

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOA 205B, Magisterkurs i socialt arbete 61-80 p
Höstterminen 2000

COPINGSTRATEGIER VID KRONISK SMÄRTA

Hur kvinnor hanterar smärtproblem i vardagen,
på arbetet och i de sociala relationerna

Författare: Annette Sverker
Handledare: Ann-Christine Gullacksen

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats är att belysa begreppet coping samt redogöra för olika copingstrategier. Vidare att jämföra de empiriska resultaten av patienternas copingstrategier i ett projekt som nyligen avslutats med teoribildningen omkring copingstrategier för att se om någon överensstämmelse finns.

Denna uppsats har sin teoretiska anknytning i det salutogena perspektivet. Uppsatsen börjar därför med en kort beskrivning av det salutogena perspektivet. Därpå följer en beskrivning av copingbegreppets utveckling. Sedan beskrivs vad långvarig respektive neurogen smärta är. Efter det görs en beskrivning av studien nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie. En presentation görs av patienternas upplevda problem, konsekvenser av detta samt hur man valt att hantera sina problem. På samma sätt redovisas patienternas upplevda problem i arbetssituationen samt i umgänget med anhöriga/ nära vänner.

Därpå följer en presentation av den analys och tolkning som görs i denna uppsats, utifrån studien nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie. En analys som grundar sig på tio kvinnor i åldrarna 28 - 46 år, som haft sin smärta mellan 3-9 år. Det som belyses i denna uppsats är copingstrategier vid vardagliga problem, copingstrategier vid problem i arbetssituationen samt copingstrategier vid problem i de sociala relationerna.

Avslutningsvis görs en jämförelse mellan de copingstrategier som kvinnorna beskriver samt ett i litteraturen beskrivet copingmekanismformulär för att se om någon överensstämmelse finns.

Uppsatsen avslutas med en slutdiskussion.

Innehållsförteckning

Inledning	5
<i>Bakgrund</i>	5
<i>Syfte och frågeställningar</i>	6
<i>Metod och urval</i>	6
<i>Uppsatsens disposition</i>	7
Teoretisk förankring	8
<i>Salutogent perspektiv</i>	8
<i>Copingbegreppets utveckling</i>	10
<i>Gemensamma drag - skillnader</i>	13
Långvarig smärta - nervsmärta	15
<i>Huvudgrupper av smärta</i>	16
Beskrivning av studien:	
Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie	18
<i>Resultat</i>	20
Upplevda problem i det dagliga livet	20
<i>Vilka konsekvenser får då dessa problem</i>	21
<i>Vilka är copingstrategierna</i>	21
<i>Sammanfattning</i>	22
Arbete	22
<i>Vilka konsekvenser får då dessa problem</i>	22
<i>Vilka är copingstrategierna</i>	23
Umgänge med anhöriga / nära vänner	23
<i>Vilka konsekvenser får då dessa problem</i>	24
<i>Vilka är copingstrategierna</i>	24
Studien:	
Copingstrategier vid problem i vardagen, på arbetet och i de sociala relationerna	25
<i>Inledning</i>	25
<i>Urval</i>	25
<i>Frågeställningar</i>	25
<i>Analys och tolkning</i>	28
Copingstrategier vid vardagliga problem	28
<i>Sömnbesvär</i>	28
<i>Fysisk aktivitet</i>	29
<i>Hem och hushållsarbete</i>	30
<i>Sitta</i>	31
<i>ADL</i>	32

<i>Transporter</i>	32
Copingstrategier vid problem i arbetssituationen.....	33
Copingstrategier vid problem i de sociala relationerna	35
Sammanfattning av resultaten.....	37
Slutdiskussion	39
Referenser	42

BILAGA: Studien Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie

Inledning

Bakgrund

Denna undersökning bygger på undersökningen Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie. Studien var en del av projektet "Vårdprogram för rehabilitering av patienter med kroniska nervsmärtor". Projektledare var överläkare Göran Leijon, Smärt och rehabiliteringskliniken, vid Universitetssjukhuset i Linköping. Syftet med studien Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser, en kvalitativ studie, var att utforska och inventera patienternas egna upplevda problem i relation till nervsmärtan. Detta för att få ett bättre underlag till hur ett rehabiliteringsprogram för patienter med nervsmärta skall utformas. Studien har genomförts under åren 1997- 1999 i samarbete mellan Smärt och rehabiliteringscentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping samt rehabiliteringskliniken vid länsdelssjukhuset Ryhov i Jönköping.

Vid analys av de resultaten, fann jag att patienterna också beskrev en rad olika hanteringsmöjligheter / copingstrategier för att bemästra, hantera eller lösa problem. Patienterna beskrev så tydligt att deras styrka, fick riktas mot den plågsamma nervsmärtan. Jag fann detta så fångande och intressant att jag därför valt att i denna uppsats närmare betrakta coping och copingstrategier i detta sammanhang.

I mitt arbete som socionom / kurator har jag mött många människor som drabbats av långvarig sjukdom och långvarig smärta. Många patienter har trots stora problem och svårigheter, orkat "bli vän" med sin smärta och lärt sig att leva med den. Det jag har noterat i mötet med dessa människor är att de möter och hanterar smärtan och dess konsekvenser på ett annorlunda sätt än de människor som aldrig har kunnat lära sig att leva med sin smärta. Det som var tydligt var att många av de patienter som utgick från sina möjligheter och tog tillvara på vad i livet de kunde göra trots sin svåra smärta, också kunde hantera sin smärta på ett annat sätt. Det var därför helt naturligt att i denna uppsats ha den teoretiska anknytningen i det salutogena perspektivet, där man utgår från det friska eller det som fungerar. Där tillvarons möjligheter betonas snarare än dess risker. Att drabbas av en kronisk sjukdom innebär en stressfull upplevelse för de flesta av oss. Min erfarenhet är att hälso- och sjukvårdens personal är duktig på att hantera just sjukdom men mindre bra på att förstå hur individen upplever och hanterar denna sjukdom och vad det är som gör att hälsa och välbefinnande påverkas i positiv riktning.

I denna uppsats kommer jag att studera och belysa copingfunktionen så som den framträder i ett urval av intervjuerna från ovan nämnda undersökning. Jag utgår från ett salutogent perspektiv för att belysa coping som en betydelsefull faktor i hur man hanterar en stressande situation / ett problem. En del av materialet kommer således att analyseras på nytt med detta perspektiv.

Syfte och Frågeställningar

Syftet med denna uppsats är:

- att belysa hur några kvinnor med kronisk nervsmärta hanterar sin smärta och dess konsekvenser i det dagliga livet, i arbetssituationen och i de sociala relationerna.
- att belysa om det finns vissa copingstrategier som kan anses vara mer framgångsrika än andra för att minimera stressupplevelserna i samband med smärttillfällen i det dagliga livet, i arbetssituationen och i de sociala relationerna.

Följande frågeställningarna riktar sig till några kvinnors situationer inom de tre livsområdena jag nämnt i syftet:

Vilka copingstrategier använder kvinnorna

- vid vardagliga problem?
- vid problem i arbetssituation?
- vid problem i de sociala relationerna?
- är några av dessa copingstrategier mer framgångsrika än andra?

Metod och urval

För att belysa begreppet coping har jag gjort litteraturstudier. Jag har valt att studera de forskare som ser coping som en process. De främsta representanterna för denna forskning är Richard S. Lazarus och Susan Folkman. Anledningen till att jag främst valt att belysa copingen som en process är att jag utgår från en salutogen grundsyn och det salutogen synsättet är förenligt med coping som process.

Det empiriska grundmaterial till denna uppsats är intervjuer och berättelser från människor med nervsmärta. Empirin är en del av projektet "Vårdprogram och rehabilitering av patienter med kroniska nervsmärtor". Jag har hämtat empirin från den delstudie jag medverkat i Nervsmärta – självupplevda problem och konsekvenser – en kvalitativ studie. Jag har således inte samlat in något nytt material, utan använder delar av det material jag redan samlat in och analyserar det utifrån ett nytt perspektiv. I den här uppsatsen har jag valt att studera kvinnor och deras copingstrategier, vid upplevda problem i det dagliga livet, i arbetssituationen och i de sociala relationerna.

Hela studien omfattade 39 patienter, av dessa var 23 kvinnor. Denna grupp har jag avgränsat genom att ta med de kvinnor som i sina berättelser belyser de vardagliga problem / händelser som genererar någon form av emotionell konsekvens. Efter den avgränsningen återstår 10 kvinnor som blir mitt empiriska material i denna uppsats. Utförligare beskrivning av urvalet sker under avsnittet Studien: Copingstrategier vid problem i vardagen, på arbetet och i de sociala relationerna.

För att kunna göra en jämförelse mellan de copingstrategier som litteraturen beskriver och mitt empiriska material har jag som jämförelse använt mig av det av Lazarus & Folkman utvecklade copingmekanismformulär "Ways of coping questionnaire" (Folkman, Lazarus m.fl. 1986). Att jag valt just detta formulär har sin grund i att det är ett av de mest kända och etablerade formulären. Vidare är de flesta andra formulär inspirerade av detta formulär.

Jag har valt att presentera kvinnornas berättelse med deras egna ord, upplevelser och känslor. Vid analys och tolkning av materialet använder jag mig därför enbart av citat. Ibland har jag gjort vissa omskrivningar för att det inte ska vara möjligt att identifiera kvinnorna.

Analysarbetet har skett med en fenomenologisk ansats. Fenomenologi innebär studier av människors upplevelser och föreställningar. Upplevelsen är det centrala (Wallén 1993). Det är kvinnornas egna beskrivningar av deras vardagliga problem, problem i arbetssituationen och umgänget med anhöriga / nära vänner, dess konsekvenser och hur man hanterat dessa som då varit mitt intresse. Det är dessa genuina utsagor som är grunden för mitt sökande efter deras beskrivningar hur de lyckas hantera de problemsituationer som nervsmärtan medför.

Uppsatsens disposition

I Första delen av uppsatsen beskriver jag min teoretiska förankring. Först gör jag en beskrivning av det salutogena perspektivet. Därpå följer ett avsnitt som handlar om copingbegreppets utveckling.

Efter det följer ett kort avsnitt om vad som är långvarig smärta – neurogen smärta. Därpå en beskrivning av projektet och studien Nervsmärta – självupplevda problem och konsekvenser – en kvalitativ studie. Det görs en beskrivning av patienternas upplevda problem, konsekvenser av detta samt hur man valt att hantera sina problem. Patienternas upplevda problem i arbetssituationen, dess konsekvens och hur man hanterar detta presenteras också. Likaså redovisas på samma sätt patienternas upplevda problem i umgänget med anhöriga / nära vänner. Därefter presenteras uppsatsens studie: Copingstrategier vid problem i vardagen, på arbetet och i de sociala relationerna. Jag beskriver mitt urval och mina frågeställningar till materialet. Därefter redogör jag för de olika copingstrategierna. När det gäller copingstrategier vid vardagliga problem berörs situationerna sömnbesvär, fysisk aktivitet, hem och hushållsarbete, sitta, ADL, och transporter. Därpå följer en tolkning av intervjuerna. Uppsatsen avslutas med en slutdiskussion.

Teoretisk förankring

Salutogent perspektiv.

Ett salutogent perspektiv utgår från det friska eller det som fungerar. Fokus är på vad som orsakar hälsa (salutogenes) i stället för på vad som orsakar sjukdom (patogenes) Man betonar tillvarons möjligheter snarare än dess risker. Det salutogena perspektivet beskrevs av Aaron Antonovsky. Kärnan i det salutogena synsättet utgörs av det grundläggande filosofiska antagandet att den mänskliga organismen normalt befinner sig i ett dynamiskt tillstånd av obalans. Oavsett om stressorerna härrör från den inre eller yttre världen, om de utgörs av dagliga förtretligheter, är akuta eller kroniska, om de tvingas på oss eller är frivilligt valda så är våra liv fyllda av stimuli som vi inte har några automatiska svar på, men som vi måste svara på. Budskapet till hjärnan är så länge våra sinnen fungerar tydligt: du har ett problem. Problemet har två sidor och består dels av den problemlösande eller instrumentella aspekten och dels av regleringen av känslor. Spänning är alltså något som uppstår när hjärnan har konstaterat att man har ett behov som är otillfredsställande, att ett krav har ställts på en som måste bli bemött. Människan är här i ett tillstånd av spänning, vilken stressorn än är så måste man alltså agera (Antonovsky 1991).

I sitt teoretiska grundresonemang koncentrerar sig Antonovsky på två nya begrepp nämligen generella motståndresurser, GMR, (eng. General resistance resources GRR) och känslan eller sinnet för sammanhang, KASAM, (eng. Sense of coherence SOC). Antonovsky menar att vi kan bygga upp generella motståndresurser (GMR) som ett försvar mot de stressorer som omger oss och inverkar på vårt liv. GMR är alla faktorer, fysiska, psykosociala och materiella som underlättar för individen att se sin omvärld strukturerad och begriplig. GMR är pengar, kunskap, erfarenhet, intelligens, socialt stöd, kultur, tradition, ideologi, livsåskådning med mera. Antonovsky menar att om människan har dessa tillgångar till sitt förfogande hos sig själv eller i sin omgivning så har hon en bättre möjlighet att klara sig (Antonovsky 1991).

Det var genom att i detalj analysera intervjuer som gjorts med människor som utsatts för stora och påfrestande livshändelser som Antonovsky identifierade en faktor som återkom hos individer som klarat sig väl och som han benämnde KASAM (Antonovsky 1991).

+Antonovsky menade att denna faktor är en viktig salutogen friskfaktor och han antog vidare att den utvecklades tidigt i livet. Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att :

- de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga
 - de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga
 - dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.
- (Antonovsky 1991, s.41)

KASAM utgörs av en människas förmåga att i alla sammanhang ha en känsla av att det här kan jag klara oberoende av vad som händer.

KASAM antas också avgöra en individs copingstrategier, eller om man så vill bemästringsstrategier för att klara av stressfyllda situationer och innehåller tre aspekter, nämligen *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet* (Antonovsky 1991).

Begriplighet är i vilken utsträckning man kan förstå yttre och inre stimuli. Att man förväntar sig att det som man i framtiden kommer att möta går att ordna och förklara och att den information som man kommer i kontakt med är ordnad, sammanhängande och strukturerad (Antonovsky 1991).

Hanterbarhet är den komponent som innebär hur man tycker att det finns resurser i ens omgivning som står till förfogande så att man kan möta de stimuli som omger en. Sådana resurser kan vara de som man har själv men även sådana som de personer har som man litar på (Antonovsky 1991).

Meningsfullhet är i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig mening och att det är värt att investera energi i de problem som man möter i livet och att man känner att man kan konfrontera utmaningar för att söka en mening i dem och klara sig igenom dem (Antonovsky 1991).

Kan man förändra och påverka sin KASAM? Antonovsky menar att detta är fullt möjligt. Antonovsky menar att det är en utopi att förvänta sig att ett möte eller om man så vill en serie möten mellan en klient och en behandlare kan förändra KASAM i någon större omfattning. Dock menar han att professionella yrkesmänniskor kan "hjälpa" patienten så att man kan påverka KASAM i en positiv riktning. Ett sätt att förändra KASAM - åtminstone inte förändra i negativ riktning - är att forma mötena med sina klienter så att skada inte uppstår. Den fråga den professionelle måste ställa sig inför varje möte med en klient är, om detta möte leder klienten till en upplevelse av förutsägbarhet, balans och meningsfullhet eller gäller det motsatta? Här handlar det om en sammanblandning mellan klientens eget bidrag samt inflytande av den objektiva situationen (Antonovsky 1991).

Kan man åstadkomma en planmässig förändring av en patients KASAM? Antonovsky hänvisar till forskning där människor inom ramen för sina liv söker så kallade KASAM höjande erfarenheter. Antonovsky hänvisar också till alla former av terapi som befrämjar en varaktig och konsekvent förändring av människors reella livserfarenheter. I vissa situationer kan det faktiskt vara så att behandlaren under en längre tidsperiod har en inte obetydlig kontroll över patientens livssituation (Antonovsky 1991).

Avslutningsvis menar och poängterar Antonovsky att en stark KASAM inte är lika med en magisk tillgång som gör det möjligt att helt och fullt lösa alla de problem som stressorer skapar för oss människor. Det är ytterst få människor som har en stark och autentisk KASAM. Vidare är det så menar Antonovsky att många av de problem som vi möter i livet är omöjliga att lösa och det är inte heller så att de ska kunna lösas. Vad Antonovsky menar och påstår är att de som har en stark KASAM på ett bättre sätt kommer att kunna hantera sina problem än de med en svag KASAM. Framför allt, när de som har en stark KASAM stöter på ett problem som inte går att lösa, kommer de att kunna fortsätta leva med det på ett bättre och mindre smärtsamt sätt. Antonovsky brukar framhålla att det främst är GMR som skapar och vidmakthåller KASAM (Antonovsky 1991).

