall av de aktiviteter och funktioner man tidigare klarat av förstärkte de depressiva symtomen. En del av deltagarna har idag lärt sig hantera det psykiska måendet under smärtperioderna, trots att en viss nedstämdhet alltid förekommer, medan andra upplever lätta till svåra depressioner under varje ihållande smärtperiod. Några av deltagarna beskrev hur de tog för givet att depression hör till deras smärtdiagnos och därför inte förstod att söka hjälp. Destruktivt beteende och självmordstankar hade även för några uppkommit som följd av smärta och depression.

“Jag känner ofta nedstämdhet, det känns som jag inte har någon kontroll över kroppen och smärtan.”

“Hopplöshetskänslan är svårast, detta ska jag leva med och ingen kan hjälpa mig eller vet vad som är felet”

“När smärtan var som värst var jag djupt deprimerad. Jag orkade inte leva, kände att det inte går att leva så här”

6.2.3 Ensamhet

Ensamhet förklarades med olika betydelser beroende på sammanhang. Ensamheten var viktig för deltagarna för att ta hand om sig själv och den psykiska hälsan. Genom ensamheten fick de tid för att fundera, vila och göra saker de tycker om. Trots behovet av ensamhet var själva känslan av ensamhet något som påverkade dem negativt. Även om de

diagnoser som deltagarna blivit diagnostiserade med är ganska vanligt förekommande idag upplevde de alla ofta en känsla av ensamhet kring deras sjukdomstillstånd. En del hade bekanta eller kompisar med liknande diagnoser eller smärta, men trots detta hade de svårt att känna sig förstådda i den egna smärtan. Den största ensamhetskänslan upplevde en del vara tiden av ovisshet kring hur smärtan skulle debutera och ifall de någonsin skulle få någon hjälp. Ensamhetskänslan kring sitt kroniska tillstånd var också något som gjorde att deltagarna drog sig undan och hade svårt att prata om sitt mående. Ensamheten kunde förstärka känslan av hopplöshet, nedstämdhet, ångest men även den fysiska smärtan.

”Jag behöver mycket egen tid för att orka umgås med andra”

”Jag känner mig ofta mera ensam tillsammans med andra än när jag är själv... känns som att ingen förstår mig eller kan hjälpa mig”

”...jag blir ofta irriterad när ingen kan relatera till min känsla och smärta... det finns så mycket jag vill göra i vardagen men inte kan”

6.2.4 Relationer

Deltagarna upplevde att smärtan påverkade människorelationer negativt på många olika sätt. Smärtan i kombination med bland annat stress, trötthet och depressivitet var för alla en stor orsak till att inte orka hålla kontakten och umgås med de närstående. Även den stora omställningen att vara tvungen att avstå från saker och intressen de haft gemensamt med vänner påverkade många relationerna. Enligt deltagarna drabbades de närmaste anhöriga mest. En del beskrev att under de svåraste smärtperioderna var partnern tvungen att ensam ta hand om hushållssysslor, barnen och ärenden. Även ekonomin kunde vara ett problem när de under längre perioder inte kunde jobba på grund av smärtan. Många upplevde känslan av skam över sitt tillstånd och att de belastade sina närstående, men många kände sig även oförstådda och ibland kränkta. Den långvariga smärtan påverkar humöret negativt och under smärtperioderna hade deltagarna svårt att vara positiva och tacksamma mot sina anhöriga. Oftast fanns endast känslor av irritation, ilska och sorg vilket tydligt märktes bland de närstående. Trots svårigheter som uppstod i relationerna förklarade deltagarna att stöd från familj och vänner var något av det viktigaste under deras kroniska tillstånd.

“...trots att jag hade förståelse från familjen visste jag att det påverkade dem negativt på många sätt på grund av min smärta”

“...jag ville inte umgås med människor, jag skämdes över vad folk skulle tycka om de visste jag var sjukledig men inte såg att jag hade något fel”

“Att träffa någon kan göra mig ännu tröttare än jag var innan. Det känns som att jag inte har något att ge dem... som att jag bara tar.”