Copingbegreppets utveckling

Ständigt utsätts vi människor för olika typer av påfrestningar i livssituationen. Det är därför viktigt att fundera över vilka strategier vi tillämpar för att bemästra de påfrestningar som drabbar oss. Sådana strategier brukar beskrivas med ordet coping. Begreppet coping innefattar både de mentala och beteendemässiga reaktioner som vidtas för att bemästra, tolerera eller reducera påfrestningar eller de känslor som påfrestningarna orsakar. När copingbegreppet används är det ofta i samband med konkreta stresskällor. Lazarus och Folkman menar att coping är en del i individens hela anpassning. De gör också en distinkt skillnad mellan anpassning och coping. Det är i de tillfällen då våra anpassningsstrategier inte kan komma tillrätta med den stress som vi upplever som copingprocessen sätter i gång (Lazarus & Folkman 1984).

Forskningen om coping hos vuxna tog fart på 1950-talet. Man kan säga att begreppet coping utvecklats utifrån två huvudlinjer, dels från psykoanalytisk teori och dels från kognitiv psykologi (Gullacksen 1988). Förebilden från de psykoanalytiska teorierna kom främst från den gren som kallas jag-psykologin (Therlund 1995). Mycket av forskningen om hur vi människor hanterar emotionell stress bygger på den psykodynamiska modellen. Flera av de termer som används är lika, exempelvis isolering och intellektualisering. Dock finns det stora skillnader, coping betraktas oftast som en reaktion på externa stressfaktorer, såsom sjukdom, förluster, med mera snarare än som reaktioner på intrapsykiska konflikter. Vidare, inom copingforskningen utgår man inte från att coping är omedvetna processer, som psykodynamikens egoprocesser. Vidare inom den psykodynamiska traditionen uppmärksammade man olika personlighetsvariabler. I copingforskningen ligger fokus på situationen och sammanhanget samt individens tolkningssätt mera som förklaring till hur individen hanterar en påfrestande händelse. Ytterligare en skillnad är att den psykodynamiska teorin lägger en värderande aspekt på egoprocesser, de betraktar vissa som mer mogna och mer verklighetsanpassade än andra (Persson 1985).

Den andra huvudlinjen påverkades av den kunskap som utvecklats inom stressforskningen och den kognitiva psykologin. Forskaren studerade och iakttog individer i olika stressituationer och uppmärksammade oregelbundenheten i individernas sätt att reagera och agera. Detta utmanade till förklaringsmodeller som mera byggde på individens copingrepertoar, ett mera situationsorienterat synsätt (Gullacksen 1988).

Richard Lazarus publicerade 1966 sin bok "Psychological Stress and the Coping process", där han beskriver kognitiva faktorerens betydelse i copingprocessen. Lazarus presenterar här en psykologisk stressteori. Han ställde traditionella antaganden på huvudet. Inom den psykoanalytiska teorin antar man att psykisk stress (trauma) är en reaktion till följd av psykisk skada. En viss stimulus uppfattas således som ett hot. För att det ska ske måste situationen bedömas med hänsyn till huruvida effekterna av situationen innebär ett framtida hot om fysisk eller psykisk skada. Det som bestämmer denna bedömning är individens erfarenheter, kunskaper och föreställningar. När individen gör en bedömning av hotet i situationen tar hon hänsyn till en eventuell skadas betydelse, mening och dess framtida konsekvens. Lazarus menar att denna bedömning kräver en kognitiv aktivitet som kräver av individen att hon kan avgränsa den aktuella situationen från tidigare eller samtida situationer. Lazarus påtalar att stressfyllda händelser måste upplevas som påfrestande av individen för att en stressreaktion skall uppstå. Han hänvisar bland annat till att vissa människor har genomlevt många livskriser och är inte alls påverkade vare sig psykiskt eller kroppsligt medan andra människor påverkas

starkt av färre och betydligt mindre allvarliga händelser. Individens bakgrund påverkar hotbedömningen, därför är graden av hot inte objektiv utan en bedömning där tidigare erfarenheter spelar in. Denna aktivitet, som hela denna kognitiva process utmynnar i kallas coping. Det vill säga en förmåga att ta itu med något eller klara av något, att reda sig i situationen helt enkelt (Lazarus 1966).

Lazarus definierar psykisk stress som en reaktion på hot om skada eller om en organisk skada redan inträffat – en rädsla inför hotet om ytterligare framtida skador eller komplikationer till följd av skadan (Lazarus 1966).

Det är utifrån dessa tankar om individens olika upplevelser av stress och reaktioner och hur individen hanterar detta som copingbegreppet vuxit fram. På 1970- talet började man se coping som en process. De främsta representanterna för denna forskning är Richard S. Lazarus och Susan Folkman.

Copingteorin utmärks av tre grundläggande egenskaper, nämligen:

- a) processperspektivet
- b) copingbegreppet måste betraktas i sitt aktuella sammanhang, det vill säga kontexten är mycket viktig.
- c) Copingstrategier är delar i processen, det vill säga redskap och säger därmed inget om resultatet (Folkman, Lazarus m. fl. 1986).

Lazarus och Folkman definierar copingprocessen som en process där man kognitivt och beteendemässigt försöker att hantera specifika yttre eller inre krav som man bedömer ger en oönskad påfrestning på individen eller överskrider dennes resurser (Folkman, Lazarus, m. fl.1986).

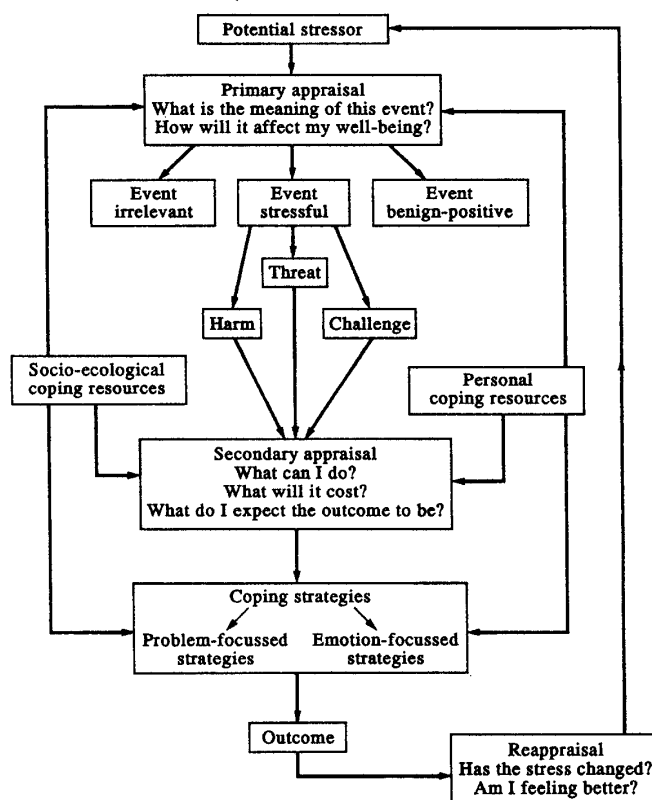
Gullacksen har gått igenom Lazarus och hans syn på copingförloppet och dess föränderlighet. Gullacksen menar att när Lazarus pratar om processperspektivet menar han att copingförloppet är föränderligt, det vill säga helt beroende av sitt sammanhang och individens aktuella bedömning av detta. Varje individ har en variation av copingstrategier och individen kan använda olika strategier i liknande stressituationer beroende på hur situationen bedöms. Vidare menar Lazarus, enligt Gullacksen, att det finns inte bra eller dåliga copingstrategier, utan det handlar mera om var, när och hur copingstrategin används. Det handlar istället om bättre eller sämre val av copingstrategier. Det betyder också att resultatet av individens coping inte kan värderas av omgivningen då det endast är individen själv som vet vad hon vill uppnå (Gullacksen, 1998).

Om en situation eller en händelse upplevs av individen som en stressfaktor beror, återigen på den betydelse och mening som individen fäster vid den situationen. Först måste man göra en bedömning av den uppkomna situationen som helhet. Finns det ett hot mot individen, vad betyder det här hotet och den här händelsen ? Den här första bedömningen definierar Lazarus och Folkman som den primära bedömningen, primary appraisal. Denna värdering görs mot bakgrund av individens mål, värden, erfarenheter och förväntningar. Hur individen gör denna bedömning får också betydelse för val av copingstrategier. Nästa steg innebär att individen överväger vilken insats som krävs för att om möjligt minska hotet och de oönskade känslorna, sekundär bedömning, secondary appraisal. De resurser individen har att tillgå kan vara fysiska, sociala, psykologiska eller materiella. Resurserna kan finnas hos individen själv eller i omgivningen. Det är i den här processen som man väljer copingstrategier och alternativ (Lazarus och Folkman 1984).

Den copingmodell som Lazarus och Folkman beskriver har två möjligheter, problemfokuserad coping samt känslorokuserad coping. Problemfokuserad coping handlar om att analysera problemet förnuftsmässigt och därefter åtgärda problemet själv eller tillsammans med andra. Individens arbetar mot stresskällan för att förändra upphovet till stressen. Vid känslorokuserad coping handlar det om att försöka hantera de känslor som påfrestningarna orsakar. Här handlar det om att ändra den relationella meningen, till exempel via förnekande distansering eller positiv omtolkning. Dessa två copingmetoder används ofta omväxlande. Hur bra vår coping fungerar beror på de resurser som individen har tillgängliga. Copingresurser är de generella färdigheter och tillgångar som finns hos individen eller i omgivningen, exempelvis intellektuell förmåga, god hälsa, god utbildning, sociala kontakter och god materiell standard (Lazarus & Folkman 1984).

För att avgöra om copingprocessen har varit effektiv gör individen en bedömning och utvärdering av resultatet, reappraisal. I och med den här återkopplingen menar Lazarus och Folkman att individen lär sig vad som är framgångsrik coping i olika situationer. I återkopplingen sker också en omvärdering av hela situationen och då utifrån den inverkan copingen haft. Om en copingstrategi används ofta och blir en vana för att möta en specifik stresskälla är det dock inte längre coping utan mera en automatisk handling, har blivit en anpassning (Lazarus & Folkman 1984).

Beresford har influerats av Lazarus och Folkman och deras tankegångar om coping som en process. Han har studerat resurser och copingstrategier hos föräldrar med ett handikappat barn. Han har illustrerat följande bild som visar processmodellen för coping (Beresford 1994).



Lazarus och Folkman menar att man bör ha tillgång till många olika copingstrategier och också kunna använda dem varierat för att ha en god copingkompetens. Vidare påtalar de att huruvida situationen kan förändras eller ej, påverkar individens val av strategier. Om situationen kan förändras är det mest effektivt att använda strategier som riktar sig direkt mot problemet. Går situationen inte att förändra utan det handlar om att acceptera situationen, är känslolofokuserad coping att föredra (Lazarus & Folkman 1984).

Man gör i forskningen om coping en åtskillnad mellan copingresurser och copingstrategier. Copingresurser definieras som generella färdigheter och tillgångar vilka är fördelaktiga i påfrestande situationer. Copingstrategier är de mentala strategier som en individ utnyttjar för att till exempel omdefiniera ett hot eller att neutralisera känslorna av stress (Persson 1985).

Ytterligare två begrepp är copingmekanismer och copingstil. Copingmekanismer är beteckningen på de åtgärder som en person vidtar för att hantera en svår situation. En stor del av copingforskningen är bedriven med självsvarfsformulär. Det mest kända är "Ways of coping questionnaire", utvecklat av Lazarus och Folkman. De har utifrån många års forskning omkring copingprocessen beskrivit åtta olika copingmekanismer, nämligen konfrontation, distansering, självkontroll, söka socialt stöd, ta ansvar, flykt - undvikande, planerad problemlösning och positiv omtolkning (Folkman & Lazarus m.fl.1986). Ytterligare beskrivning av innehållet i dessa olika kategorier kommer att ges i analysdelen. När man pratar om copingstil menar man att man relaterar till olika typer av situationer eller olika typer av människor. Thernlund (1995) menar att Lazarus är kritisk till att man enbart fokuserar på stil, som är ett för grovt mått. Han anser att eftersom stressen alltid finns i ett sammanhang mellan individ och omgivning så är det inte tillräckligt att bara beskriva individen för att förstå processen utan det är också viktigt att beskriva omgivningsfaktorerna (Thernlund 1995). L-O Persson har utformat ett formulär, strategier att bemöta stress, som just avser att beskriva copingstil (Persson 1995).

Gemensamma drag - skillnader

Helt klart är att Antonovsky gör sin analys av KASAM:s roll i stressprocessen utifrån Lazarus och Folkmans kognitiva stressteori. Det grundläggande temat hos Antonovsky är att oavsett hur vi lever våra liv finns det inget sätt att undkomma stressorernas allnärvaro. Den mänskliga existensen är stressande i sig. Antonovsky hänvisar till Lazarus och har också anammat hans definition av stressor som en stimulus som "frestar på eller överskrider systemets resurser" (Antonovsky 1991, s.163).

Både Antonovsky och Lazarus anser att en bedömningsprocess eller stressprocess, innefattar flera olika steg. Antonovsky menar att den stimuli som når hjärnan först måste definieras om det är stressor eller icke-stressor, *primär bedömning, steg 1*. Antonovskys hypotes är här att det troligen är så att en människa med stark KASAM definierar stimuli som icke-stressorer, det vill säga han kommer inte att uppleva någon spänning som skulle kunna omvandlas till stress. Nästa steg enligt Antonovsky är *primär bedömning steg två*. Vi har hamnat i en situation som vi upplever stressande, antingen upplever vi situationen hotande, positiv, ofarlig eller irrelevant. Antonovsky menar här att en person med stark KASAM är mera van att möta och tackla stimuli som från början verkar vara stressorer men som senare visar sig vara ganska oproblematiske. Den här personen lägger ingen kraft och energi på att den stressande

situationen utan lever vidare i tillförsikten att spänningen mycket snart kommer att försvinna (Antonovsky 1991).

Primär bedömning, steg tre, de känslor och de instrumentella problem som stressorn skapar. Antonovsky poängterar återigen att människor med en stark KASAM har större möjligheter att föra in ordning och mening när de i situationer ställs inför en stressor. Helt klart är här att människor med en stark KASAM har ett klart försprång, resurser har mobiliserats för att möta stressorn. För en person med stark KASAM kommer en hotfull stressor att väcka ledsenhet, rädsla, smärta, ilska skuld, sorg och oro. Har man en svag KASAM kommer det att väcka ångest, raseri, skam, förvirring med mera. Antonovsky menar att de känslor som väcks hos en person med stark KASAM skapar en motivationell bas för handlande medan känslor av typ ångest skam med mera är rent paralyserande (Antonovsky 1991).

Lazarus och Folkman menar att i den *primära bedömningen* försöker individen att skapa en förståelse av den uppkomna situationen. Nästa steg är enligt Lazarus och Folkman den *sekundära bedömningen*. Enligt Lazarus och Folkman sker denna omvandling av spänning till stress i den sekundära bedömningen, det som Antonovsky menar sker i den primära bedömningen steg tre. I den sekundära bedömningen avgörs också vilka resurser individen har att klara av stressen och här iscensätter individen någon form av stresshanteringsstrategi (Lazarus & Folkman 1984).

Även Antonovsky beskriver den *sekundära bedömningen* som inbegriper val av resurser som på något sätt är ändamålsenliga för att hantera stressorn. Att ständigt använda sig av ett bestämt och specifikt copingmönster är inte framgångsrik problemlösning. Det Antonovsky hävdar är att personer med stark KASAM väljer just den copingstrategi som är bäst lämpad för att ta hand om den specifika stressor som personen just har ställts inför. Det är i mobiliseringen av vad som uppfattas vara lämplig resurs eller kombination av resurser inför stressorn som den verkliga fördelen med en stark KASAM visar sig. Antonovsky menar att bakom mobiliseringen av resurser finns den starka känslan av meningsfullhet. Om man har en stark KASAM och ställs inför en stressor är det troligaste att man känner en känsla av engagemang och en vilja att handskas med stressorn (Antonovsky 1991).

Både Lazarus, Folkman och Antonovsky pratar om processens sista steg som är bedömning och feedback.

En tydlig skillnad som finns mellan Antonovsky och Lazarus & Folkman är synen på begreppet generella motståndresurser, GMR. Antonovsky menar att vi kan bygga upp generella motståndresurser som ett försvar mot de stressorer som omger oss och inverkar på vårt liv. GMR är alla faktorer, fysiska, psykosociala och materiella som underlättar för individen att se sin omvärld strukturerad och begriplig. Antonovsky innefattar även coping i dessa motståndresurser. Lazarus och Folkman ser dock coping som en process som utvecklas och genereras från dessa generella motståndresurser (Lazarus & Folkman 1984).

Långvarig smärta

Benämningen långvarig smärta eller kronisk smärta (värk) används för smärta som varat i minst sex månader. Långvarig smärta eller värk är mycket vanligt hos befolkningen. Ungefär en tredjedel av alla människor i vårt land besväras av långdragna smärttillstånd. Vanligast är smärtor från skelett, muskler och leder. Kvinnorna har oftare smärtor i axlar - nacke medan männen oftare har kroniska ländryggssmärter. En stor grupp av människor har smärtor som beror på skador i eller i direkt påverkan av nervsystemet (Socialstyrelsen 1994).