“Ibland känner jag mig helt frånvarande mellan andra människor, jag kan endast fokusera på smärtan och att orka andas.”

6.2.5 Sömnsvårigheter

Sömnsvårigheter var något alla deltagare ständigt upplevde. Den konstanta smärtan gjorde det svårt att både få tag i sömnen och att de vaknade på nätterna. Bristen på sömn var i sin tur något som utlöste både stress och mer smärta. På samma gång kunde stress i sig själv eller i kombination med smärta vara en faktor till sömnsvårigheter. En stressigare period i livet kunde även utlösa smärta. Deltagarna förklarade detta som en ond cirkel det var svårt att slippa ur. Ibland kunde det vara svårt att veta vilken faktor som påverkade vilken och därför inte veta hur man ska få bukt med problemet. För de flesta deltagarna hade psykiska orsaker lika stor vikt i sömnsvårigheterna som den fysiska smärtan. Oron och ångesten som ständigt fanns med var en stor del av orsaken till sömnlöshet. Vardagen och den psykiska och sociala hälsan påverkades i sin tur mycket till följd av sömnbristen.

“Sömnsvårigheter har jag alltid under mina smärtperioder... det kan ta flera timmar innan jag hittar någon ställning som jag kan somna i på grund av smärtan.”

“Sömnbrist påverkar inte smärtan direkt men gör det psykiska och sociala måendet sämre vilket gör att man får mindre ork till de saker som är viktiga för att hålla bort smärtan, vilket i sin tur skapar mera smärta. ”

“...oron och ångesten fanns hela tiden, jag sov knappt något på nätterna. När smärtan försvann började jag genast sova mycket bättre... kändes som jag fick livet tillbaka.”

6.3 En holistisk vård

I huvudkategorin En holistisk vård behandlas deltagarnas åsikter kring den vård de fått för smärtan och dess följder, vilken vård de önskat ha fått och vilka metoder de själva använde och anser vara viktiga. Utifrån deltagarnas berättelser skapades kategorierna **brister i vården, önskat stöd/behandling** och **egenvård**.

6.3.1 Brister i vården

Alla deltagare upplevde att de inte fått mycket hjälp vid behandlingen av smärta när det gällde andra besvär som smärtan orsakat. De hade alla någon gång i kortare eller längre perioder upplevt psykisk ohälsa till följd av smärtan. En del hade själva till sist varit tvungen att söka hjälp för sitt psykiska mående, medan några andra lyckats lära sig hantera sitt det självständigt. Alla deltagare beskrev även sömnen som ett stort problem. Några hade nämnt svårigheterna kring sömnlöshet under smärtbehandlingen, men aldrig fått någon uppföljning av problemet eller förslag till vård. Ingen av deltagarna ansåg sig blivit behandlade och vårdade för smärtan ur både en biologisk, psykologisk och social synvinkel.

”Jag har aldrig fått någon hjälp för måendet, egentligen inte för smärtan heller... de lyssnar aldrig på mina förslag vad som kan vara orsaken till smärtan... de fokuserar endast på var smärtan är som sjukast för tillfället.”

”Trots att jag redan hade depression innan jag fick min smärtdiagnos så vet jag att den går hand i hand med smärtan, men mitt psykiska mående togs aldrig i beaktan”

6.3.2 Önskat stöd/behandling

De flesta deltagarna beskrev saknaden av stöd både av vårdpersonal och anhöriga. De flesta kände ofta att ingen orkade lyssna på deras problem eller att de inte tog dem på allvar. Saknaden av stöd hos anhöriga och vårdpersonal trodde deltagarna hade stor betydelse i hur deras psykiska och sociala hälsa påverkats. En del kände även brist på stöd av personer som var i samma situation som dem, någon som förstod hur det var att leva med en liknande smärta. De hade alla önskat att redan i ett tidigt skede skulle ha fått mera information om sin sjukdom, på vilket sätt den kunde påverka vardagen och vart man kunde vända sig. Ifall mera stöd och information hade getts i början av sjukdomsförloppet

antog en del att deras psykiska mående kunde sett annorlunda ut idag, vilket också hade inverkat kring ensamhetskänslan och de relationer som gått förlorade.

”Det hade varit så skönt om någon frågat om det psykiska måendet, jag vågade aldrig själva börja berätta hur jag mådde... det skapade mycket mera ångest efter varje läkarbesök när man inte fick den hjälp man önskat”

”...skulle ha hjälp om någon förklarat hur smärtan kan påverka det psykiska måendet och hur man kan handskas med det... vart man kan vända sig, till exempel stödsamtal.”

”...de visste att jag hade ont men det fanns ingen som orkade lyssna, de förväntade sig att jag skulle bete mig som vanligt... gjorde att jag inte orkade umgås med folk längre”

6.3.3 Egenvård

Trots brister i vården ansåg deltagarna att den viktigaste vården var den de själva var tvungna att utföra. De förklarade att egenvården var mycket viktig för smärtan, men likaså för den psykiska hälsan och sömnen. Deltagarna nämnde många olika lindrande behandlingsmetoder såsom fysisk aktivitet, stretch, kost, massage, akupunktur, infraröd strålning, bastu, värme och vinterbad. Det de alla uppgav som den bästa vården för smärtan och den mentala hälsan var rutiner i vardagen, med regelbunden motion och en hälsosam kort. De beskrev också nödvändigheten i att fokusera kring att endast ta en dag i taget och att kunna sätta nya mål i livet trots smärtan och nuvarande funktionshinder.

”...mycket viktigt för mitt psykiska mående... skapar ett lugn i kroppen efter varje träningspass och en boost för mitt mående...tänk att jag klarade av det, tänk att jag orkade.”

”Först när jag började äta antiinflammatorisk där jag försökte hålla bort allt socker, mjölkprodukter med mera kände jag hur stor betydelse kosten faktiskt hade för smärtan,”

”Jag var tvungen att fokusera på att endast ta en dag i taget och sätta upp små mål för den dagen...med det tankesättet orkade jag ta mig igenom smärtperioderna”

7 Diskussion

Under detta kapitel diskuteras det framkomna resultatet av examensarbetet utifrån bakgrund, teoretisk utgångspunkt och dataanalys. Först under diskussionsdelen framkommer skribentens egna åsikter. Syftet med arbetet var att ta reda på vilka följder som kronisk smärta kan leda till och ifall de kroniska smärtpatienterna anser sig bli vårdade ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Frågeställningarna i arbetet var, 1) Hur påverkas vardagen av kronisk smärta? 2) Vilka smärtrelaterade tillstånd kan förekomma vid kronisk smärta? 3) Tas de smärtrelaterade tillstånden med under behandlingen av kronisk smärta?

7.1 Metoddiskussion

Under metoddiskussionen diskuteras vilka svagheter och styrkor som eventuellt finns i arbetet och vad de haft för betydelse i resultatet. Det viktigaste i diskussionen är att få fram ifall syftet med studien och de valda frågeställningarna blivit besvarade med hjälp av den metod man valt. I detta arbete där kvalitativ design använts, kan man med hjälp av termerna trovärdighet, pålitlighet, och överförbarhet granska arbetets urval, datainsamling och dataanalys. (Henricson, 2012)

Innan studien påbörjades hade jag inga kunskaper kring forskning och hur en vetenskaplig studie utförs. Under forskningsprocessen har jag lärt mig en hel del hur en vetenskaplig forskning byggs upp och betydelsen av urval, datainsamling och dataanalys.

Mitt val av ämne grundade sig på egna erfarenheter och observationer av hur tillstånd som uppstått till följd av kronisk smärta sällan tas i beaktan under vården. I bakgrunden beskrivs vad kronisk smärta innebär och de vanligaste smärtrelaterade följderna. I bakgrunden behandlas dessutom icke-farmakologiska behandlingsmetoder och betydelsen av den egna vården. Den information som framkommer i bakgrunden har främst tagits från vetenskapliga artiklar, men även en del från litteratur och tillförlitliga källor från internet. Som teoretisk utgångspunkt använde jag mig av Antonovskys (1987) teori om känslan av sammanhang. Teorin KASAM beskriver på vilket sätt personer med erfarenheter av

stressande livsupplevelser kan ha en tillfredsställande psykisk hälsa, vilket kan anknytas till personer med kronisk smärta.