Den internationella föreningen för smärtstudier (The International Association for the Study of Pain IASP) har definierat smärta som en sensorisk och emotionell upplevelse vilken kan korreleras till verklig eller potentiell vävnadsskada eller uttryckas i termer av skada (Socialstyrelsen 1994). Enligt IASP:s definition är smärta således ett symptom och en upplevelse. Smärta förekommer i samband med sjukdom eller kroppsskada. Men mycket ofta finns smärta utan att sjukdom eller skada kan påvisas. All forskning är enig om att smärta kan förkomma även utan påvisbar skada eller sjukdom. Därför måste grundsynen vara den att smärta är verklig, det vill säga uppger individen att hon upplever och känner smärta förhåller det sig så. Att någon simulerar är oerhört sällsynt (Socialstyrelsen 1994).

Varje individ upplever smärta på sitt personliga sätt, och även under likartade omständigheter kommer smärtupplevelsen att variera avsevärt från individ till individ. Den bakomliggande orsaken till smärtan säger absolut inget om hur starkt den kommer att upplevas av den enskilda individen. Olika individer har olika förmåga att tolerera smärta och därmed olika sätt att hantera den. Hawthorn och Redmond beskriver flera aspekter som smärtröskel och smärttolerans. Smärtröskel betecknar den nivå på vilken ett stimulus upplevs som smärtsamt. Smärttolerans, här är personen medveten om smärtan men är beredd att uthärda den utan att klaga eller be om smärtlindring. Vidare tar de också upp något som de kallar understödd smärttoleransröskel, den nivå av stimulering som personen kan uppmuntras till att uthärda (Hawthorn & Redmond 1999).

Hawthorn och Redmond har intresserat sig för vilka faktorer som påverkar smärtupplevelsen. Upplevelse och tolerans för smärtan påverkas av smärtans mening, personens kulturella ursprung, religion, upplevelse av kontroll över smärtan, kön samt emotionella faktorer som ångest och stämningsläge. Smärta menar Hawthorn och Redmond, kan ha en mängd olika meningar för olika personer. För cancerpatienter kan tilltagande smärta tolkas som ett tecken på progredierande sjukdom och död, medan smärta orsakad av en skada uppfattas som ett irritationsmoment av övergående art. Kulturell bakgrund kan inverka både på sättet att uttrycka smärta och den mening som patienten tillskriver smärtupplevelsen. När det gäller känsla av kontroll är det så att personer som upplever att smärtan kontrolleras av något utanför dem själva upplevde starkare smärta än personer som upplevde att de själva hade viss kontroll över smärtan. När det gäller en persons emotionella status kan den både vara en orsak till och ett resultat av smärta. Hawthorn och Redmond tar också upp detta med i vilken utsträckning som personens kön inverkar på smärtupplevelsen. Det finns forskningsstudier som har visat att kvinnor både upplever och uttrycker mer smärta än män, men det finns också studier som inte kunnat påvisa några skillnader mellan könen. Man kan därför inte säga någonting om i vilken utsträckning som personens kön inverkar på smärtupplevelsen (Hawthorn & Redmond 1999).

Huvudgrupper av smärta

Smärta som följd av hotande eller etablerad vävnadsskada, så kallad nociceptiv smärta, kan ses som en varningssignal utan vilken vi skulle ha små möjligheter att överleva. Smärta till följd av skada eller dysfunktion i det perifera eller centrala nervsystemet, så kallad neurogen smärta, är helt meningslös ur ett överlevnadsperspektiv. Dessutom finns grupperna psykogen smärta och smärta av okänd orsak (Socialstyrelsen 1994).

Neurogen smärta, s.k. nervsmärta: Smärta som uppkommer på grund av skada eller annan dysfunktion i perifera eller centrala nervsystemet. Det är om personer som drabbats av en neurogen smärta som denna uppsats handlar om. De neurogena smärtorna är alldeles speciella. De är oftast mycket långvariga, svåra och klart irriterande till sin karaktär. De neurogena smärtorna är svårdiagnosticerade och svårbehandlade och lindras oftast ej av smärtstillande mediciner (Socialstyrelsen 1994).

Vanliga symptom vid nervsmärta är till exempel:

- smärtor inom nervens utbredningsområde/ område på kroppen motsvarande skadat område i hjärna eller ryggmärg.
- förlamning
- muskelförtvining
- känselstörning
- symptom från det autonoma nervsystemet, till exempel förändrad cirkulation och svettsekretion
- symptom beroende på nervskadans lokalisering, till exempel sexuella störningar.

Det mest besvärande symptomet hos många patienter med nervsmärta är deras känselstörning. Ofta ses en invalidiserande hudöverkänslighet för till exempel beröring eller kyla vilket leder till svårigheter att bära kläder, vistats utomhus. Vid uttalade känselnedsättningar kan till exempel en hand bli mer eller mindre obrukbar. Rörelser ökar i många fall smärtorna hos nervskadepatienter beroende på att patologiska nervimpulser kommer från skadeområdet. För de som lider av nervsmärta finns ofta eller endast partiell lindring att erbjuda med de behandlingsalternativen som finns idag på marknaden. Detta speglar bristen på kunskap rörande nervsmärtans uppkomst. Effekten av strikt somatisk behandling av patienter med långvarig nervsmärta är ofta nedslående. Majoriteten av de patienter som erhåller flertalet av de på marknaden tillgängliga behandlingsmetoder har kvarstående ibland mycket svåra smärtor. Endast 40% av de patienter med kroniska nervsmärtor kan erbjudas signifikant smärtlindring med tillgängliga terapeutiska alternativ (Ekbom & Hansson 1999).

Nociceptiv smärta: Nociceptorer aktiveras genom vävnadsskada eller hotande vävnadsskada. Nociceptorer = känselkropp, förregistrering av vävnadsskada. Kunskapen om nociceptiv smärta är omfattande avseende såväl uppkomstmekanismer till smärta som kliniskt effektiva behandlingsstrategier. Behandlingen inriktas mot redan pågående smärta eller mot att förhindra uppkomsten av smärta (Ekbom & Hansson 1999).

Psykogen smärta: Smärta orsakad av psykisk sjukdom.

Smärta av okänd orsak: Smärta utan påvisbar eller misstänkt skada eller sjukdom, möjligen med förstärkning av svag perifer smärtsignalering efter utläkt skada (Socialstyrelsen 1994).

Behandling av smärtor kan innebära behandling på flera olika nivåer. Dels kan man prata om etiologisk behandling, det vill säga behandling riktad mot smärtornas orsak, det vill säga mot den sjukdom skada eller annan rubbning som orsakar smärtan / smärtorna. Detta är givetvis alltid att föredra, men dessvärre är det oftast omöjligt att bota den underliggande rubbningen. När man pratar om den symptomatiska smärtbehandlingen utnyttjas farmakologiska principer(det vill säga mediciner), egna inre kontrollsystem(ex. elektrisk stimulering och akupunktur) eller avbrytande av de nervbanor som för smärtimpulserna till hjärnan. (ex. nervblockader). Rehabiliterande åtgärder som behandling är exempelvis psykologiska och pedagogiska metoder med kognitiv och beteendeterapeutisk inriktning. Målet är här att lära patienten att hantera smärtan och att därigenom uppnå så hög livskvalitet som möjligt (Socialstyrelsen 1994).

Beskrivning av studien: Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser- en kvalitativ studie

Att jag väljer att redovisa denna studie så utförligt har sin grund i att uppsatsens empiriska material härstammar från denna studie om Nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie. Det är viktigt att läsaren kan förstå och få ett sammanhang i det material som sedan kommer att behandla uppsatsens frågeställningar. Fortsättningsvis kommer jag också att benämna denna studie Nervsmärta.

Studien var en del av projektet "Vårdprogram för rehabilitering av patienter med kroniska nervsmärtor". Syftet med projektet som helhet var att säkerställa kvalitet i omhändertagandet samt att identifiera individer som bör erbjudas en kvalificerad rehabilitering samt att också genomföra en sådan rehabilitering.

Syftet med studien Nervsmärta, var att utforska och inventera patienternas egna problem och i relation till nervsmärtan. Detta för att få ett bättre underlag till hur ett rehabiliteringsprogram för patienter med nervsmärta bäst ska utformas. Studien har genomförts i samarbete mellan Smärt och rehabiliteringscentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping samt rehabiliteringskliniken vid länsdelssjukhuset Ryhov i Jönköping. I projektgruppen för studien Nervsmärta ingick läkaren Göran Leijon, Smärt och rehabiliteringscentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping, universitetslektor Gunnel Hensing, Göteborgs Universitet samt undertecknad. Patienterna handplockades av den projektansvarige läkaren, det förutsattes att de hade en nervsmärta i någon form. Studien har omfattat 39 patienter, 23 kvinnor och 16 män. Bortfallet var 3 patienter. Åldersintervallet var 25-80 år. Samtliga patienter jag intervjuade har också deltagit i ett 4-6 veckor långt rehabiliteringsprogram för patienter med nervsmärta. Patienterna har deltagit i rehabiliteringsprogrammet antingen före, under eller efter intervjuens genomförande. Behandlingsprogrammet har innefattat smärtskola, samtal om stress och smärta, samtalsgrupp, ergonomi och sjukgymnastik. Syftet med rehabiliteringsprogrammet har varit att öka kroppsmedvetenheten och att kunna hantera smärta bättre.

Patienterna fick information om studien muntligt av den projektansvarige läkaren. De gav också vid det tillfället sitt godkännande för deltagande i studien. Därefter ringde jag upp patienterna, och bokade en tid för intervju. Jag informerade också om att jag använde bandspelare vid intervjun. Efter telefonsamtalet skickade jag en skriftlig information om studien och intervjuförfarandet. Brevet innehöll information om undersökningens syfte, frivillig medverkan och konfidentialitet. Intervjuerna ägde rum på sjukhusen i Linköping respektive Jönköping i en avspänd icke sjukhusliknande miljö. Intervjuerna tog ungefär 60-90 minuter i anspråk.

Studien genomfördes med hjälp av en intervjumethodik där frågorna är strukturerade. "Critical-Incident" tekniken(CIT) valdes som utgångspunkt för genomförandet av studien. CIT är en metod som utvecklades i mitten av 1950-talet (Flanagan 1954). Den användes bland piloter och syftet var att med deras erfarenheter av kritiska incidenter förbättra flygsäkerheten.

Flanagan definierade en kritisk incident som "any observable human activity that is sufficiently complete in itself to permit inferences and predictions to be made about the person performing the act"(Flanagan, 1954, s. 327). Termen kritiska incidenter är semantiskt svår och därför har begreppen problematiska situationer använts i stället. En problematisk situation definieras som ett tillfälle då individen upplever ett dilemma det vill säga, en situation som upplevs som förvirrande eller besvärlig och som innebär en störning i det dagliga livet. CIT är en teknik, som till skillnad från mer öppna kvalitativa intervjuer, fångar upp också problem som är av mindre allvarlig karaktär, men som uppträder ofta och därmed kan vara en stor påfrestning i individens tillvaro. Eftersom intervjupersonerna uppmanas att tänka tillbaka i tiden precis från det ögonblick då intervjun startade kommer också smärre problem med i intervjun.

Intervjun innehöll inledningsvis en fråga om vilken typ av nervsmärta som patienten har. Därefter följer de centrala frågorna.

Kan Du berätta om det senaste tillfället då Du blev hindrad eller påmind om Din nervsmärta i samband med Din dagliga livsföring?

Kan Du berätta mer om den här händelsen?

Vilka konsekvenser fick den här händelsen för Dig?

Hur hanterade Du den här händelsen?

Varje person fick beskriva tre konsekutiva tillfällen och helt enkelt gå bakåt i tiden från intervjuens början. När tre tillfällen var beskrivna fick yrkesverksamma personer en speciell fråga om problematiska situationer i samband med arbete. Samtliga fick också beskriva en problematisk situation i samband med relationer till andra människor. Slutligen frågade vi också om det största problemet, som individen upplever på grund av sin sjukdom - oavsett när detta problem inträffade, det vill säga vi lämnade kravet på att man skulle berätta om det senaste tillfället då man upplevt ett problem.

Intervjuernas spelades in på band, skrevs ut och analyserades. Med CIT samlas all data in innan analysen påbörjats. Analysen sker genom återkommande genomläsningar av intervjuerna. Dessa läsningar sker både "vertikalt" och "horisontellt", det vill säga varje beskrivet tillfälle inom respektive tema, allmänna, arbete, relationer och det största problemet läses separat respektive alla svar om tillfällen, konsekvenser, hantering, och förebyggande läses parallellt. Syftet med analyserna är att hitta gemensamma mönster men också variationer i dessa mönster, för att så småningom identifiera preliminära kategorier. Därefter har analyserna diskuterats med två övriga medarbetarna i projektet. Oftast förelåg överensstämmelse i kategoriernas innehåll. Vid skillnader i bedömningen har en fördjupad analys genomförts som ligger till grund för kategoriseringen. Repstad (1999) tar upp vikten av att i kvalitativ analys låta flera olika personer analysera samma material. Det kan ge en god kontroll över skevheter. Att komma fram till en tolkning som alla kan acceptera är inte heller möjligt, men olika tolkningar slipas och bryts mot varandra. Teoretiskt hör CIT hemma i en fenomenologisk tradition eftersom tyngdpunkten ligger vid att beskriva, analysera och tolka hur människor förstår fenomen i sin omgivning.

Nedan kommer jag att presentera patienternas upplevda problem, konsekvenser av detta samt hur man valt att hantera sina problem. Jag redovisar också patienternas upplevda problem i

arbetsituationen, dess konsekvens och hur man valt att hantera detta. Likaså redovisar jag på samma sätt patienternas upplevda problem i umgänget med anhöriga/ nära vänner.

Resultat

Jag redovisar nedan tre livsområden: det dagliga livet, arbetsituationen och umgänge med anhöriga /nära vänner. Från vart och ett av dessa områden belyses problemens konsekvenser samt hur man valt att hantera sina problem, det vill säga coping. En utförligare beskrivning av studien, med siffror och tabeller presenteras i bilaga 1.

Upplevda problem i det dagliga livet

Vad gäller upplevda problem i det dagliga livet beskrev patienterna följande kategorier av problem, *hem och hushållsarbete, fysisk aktivitet, sitta, ADL, sömnbesvär, överkänslighet, relationer, transporter, och fritid*. Vad innebär då detta och vad ingår i dessa kategorier?

Hem och hushållsarbete omfattar alla i hemmet förekommande vardagliga sysslor, exempelvis städa, diska, hänga tvätt och matlagning. I denna kategori ryms också mindre hemsysslor, exempelvis öppna en glasburk och hålla i en kastrull. I denna kategori ryms också olika uppgifter som utförs i hemmet, exempelvis måla en vägg, sätta upp en bokhylla. Även inköp finns i denna kategori.

Fysisk aktivitet innebär här att promenera, sjukgymnastikträning, springa till tåget, gå i trappa.

Sitta innebär sitta i någon form.

Inom Adl, aktiviteter i det dagliga livet, ryms de händelser som är kopplade till den egna personen. Exempelvis tvätta håret, duschning och på och avtagning av kläder.

Kategorin *sömnbesvär* innefattar sömnsvårigheter på natten samt uppvaknandet på morgonen.

Överkänslighet innefattar dels händelser relaterade till yttre stimuli, exempelvis kyla, värme och blåst. Dessutom finns en ren beröringsgrupp där händelserna just är relaterade till ren beröring, exempelvis handen mot jackan, fötterna mot golvet eller att man rör vid läpparna.

Med *relationer* menas händelser relaterade till mötet med en annan människa eller att man avstår möte med en annan människa.

Transporter innefattar alla moment som har med transporter och kommunikationer att göra , exempelvis köra bil, gå ur taxin och låsa bilen.

Fritid innefattar alla former av fritidsaktiviteter exempelvis buggkurs och pianospel.

Vilka konsekvenser får då dessa problem?

Patienterna har här fått beskriva fritt antal konsekvenser. Patienterna beskriver följande konsekvenser av de upplevda problemen i samband med den dagliga livsföringen. Nämligen *ökad smärta, psykiska konsekvenser i form av nedstämdhet och allmän psykiska symptom, kroppsliga symptom, sociala konsekvenser och trötthet.*

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga.

Psykiska konsekvenser innefattar två olika delar:

Nedstämdhet innefattar att man känner sig ledsen, duglighetskänslor, känslor av värdelöshet. *Allmänpsykiska symptom* innebär att man känner sig arg, rädd, stressad, nervös, irriterad och okoncentrerad.

Kroppsliga symptom innefattar alla de fenomen som kan tänkas uppträda i kroppen exempelvis, myrkrypningar, yrsel, rundhet under fötterna och allmän obehagskänsla.

Kategorin *sociala konsekvenser* innefattar alla de händelser som gör att man själv eller människor i ens närhet eller omgivning direkt eller indirekt blir påverkade. Exempelvis ledsna barn, beroende av annan person och försenad till jobbet, svårigheter att vara utanför det egna hemmet, svårigheter att klara arbetet, inaktivitet, behov av längre tid för att genomföra olika uppdrag/moment.

Trötthet innefattar trötthet i kroppen, tryck i huvudet, sliten i kroppen, kraften tar slut.

Vilka är copingstrategierna?

Hur hanterar man då dessa problem? Även här har patienterna fått beskriva fritt antal copingstrategier. Patienterna beskriver följande copingstrategier, *alternativa möjligheter, kognitiva strategier, fortsatt aktivitet, vila, behandling, fysisk aktivitet, samt att avstå/avbryta aktiviteten.* Vad innebär då dessa?

Alternativa möjligheter innefattar alla de tänkbara möjligheter till ett alternativt sätt att utföra aktiviteten, för att på så sätt undvika ökad smärta. Exempelvis ändra kroppsställning, olika former av hjälpmedel, alternativ förflyttningsteknik samt lugnare tempo.

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan, acceptera smärtan och mental träning. All aktivitet inriktas här på att inrikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Fortsatt aktivitet innebär att man aktivt bortser från den ökade smärtan och fortsätter med det man håller på med utan att ta hänsyn till smärtan.

Vila innebär att vila, lägga sig ner för att sova, sova, koppla av, ta en paus, samt göra pauser i den aktivitet som man håller på med.

Behandling innefattar här traditionell medicinsk/ sjukgymnastisk behandling, såsom, massage TNS och stödstrumpor.

Fysisk aktivitet innebär här att röra på sig, stå upp, ta en promenad, göra gymnastik, gå omkring.

Avstå/Avbryta aktiviteten. Att avstå innebär att man avstår det man tänkt göra, exempelvis skjuter upp hårtvätten till ett annat tillfälle. Att avbryta aktiviteten innebär att man avbryter den aktivitet man håller på med när smärtan gör sig påmind, exempelvis slutar att promenera.

Sammanfattning

I den här studien redovisar patienterna problem som är kopplade till vardagliga och ofta återkommande situationer. Problemen patienterna beskriver är så vardagliga att patienterna förmodligen inte nämner om dem vid besöket inom hälso- och sjukvården. Ändå står det helt klart att problemen påverkar patienternas hela livssfär. De konsekvenser dessa problem medför är både av fysisk och psykisk art. När det gäller att hantera problemen redovisar patienterna en rad olika copingstrategier, där förvånansvärt lite är kopplat till hälso- och sjukvården.

Arbete

Vilka problem upplevde då patienterna i arbetssituationen?

Patienterna upplevde följande kategorier av problem i arbetssituationen nämligen *arbetsställning, arbetet i sig samt fysiska ansträngning.*

Arbetsställning innefattar olika typer av arbetsställning, exempelvis att sitta vid dator, lutad över elevernas bänkar, skrivarbete, kassaarbete, arbete vid svarvmaskin samt packning av informationslappar.

Arbeta i sig innebär att man inte kan peka på någon specifik situation / händelse som utlöser ökad smärta utan det är hela arbetet i sig, exempelvis efter några timmars arbete som sjuksköterska påmind om nervsmärtan, stressen på arbetet. I den här kategorin ingår också sen ankomst, vilket innebär att patienten kom sent till jobbet på grund av att hon blev påmind om sin smärta då hon vaknade upp på morgonen.

Fysisk ansträngning innebär någon typ av fysisk ansträngning, exempelvis lyft av vattenhinkar, lyfta barn i och ur barnvagn, bära mycket i trappan.

Vilka konsekvenser får då dessa problem ?

De konsekvenser patienterna beskriver är *ökad smärta, allmän psykiska symptom, trötthet samt kroppsliga symptom.* Patienterna har fått beskriva fritt antal konsekvenser.

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga.

Allmän psykiska symptom innebär att man är arg, ledsen, har svårighet att somna på kvällen, känslan av att vara en dålig mor, upplevelse av mindre stresströskel, tankar av att ej klara sitt arbete.

Trötthet innebär att man erfar en ökad trötthet, exempelvis i armarna, orkeslöshetskänsla, svårighet att koncentrera sig på grund av trötthet, åker hem och lägga sig direkt efter arbetets slut, känsla av total kraftlöshet.

Kroppsliga symptom innebär här domningar i händerna, ryckningar, spänd, yrselkänsla och illamående.

Vilka är copingstrategierna?

De copingstrategier patienterna använder sig av i arbetssituationen är *kognitiva strategier, behandling, fortsatt aktivitet, fysisk aktivitet, alternativa möjligheter, vila samt att avstå/avbryta aktiviteten*. Patienterna har fått beskriva fritt antal copingstrategier.

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan, acceptera smärtan och mental träning. All aktivitet inriktas här på att rikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Behandling innefattar här medicinering och tigerbalsam.

Fortsatt aktivitet innebär att man aktivt bortser från den ökade smärtan och fortsätter det man håller på med utan att ta hänsyn till smärtan.

Fysisk aktivitet innebär här promenad, röra på sig, hålla igång kroppen så mycket som möjligt.

Alternativa möjligheter innefattar här, ändrad kroppsställning samt handräckning av annan person.

Vila innebär att man tar paus.

Avstå/avbryta aktiviteten innebär här att man avbryter arbetet och åker hem.

Umgänge med anhöriga /nära vänner

Vilka problem upplever man då i umgänget med anhöriga / nära vänner. För ungefär hälften av de intervjuade fanns det inga problem i umgänget med anhöriga / nära vänner. Detta innebär att den nervsmärtan inte är något hinder vad gäller umgänge med anhöriga/nära vänner. De övriga upplevde, att de upplevda problemen *var att sitta, att man avstår umgänge samt fysiska aktiviteter*.

Att sitta innebär de situationer då man huvudsakligen sitter och umgås, exempelvis födelsedagskalas, sitta och äta mat med vänner, examensfest.

Avstå umgänge innebär att man inte umgås med anhöriga/ nära vänner utan avstår umgänge innan umgänget startar, Exempelvis orkade inte att prata med sin mor som var och hälsade på, avstod från att följa med ut och äta med goda vänner, avstod besök av bror.

Fysiska aktiviteter innebär här ute och cyklade med kompisar, fest med dans med goda vänner.

Vilka konsekvenser får då dessa problem?

De konsekvenser dessa problem får i umgänget med anhöriga/nära vänner är *psykiska symptom, smärta och andra kroppsliga symptom, att man avstår umgänge samt trötthet.*

Psykiska symptom innefattar här att man blir ledsen, arg, irriterad och stressad, samt svårigheter att somna.

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga. *Kroppsliga symptom* innebär här att kroppen fysiskt reagerar, exempelvis, tunga ben, armen känns obrukbar.

Avstår umgänge innebär att patienten inte umgås med anhöriga/nära vänner utan avstår umgänget innan umgänget startar, är hemma.

Trötthet innebär fysisk trötthet i kroppen.

Vilka är copingstrategierna?

När det gäller umgänget med anhöriga/nära vänner beskriver man copingstrategierna *att vila, kognitiva strategier, alternativa sätt samt mediciner.*

Vila innebär här att ta en paus, att lägga sig ner och vila.

Kognitiva strategier innebär att man med tankes hjälp försöker att påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan och att acceptera smärtan. All aktivitet inriktas här på att rikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Alternativt sätt innebär här att man väljer annan aktivitet, avbryter pågående aktivitet samt att man avstår umgänge.

Studien: Copingstrategier vid problem i vardagen, på arbetet och i de sociala relationerna

Inledning

Det som är mitt intresse i den här uppsatsen är att ta reda på vilka copingstrategier patienterna har använt sig av när de har försökt att hantera problem i de vardagliga situationerna, i arbetssituationen samt i de sociala relationerna. Som jag tidigare har beskrivet under metodavsnittet har jag inte samlat in något nytt empiriskt material, utan använder delar av det empiriska materialet från projektet Nervsmärta och angriper det utifrån ett nytt perspektiv. De nya frågeställningarna har vuxit fram ur arbetet med det ursprungliga projektet. Dessa frågor ställs nu till de utskrivna intervjuerna som utgör copingstudiens empiri. Dessa analyseras således en andra gång utifrån ett nytt perspektiv.

Urval

I min analys har jag gjort ett urval från studien Nervsmärta, som omfattade 39 patienter, av dessa var 23 kvinnor. I den här uppsatsen har jag valt att studera kvinnor och deras copingstrategier vid problem i det dagliga livet. Jag var också intresserad av att se hur copingstrategierna såg ut när det blev problem i arbetssituationen och i de sociala relationerna. När det gäller frågor som rör arbetssituationen hade studien Nervsmärta enbart med dessa frågor i de sista 25 av de 39 intervjuerna. Därför sker urvalet i denna uppsats från denna grupp på 25. Av dessa 25 var 15 kvinnor. Ytterligare en avgränsning är att jag valt att belysa de vardagliga problem / händelser som genererar någon form av emotionell konsekvens, för att situationen skall kunna likna en stressituation. Patienterna har upplevt en stressande situation i form av de känt sig ledsna, upplevt känslor av värdelöshet, arga, rädda, oroliga, stressade och irriterade. Det är 10 kvinnor som har uppfyllt mina urvalskriterier.

Kvinnorna är mellan 28-46 år. De har haft sin smärta mellan 3-9 år. Sju stycken är i yrkesarbete i varierande omfattning mellan 25-100%. Tre av dessa sju har ingen sjukskrivning eller förtidspension som komplettering. En av de 10 är arbetssökande. En av kvinnorna har hel förtidspension och en är heltidsjukskriven sedan 1996.

Frågeställningar

För att studera copingstrategier har jag valt att använda Lazarus definition , "coping är alla de aktiviteter som syftar till att kontrollera, reducera eller förhindra upplevelser av emotionell

stress." Det vill säga coping är försök att bemästra stressfyllda omständigheter, känslorna av stress föregår copingaktiviteten (Lazarus 1966).

Som jag tidigare har beskrivit har patienterna själva fått beskriva fritt antal hanteringsmöjligheter eller om man så vill copingstrategier. En del av dessa beskrivningar är naturligtvis att betrakta som vardagliga anpassningsstrategier. Anpassning är den övergripande process genom vilken vi ständigt försöker att balansera vår tillvaro efter inre och yttre betingelser även utan förekomst av stress. Coping har sin specifika funktion i svårbemästrade stressande situationer när den automatiska anpassningsförmågan inte räcker till (Lazarus & Folkman 1984).

I intervjuerna konstaterar jag att de strategier som beskrivits som copingstrategier är en blandning av anpassning och coping. När jag intervjuade patienterna fick de enbart frågan "Hur hanterade Du den här händelsen?" Att jag ändå tar mig friheten att benämna dem copingstrategier grundar sig på att de problem som jag har valt att titta på har karaktären av att patienten har upplevt en stressande situation. Detta framgår när de i intervjun ses i sitt sammanhang. Coping skiljer sig på det sättet från anpassning då coping är en strategi för att specifikt hantera stress.

När det gäller problem i arbetssituationen eller problem i de sociala relationerna är det inte alltid så att de problem jag har tittat på har föregåtts av en stressande situation.

Mina frågeställningar till mitt material är:

Vilka copingstrategier använder kvinnorna:

- *vid vardagliga problem*
- *vid problem i arbetssituationen*
- *vid problem i de sociala relationerna.*

Min avsikt är att utifrån copingbegreppet belysa hur de intervjuade kvinnorna beskriver att de hanterar de olika problemsituationerna. Hur ser de copingstrategier ut som patienterna beskriver i mitt empiriska material i relation till de i litteraturen beskrivna copingstrategierna? Som jämförelse använder jag här det av Lazarus och Folkman utvecklade the "Ways of coping questionnaire". De har utvecklat detta formulär efter årtal av forskning och studier på copingprocessens område. De har i sitt resonemang omkring detta formulär beskrivit åtta olika copingmekanismer. De har sedan delat in dessa copingmekanismer i problemfokuserad respektive känslfokuserad coping. Jag använder mig således av detta resonemang när jag tolkar och benämner hur de intervjuade kvinnorna beskriver att de hanterat sin smärta.

Nedan presenterar jag de åtta olika copingmekanismerna och dess innehåll. (Folkman, Lazarus, m.fl. 1986)) De åtta olika copingmekanismerna är alltid desamma i Lazarus och Folkmans material, dock kan innehålla variera litet beroende på vilken studie man refererar till.

A. Problemfokuserad coping

1. Konfrontation

- Kämpa för det man vill.
- Uttrycka ilska på de personer som orsakat problemet.
- Låta känslorna komma ut.
- Tar en stor risk eller gör något riskfyllt.
- Gör något som inte fungerar, men gör ändå något.

2. Egenkontroll

- Försöker att hålla känslorna för mig själv.
- Undanhålla andra från att veta hur jag mår
- Undvika impulsiva handlingar.
- Funderar över hur andra människor hanterar liknande situationer - modelltänkande.

3. Ta ansvar

- Kritisera och lära sig själv.
- Inse att jag orsakat problemet själv.
- Lova mig själv att det ska bli annorlunda nästa gång.
- Ber om ursäkt.

4. Planerad problemlösning

- Vet vad som måste göras. anstränger mig att göra det.
- Gör upp en handlingsplan och följer den.
- Koncentrerar mig på nästa steg.
- Ändra någonting så att saker och ting ordnar sig.
- Tar lärdom av mina tidigare erfarenheter.
- Olika lösningar på problemet.

5. Söka socialt stöd

- Prata med någon för att reda ut mer omkring händelsen.
- Prata med någon som kan göra något konkret åt problemet.
- Ber en släkting eller vän som jag respekterar, om råd.
- Prata med någon om hur jag känner.
- Acceptera sympati och förståelse från någon.
- Söka professionellt stöd.

B. Känslofokuserad coping

1. Distansering

- Förenklar situationen, är ej så allvarlig.
- Fortsätter som om ingenting hänt.
- Försöker att inte tänka på problemet.
- Försöker att glömma allting.
- Försöker att se den positiva sidan.
- Det är ödet - jag har otur ibland.

2. Flykt-Undvikande

- Önskar att situationen vore över.
- Hoppas att ett mirakel ska inträffa.
- Har fantasier om hur problemet ska utvecklas.
- Försöker att må bättre genom att äta, dricka, röka, använda droger eller medicin.
- Undviker att vara med människor.
- Vägra att inse att det har inträffat.
- Låt det gå ut över andra människor.
- Sover mer än vanligt.

3. Positiv omtolkning

- Förändrad/Växer som människa.
- Funnit ny tro.
- Upptäckt vad som är viktigt i livet.
- Ber.
- Inspirerad att göra något kreativt.

Analys och tolkning

Avsnittet disponeras så att jag först beskriver copingstrategier vid *vardagliga problem*, därefter copingstrategier vid problem i *arbetsituationen* samt problem i *umgänget med anhöriga/nära vänner*. Jag beskriver under varje rubrik vad de olika problemkategorierna innebär. Jag väljer att citera kvinnorna direkt. Ibland har jag gjort vissa omskrivningar för att det inte ska vara möjligt att identifiera kvinnorna, dock har min vilja och min intention varit att det på intet sätt ska ha påverkat innehållet i vad kvinnorna uttrycker. Efter varje citat identifierar jag med hjälp av den ovan beskrivna copingmekanismmodellen, sidan 25, kvinnornas copingstrategier såsom de beskriver dem. Även om det inte uttryckligen alltid står skrivit att det är enligt Lazarus och Folkmans modell, så är det enligt denna jag analyserar kvinnornas copingstrategier. Det jag gör är att jag tolkar och benämner. Efter varje citat står det tolkning i texten och det är min tolkning av kvinnornas berättelse. Jag hänvisar till en bokstav med nummer, exempelvis känslofokuserad coping, B1. Läsaren kan då gå tillbaka till den beskrivna modellen. Min vilja och intention har varit att göra detta så trovärdigt som möjligt.

Copingstrategier vid vardagliga problem.

Den fråga jag inleder intervjuerna med är, *Kan Du berätta om det senaste tillfället då Du blev hindrad eller påmind om Din nervsmärta i samband med Din dagliga livsföring?* Följande situationer berörs: 1) Sömnbesvär, 2) Fysisk aktivitet, 3) Hem och hushållsarbete, 4) Sitta, 5) ADL, samt 6) Transporter.

Sömnbesvär

Kategorin sömnbesvär innefattar sömnsvårigheter på natten samt uppvaknandet på morgonen. Två kvinnor beskriver här problem.

En kvinna beskriver en vardaglig händelse som är kopplad till när hon vaknar på morgonen.

P: "Ja det är när jag vaknar och ligger och vaknar till, då kommer smärtan, ungefär som att den sköljer över mig igen. Den finns där men då konstaterar jag att det är likadant som igår och i förrgår. Jag känner en enorm besvikelse /.../"

Sedan beskriver kvinnan hur hon hanterar situationen. Vilka copingstrategier hon använder

P: "/ .../ men samtidigt har jag lärt mig att acceptera den idag. Så jag slår bort den tanken, jag slår bort den, och sedan riktar jag in mig på något annat. Oftast brukar jag sätta på radion och lyssna på musik, Jag försöker skingra den här tanken för den finns här varje morgon, jaha, den är kvar idag med den där smärtan."

(Kvinna 45 år)

Tolkning: Jag tolkar detta som både känslofokuserad respektive problemfokuserad coping. Hon beskriver en distansering, B1, - fortsätter som om ingenting har hänt. Hon beskriver också en problemlösning, A4, i form av att hon sätter på radion och lyssnar på musik, det vill säga problemfokuserad coping.

Ett vanligt problem är att inte kunna sova på grund av smärtan. En kvinna beskriver detta på följande sätt.

P: "Jag har sovit väldigt lite i natt på grund av min smärta.

I: Vilka konsekvenser fick detta för Dig?

P: Det framkallar en viss stress. Det gör det. För när man vet att man ska upp klockan sex på morgonen och ska iväg, då vet jag också hur jag mår om jag inte får sova.

I: Hanterade Du det här på något speciellt sätt, då Du inte kunde sova?