I mitt arbete valde jag att göra en intervjustudie eftersom jag ansåg det ge en rikare beskrivning av de kroniska smärtpatienternas erfarenheter och upplevelser. För att få mera trovärdiga svar valde jag att ha som krav att deltagarna skulle ha haft smärtan i åtminstone fem år. Deltagarna var bekanta för mig från tidigare eller någon jag fått vetskap om genom andra. Deras åldrar, kön och smärtdiagnoser varierade.

Intervjufrågorna var uppbyggda för att få svar på syftet med studien och de frågeställningar som gjorts. Frågorna var riktade enligt de vanligaste problem som kan förekomma som följd av kronisk smärta, vilket är psykisk ohälsa, social ohälsa, sömnlöshet och stress. Därtill vilka icke-farmakologiska behandlingsmetoder deltagarna använde och hur de ställde sig till fysisk aktivitet ansåg jag vara en viktig del för resultatet. Intervjuerna gjordes både på distans och genom att träffas personligen. Jag valde att bända in samtalen för att ge deltagarna möjlighet att berätta obehindrat och för att de skulle känna att de hade intervjuarens fulla uppmärksamhet och intresse. Trots det gjorde jag ändå små anteckningar ifall det var något jag speciellt ville uppmärksamma till analysen och ifall det uppkom något jag ville fråga upp senare. En del av intervjufrågorna gick lite in i varandra men svaren täckte frågeställningarna och syftet med studien. Jag kunde ha haft lite mera öppna frågor för att få lite mindre riktade svar och i stället fler följdfrågor för mera informativa svar.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras resultatet av arbetet som kopplas ihop med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. Enligt Henricson (2012) är det bra att i resultatet förhålla sig till vad man undersökt, syftet, hur resultatet hänger ihop med teorin man valt, men även reflektera över om tidigare forskning inom ämnet har gett samma resultat.

I studien framkom att deltagarna upplevt smärtan som en förlust och begränsning på flera olika sätt; fysiskt, psykiskt och socialt. Deras beskrivningar av smärtan varierade en hel del utifrån deras egna upplevelser, erfarenheter och tillstånd. Smärta är enligt Treede, et al.

(2019) en personlig upplevelse som individuellt påverkas av biologiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella faktorer, men även miljöfaktorer och tidigare upplevelser har en betydelse. Deltagarna berättade att smärtan uppstått plötsligt och i började endast var som en form av fysisk smärta. Idag skulle deltagarna beskriva smärtan genom mycket flera ord, inte bara som fysisk smärta utan även som förluster och besvikelser. Linton (2013) beskriver hur smärta och känslor inte är två olika system utan har en tydlig interaktion med varandra. De negativa känslorna kopplar samman smärta med lidande.

Deltagarna hade alla upplevt olika typer av psykisk ohälsa någon gång under smärtperioden. Det de hade gemensamt var ångesten och oron som smärtan medförde. Under smärtperioderna var ångesten alltid svårare men även under de smärtfria perioderna fanns den med. Hooten (2016) beskriver ångest som en överdriven rädsla eller oro, eller som ett upplevt hot mot välbefinnandet. Den konstanta smärtan blir ett hot för patienten och därigenom kan man förstå att personer med kronisk smärta har en större grad ångestproblem än personer utan smärta. Hooten (2016) förklarar också att det finns ett tydligt samband mellan ångestsyndrom och kronisk smärta. Ångest och smärta utlöses från samma delar av hjärnan och kan därmed skapa ett dubbelriktat förhållande där de båda kan utlösa varandra. Människan har från födseln olika sårbarheter för ångest av biologiska och genetiska anledningar. Oro kan enligt Linton (2013) både räknas som en del av ångesten och på samma gång som ett sätt att hantera och undvika ångesten. Enligt deltagarnas berättelser kunde man i stora drag beskriva ångesten som en oro med konstant återkommande hotfulla tankar om smärtan och dess följder.

Depression var även något alla deltagare under en kortare eller en längre tid upplevt. I Terveyskylä (2018) beskrivs hur en fortlöpande smärta alltid är tärande för personen och sänker sinnesstämningen. Tillsammans med andra symtom som sömnproblem, ångest och stress kan den sänkta sinnesstämningen ibland leda till depression och destruktiva tankar. Deltagarna beskrev hur den långvariga smärtan väckte en hjälplöshet hos dem och känslan av att smärtan aldrig tog slut. För en del var smärtan för det mesta så hanterbar att de inte krävde mycket vård medan för andra var smärtan så svår att den orsakade svårigheter att klara av vardagen. För de flesta uppkom depressionen en tid efter smärtdebuten men för en del fanns depressionen redan innan. I en forskning av Doan et al. (2015) kan man se

sambandet mellan depression och smärta och hur risken för att drabbas av depression ökar som en följd av att smärtan förvärras. Likaså finns samband mellan hur en ökad svårighetsgrad av smärta ökar de depressiva symtomen och omvänt när depressionssymtomen ökar i svårighetsgrad blir även smärtorna svårare.

Sömnlöshet hör även till en av de vanligaste följderna vid kronisk smärta. Nijs, et al. (2018) beskriver i sin studie att sömnlöshet både kan fungera som den utlösande faktorn och som den upprätthållande faktorn. Sömnstörningar förutsäger kronisk smärta starkare än vad smärta förutsäger sömnsvårigheter. Sömnlöshet påverkas oftast inte självständigt hur natten och dess smärtor upplevs utan är förknippade med smärtans inverkan på det dagliga livet och livskvaliteten. Detta förklarade deltagarna som en ond cirkel i vardagen som ibland upplevdes omöjlig att komma ur. Den konstanta smärtan gjorde det svårt att få tag i sömnen men också oro och ångest var en stor del av orsaken till sömnlöshet. Bristen på sömn utlöste både stress och mer smärta. Deltagarna beskrev att vardagen och den psykiska och sociala hälsan påverkades i sin tur mycket till följd av sömnbristen.

Gemensamt för deltagarna var bristen på vård för de smärtrelaterade tillstånden. Trots att de alla upplevt både sömnsvårigheter och psykisk ohälsa till följd av smärtan hade ingen fått någon hjälp för det under smärtbehandlingen. Flera av deltagarna trodde att ifall de fått hjälp för de smärtrelaterade tillstånden tidigare hade deras psykiska och sociala hälsa kanske sett helt annorlunda ut idag. Många hade önskat att de fått information kring hur smärtan kan påverka det psykiska måendet, hur man kan handskas med det och vart man kan vända sig. Enligt Linton 2013, bör behandlingen för kronisk smärta på ett övergripande sätt ta upp de smärtrelaterade tillstånden, som bland annat psykisk ohälsa och sömnlöshet. Hooten (2016) förklarar därtill att ifall en samtidig depression förekommer med kronisk smärta men inte upptäcks kan det resultera i att rätt diagnos och behandling uteblir. Detta eftersom den smärtbehandling som kanske påbörjas inte tar i beaktan den viktigaste smärtkomponenten, känslomotionen, och därmed blir behandlingen ineffektiv.