P: Jag går upp, dricker litet mjölk och går och lägger mig igen. Men jag sitter ofta uppe på nätterna en stund. Det känns bättre att gå upp än att ligga"

(Kvinna 45 år

Tolkning: För den här kvinnan handlar det om problemfokuserad coping, hon beskriver en planerad problemlösning, A4.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet innebär här att promenera, sjukgymnastikträning, springa till tåget samt att gå i trappa. Tre kvinnor beskriver här vardagliga händelser som är relaterade till fysisk aktivitet.

En kvinna beskriver följande händelse.

P: "Jag vände mig om och snubblar på ett fotgaller och ramlar på hela högersidan, precis rakt ner. Och smärtorna blev ännu mer intensiva.

I: Vilka konsekvenser fick den här händelsen för Dig?

P: Jag blev orolig och jag blev rädd. Jag blev jätterädd. Dels har jag inte ramlat så kraftigt som jag gjorde då, jag föll ju raklång. Och så kände jag att det var precis som det var någon explosion av smärta som inträffade och det gjorde att jag blev jätterädd och började att gråta. Jag kunde inte hantera situationen. Det var något helt nytt för mig."

(Kvinna 45 år)

Tolkning: Den här kvinna beskriver att hon inte kan hantera situationen, har inga copingstrategier. Känslorna sprutar rakt ut.

En kvinna beskriver följande situation.

P: "Jag var i torsdags tvungen att gå ifrån en aktivitet.

I: Vilka konsekvenser fick den här situationen för Dig?

P: Ja, det var ju att man var tvungen att gå ifrån det man höll på med. Och att man kände liksom att man inte hanterade situationen. Jag började gråta och jag kunde inte andas normalt, jag spände mig. Man känner att man inte har någon stresströskel över huvud taget. Det är så sårbart allting just då."

(Kvinna 37 år)

Tolkning: Den här kvinnan beskriver att hon börjar gråta och har svårt att andas. Hon låter känslorna komma ut. Hon hanterar sin smärta genom att gå ifrån. Känslfokuserad coping i form av flykt-undvikande, B2.

En kvinna beskriver en händelse som är kopplad till ett besök på Gröna Lund.

P: "I lördags då var vi på Gröna Lund. Det var först en lång resa. Jobbigt! Tigerbalsam! Värktabletter! Sedan går man ju mycket och sitter mycket. Till slut orkar jag inte längre och då får vi åka hem, betydligt tidigare än vad vi hade tänkt.

I: Kan Du komma ihåg hur Du hanterade den här situationen då i lördags, vad gjorde Du då Du fick mer ont och blev påmind om Din nervsmärta?

P: Jag blev så lättirriterad. Det förstör nästan dagen, tycker jag. Jag blir inte en sådan trevlig mamma, har inte lust att vara där längre, vill hem. Man åker dit för att ha kul, men så slutar det så tråkigt. Nu när jag tänker efteråt så kunde jag kanske gått ut i bilen och lagt mig, men så tänkte jag inte. Jag slutar att handla bra, jag blir bara på dåligt humör."

(Kvinna 30 år)

Tolkning: Den här kvinnan beskriver känslofokuserad coping i form av undvikande - flykt beteende, B2. Hon vill inte vara kvar i situationen, hon vill allra helst åka hem. Hon beskriver också tydligt att det går ut över omgivningen och att hon slutar att handla bra. Hon har också en reflektion omkring att hon kanske borde ha gått ut i bilen och lagt sig, istället för att bli på dåligt humör och låta det gå ut över omgivningen. En vilja till egenkontroll, A2, och problemfokuserad coping.

Hem och hushållsarbete

Hem och hushållsarbete omfattar alla i hemmet förekommande vardagliga sysslor, exempelvis städa, diska, hänga tvätt och matlagning. I denna kategori ryms också mindre hemsysslor, exempelvis öppna en glasburk och hålla i en kastrull. I denna kategori ryms också olika uppgifter som utförs i hemmet, exempelvis att måla en vägg, och sätta upp en bokhylla. Även inköp finns i denna kategori. Två av kvinnorna tar upp problem som är relaterade till hem och hushållsarbete.

P: "I går försökte jag städa litet och greja och då blev allt värre. Smärtorna ökade mer.

I: Fick den här händelsen några speciella konsekvenser för Dig?

P: Ja, man får ju ta fler pauser, sätta sig och vila. Kanske hoppa över litet som man tänkt göra. Man får skjuta upp det till en annan dag.

I: Får det några andra konsekvenser för Dig?

P: Jag blir arg och irriterad. Det påverkar psyket också. Det är ju det här att man blir så irriterad när man inte orkar och hinner med det man räknat med. Det är ju mycket det att man blir både arg, ledsen och irriterad över situationen."

(Kvinna 53 år)

Tolkning: Här handlar det om problemfokuserad coping, planerad problemlösning, A4. Hon beskriver en tydlig handlingsplan som hon följer.

P: "Min sambo och jag skulle åka och handla, vi skulle helghandla så det var mycket att handla och en drickaback att bära. Så då skulle han gå och lämna tillbaka kundvagnen och jag skulle hålla koll på det. Det gick inte att hålla det, han gav mig det, men det var ju bara att släppa ned det direkt. Det var sådan smärta i armen, det högg och det gjorde ont.

I: Fick den här händelsen några speciella konsekvenser för Dig?

P: Man känner sig oduglig, 28 år gammal och kan inte hålla en kasse. Det kan kännas tråkigt som att folk tycker att man ja, är både fjantig och fånig. Detta var ju bara en sak, men sedan är det ju hur mycket vardagliga saker som helst."

(Kvinna 28 år)

Tolkning: Den här kvinna beskriver en typ av problemlösning, hon släpper ner kassarna direkt, även om det kanske inte handlar om en planerad problemlösning, A4.

Problemfokuserad coping. Den stress hon beskriver ligger mera i hur hon reagerar, hon känner sig oduglig och funderar mycket på hur folk tycker, några copingstrategier för att hantera detta beskriver hon inte.

Sitta

Sitta innebär sitta i någon form. Två kvinnor beskriver här problem.

P: "Det var när jag satt här i gruppen. Jag fick så där jätteont.

I: Vilka konsekvenser fick den situationen?

P: Det fanns inte mycket jag kan göra åt det, mer än att ta min medicin och vila. Man blir ju jätteirriterad och sådär, det blir man. Jag var ju ute bland folk och då försöker man ju på något sätt att inte visa att det är besvärligt. Det har gått så många år, det är så jobbigt att hålla på och älta det fram och tillbaka och hålla på och prata om det jämt. Det känns jobbigt, jag försöker bita ihop och låta det vara som det är. Det är inte mycket jag kan göra åt det."

(Kvinna 53 år)

Tolkning: Här beskriver kvinnan en känslfokuserad coping i form av distansering, B1, hon fortsätter som om ingenting har hänt. Hon beskriver också att hon tar mediciner för att må bättre, känslfokuserad coping i form av undvikande - flykt, B2. Hon använder sig också av problemfokuserad coping i form av egenkontroll, A2, hon vill inte visa sina känslor utan försöker att hålla dem för sig själv.

P: "Ja, vi skulle fira en släkting som hade tagit examen. Och det var ju att sitta och det vart lite irriterat den dagen /.../ Jag hoppade upp och ned.

I: Vilka konsekvenser fick det här för Dig?

P: Att vi fick åka hem tidigare då. Det blev ju litet surt med barnen, de ville ju leka med kusinerna och så, men jag klarade inte att stanna så länge som vi hade tänkt. Och det är ofta det.

I: Hanterade Du den här situationen på något speciellt sätt?

P: Ja, jag gick ju runt då, och så hade jag glömt min medicin och det bidrog ju säkerligen med lite stress fast man inte tror det. Sedan satt jag med benet i min mans knä och så gick jag en runda, försökte cirkulera. Och det går ju med människor man känner."

(Kvinna 37 år)

Tolkning: Här handlar det om känslfokuserad coping i form av flykt - undvikande, B2. Hon åkte hem tidigare, klarade inte av att vara kvar på festen, ville helst därifrån. Hon beskriver också att det gick ut över barnen. Vidare beskriver hon också en problemfokuserad coping i form av problemlösning, A4, - satt med benet i makens knä, försökte cirkulera.

ADL

Inom ADL, aktiviteter i det dagliga livet, ryms de händelser som är kopplade till den egna personen. Exempelvis tvätta håret, duschning och på och avtagning av kläder.

En kvinna beskriver en situation inom ADL, en situation som är kopplad till den egna personen.

P: "Det var i morse. Jag hade svårt att få på mig bh:n.

I: Vilka konsekvenser fick den situationen för Dig?

P: Jag får ju gå i morgonrocken. Ibland kan min man komma hem eller stanna hemma en stund extra på morgonen och hjälpa mig på med kläderna. Har han inte tid just på morgonen så får jag vänta tills han kommer hem på lunchen, annars får jag gå i morgonrocken hela dagen. Just idag hade min man tid att hjälpa mig. Jag känner att jag är så beroende av andra. Att man inte kan någonting själv. Man är så liten och värdelös. Man klarar inte situationen. Men ändå får man inte tänka så heller, man måste försöka. Men det är lätt gjort att tänka så.

I: Är det något speciellt sätt som Du hanterar den här situationen, då Du har svårt att få på Dig bh:n?

P: Ja, jag vet att om jag tar det lugnt och vilar och tar mina mediciner, så kan det lindra så jag får på mig åtminstone en t-shirt och joggingbyxor, så slipper jag gå i morgonrocken. Men det kan dröja till eftermiddagen innan jag ens kan röra armen så pass att jag kan ta på mig kläderna självmant. Men jag försöker även om det gör ont, för jag tycker man känner sig mycket sjukare om man går i morgonrock än om man tar på sig joggingbyxor och t-shirt."
(Kvinna 33 år)

Tolkning: Här beskriver kvinnan problemfokuserad coping i form av planerad problemlösning, A4. Hon tar det lugnt, vilar och tar mediciner, så kan hon i bästa fall ta på sig kläderna själv.

Transporter

Transporter innefattar alla moment som har med transporter och kommunikationer att göra, exempelvis att köra bil, gå ur taxin och att låsa bilen.

En kvinna beskriver här en situation som är kopplad till att köra bil.

P: "När jag satt i bilen hit. När jag sitter i bilen sitter jag ofta litet upp med benen och ned med rumpan. Och det är det sämsta tänkbara för mig, det kommer ännu mer i kläm på något sätt. Då gör det ont.

I: Vilka konsekvenser fick den här händelsen för Dig?

P: Ja, ingenting. Man är van. Man kan bli irriterad ibland.

I: Hanterade Du den här situationen på något speciellt sätt?

P: Nej. Det är för kort sträcka för att gå ur. Det tar bara 20 minuter att köra hit. Jag kör bara vidare."

(Kvinna 30 år)

Tolkning: Här handlar det om känslfokuserad coping i form av distansering, B1. Hon fortsätter köra bil som om ingenting har hänt.

Copingstrategier vid problem i arbetsituationen

Tre av de tio kvinnorna är inte i någon arbetsituation. En är arbetssökande, en har 100% förtidspension och en är långtidssjukskriven sedan 1996.

Även här är det inledande frågan, *Kan Du berätta om det senaste tillfället då Du blev hindrad eller påmind om Din nervsmärta i samband med Ditt arbete eller Din arbetsituation?*

En kvinna 30 år, arbetar 100%, varav 50% på restaurang och 50% på ett kontor beskriver följande situation i sitt arbete på restaurangen.

P: "Ja, om jag står i kassan till exempel, och springer mellan olika moment, då får jag väldigt ont till sist. Jag jobbar inte mer än fem timmar i sträck, för det klarar inte jag.

I: Vilka konsekvenser får det här för Dig, när Du står där och springer fram och tillbaka?

P: Då får jag ont direkt och jag går och tar en värktablett medan jag jobbar. Det hjälper ju inte speciellt. Men på något vis tror jag att det gör det. Det hjälper litet och så tigerbalsam. Sedan får jag åka hem direkt och lägga mig och inte göra något mer, för jag klarar inget mer den dagen. Efter jag har jobbat har jag jätteont och är ofta vaken på natten.

I: Hur hanterar Du detta?

P: Det är ju ett jättedåligt jobb egentligen. Jag skulle kanske behöva jobba ett par timmar och sedan skulle jag behöva lägga mig en timme och sedan jobba en timme till. Men det funkar ju inte så, för det är så att man knappast får rast."

Tolkning: Här är det känslufokuserad coping i form av flykt - undvikande, B2, hon tar mediciner för att må bättre. Hon beskriver också en distansering, B1, fortsätter som om ingenting har hänt. Även det känslufokuserad coping.

Den här kvinnan är 45 år och arbetar 50% som lärare och har förtidspension 50%.

I: "Kan Du berätta om det senaste tillfället då Du blev hindrad eller påmind av Din nervsmärta i samband med Ditt arbete eller Din arbetsituation?"

P: Nej det kan jag inte.

I: Det händer aldrig att Du blir påmind om Din nervsmärta i samband med Ditt arbete?"

P: Det är vid de tillfällena då jag känner att jag ska gå runt och hjälpa eleverna och jag inte sätter mig bredvid dem utan står lutad över dem. Jag blir trött i armarna och samtidigt i benen och då känner jag att smärtan kommer. Och då sätter jag mig, vilket jag egentligen kan göra med en gång. Men det är ju inte alltid det finns plats att sätta mig och då får jag ta den här obekväma arbetsställningen. Då får jag mer ont.

I: Hur hanterade Du den här händelsen?"

P: Då brukar jag göra så att jag ser till att eleverna arbetar självständigt och sedan går jag ifrån kanske tio minuter och då går jag runt och rör på mig. Jag tar kanske en kopp kaffe eller går ut och går runt skolgården. Eleverna som jag jobbar med vet att jag måste gå och röra mig för att kunna komma tillbaka och arbeta. De accepterar det. Och så känner jag att jag vill ha de här tio minuterna för mig själv. Det är mental träning för mig detta."

Tolkning: Här beskriver kvinnan problemfokuserad coping i form av planerad problemlösning, A4, hon har lärt sig av tidigare erfarenheter att hon måste gå ut och röra på sig och ha några minuter för sig själv. Hon beskriver också att eleverna accepterar detta, socialt stöd i form av acceptans och sympati, A5, problemfokuserad coping.

Kvinna 46 år, arbetssökande men är tillfälligt igång i ett ALU arbete på 100%.

P: "Ja det var förra onsdagen. Vi skulle lägga informationslappar i kartonger som sedan skulle spridas. Och då skulle vi alltså öppna och stänga kartonger, lägga i de här lapparna. Det var ett väldigt monotont jobb, under ett par timmar. Det gjorde inte så gott åt händerna.

I: Vilka konsekvenser fick det här för Dig?

P: Ja, det fick väl inga direkta konsekvenser. Vi gjorde färdigt jobbet.

I: Hanterade Du den här situationen på något speciellt sätt?

P: Jag fortsatte med jobbet. Man tar paus ibland. Jag fixar ju det här men jag vet att jag får ondare efter. Men det minskar på några dagar. Och nu ligger jag ändå på en smärttopp på grund av att jag flyttar så det spelar ingen roll, mer eller mindre."

Tolkning: Känslofokuserad coping i form av distansering, B1, hon fortsätter som om ingenting har hänt. En tendens till problemfokuserad coping, hon tar pauser och vet också att hon fixar detta och att "det ordnar sig" på några dagar, minns från tidigare erfarenheter, A4.

Den här kvinnan är 37 år arbetar som sjuksköterska 25% och har förtidspension 75%.

I: "Har det varit någon händelse eller situation då Din nervsmärta har hindrat Dig eller gjort sig påmind i Ditt arbete?"

P: Det gör det jämt kan man säga. Efter ett visst antal timmar så är det jobbigt. Oavsett om jag är ute eller i telefonen. Då sätter det igång och värker rejält. Och jag får ta medicin för att kunna uthärda de sista timmarna. Det är påmint varenda dag på jobbet.

I: Vilka konsekvenser får det för Dig?

P: Det får konsekvenser att jag är sur och retlig och är en dålig mamma då jag kommer hem.

I: Får det några konsekvenser då Du är på jobbet?

P: Jaa, det kan man väl säga, jag blir mer lättirriterad och har mindre stresströskel. Jag hanterar inte stressen på samma sätt som jag gjorde innan.

I: Kan Du se att det finns något sätt som Du kan hantera detta?

P: Jobba mindre antal timmar. Nu blev det mindre timmar på jobbet och en extra dag hemma. Och jag tror ändå det är en fördel att kanske jobba även om jag har haft svårt att inse detta."

Tolkning: Den här kvinna beskriver en känslofokuserad coping i form av undvikande - flykt, B2. Hon tar mediciner för att må bättre. Hon beskriver också att hon blir mer lättirriterad och att det går ut över andra både på jobbet och i hemmet, enligt Lazarus och Folkman undvikande - flykt, B2, känslofokuserad coping.

Kvinna 45 år. Arbetar som lokalvårdare 50% och har förtidspension 50%.

P: "Det är när jag lyfter vattenhinken. Även om det bara är att jag har vagnen tätt intill mig, så är det ett visst lyft. Det känns direkt. Då blir jag påmind om min smärta.

I: Vad får den här händelsen för konsekvens för Dig?