Trots brister i vården ansåg deltagarna att den egna vården hade stor betydelse för både smärtan och dess följder. Till den viktigaste egenvården hörde rutiner i vardagen med fysisk aktivitet och en hälsosam kost. Fysisk aktivitet har inte bara en stor betydelse för smärtan, utan de förbättringar som forskningar konstaterat enligt Peluso & Andrade (2015) är ett jämnare och gladare humör, förbättrad livskvalitet, självkänsla, vitalitet, allmänt

välbefinnande och tillfredsställelse med det fysiska utseendet. Regelbunden fysisk aktivitet fungerar även som ett skydd mot utveckling av depression. Peluso & Andrade (2015) förklarar de gynnsamma effekterna av fysisk träning genom tre hypoteser, distraktion, självförmåga och social interaktion. Även genom fysiologiska hypoteser kan man förklara de positiva effekterna av mental hälsa. Ruegsegger & Booth (2018) beskriver i sin studie att monoaminer i hjärnan fungerar ungefär på samma sätt som antidepressiva läkemedel. Den synaptiska överföringen av dessa monoaminer ökar vid fysisk aktivitet. På samma sätt frigörs endorfiner vid träning och därmed skapar det lugna och förbättrade humöret som upplevs efter ett träningspass.

Kring egenvården beskrev deltagarna även hur viktigt det att kunna sätta nya mål i livet trots smärtan och de nuvarande funktionshinder. Enligt Antonovskys teori KASAM söker personer med stressande livsupplevelser en mening och förståelse för situationen. Detta kan relateras till patienter med kronisk smärta och hur de hanterar smärtan i vardagen. Den grad patienten upplever av mening har sedan betydelse för den tillfredsställelse de känner för sin sjukdom och behandling. Almeida, o.a. (2018) förklarar att man genom den egna vården av att föröka förnya känslan av syfte och mening under det kroniska tillståndet, kan skapa en skyddande faktor för psykisk ohälsa. Likaså att vara målinriktad och att ha ett högt syfte kan innebära att man påverkas mindre av smärtan, vilket gör att man kan utföra dagliga aktiviteter och uppfyller således sina mål i livet.

7.3 Slutsats

Syftet med studien var att ta reda på hur kroniska smärtpatienter upplever att smärtan påverkar deras vardag och vilka smärtrelaterade tillstånd den kan ge upphov till. Genom att jämföra deltagarnas berättelser med bakgrunden kan man konstatera att kroniska smärtpatienter har en mycket större benägenhet för svårigheter i dagliga livet, med familjen och andra sociala interaktioner.

I studien ville jag även ta reda på vilken vård som erbjuds för de smärtrelaterade tillstånden. Jag tycker att det tydligt framkom genom deltagarnas berättelser en besvikelse över brister i vården och vilken betydelse en mera holistisk vård skulle ha haft. Med studien framkom även att det svåraste tillståndet vid kronisk smärta är de negativa känslorna som uppstår.

Dessa känslor är också de som kopplar samman smärta med lidande. Genom en mera holistisk vård kunde man redan i tidigt skede försöka behandla tendensen att se på smärtan på ett negativt sätt och värdera den egna förmågan att handskas med smärtan.

För att kunna ge en god vård behövs en förståelse för att all smärta är en individuell upplevelse som påverkas av många olika faktorer. För att vi ska kunna förstå smärtpatienternas lidande, agerande och nedsatta förmåga så behöver vi kunna se smärtan genom ett psykologiskt, biologiskt och socialt perspektiv. Genom att kunna se ett samspel mellan dessa kan vi på ett effektivare sätt erbjuda en holistisk vård där onödiga smärtrelaterade tillstånd kan undvikas.

Slutligen framkom genom deltagarnas berättelser och den teoretiska utgångspunkten betydelsen av att kunna behålla eller skapa syfte och mening i det kroniska tillståndet. Den tillfredställelse man upplever kring sin sjukdom och behandling beror mycket mera på hur stark mening man känner i sitt smärttillstånd, än på graden av smärtan och behandlingens riktning. Meningen som skapas är starkt relaterad till psykologiska och sociala nätverk. För att skapa syfte och mening krävs att man är målinriktad och att man försöker nå sina mål trots smärtan och dess följder. Bara processen av att sätt upp livsmål skänker livet mening, inte bara när målen uppnås.

8 Referenser

- Almeida, V., Carvalho, C., & Pereira, G. (2018). Contribution of purpose in life to psychological morbidity and quality of life in chronic pain patients. *Psychology, Health and Medicine, 2*, ss. 160-170.
- Ambrose, K., & Golightly, Y. (2015). Exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 29*, ss. 120-130.
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Brattberg, G. (2006). *Att acceptera det oacceptabla*. Sverige: Värkstad.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 163-173). Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 329-342). Studentlitteratur AB.
- Doan, L., Manders, T., & Wang, J. (2015). Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural plast.*
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 130-137). Studentlitteratur AB.
- Hetta, J; Psykiatri Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset, Schwan Å, Landstingets läkemedelsenhet. (2017). *Sömnstörningar*. Hämtat från Läkemedelshandboken.se: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/somnstorningar.html> den 9 November 2021
- Hooten, M. (2016). Chronic pain and mental health. *Mayo clinic Proceedings, 91*, ss. 955-970.
- Högqvist, P., & Gharanfoli, S. (2012). *Känsla av sammanhang vid smärttillstånd*. Sverige: Karolinska Institutet.
- International association for the study of Pain, IASP. (2020). *Annonces Revised Definition of Pain*. Washington, D.C, USA.
- Jakobsson, U. (2007). *Långvarig smärta*. Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 70-92). Studentlitteratur AB.
- Käypä Hoito. (2020). *Sömnlöshet*. Hämtat från Duodecim Käypä hoito: <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00021> den 22 Oktober 2021
- Käypä Hoito. (2021). *Depressio*. Hämtat från Duodecim Käypä Hoito: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> den 11 Oktober 2021

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 59*, 440-442.
- Linton, S. J. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Malins, S., S, B., Ratbone, J., Vogt, W., Pye, N., Levene, J., . . . Russell, J. (2020). Reducing dropout in acceptance and commitment therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and problem-solving therapy for chronic pain and cancer patients using motivational interviewing. *The british psychological society, 59*, ss. 424-438.
- Matthew, B., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2013). Depression and pain comorbidity. *JAMA Internal Medicine, 163*, ss. 24333-2445.
- McManus, C. (2019). Chronic Stress, Chronic Pain, and the Corticolimbic System. *Orthopaedic Physical Therapy Practice, 31*, ss. 50-53.
- Michaelides, A., & Panagiotis, Z. (2019). Depression, anxiety and acute pain. *Postgraduate Medicine, 131*, ss. 430-444.
- Mills, S., Torrance, N., & Smith, B. (2016). Identification and management of chronic pain in primary care. *Current psychiatry reports, 22*.
- Miranda, H., Kaila-Kangas, L., & Ahola, K. (2011). *Värk och nedstämdhet*. Arbetshälsoinstitutet.
- Nicholas, M., Vlaeyen, J., Rief, W., Blake, A., Aziz, Q., Benoliel, R., . . . Pain, T. I. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *The journal of the international association for the study of pain, 160*, ss. 28-37.
- Nijs, J., Mairesse, O., Neu, D., Leysem, L., Danneels, L., Cagnie, B., . . . Goubert, D. (2018). Sleep disturbances in chronic pain. *Physical therapy & Rehabilitaion journal, 5*, 325-335.
- Peluso, M., & Andrade, L. (2015). Physical activity and mental health; the association between exercise and mood. *Scientific Electronic Library, 60*, ss. 61-70.
- Ruegsegger, G., & Booth, F. (2018). Health benefits of Exercise. *Cold Spring Harbor Perspectives in medicine, 8*.
- Tarnanen, K., Koponen, H., & Laukkala, T. (2019). *Ångestsyndrom*. Hämtat från Duodecim Käypä Hoito: <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00119> den 18 Oktober 2021
- Terveyskylä. (2018). *Psykiska resurser*. Hämtat från <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sv/l%C3%A5ngvarig-sm%C3%A4rta/psykiska-resurser> den 6 Oktober 2021
- Tilburg, M., Spence, N., Whitehead, W., Bangriwala, S., & Goldston, D. (2011). Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of Pain, 12*, ss. 1032-1039.
- Treede, R.-D., Winefried, R., Barke, A., Aziz, Q., Bennet, M., Benoliel, r., . . . Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease. *The international association for the study of pain, 160*, ss. 19-37.