P: Ökad smärta, onödig smärta.

I: Kan Du hantera det här på något speciellt sätt?

P: Nej, inte just det här momentet med hinkarna."

Återigen känslofokuserad coping i form av distansering, B1. Hon fortsätter sitt arbete som om ingenting har hänt.

Kvinna som är 28 år och som arbetar som förskollärare 80%. Hennes tjänst är 80%.

P: "Det är när vi ska köra småbarnen i vagnar. Det är ju jobbigt att lyfta i dem, för de kan ju inte klättra i själva. Det är jobbigt att lyfta i dem och det är jobbigt att lyfta ur dem. Jobbigt att klä på dem, jobbigt att köra dem. Då får jag mera ont och känner en kraftlöshet.

I: Får det här några konsekvenser för Dig?

P: Jag blir ledsen och grinig. Litet gapig och skrikig och det är lätt att det går ut över barnen.

I: Hanterar Du det här på något speciellt sätt?

P: Det är bara att köra på. Kan jag inte sköta mitt jobb, då tycker jag inta att jag ska jobba där. Man kan inte be sina arbetskamrater. Nu har de varit så snälla, de har väl själva fattat att en tung vagn är jobbigt för mig. Det måste vara bättre med en enkel sulky och det har de erbjudit mig och det kan kännas lite retligt, men jag tar det gärna."

Tolkning: Även för den här kvinnan handlar det om att distansera sig och fortsätta som om ingenting har hänt, B1, känslfokuserad coping.. Dock blir hon ledsen, grinig och gapig och det är lätt att det går ut över barnen, flykt undvikande, B2, även det känslfokuserad coping. Hon beskriver också problemfokuserad coping i form av egenkontroll, A2. Hon behåller känslorna för sig själv och undanhåller arbetskamraterna från att veta hur hon egentligen mår.

Denna kvinna är 45 år. Hon arbetar 25% på ett litet företag med allehanda kontorsuppgifter. Hon är förtidspensionerad till 75%.

P: "Vissa dagar kan telefonen ringa mycket och man har personal som springer och frågar och då får jag också den här fruktansvärda smärtan i huvudet. Det har också med stress att göra och kanske att jag spänner mig litet mer än vad jag gjorde förr.

I: Hanterar Du det här på något speciellt sätt, när Du märker att smärtan och huvudvärken kommer?

P: Jag har väl bara hanterat det genom att ta tabletter."

Tolkning: Här beskriver kvinnan att hon tar tabletter för att må bättre, känslfokuserad coping i form av undvikande - flykt, B2.

Copingstrategier vid problem i de sociala relationerna

Jag ställde följande inledande fråga till kvinnorna. *Kan Du påminna Dig något tillfälle då Din nervsmärta varit ett hinder eller gjorde sig påmind när Du umgicks med vänner, eller nära anhöriga?* Av de tio kvinnorna är det fyra kvinnor som beskriver att deras nervsmärta inte hindrar dem i samband med umgänge med vänner eller anhöriga. Sex av kvinnorna beskriver dock att nervsmärtan hindrar dem.

En av kvinnorna beskriver en situation då hon ska ut och cykla med en av sina bästa väninnor.

P: "Jag var ute och cyklade. Med en väninna och en arbetskamrat till min väninna. Henne kände jag inte. Så hon har ingen aning om vad det är som är fel på mig. Min väninna hade köpt en ny cykel med många växlar och jag har bara tre växlar. Min väninna cyklade iväg snabbare, och när hon ökade farten så ökade jag automatiskt farten också. Men jag kände ju efter ett tag att jag kunde inte hänga med i hennes takt. Och sedan blev jag irriterad, fast det visade jag inte.

Jag blev så irriterad över att hon stod där jättelycklig över sin nya cykel. Då kände jag mig påmind, då man inte kan utföra samma sak som kompisarna eller familjen gör.

I: Hur hanterade Du den här situationen?

P: Jag gick av cykeln. Så fick jag stå och vänta tills det har lugnat sig i benen."

(Kvinna 45 år)

Tolkning: Här beskriver kvinnan en egenkontroll, behåller känslorna för sig själv, undanhåller sin väninna och den andra personen att berätta om hur hon mår, A2. Hon har också en lösning på problemet, hon stiger av cykeln, A4, problemfokuserad coping.

Två kvinnor beskriver här att de avstår umgänge med vänner.

P: "Vi har hantverkare hos oss de här två veckorna. Då har min mamma varit hos mig, fixat med fika och så till hantverkarna. När jag har kommit hem så har jag knappt orkat prata med henne. Jag har varit jättetrött. Jag har bara inte orkat prata med henne.

I: Vilka konsekvenser tycker Du den här händelsen fick för Dig?

P: Det är klart att man blir litet ledsen, för jag tycker det är så roligt att prata med mamma. Och mamma är så pratglad också, så hon behöver det. För hon är ensamstående, pappa är död och jag känner det också att hon tycker det är så roligt när vi pratar för vi har så mycket gemensamt. Så då känner jag litet "fasen att jag inte kunde sitta upp", men jag orkar inte.....

I: Och hur hanterade Du den här situationen då?

P: Jag sade att jag var tvungen att gå och lägga mig och jag gick och lade mig."

(Kvinna 38 år)

Tolkning: Här beskriver kvinnan att hon inte orkar med att umgås. Hon flyr undan och undviker att vara med sin mamma, känslfokuserad coping, B2.

P: "Det var nu före jul. Jag har mina gamla väninnor sedan ungdomen. Vi är fem stycken som fortfarande umgås och vi brukar alltid gå ut och äta före jul. Och den här gången fick jag ringa återbud för jag orkade inte. Och sådana saker blir man ledsen över.

I: Hur hanterar Du detta?

P: Ja, man blir ju ledsen, men vad kan jag mer göra? Det finns inte mycket att göra. Jag accepterar det inte, men det försvinner ju inte i alla fall."

(Kvinna 53 år)

Tolkning: Här beskriver kvinna att hon blir ledsen, men att hon behåller känslorna för sig själv. Egenkontroll och problemfokuserad coping, A2. Hon beskriver också att hon inte orkar att umgås, undviker att vara med människor. Undvikande - flykt och känslfokuserad coping, B2.

Två kvinnor beskriver problem kring detta att sitta och umgås.

P: "Jag är med i en sygrupp, varannan vecka, och det är ju alltid jag som får lämna platsen först. Har jag suttit ett tag så orkar jag inte längre sedan.

I: Vilka konsekvenser får en sådan situation för Dig, tycker Du?

P: Jag måste vila. Ibland blir det litet pinsamt när jag alltid måste lämna först /.../

I: Hur hanterar Du detta?

P: Jag är med en liten stund. Jag vill vara med en stund. Jag vill inte offra umgänget helt. Jag är hellre med en liten stund och åker sedan. Jag ställer upp och är med på det jag kan. Jag kan ju ha ganska rejält ont och åka ändå. Kanske bara vara en timme, men ändå att bara ha

varit en timme kan betyda mycket ändå. Så det har vänt åt det hållet istället. Jag är med så länge jag kan. I början kände man /.../ nej hellre hemma än att synas men nu tycker jag att jag hellre vill umgås med mina vänner. De får ta det som det är."
(Kvinna 37 år)

Tolkning: Här handlar det om planerad problemlösning och problemfokuserad coping, A4. Hon beskriver hur hon har lärt sig av tidigare erfarenheter och gjort upp en plan som hon följer.

P: "En kompis till mig hade tagit examen och man sitter mycket. Men jag var tvungen att gå ifrån och gå in i ett annat rum.

I: Vad var det som hände då?

P: Jag hade suttit för länge och då fick jag ont.

I: Hur hanterade Du den situationen?

P: jag gick därifrån, in i ett annat rum. Och var med min son istället. Men man känner ju det där /.../ ' nu går jag bara '. Jag låtsas att jag ska göra något. Det är knappt någon som vet att jag har detta."

(Kvinna 30 år)

Tolkning: Kvinnan behåller känslorna för sig själv. Egenkontroll och problemfokuserad coping, A2. Hon beskriver också att hon inte orkar att vara med andra människor, undvikande - flykt och känslufokuserad coping, B2.

P: "/.../ Om man är borta och vi har lite fest, typ när det var nyårsafton. Vi skrattar och man kanske klappar i händerna, man dansar lite och armen blir jättetung och orkeslös och så somnar den djupare /.../ Efter det där slog det ut mig en hel vecka. Jag kunde inte använda armen alls.

I: När det här hände på nyårsafton och Du märkte att Du fick mer ont, hanterade Du det på något speciellt sätt?

P: Då sätter jag mig ned och lägger armen i högläge, på en kudde, för att man ska slappna av och för att det inte ska bli jätteintensivt när man är borta. Man vill liksom inte visa hur ont man har. Man rycks med av stundens ingivelse, så jag tänker inte på smärtan. Jag tar sedan smärtan för jag vill komma ut och ha roligt och träffa människor."

(Kvinna 33 år)

Tolkning: Kvinnan beskriver att hon har en lösning, hon har armen i högläge på en kudde, planerad problemlösning, A4, och problemfokuserad coping. Vidare försöker hon att inte tänka på problemet alls, distansering, B1, och känslufokuserad coping.

Sammanfattning av resultaten

När det gäller de vardagliga händelserna beskriver kvinnorna tydligt att de använder både problemfokuserad respektive känslufokuserad coping. Flera av kvinnorna kunde beskriva tydliga planerade problemlösningar hur de skulle tackla den uppkomna smärtan i de vardagliga händelserna. Några av kvinnorna använder känslufokuserad coping i form av distansering – man fortsätter som om ingenting har hänt. Känslufokuserad coping i form av undvikande – flykt beteende var också förekommande, kvinnorna ville inte vara kvar i situationen. De väljer också att ta mediciner för att må bättre, även det undvikande – flykt enligt Folkman & Lazarus. Två av kvinnorna beskriver var sin händelse som gjorde dem totalt

maktlösa, de beskriver mycket tydligt att de inte kunde hantera situationen alls. De hade inga copingstrategier.

När det gäller arbetssituationen är det tre av kvinnorna som inte är i något arbete. Flera av kvinnorna använder sig av känslfokuserad coping – distansering, när de blir hindrade eller påmind om sin nervsmärta i samband med arbetssituationen. De fortsätter att arbeta som om ingenting har hänt trots att smärtan har slagit till. Några beskriver känslfokuserad coping i form av flykt – undvikande beteende, de tar mer mediciner för att må bättre. Någon beskriver ett flykt – undvikande beteende genom att hon blir mer lättirriterad och det går ut över andra. Flera av kvinnorna använder sig av problemfokuserad coping i arbetssituationen, de beskriver planerade problemlösningar i form av att de gjort upp handlingsplaner som de följer alternativt tar lärdom av tidigare erfarenheter. Någon använder sig av problemfokuserad coping i form av egenkontroll, hon behåller känslan för sig själv och undanhåller sina arbetskamrater från att veta hur hon mår. En kvinna beskriver socialt stöd i form av acceptans och sympati, problemfokuserad coping. Noterbart är att ingen av kvinnorna hamnar i en sådan situation att de inte kan hantera situationen, utan de har och de beskriver copingstrategier.

När det gäller socialt umgänge beskriver sex av de tio kvinnorna att deras nervsmärta är ett hinder för dem i samband med umgänge med vänner eller anhöriga. När smärtan gör sig påmind i umgänget med andra människor beskriver kvinnorna två olika sätt att hantera detta. Dels problemfokuserad coping i form av egenkontroll. Behåller känslorna för sig själv och undviker att berätta hur de mår för omgivningen. Den andra linjen kvinnorna beskriver är känslfokuserad coping i form av ett flykt - undvikande beteende, de undviker att vara med människor helt enkelt.

När det gäller att hantera alla dessa problem som dagligen dyker upp i kvinnornas vardag, på arbetet eller i umgänget med vänner/nära anhöriga, redovisar de en rad olika copingstrategier där förvånansvärt lite ändå är kopplat till hälso- och sjukvården.

Slutdiskussion

Syftet med studien var att belysa hur några kvinnor med kronisk nervsmärta hanterat sin smärta och dess konsekvenser i det dagliga livet, i arbetssituationen och i de sociala relationerna. Studien har omfattat 10 kvinnor mellan 28-46 år. De har haft sin smärta mellan 3-9 år.

Analysarbetet har skett med en fenomenologisk ansats. Eftersom jag har valt denna ansats har jag presenterat kvinnornas berättelse med deras egna ord, upplevelser och känslor. Jag använder mig enbart av citat. Utmaningen med den kvalitativa ansatsen ligger i att tolka kvinnornas upplevelser och i att kategorisera dessa. Ett annat metodologiskt problem är att försöka mäta coping, med hjälp av självskattningsformulär, typ det av Lazarus och Folkman utvecklade copingmekanismformuläret "Ways of coping questionnaire", som jag använt i min studie. Som forskare kan man aldrig vara riktigt säker på att det verkligen mäter de aktiviteter som de intervjuade verkligen utför.

Vid de vardagliga händelser som kvinnorna beskriver framgår att de använder både problemfokuserad respektive känslufokuserad coping. De har sammantaget beskrivit 11 vardagliga tillfällen då de blivit hindrade eller påmind om sin nervsmärta. Vid tre tillfällen har kvinnorna inte haft några copingstrategier, de har helt enkelt inte kunnat hantera den vardagliga situationen när smärtan har gjort sig påmind. Det dessa tre kvinnor beskriver är att smärtan har dem i sitt grepp, och hindrar dem från hantera och bemästra smärtan. Min erfarenhet är att vid en lyckad smärtrehabilitering är målet att ändra patienternas budskap från att "smärtan har mig i sitt grepp" till "jag har smärtan i mitt grepp".

Merparten av den litteratur jag läst i ämnet hävdar att problemfokuserad coping är ett bättre val än känslufokuserad för att reducera stress. Syftet med den problemfokuserade copingen är att förändra den upplevda orsaken till stress medan känslufokuserad coping innebär att reglera och hantera känslorna av stress. Lazarus och Folkman har dock alltid betonat att det beror på bedömningen av sammanhanget vilken copingstrategi som är att föredra. Enbart problemfokuserad coping i form av planerad problemlösning vid de beskrivna vardagliga problemen används av två kvinnor. En kvinna beskriver enbart känslufokuserad coping och då i form av distansering. Merparten av kvinnorna hanterat dessa vardagliga händelser med hjälp av en kombination av både känslomässig och problemfokuserad coping. En tolkning kan vara, trots att det är tre kvinnor som beskriver att de saknar copingstrategier i de vardagliga situationerna, har ändå merparten av kvinnorna en framgångsrik coping när det gäller problem i de vardagliga situationerna. De använder sig ibland av känslufokuserad coping och ibland av problembaserad beroende på hur situationen ändras.

Det är sju kvinnor som är i arbete. En av dem använder problemfokuserad coping vid de beskrivna problemsituationerna i arbetet. Fyra av kvinnorna använder sig enbart av känslufokuserad coping och två av kvinnorna har en kombination av både känslufokuserad och problembaserad coping. Samtliga beskriver att de har copingstrategier för att hantera olika problem i arbetssituationen. Min tolkning är att kvinnorna upplever att arbetssituationen i sig är oerhört värdefull och viktig. Kvinnorna har därför en stark motivation och beredskap för att också finna strategier för att hantera och bemästra smärtan när den gör sig påmind i arbetssituationen.

Det är intressant att notera att de tre kvinnor som inte hade copingstrategier för de vardagliga problemen använde sig uteslutande av känslor fokuserad coping när det gällde problemen i arbetssituationen. Vidare kan jag se en tydlig tendens att kvinnorna använder samma typ av copingstrategier för att hantera problemen i vardagen som i arbetssituationen.

Fyra av kvinnorna beskriver att smärtan inte hindrar dem i samband med umgänge med vänner eller anhöriga. Två av kvinnorna använder sig av problemfokuserad coping i form av planerad problemlösning. För de övriga fyra är det en kombination av problemfokuserad respektive känslor fokuserad coping. När det gäller problemfokuserade coping använder tre sig av egenkontroll i form av att hålla känslorna för sig själva. När det gäller känslor fokuserad coping beskriver kvinnorna ett undvikande - flyktbeteende, kvinnorna orkar inte med att vara med andra människor, de undviker detta. I detta sammanhang innebär det att man avstår socialt umgänge, de har helt enkelt ingen framgångsrik coping i umgänget med andra människor. De kvinnor som beskriver känslor fokuserad coping i umgänget med andra människor beskriver även detta som copingstrategier när det gäller att hantera problemen i de vardagliga situationerna. Även här en tydlig tendens att kvinnorna använder samma typ av copingstrategier, även om det handlar om olika situationer och olika livsområden.

Vad är då framgångsrik coping? Med stöd från den copingforskning jag redogjort för, gör jag antagandet att verksam coping inte enbart innebär att använda sig av känslor fokuserad coping utan även att använda sig av problemfokuserad coping i form av planerad problemlösning, det vill säga att man vill och kan förändra den upplevda och faktiska orsaken till den stress man upplever när smärtan gör sig påmind. Kan man göra det slipper man bli påmind om sin nervsmärta. Det handlar då om en planerad problemlösning i form av att man har en handlingsplan, en lösning, en strategi, eller tar lärdom av tidigare erfarenheter. Lazarus och Folkman menar att man bör ha tillgång till många olika copingstrategier och också använda dem varierat för att ha en framgångsrik coping. De beskriver också att individens val av copingstrategier påverkas av huruvida situationen kan förändras eller ej. Om situationen inte går att förändra utan det mer handlar om att acceptera situationen är enligt Lazarus och Folkman känslor fokuserad coping att föredra. En möjlig tolkning är därmed, en del av de kvinnor jag intervjuat gör den bedömningen att det inte går att påverka smärtsituationen utan det handlar om att acceptera och hantera smärtsituationen. För dem är känslor fokuserad coping att föredra.

Min teoretiska förankring har jag haft i det salutogena perspektivet, där man utgår från det friska eller det som fungerar. Antonovsky införde begreppet KASAM, känslan eller om man så vill sinnet för sammanhang. Det är omöjligt för mig att säga något om patienternas/kvinnornas känsla av sammanhang då jag inte har mätt deras KASAM utifrån Antonovskys frågeformulär. Mitt fokus har varit i linje med detta perspektiv, det vill säga att se de resurser som kvinnorna använder för att hantera besvärliga situationer som uppstår på grund av smärtan.

För det psykosociala arbetet inom Hälso och sjukvården är uppgiften att ta tillvara och synliggöra de resurser som patienterna har. Ett sätt att göra detta vore att pröva och mäta patienternas KASAM (till exempel med Antonovskys frågeformulär). Då det beskriver ett totalt sätt att handskas med de svårigheter som människor dagligen möter. Det finns en stor variationsvidd i människors resurser respektive sårbarhet att bemästra stress, vilket framgår klart av KASAM begreppet. Detta har också blivit tydligt i de intervjuade kvinnornas berättelser om hur de i olika situationer hanterar de problem som smärtan orsakar.

En oerhört viktig fråga, som jag återkommit till vid flera tillfällen under detta uppsatsarbete är: **Vad kännetecknar de patienter som kan spela en aktiv och självständig roll i processen att förebygga sjukdom och gynna tillfrisknande?**

Min erfarenhet efter många års arbete med smärtpatienter är att en del människor med långvarig smärta har sin identitet i att vara smärtpatient. Många har förlorat arbete och vänner. I min studie har merparten kvar sitt arbete vilket givetvis gynnar detta att vara en "frisk smärtpatient" i så motto att man ser tillvaron och sina problem i ett annat perspektiv och försöker att se sin egen optimala tillvaro. Arbetet i sig tror jag, efter att ha gjort min studie, är en så kallad "friskfaktor". I den litteratur jag läst, i samband med detta uppsatsarbete hävdar smärtforskningen, att arbetsplatsen är en mycket viktig faktor för att rehabilitera människor med smärta. Min tolkning är därför att arbetet är klart hälsobefrämjande för dessa kvinnor med nervsmärta, också på det sättet att det påverkar hur kvinnorna hanterar sin nervsmärta i de övriga livsområdena, vardagen och de sociala relationerna.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Köping; Natur & Kultur.
- Beresford, B.A. (1994) Resources and Strategies: How parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*. Vol. 35, No.1, pp.171 - 209.
- Flanagan, J.C. (1954) The critical incident technique. *Psychological Bulletin*. Vol.51, No.4. pp.327-358.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980) An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol.21,pp. 219-239.
- Gullacksen, A-C. (1998) *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet.
- Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999) *Smärta - bedömning och behandling*. Lund StudentlitteraturGöteborgs Universitet.
- Lazarus,R,S. (1966) *Psychological Stress and the Coping process*. NewYork; McGraw-Hill
- Lazarus, R.S.& Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York; Springer.
- Persson, L-O. (1985) *Strategier att bemöta stress: Presentation av ett frågeformulär*. Psykologiska institutionen; Göteborgs Universitet.
- Repstad, P. (1999) *Närhet och distans: kvalitativa metoder i samhällsvetenska*. Lund, Studentlitteratur..
- Socialstyrelsen (1994) *Behandling av långvarig smärta*. SoS rapport 1994:4
- Thernlund, G. (1995) Från psykodynamisk teori till copingbegreppet. En jämförande historik; *Socialmedicinsk tidskrift* nr1, 4-11.
- Wallén, G. (1993) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund, Studentlitteratur.

Beskrivning av studien nervsmärta - självupplevda problem och konsekvenser - en kvalitativ studie

Händelser

Upplevda problem i det dagliga livet N=114

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Hem och hushållsarbete	17	25,0%	7	15,2%	24	21,1%
Fysisk aktivitet	7	10,3%	9	19,6%	16	14,0%
Sitta	9	13,2%	8	17,4%	17	14,9%
Adl	8	11,8%	7	15,2%	15	13,2%
Sömnbesvär	9	13,2%	5	10,9%	14	12,3%
Överkänslighet	8	11,8%	1	2,2%	9	7,9%
Relationer	4	5,9%	4	8,7%	8	7,0%
Transporter	5	7,4%	3	6,5%	8	7,0%
Fritid	1	1,5%	2	4,3%	3	2,6%
Totalt	68	98,5%	46	100,0%	114	100,0%

Hem och hushållsarbete omfattar alla i hemmet förekommande vardagliga sysslor, exempelvis städa, diska, hänga tvätt och matlagning. I denna kategori ryms också mindre hemsysslor, exempelvis öppna en glasburk och hålla i en kastrull. I denna kategori ryms också olika uppgifter som utförs i hemmet, exempelvis måla en vägg, sätta upp en bokhylla. Även inköp finns i denna kategori.

Fysisk aktivitet innebär här att promenera, sjukgymnastikträning, springa till tåget, gå i trappa.

Sitta innebär sitta i någon form.

I inom Adl, aktiviteter i det dagliga livet, ryms de händelser som är kopplat till den egna personen. Exempelvis tvätta håret, duschning och på och avtagning av kläder.

Kategorin sömnbesvär innefattar sömnsvårigheter på natten samt uppvaknandet på morgonen.

Överkänslighet innefattar dels händelser relaterade till yttre stimuli, exempelvis kyla, värme och blåst. Dessutom finns en ren beröringsgrupp där händelserna just är relaterade till ren beröring, exempelvis handen mot jackan, fötterna mot golvet eller att man rör vid läpparna.

Med relationer menas händelser relaterade till mötet med en annan människa eller att man avstår möte med en annan människa.

Transporter innefattar alla moment som har med transporter och kommunikationer att göra , exempelvis köra bil, gå ur taxin och låsa bilen.

Fritid/relationer innefattar alla former av fritidsaktiviteter exempelvis buggkurs och pianospel.

Konsekvenser av de upplevda problemen i samband med den dagliga livsföringen N=201

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Ökad smärta	45	38	30	37	75	37
Psykiska konsekvenser	29	24	17	21	46	23
<i>a. Nedstämdhet</i>	10	8	6	7	16	8
<i>b. Allmän psykiska symptom</i>	19	16	11	14	30	15
Kroppsliga symptom	25	21	17	21	42	21
Sociala konsekvenser	9	7	11	14	20	10
Trötthet	12	10	6	7	18	9
Totalt	120	100	81	100	201	100

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga.

Psykiska konsekvenser innefattar två olika delar:

Nedstämdhet innefattar att man känner sig ledsen, duglighetskänslor, känslor av värdelöshet.

Allmänpsykiska symptom innebär att man känner sig arg, rädd, stressad , nervös, irriterad och okoncentrerad.

Kroppsliga symptom innefattar alla de fenomen som kan tänkas uppträda i kroppen exempelvis, myrkrypningar, yrsel, rundhet under fötterna och allmän obehagskänsla.

Kategorin sociala konsekvenser innefattar alla de händelser som gör att man själv eller människor i ens närhet eller omgivning direkt eller indirekt blir påverkade. Exempelvis ledsna barn, beroende av annan person och försenad till jobbet.

Trötthet innefattar trötthet i kroppen, tryck i huvudet, sliten i kroppen, kraften tar slut.

Copingstrategier N=180

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Alternativt möjligheter	23	22,5%	17	21,8%	40	22,2%
Kognitiva	18	17,6%	18	23,1%	36	20,0%
Fortsatt aktivitet	19	18,6%	12	15,4%	31	17,2%
Vila	17	16,7%	11	14,1%	28	15,6%
Behandling	14	13,7%	8	10,3%	22	12,2%
Fysisk aktivitet	7	6,9%	6	7,7%	13	7,2%
Avstå/avbryta aktiviteten	4	3,9%	6	7,7%	10	5,6%
Totalt	102	100,0%	78	100,0%	180	100,0%

Alternativa möjligheter innefattar alla de tänkbara möjligheter till ett alternativt sätt att utföra aktiviteten, för att på så sätt undvika ökad smärta. Exempelvis ändra kroppsställning, olika former av hjälpmedel, alternativ förflyttningsteknik samt lugnare tempo.

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan, acceptera smärtan och mental träning. All aktivitet inriktas här på att inrikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp

Fortsatt aktivitet innebär att man aktivt bortser från den ökade smärtan och fortsätter med det man håller på med utan att ta hänsyn till smärtan.

Vila innebär att vila, lägga sig ner för att sova, sova, koppla av, ta en paus, samt göra pauser i den aktivitet som man håller på med.

Behandling innefattar här traditionell medicinsk/ sjukgymnastisk behandling, såsom, massage TNS och stödstrumpor.

Fysisk aktivitet innebär här att röra på sig, ställa sig upp, ta en promenad, göra gymnastik, gå omkring.

Avstå/Avbryta aktiviteten. Att avstå innebär att man avstår det man tänkt göra, exempelvis skjuter upp hårtvätten till ett annat tillfälle. Att avbryta aktiviteten innebär att man avbryter den aktivitet man håller på med när smärtan gör sig påmind, exempelvis slutar att promenera.

Förebygga N=113

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Alternativt sätt	26	38%	14	31%	40	35%
Inga förslag	17	25%	17	38%	34	30%
Vila	10	15%	2	4%	12	11%
Avstå aktivitet	8	12%	3	7%	11	10%
Medicinering	7	10%	3	7%	10	9%
Fysisk aktivitet	0	0%	6	13%	6	5%
Totalt	68	100%	45	100%	113	100%

Alternativt sätt innefattar alla de tänkbara möjligheter att kunna förebygga att smärta uppstår. Här i relaterande till de tre beskrivna händelserna/ problemen. Patienterna beskriver olika former av hjälpmedel ,handräckning av annan person. Ett tydligt alternativt sätt som patienterna beskriver är att man gör den tänkta aktiviteten, men på ett förenklat sätt, exempelvis kortare bilsträckor, handla mindre antal varor och enklare maträtter. Alternativt sätt innebär också att man genomför en sorts planering i sin strategi att förebygga att smärta uppstår, exempelvis etapparbete, minskad fysisk aktivitet dagen innan, att ta mer tid på sig.

Inga förslag innebär att man har inga förslag på hur man skulle kunna förebygga en ökad smärta i samband med de upplevda problemen i det dagliga livet.

I kategorin vila ingår också paus.

Avstå aktivitet innebär att man avstår det man tänkt göra då man har en insikt om att det ger en ökad smärta, smärtan gör sig påmind.

Medicinering är här medicinering enbart.

Fysisk aktivitet omfattar här fysisk träning, vara mer förlig, rörelseprogram samt träning i bassäng.

Händelser Frekvens N=104

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Dagligen	11	20%	19	42%	30	29%
Varje vecka	14	24%	8	18%	22	21%
Varje månad	9	15%	7	16%	16	15%
Situationsbunden	25	42%	11	24%	36	35%
Totalt	59	101%	45	100%	104	100%

Dagligen innebär: händelsen/situationen inträffar minst 1 gång/dag, dagligen.

Varje vecka: ganska ofta, inte varje natt, varannan dag, fyra av fem kvällar, ett par ggr/vecka, någon gång per vecka, ibland, en gång/vecka, intervaller, ofta.

Varje månad: inte så ofta, då och då, sällan, ytterst sällan, varannan vecka.

Situationsbunden: patienten får ökad smärta, alltid, då hon gör den aktuella händelsen. Detta kan variera från någon enstaka gång per månad till flera gånger per dag. Detta är beroende av vilken händelse man har beskrivit. Exempelvis, alltid vid bilkörning, alltid när ugnsluckan öppnas, alltid vid matsituationer, alltid när syr i knapp, alltid vid hårtvätt.

Händelser Intensitet N=99

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Mycket svårt	21	35%	7	18%	28	28%
Svårt	20	33%	20	51%	40	41%
Mindre svårt	19	32%	12	31%	31	31%
Totalt	60	100%	39	100%	99	100%

Mycket svårt: jättejobbigt, tjuvfärdig, djävulskt ont, mycket svårt, skitjobbigt, tragiskt, jätteledsamt, ruskigt obehagligt, mycket plågsamt, totalt slut, riktigt svårt.

Svårt: jobbigt, ganska svårt, plågsamt, tungt, ganska tråkigt, svårt, uthärdligt.

Mindre svårt: inte så svårt, inte så besvärligt, inga större problem, det bekommer mig inte längre, inte plågsamt, inte så jobbigt, inte svårt alls, vant mig nu, inte så svårt att beredd att avstå.

Arbete

Upplevda problem i arbetet N=13

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Arbetsställning	5	50,0%	2	66,7%	7	53,8%
Arbete i sig	3	30,0%	0	0,0%	3	23,1%
Fysisk ansträngning	2	20,0%	1	33,3%	3	23,1%
Totalt	10	100,0%	3	100,0%	13	100,0%

Arbetsställning innefattar olika typer av arbetsställning ,exempelvis att sitta vid dator, lutad över elevernas bänkar, skrivarbete, kassaarbete, arbete vid svarsmaskin samt packning av informationslappar.

Arbeta i sig innebär att man inte kan peka på någon specifik situation/händelse som utlöser ökad smärta utan det är hela arbetet i sig, exempelvis efter några timmars arbete som sjuksköterska påmind om nervsmärtan, stressen på arbetet. I den här kategorin ingår också sen ankomst, vilket innebär att patienten kom sent till jobbet på grund av att påmind om sin smärta då hon vaknade upp på morgonen.

Fysisk ansträngning innebär någon typ av fysisk ansträngning, exempelvis lyft av vattenhinkar, lyfta barn i och ur barnvagn, bära mycket i trappan.

Konsekvenser N=26

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Ökad smärta	9	42,9%	3	60,0%	12	46,2%
Allmän psykiska symptom	6	28,6%	0	0,0%	6	23,1%
Trötthet	4	19,0%	1	20,0%	5	19,2%
Kroppsliga symptom	2	9,5%	1	20,0%	3	11,5%
Totalt	21	100,0%	5	100,0%	26	100,0%

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga.

Allmän psykiska symptom innebär att man är arg, ledsen, har svårighet att somna på kvällen, känslan av att vara en dålig mor, upplevelse av mindre stresströskel, tankar av att ej klara sitt arbete.

Trötthet innebär att man erfar en ökad trötthet, exempelvis i armarna, orkeslöshetskänsla, svårighet att koncentrera sig på grund av trötthet, åker hem och lägga sig direkt efter arbetets slut, känsla av total kraftlöshet.

Kroppsliga symptom innebär här domningar i händerna, ryckningar, spänd, yrselkänsla och illamående.

Copingstrategier N=23

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Kognitiva strategier	4	25,0%	1	14,3%	5	21,7%
Behandling	3	18,8%	2	28,6%	5	21,7%
Fortsatt aktivitet	3	18,8%	1	14,3%	4	17,4%
Fysisk aktivitet	2	12,5%	1	14,3%	3	13,0%
Alternativa möjligheter	1	6,3%	2	28,6%	3	13,0%
Vila	2	12,5%	0	0,0%	2	8,7%
Avstå/avbryta aktiviteten	1	6,3%	0	0,0%	1	4,3%
Totalt	16	100,0%	7	100,0%	23	100,0%

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan, acceptera smärtan och mental träning. All aktivitet inriktas här på att rikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Behandling innefattar här medicinering och tigerbalsam

Fortsatt aktivitet innebär att man aktivt bortser från den ökade smärtan och fortsätter det man håller på med utan att ta hänsyn till smärtan.

Fysisk aktivitet innebär här promenad, röra på sig, hålla igång kroppen så mycket som möjligt.

Alternativt möjligheter innefattar här, ändrad kroppsställning samt handräckning av annan person.

Vila innebär att man tar paus.

Avstå/avbryta aktiviteten innebär här att man avbryter arbetet och åker hem.

Förebygga N=17

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Avstå/göra på annat sätt	6	54,5%	1	16,7%	7	41,2%
Inga förslag	3	27,3%	1	16,7%	4	23,5%
Hjälpmedel	1	9,1%	2	33,3%	3	17,6%
Fysisk aktivitet	1	9,1%	1	16,7%	2	11,8%
Vila	0	0,0%	1	16,7%	1	5,9%
Totalt	11	100,0%	6	100,0%	17	100,0%

Att avstå/göra på annat sätt innebär här att man lärt sig leva med smärtan, tänka på ett annat sätt, avspänning, handräckning av annan person., ändra sina arbetsmoment exempelvis, "eleverna får komma till mig - istället för att jag till eleverna".

Inga förslag innebär att man har inga förslag hur man skulle kunna förebygga en ökad smärta i samband med arbetssituationen.

Hjälpmedel innebär arbetshjälpmedel, exempelvis skena till arm-hand, speciell stol, använda lyftkran mera.