Valvira. (2020). *Smärtbehandling*. Hämtat från Valvira Tillstånds- och tillsynsverket för social och hälsovården: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/specialsituationer-i-samband-med-lakemedelsbehandling/smartbehandling> den 25 September 2021

West, C., Buettner, P., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). Resilience in families with a member with chronic pain. *Jurnal of clinical nursing*, 21, ss. 23-24.

Williams, A., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Library*, 11.

Bilaga 1. Informationsbrev.

Bilaga 2. Samtyckesblankett.

Bilaga 3. Intervjufrågor.

Informationsbrev

Mitt namn är Felicia Vähäkangas och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. I mitt examenarbete skriver jag om vilka smärtrelaterade tillstånd som kan förekomma vid kronisk smärta, samt ifall de tas med under behandlingen av smärtan. Jag har också valt att behandla vikten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder och den egna vården av smärtan.

Mitt val av ämne grundar sig på egna erfarenheter och observationer, där jag upplever att man i vården lägger mycket uppmärksamhet åt de biologiska aspekterna vid kronisk smärta men sällan ser till de psykologiska och sociala. Eftersom smärta är en individuell upplevelse och påverkas av många olika faktorer hos individen har jag valt att använda mig av intervjuer till examensarbetet.

Ditt deltagande är frivilligt och du har rätt att avbryta i vilket skede som helst. All information som framkommer under intervjun är anonym och behandlas konfidentiellt. Endast jag kommer ha tillgång till materialet och allt material förstörs efter att mitt examensarbete förväntas vara klart våren 2022. Med ditt godkännande kommer citat från intervjun att användas i examensarbetet.

Tack för ditt deltagande!

Kontaktuppgifter:

Felicia Vähäkangas

0405606895

felicia.vahakangas00@gmail.com

Handledande lärare:

Nina Vestö

044780537

nina.vesto@novia.fi

Samtycke

Jag godkänner att informationen som jag ger under intervjun får användas i forskningssyfte för intervjuarens examensarbete. Mitt deltagande är frivilligt och jag har rätt att avbryta om jag önskar. Mitt namn och all information som framkommer under intervjun är anonym.

Felicia Vähäkangas intygar att informanten förblir anonym och har rätt att avbryta ifall sitt deltagande. Allt material används endast i forskningssyfte och förstörs när examensarbetet förväntas vara färdigställt våren 2022.

(Deltagarens underskrift, ort, datum)

(Underskrift, ort, datum)

Felicia Vähäkangas

Intervjufrågor

1. (Bakgrundsinformation: ålder, kön, yrke, fritidssysselsättning)
2. Vilken typ av kronisk smärta lider du av? Diagnos?
3. Hur länge har du haft smärtan? Är den regelbunden, återkommande?
4. Hur påverkar smärtan din vardag?
5. Hur har ditt mående påverkats av smärtan?
6. Har ditt psykiska mående förändrats, på vilket sätt?
7. Har du fått hjälp för det psykiska måendet, på vilket sätt?
8. Påverkar smärtan och/eller det psykiska måendet de sociala interaktionerna, på vilket sätt?
9. På vilket sätt tas det psykiska och sociala måendet i beaktan under vårdbesök angående den fysiska smärtan?
10. Har du upplevt sömnsvärigheter på grund av smärtan? På vilket sätt? Får du någon behandling?
11. Har du upplevt sömnsvärigheter på grund av psykiska orsaker som uppkommit till följd av smärtan?
12. På vilket sätt tas sömnens betydelse med vid behandlingen av den fysiska smärta?
13. Vilken typ av behandling/egenvård gör du för att lindra smärtan? Icke-farmakologiska.
14. Vilken typ av behandling/egenvård använder du för det psykiska måendet? Icke-farmakologiska
15. Vilken betydelse har fysisk aktivitet vid smärtlindring och för det psykiska måendet?
16. Något annat du ännu vill tillägga?