Fysisk aktivitet innebär att man rör på sig, går omkring.

Vila innebär paus.

Frekvens N=12

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Dagligen	3	30,0%	1	50,0%	4	33,3%
Varje vecka	2	20,0%	0	0,0%	2	16,7%
Varje månad	3	30,0%	1	50,0%	4	33,3%
Situationsbunden	2	20,0%	0	0,0%	2	16,7%
Totalt	10	100,0%	2	100,0%	12	100,0%

Dagligen: innebär att situationen inträffar minst 1 gång/dag, dagligen.

Varje vecka: inte varje dag, ganska ofta.

Varje månad: inte så ofta, sällan, inte så jätteofta, 2-3 ggr/månad.

Situationsbunden: patienten får ökad smärta, alltid, då hon gör det aktuella momentet på arbetet. Här innebär det, alltid på jobbet, hela tiden på jobbet.

Intensitet N=13

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Mycket svårt	0	0,0%	1	33,3%	1	7,7%
Svårt	5	50,0%	1	33,3%	6	46,2%
Mindre svårt	5	50,0%	1	33,3%	6	46,2%
Totalt	10	100,0%	3	100,0%	13	100,0%

Mycket svårt: jättejobbigt

Svårt: jobbigt, rätt jobbigt, svårt.

Mindre svårt: inte så svårt, inte fullt så jobbigt, nja, inte svårt.

Umgänge med anhöriga /nära vänner

Upplevda problem i umgänget N=25

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Inga problem	8	53,3%	6	60,0%	14	56,0%
Sitta	2	13,3%	3	30,0%	5	20,0%
Avstår/umgänge	3	20,0%	1	10,0%	4	16,0%
Fysiska aktiviteter	2	13,3%	0	0,0%	2	8,0%
Totalt	15	100,0%	10	100,0%	25	100,0%

Inga problem i umgänget med anhöriga/ nära vänner, innebär att den neurogena smärtan inte är något hinder vad gäller umgänge med anhöriga/nära vänner.

Att sitta innebär de situationer då man huvudsakligen sitter och umgås, exempelvis födelsedagskalas, sitta och äta mat med vänner, examensfest.

Avstår umgänge innebär att man inte umgås med anhöriga/ nära vänner utan avstår umgänge innan umgänget startar, Exempelvis orkade inte att prata med sin mor som var och hälsade på, avstod från att följa med ut och äta med goda vänner, avstod besök av bror.

Fysiska aktiviteter innebär här ute och cyklade med kompisar, fest med dans med goda vänner.

Konsekvenser N=24

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Psykiska symptom	9	45,0%	0	0,0%	9	37,5%
Smärta, andra kroppsliga symptom	3	15,0%	2	50,0%	5	20,8%
Avstår umgänge	3	15,0%	2	50,0%	5	20,8%
Trötthet	5	25,0%	0	0,0%	5	20,8%
Totalt	20	100,0%	4	100,0%	24	100,0%

Allmän psykiska symptom innefattar här att man blir ledsen, arg, irriterad och stressad, samt svårigheter att somna.

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga. Kroppsliga symptom innebär här att kroppen fysiskt reagerar, exempelvis, tunga ben, armen känns obrukbar.

Avstår umgänge innebär att patienten inte umgås med anhöriga/nära vänner utan avstår umgänget innan umgänget startar, är hemma.

Trötthet innebär fysisk trötthet i kroppen.

Copingstrategier N=17

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Vila	5	45,5%	2	33,3%	7	41,2%
Kognitiva strategier	4	36,4%	2	33,3%	6	35,3%
Alternativa sätt	2	18,2%	1	16,7%	3	17,6%
Medicin	0	0,0%	1	16,7%	1	5,9%
Totalt	11	100,0%	6	100,0%	17	100,0%

Vila innebär här att ta en paus, och lägger sig ner och vilar.

Kognitiva strategier innebär att man med tankes hjälp försöker att påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan och att acceptera smärtan. All aktivitet inriktas här på att rikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Alternativt sätt innebär här att man väljer annan aktivitet, avbryter pågående aktivitet samt att man avstår umgänge.

Medicin innebär enbart medicin.

Förebygga N=10

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Inga förslag	1	14,3%	3	100,0%	4	40,0%
Vila	4	57,1%	0	0,0%	4	40,0%
Kognitiva strategier	2	28,6%	0	0,0%	2	20,0%
Totalt	7	100,0%	3	100,0%	10	100,0%

Inga förslag innebär att man har inga förslag på hur man skulle kunna förebygga ökad smärta i samband med umgänge med anhöriga/nära vänner.

Vila innebär att vila i förebyggande syfte, vila mera dagen innan umgänge.

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan här genom mental träning och kroppskontroll, det vill säga att veta var gränserna går/hur kroppen reagerar i en "umgängessituation".

Frekvens N=9

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Varje vecka	1	20,0%	1	25,0%	2	22,2%
Varje månad	2	40,0%	2	50,0%	4	44,4%
Situationsbunden	2	40,0%	1	25,0%	3	33,3%
Totalt	5	100,0%	4	100,0%	9	100,0%

Varje vecka: ganska ofta, ofta.

Varje månad: vet inte, sällan, inte så ofta.

Situationsbunden: patienten får ökad smärta, alltid, vid varje tillfälle hon umgås med anhöriga/nära vänner.

Intensitet N=10

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Svårt	2	33,3%	2	50,0%	4	40,0%
Mindre svårt	4	66,7%	2	50,0%	6	60,0%
Totalt	6	100,0%	4	100,0%	10	100,0%

Svårt: svårt, gjort valet arbete före att umgås, jobbigt, jobbigt - vill gå undan, rätt jobbigt.

Mindre svårt: inte nu längre, inte svårt alls, inte plågsamt, inte så svårt, inte jobbigt, tråkigt.

Största problemet på grund av nervsmärtan

Största problemet N=36

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Smärtan	5	23,8%	3	20,0%	8	22,2%
Arbetsituation	2	9,5%	3	20,0%	5	13,9%
Rörelsehindrad	3	14,3%	2	13,3%	5	13,9%
Sociala aktiviteter	3	14,3%	2	13,3%	5	13,9%
Kognitiva problem	2	9,5%	1	6,7%	3	8,3%
Aktiviteter utanför hemmet	2	9,5%	1	6,7%	3	8,3%
Trötthet	1	4,8%	2	13,3%	3	8,3%
Överkänslighet	2	9,5%	0	0,0%	2	5,6%
Sexuella problem	1	4,8%	1	6,7%	2	5,6%
Totalt	21	100,0%	15	100,0%	36	100,0%

Smärtan innebär att smärtan totalt har greppet om individen, hela situationen är påverkad av den neurogena smärtan, exempelvis ingen ände på smärtan, känslan av att vara begränsad, saknaden av ett normalt liv.

Arbetsituationen innebär här dels att inte kunna jobba, dels arbetet i sig.

Rörelsehindrad innebär att man har svårigheter att röra på sig, exempelvis att inte kunna springa, stelheten i kroppen, svårigheten att röra sig.

Sociala aktiviteter är kopplat till relationer till andra människor, exempelvis saknad förståelse från andra människor, ensamheten, att inte orka med barnen.

Kognitiva problem är här kopplat till dåligt minne samt tankar på att patienten själv har förstört handen.

Aktiviteter är kopplat till aktiviteter som exempelvis att inte kunna köra bil, att inte kunna gå i affärer.

Trötthet innebär här ren fysisk trötthet.

Överkänsligheten innebär här överkänslighet i handen samt en "skinnömskänsla"

Sexuella problem är kopplat till den sexuella samvaron med partnern, exempelvis sexlusten avtar, samt samlivet med maken.

Konsekvenser N=68

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Psykiska konsekvenser	14	36,8%	9	30,0%	23	33,8%
a. Nedstämdhet	10	26,3%	7	23,3%	17	25,0%
b. Allmän psykiska symptom	4	10,5%	2	6,7%	6	8,8%
Sociala konsekvenser	14	36,8%	7	23,3%	21	30,9%
Smärta	4	10,5%	3	10,0%	7	10,3%
Trötthet	2	5,3%	5	16,7%	7	10,3%
Kroppsliga symptom	3	7,9%	3	10,0%	6	8,8%
Kognitiva problem	1	2,6%	3	10,0%	4	5,9%
Totalt	38	100%	30	100%	68	100%

Psykiska konsekvenser innefattar två olika delar:

Nedstämdhet som innebär att man känner sig nedstämd, känsla av hjälplöshet, ser ingen ljusning på sin smärtproblematik

Allmän psykiska symptom innebär att man är arg samt stressad.

Sociala konsekvenser är konsekvenser som innefattar alla de händelser/situationer som gör att man själv eller människor i ens närhet eller omgivning direkt eller indirekt blir påverkade exempelvis, inskränkt livssituation, kan ej jobba, sjukskriven med försämrad ekonomi, otillfredsställande samlivssituation, isolerad, svårighet att leka med barnen.

Ökad smärta innebär en "extra" smärta , en ökad smärta utöver det vanliga.

Trötthet innebär en ren kroppslig fysisk trötthet.

Kroppsliga symptom innebär alla de fenomen som kan tänkas uppträda i kroppen, exempelvis, obehagskänsla, stel arm ,stel muskel, viktuppgång, tappat kondition, svårigheter att röra sig.

Kognitiva problem innebär här att dåligt minne, okoncentrerad.

Copingstrategier N=45

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Kognitiva strategier	7	28,0%	8	40,0%	15	33,3%
Alternativa möjligheter	9	36,0%	5	25,0%	14	31,1%
Fortsatt pågående aktivitet	2	8,0%	3	15,0%	5	11,1%
Fysisk aktivitet	1	4,0%	2	10,0%	3	6,7%
Kontakt med hälso och sjukvården	1	4,0%	1	5,0%	2	4,4%
Vila	2	8,0%	1	5,0%	3	6,7%
Avstå/avbryta aktivitet	2	8,0%	0	0,0%	2	4,4%
Medicin	1	4,0%	0	0,0%	1	2,2%
Totalt	25	100,0%	20	100,0%	45	100,0%

Kognitiva strategier innebär att man med tankens hjälp försöker påverka och hantera smärtan, exempelvis genom att tänka bort smärtan, acceptera smärtan samt mental träning. All aktivitet inriktas här på att rikta uppmärksamheten bort från smärtan med tankens hjälp.

Alternativa möjligheter innefattar alla de tänkbara möjligheter till ett alternativt sätt att utföra aktiviteten, för att undvika en ökad smärta, exempelvis söka andra jobb, göra en aktivitet men ej fullt ut, prova kläder hemma, säga ifrån.

Fortsatt aktivitet innebär att man aktivt bortser från den ökade smärtan och fortsätter med det man håller på med utan att ta hänsyn till smärtan.

Fysisk aktivitet innebär att man rör på sig genom att gå/promenera en stund, sjukgymnastik.

Kontakt hälso och sjukvården innefattar här medicinsk information av sin läkare.

Vila innebär att man vilar.

Avstå/avbryta aktivitet innebär att man avstår det man hade för avsikt att göra, aktiviteten påbörjas inte. Avbryta aktivitet innebär att man avbryter det man håller på med på grund av ökad smärta.

Medicin är här medicin.

Förebygga N=19

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Inga förslag	5	50,0%	2	22,2%	7	36,8%
Alternativa sätt	1	10,0%	3	33,3%	4	21,1%
Kognitiva strategier	3	30,0%	1	11,1%	4	21,1%
Medicin/behandling	0	0,0%	3	33,3%	3	15,8%
Vila	1	10,0%	0	0,0%	1	5,3%
Totalt	10	100,0%	9	100,0%	19	100,0%

Inga förslag innebär att man har inga förslag på hur man skulle kunna förebygga ökad smärta vad gäller det största problem som man upplever på grund av sin smärtsituation..

Alternativt sätt innefattar alla de tänkbara möjligheter att kunna förebygga att smärta uppstår. Här i relaterande till det största problem som man upplever på grund av sin neurogena smärta. Exempelvis, promenad.

Kognitiva strategier innebär här att försöka att förändra sitt sätt att tänka, exempelvis att våga prata om sin situation, vara positiv, annat tänkande, skrikterapi.

Medicinering/behandling innefattar här medicinering, värmebehandling och avspänning.

Vila innebär här att ta det lugnt dagarna innan en "viktig" aktivitet/händelse.

Frekvens N=23

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Dagligen	6	40,0%	1	12,5%	7	30,4%
Varje vecka	4	26,7%	2	25,0%	6	26,1%
Varje månad	2	13,3%	2	25,0%	4	17,4%
Situationsbunden	3	20,0%	3	37,5%	6	26,1%
Totalt	15	100,0%	8	100,0%	23	100,0%

Dagligen: situationen inträffar minst 1gång/dag, dagligen

Varje vecka: flera ggr/ vecka, några tillfällen/vecka, ofta, en gång/vecka.

Varje månad: ibland, inte så ofta.

Situationsbunden: Patienten får ökad smärta, alltid, då hon gör den aktuella händelsen. Detta kan variera från någon enstaka gång per månad till flera gånger per dag.

Detta är beroende av vilken händelse man har beskrivit. Exempelvis, alltid vid resa, alltid vid sexuellt umgänge.

Problem i kontakten med sjukvården

Upplevda problem i kontakten med sjukvården N=25

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Inga problem	8	53,3%	3	30,0%	11	44,0%
Ej trodd/ ej tagen på allvar	5	33,3%	5	50,0%	10	40,0%
Omhändertagandet	2	13,3%	2	20,0%	4	16,0%
Totalt	15	100,0%	10	100,0%	25	100,0%

Inga problem i kontakten med sjukvården innebär att man inte har upplevt något problem i kontakten med sjukvården.

Kategorin ej tagen på allvar/ inte trodd innebär följande: Hemkörd från kliniken, inte fått någon hjälp direkt, fått bearbeta det själv, avsaknad av förståelse och någon som lyssnat, inte blivit trodd, att inte riktigt bli tagen på allvar, samt upplevelse av att vara simulant

Omhändertagande innebär att ingen tog ansvar, lång väntetid i sjukvården, strul med läkarintyget, för lång tid med undersökningar och utredningar.

Konsekvenser N=24

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Psykiska konsekvenser	10	62,5%	3	37,5%	13	54,2%
<i>a/ nedstämdhet</i>	7	43,8%	1	12,5%	8	33,3%
<i>b/ allmän psykiska symptom</i>	3	18,8%	2	25,0%	5	20,8%
Misstroende	2	12,5%	4	50,0%	6	25,0%
Sociala konsekvenser	3	18,8%	0	0,0%	3	12,5%
Ökad smärta	1	6,3%	1	12,5%	2	8,3%
Totalt	16	100,0%	8	100,0%	24	100,0%

Psykiska konsekvenser innefattar två olika delar:

Nedstämdhet innefattar att man känner sig besviken, känner maktlöshetskänslor, tror inte på sig själv, dåligt självförtroende samt att man känner sig uppgiven.

Allmänpsykiska symptom innebär att man känner sig arg och förbannad.

Kategorin misstroende innebär att man tappat förtroendet för läkaren/sjukvården, läkarna lyssnade inte, ingen ville ta ansvar, skickad mellan olika enheter hit och dit, och att man struntar i att söka sjukvård.

Sociala konsekvenser innebär här evig väntan, kan inte betala räkningar och hyran i tid, hemmet är rörigt, inte orkat med barnen, samt känsla av att vara världens sämsta mamma.

Ökad smärta innebär en "extra" smärta, en ökad smärta utöver det vanliga.

Copingstrategier N=9

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Egna initiativ	4	66,7%	0	0,0%	4	44,4%
Alternativ utanför Hälso- och sjukvården	1	16,7%	3	100,0%	4	44,4%
Kognitiv strategi	1	16,7%	0	0,0%	1	11,1%
Totalt	6	100,0%	3	100,0%	9	100,0%

Ta egna initiativ innebär att man själv/patienten agerar på ett eller annat sätt, tjata sig till undersökningar tider och utredningar, armbåga sig fram, vara påstridig, slutar med medicinering på eget initiativ.

Alternativ utanför Hälso och sjukvården innebär här att man söker inte hjälp och stöd inom hälso och sjukvården, för en person innebär det att man tar kontakt med kiropraktor.

Kognitiv strategi innebär här att man med tankens hjälp bearbetar situationen.

Förebygga N=12

Kategori	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Vårdplanering	2	28,6%	2	40,0%	4	33,3%
Information	2	28,6%	1	20,0%	3	25,0%
Lyssna på	2	28,6%	1	20,0%	3	25,0%
Remittera till specialist	1	14,3%	1	20,0%	2	16,7%
Totalt	7	100,0%	5	100,0%	12	100,0%

I kategorin vårdplanering ingår, lägga upp ett program för vad man ska göra, läkaren ska vara förberedd vid patientbesöket genom att vara ordentligt påläst, bättre samordning mellan olika enheter, undvika årtal på långa väntelistor.

Information innebär att man vill ha bättre och mer tydlig information, bättre upplysning, att man ska samla patientgrupper till ordentlig genomgång.

Lyssna på , här handlar det om att man kan förebygga problem i kontakten med sjukvården genom att lyssna på patienten.

Remittera till specialist innebär att patienten har ett önskemål om att bli hänvisad till annan expert, eller önskemål om att bli skickad till sjukgymnast.